

Nr ISSN 1641-4497

PROMOTOR

Z D R O W I A



NR 2 (32)
2 0 0 3

PROGRAM

- Aby działać skutecznie, w organizacji programu niezbędne są:
- * jasno zdefiniowany kontakt i zadania,
 - * odpowiednia struktura dla podejmowania decyzji,
 - * zespół projektowy, którego członkowie posiadają kompetencje do realizacji zadań,
 - * czas i miejsce do pracy (odpowiedni sprzęt i wyposażenie),
 - * inwestycja w rozwój zespołu, kształtowanie jego umiejętności społecznych i współdziałania,
 - * cykliczne planowanie zadań,
 - * ustalenie harmonogramu i „kamieni milowych” (etapów),
 - * marketing projektu,
 - * samoewaluacja i przygotowanie raportu,
 - * utrzymywanie kontaktu z macierzystą organizacją,
 - * wymiana doświadczeń i wyników,
 - * doskonalenie sposobu kierowania (liderowania),
 - * wsparcie z zewnątrz, kształcenie i doradztwo organizacyjne.

R. Grossmann, K. Scala

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.

Program to ludzie

Program to ludzie, którzy stawiają sobie dobre pytania: co naprawdę trzeba zrobić, dlaczego trzeba to zrobić, dla kogo trzeba to zrobić, w jaki sposób trzeba to zrobić i z kim należy to zrobić. Program to ludzie stawiający diagnozę, ludzie poszukujący skutecznego sposobu uzdrowienia, ludzie działający na rzecz uzdrowienia, ludzie uzdrawiający i uzdrawiani. Uzdrowiające jest każde działanie, które sprzyja pozytywnej wymianie doświadczeń i wzajemnej inspiracji do rozwoju. Pozytywna wymiana doświadczeń to współpraca i partnerstwo, wzajemna inspiracja do rozwoju to zrozumienie tego, czego się już nauczyło lub dokonało, i otwarcie na kolejny etap, na którym stawiamy sobie stare i nowe pytania: co trzeba naprawdę zrobić, dlaczego trzeba to zrobić, dla kogo trzeba to zrobić, w jaki sposób i z kim działać na rzecz uzdrawiania. Uzdrowianie i rozwój, inspiracja i współpraca dotyczą nas wszystkich. Bez wyjątku.

Renata Niemierowska - redaktor

W numerze:

Od redakcji	strona 1
Temat wiodący	
Program promocji zdrowia	strona 3
Przedszkola w sieci Wrocławska Sieć Przedszkoli Promujących Zdrowie, cz. II	strona 8
Prezentacje Wrocławskie dni walki z hałasem w Szkole Podstawowej nr 82 we Wrocławiu	strona 13
Zdrowie i kultura Postulat Wilbera	strona 15
Scenariusz- program Relacja terapeutyczna pomiędzy lekarzem i pacjentem w szpitalu - jako spotkanie osób program Podyplomowych Studiów Promocji Zdrowia przy AWF Wrocław	strona 18
Ankieta Promotora	strona 29
Ku Europie	
Edukacja i zdrowie jako partnerzy	strona 30
Gra w karty „program”	strona 32

Autorzy:

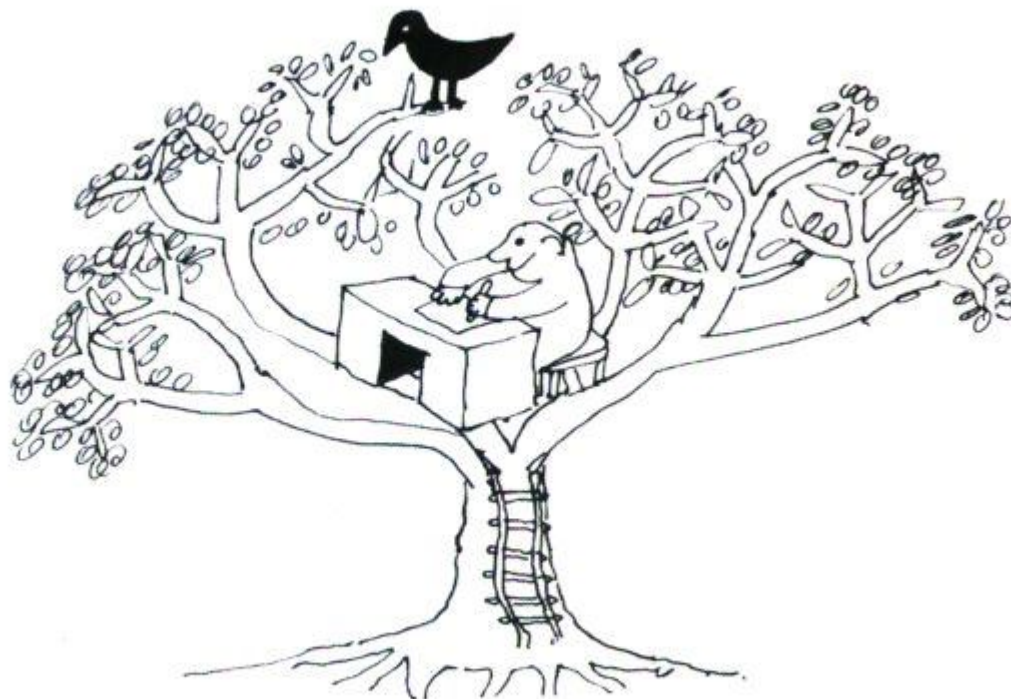
Ewa Jaruzelska
Marzena Krysa
Lesław Kulmatycki
Renata Niemierowska
Maria Światła-Komisarczyk

Przez

prawie 10 lat realizacji różnego rodzaju projektów i programów promocji zdrowia, najpierw realizowanych przez Wydział Zdrowia UM, a następnie przez nieistniejącą Dolnośląską Regionalną Kasę Chorych, zadawałem sobie pytanie o kryteria i cechy „programu” promocji zdrowia. Krótko mówiąc: jak odróżnić rodzaj interwencji, która spełnia wymogi programu od tej, która tych kryteriów nie spełnia. Po czym zatem poznać, że w jednym wypadku mamy do czynienia z programem promocji zdrowia, a w drugim wypadku możemy mieć przekonanie, że ta interwencja programem nie jest. W odniesieniu do programu długofalowego, kilkuletniego, ten dylemat nie jest aż tak nabrzmiały. Staje się on trudny w momencie kontraktowania programów jednorocznych, lub jeszcze krótszych, jak to miało miejsce w wypadku dziesiątków programów Kasy Chorych lub Ministerstwa Zdrowia. Nie da się ukryć, że bardzo daleko nam w Polsce do wypracowania spójnych uniwersalnych kryteriów, które mogłyby stanowić „oparcie” nie tylko dla początkujących promotorów zdrowia. Można mówić już o pewnym doświadczeniu, ale tylko w odniesieniu do specyficznych, regionalnych środowisk. We Wrocławiu takie próby opisanego „czym jest program promocji zdrowia” były czynione, toteż w tym numerze prezentujemy niektóre z wypracowanych propozycji.

Jak zwykle temat wiodący nie wyczerpuje zawartości numeru. Sporą część zatem zajmuje opis działań Wrocławskiej Sieci Przedszkoli Promujących Zdrowie i jest to kontynuacja prezentacji z numeru poprzedniego. Ponadto opisujemy niektóre przedsięwzięcia, dotyczące działań w obrębie szkół promujących zdrowie, czy europejskich propozycji po ostatniej konferencji w Holandii. Kontynuujemy też prośbę o wypełnianie karty oceniającej pismo. „Ankieta Promatora” drukowana jest na stronie 28 i liczymy na Państwa opinie i głosy, które umożliwią nam lepsze przygotowywanie kolejnych numerów. Ufamy też, że zdołamy nadrobić stracony czas w wydawaniu numerów roku 2003.

L. Kulmatycki



PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA

Lesław Kulmatycki

Słowo „wiedzieć” jest dwojakie:
z jednej strony znaczy
posiadać wiedzę
(słowa „wiedzieć”
używamy wtedy,
kiedy ktoś posiada
wiedzę), a z drugiej
strony znaczy:
posługiwać się wiedzą.

Arystoteles,
Etyka Wielka, Księga II

W Karcie Ottawskiej zawarte są podstawy filozofii promocji zdrowia, bez respektowania których próby podejmowania wysiłków na rzecz promocji zdrowia stają się wypaczone.

Dotyczy to również interpretowania programu promocji zdrowia, którego kształt i forma powinny w dużej części pochodzić od samych zainteresowanych. Z moich doświadczeń taki stan rzeczy wynika z braku respektowania elementarnych zasad komunikacji między trzema ważnymi grupami, tj. organizatorami, realizatorami i adresatami interwencji promocji zdrowia.

Każda z grup ma „tradycyjnie” ustalone miejsce i nie powinna wychodzić (wychylać się) poza swoją rolę. W konsekwencji rzutuje to na niską jakość programu promocji zdrowia. Z jednej strony z niewielkim skutkiem dociera do środowisk decydenckich eksponowana w Karcie Ottawskiej „zasada uczestnictwa ludzi w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych”. Według teoretyków promocji zdrowia już dawno powinien zostać zamknięty okres, kiedy „problemy

zdrowotne stanowiły przedmiot zainteresowania wyłącznie ekspertów od opieki zdrowotnej” (Grossmann, Scala, 1993, s. 19). Z drugiej strony, sami adresaci nie są na tyle świadomi, żeby naciskać, czy „upominać się” o konstytucyjne świadczenia i usługi ze strony władz publicznych. W mentalności nas-obywateli nadal głęboko tkwi zarówno i lęk przez urzędnikami („a nóż kiedyś będę czegoś potrzebował”), jak poczucie bezradności („to i tak nic nie da”).

Przed nami jeszcze daleka droga, bo w niewielkim stopniu opisane zjawiska ulegają zmianom. Niemniej takie zmiany powinny szczególnie interesować promotorów zdrowia.

W ujęciu „Karty”, podczas realizacji programu promocji zdrowia, wyraźny nacisk kładziony jest na podmiotowe decyzje grup i osób, których programy mają obejmować. To w istotny sposób wpływa na kształt programu oraz jego efektywność. Oddolność tak pojęta, zawsze przekłada się na dwa filary. Jeden filar to „my”, czy też każdy z nas, drugi to lokalne władze.

program

jakakolwiek propozycja programowa powinna być konsultowana z tymi, dla których jest przygotowywana.

program

Program promocji zdrowia jest zaplanowaną interwencją, która ma na celu wzmocnienie zasobów zdrowia indywidualnych osób oraz określonych grup.

Przez interwencje rozumiem aktywne działanie o charakterze edukacyjnym, profilaktycznym lub organizacyjnym.

Przez zaplanowaną interwencję rozumiem logiczny i prawdopodobny do zrealizowania ciąg aktywnych działań:

- zawierających wyjściową diagnozę, opis zaplanowanej interwencji, harmonogram realizacji i sposoby ewaluacji tej interwencji,
- oraz zaplanowanych przez profesjonalistów promocji zdrowia, wraz z adresatami tej interwencji, według szczegółowych kryteriów.

Przez wzmocnienie zasobów zdrowotnych rozumiem wzmocnienie przede wszystkim zasobów pozytywnego zdrowia określanego jako dobrostan (well-being).

W odniesieniu do pierwszego filaru można powiedzieć, że „nic o nas bez nas”, co w praktyce miałyby znaczyć, że jakakolwiek propozycja programowa powinna być konsultowana z tymi, dla których jest przygotowywana.

Filar drugi to osoby reprezentujące władze lokalne. Można też powiedzieć, że w świetle „Karty” zobowiązuje to lokalne władze do konkretnych działań, tj posiadania swojej strategii, czy planu dla promocji zdrowia, posiadania środków rezerwowanych corocznie na ich realizację, opracowane procedur konsultacji i wdrożenia oferty.

W rezultacie takiej dwutorowości, oddolnie powstające inicjatywy zostają wzmocnione przez kompetentne władze czy instytucje lokalne.

Tak, w wielkim skrócie, można przedstawić tło dla realizacji programu promocji zdrowia. Oczywiście jest, że

program powinien również odnosić się do „ducha” zapisu „Karty”. Powinien zatem w swojej strukturze odzwierciedlać holistyczne wymagania „Karty”.

Jednym z modeli spełniających wymagania szerokiego i całościowego ujęcia całego procesu diagnozowania, planowania, realizowania oraz szacowania wartości programu promocji zdrowia, jest model „Precede Proceed” (poprzedzanie procesu) (ryc.1).

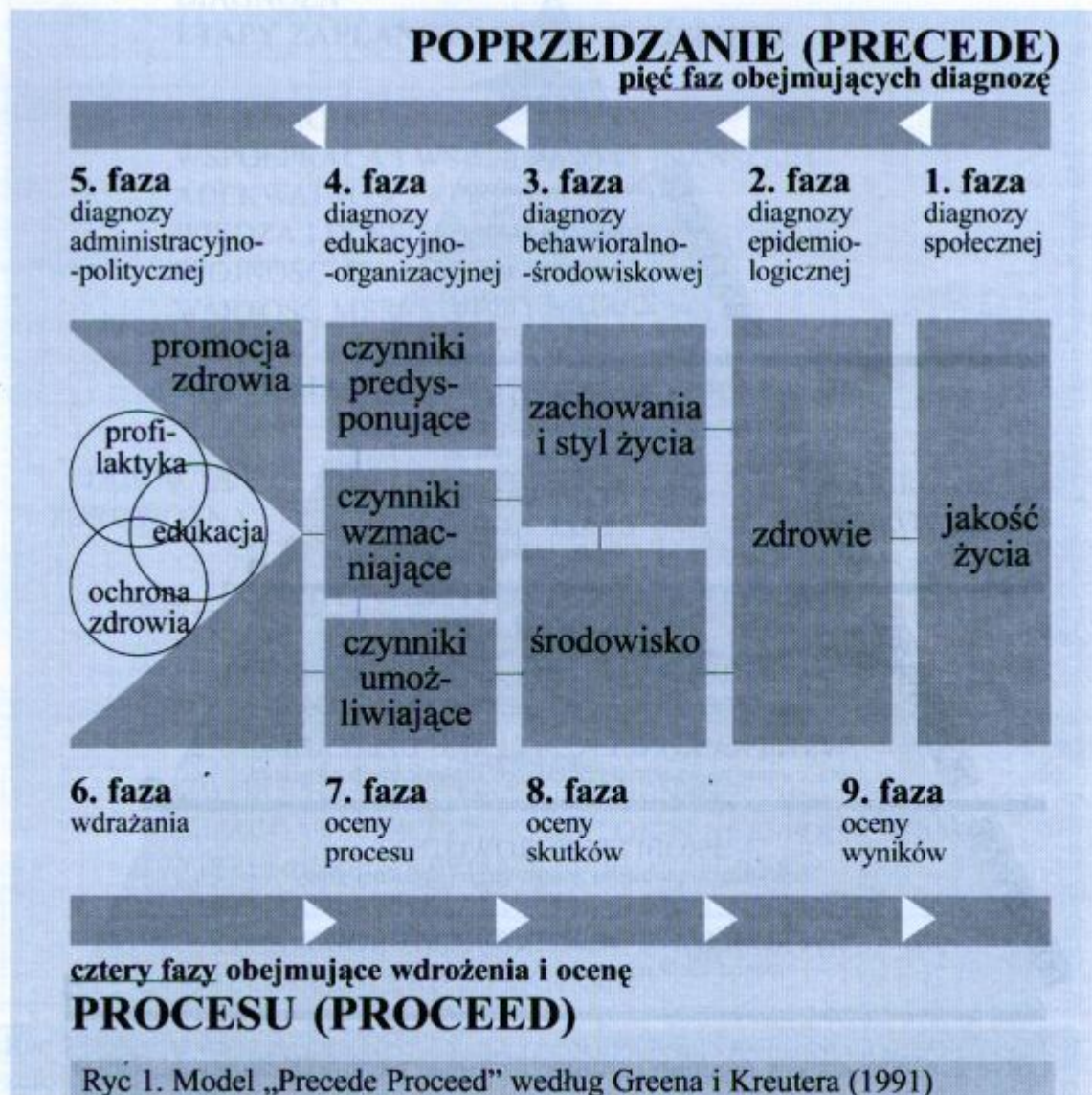
Model ten ukazuje całościowość i sekwencyjność poszczególnych elementów i etapów realizacji programów promocji zdrowia. Model L.W. Greena i M.W. Kreutera (ryc.1) podzielony jest na dwie części. Pierwsza część jest „poprzedzająca” i ma na celu szczegółową diagnozę i analizę wszelkich czynników, które miałyby wpływ na efektywność programu. Obejmuje ona diagnozę

społeczną, epidemiologiczną, behawioralno-środowiskową, edukacyjno-organizacyjną i administracyjno-polityczną. Część druga jest „procesem”, a przede wszystkim wdrożeniem programu, a następnie oceną procesu, skutków i wyników interwencji. W dziewięciu wyszczególnionych fazach, faza szósta wydaje się przełomowa. Jest to moment zwrotny, kiedy kończy się „poprzedzająca” diagnoza, a zaczyna logiczny „proces” zmian, mających na celu wzmocnić zasoby zdrowotne, a przede wszystkim podnieść jakość życia adresatów.

Wieloletowość programu promocji zdrowia ukazuje również „Model etapów programu promocji zdrowia” (ryc 2). **Wyróżnić w nim można cztery podstawowe etapy: rozpoznanie, planowanie, realizację i ewaluację.**

Model przedstawiony został w formie piramidy, gdzie pierwszym etapem proponowanej „konstrukcji” jest podstawa, czyli identyfikacja problemu określonej społeczności, oraz w drugiej kolejności identyfikacja problemu zdrowotnego. Etap drugi łączy się z przedstawieniem najpierw wstępnej koncepcji, a następnie szczegółowego planu działania. Momentem

Program powinien również odnosić się „ducha” zapisu „Karty Ottawskiej”



program

Najbardziej przygotowanym do profesjonalnego monitorowania przebiegu programu, zgodnie z zapisanymi etapami, jest profesjonalista promocji zdrowia lub kompetentny zespół promocji zdrowia.

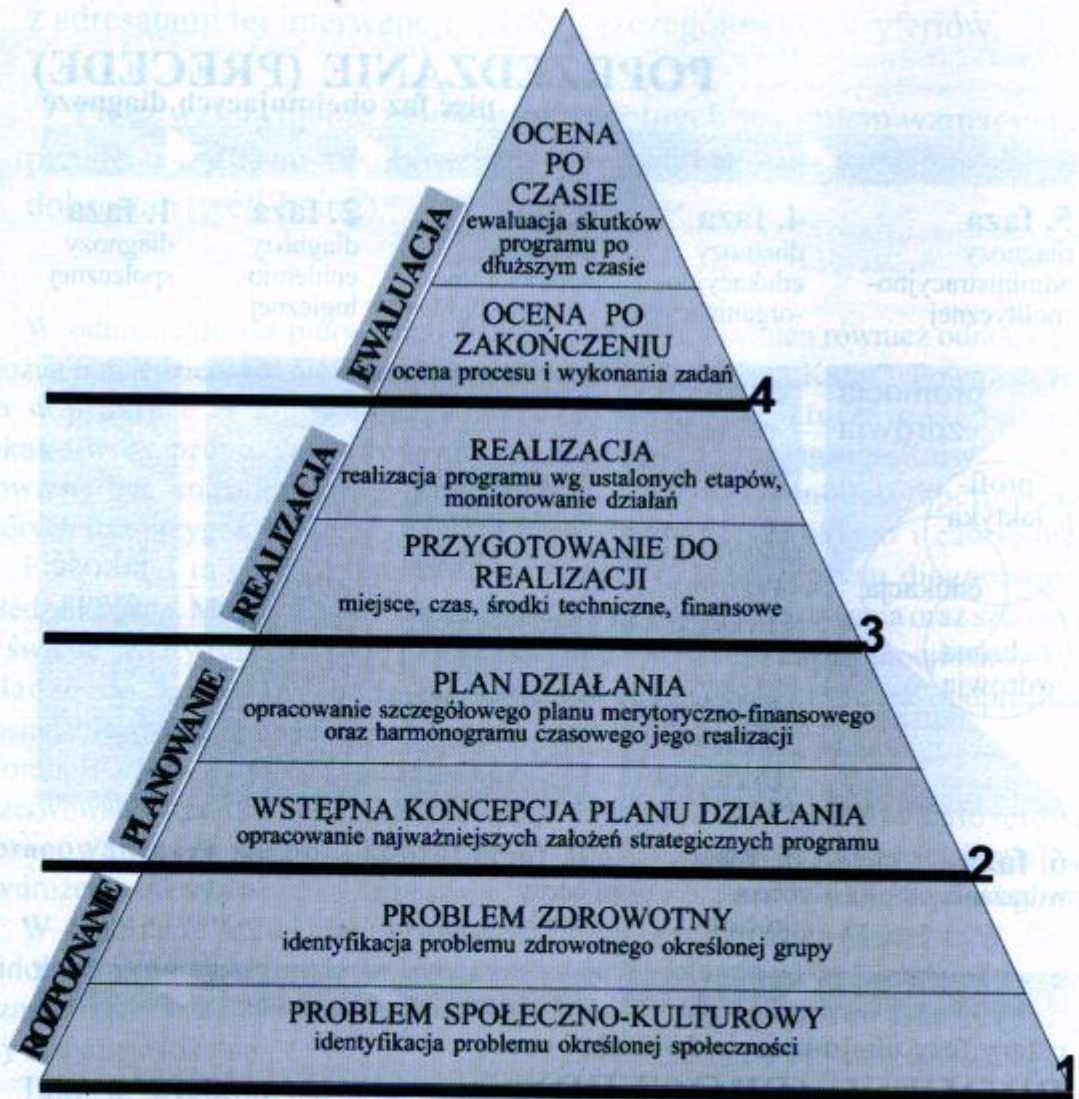
program

zwrotnym jest etap trzeci, czyli przygotowanie do realizacji, a następnie rozpoczęcie realizacji programu. Etapem czwartym, wieńczącym całość procesu, jest ewaluacja, czyli próba oszacowania rezultatów tuż po zakończeniu programu, oraz ocenienie rezultatów po upływie czasu.

Oba przedstawione modele wskazują na sekwencję działań i kolejnych kroków, bez których programy promocji zdrowia mogą się okazać stratą czasu, energii i pieniędzy. Najbardziej przygotowanym do profesjonalnego monitorowania przebiegu programu, zgodnie z zapisanymi etapami,

jest profesjonalista promocji zdrowia lub kompetentny zespół promocji zdrowia. Nie jest w stanie sprostać tego rodzaju wyzwaniu ani instytucja, czy urząd zajmujący się wszystkimi sprawami zdrowia, ani też realizator programu, który ma zbyt „zadaniową” perspektywę.

Reasumując, dbałość o poprawną realizację programu promocji zdrowia spoczywa na promotorze zdrowia lub zespole promocji zdrowia. Zadaniem ich jest baczenie, aby wzięte zostały pod uwagę wszystkie wymogi dobrej praktyki w realizacji programu promocji zdrowia. Na przedstawionym schemacie (ryc.3) wymogi



Ryc 2. Model etapów programu promocji zdrowia według (Kulmatycki, 1994)

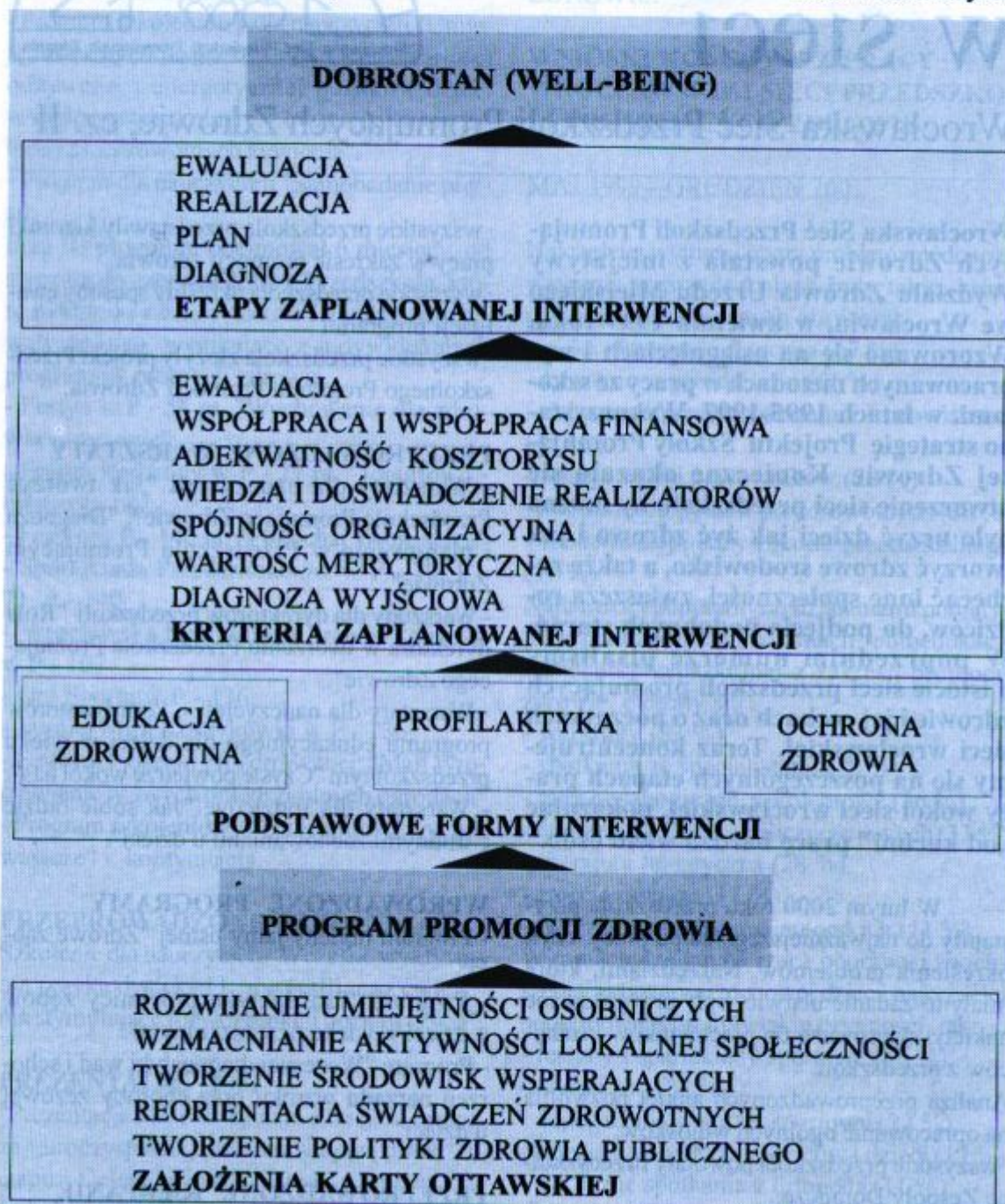
te odwołują się w pierwszej kolejności do zapisów w Karcie Ottawskiej, a następnie do podstawowych form interwencji, kryteriów oraz etapów interwencji.

Warto również pamiętać, że jest to jedynie zarysowanie problematyki dotyczącej tego, co nazywamy „programem promocji zdrowia” i artykuł ten nie

wyczerpuje stanu wiedzy na ten temat, a autor jest świadomy braku praktycznych propozycji oraz rzeczowej dyskusji o promocji zdrowia w naszym kraju. Zapraszam zatem do przedstawiania własnych propozycji i rozwiązań.

Lesław Kulmatycki

Na przedstawionym schemacie wymogi te odwołują się w pierwszej kolejności do zapisów w Karcie Ottawskiej, a następnie do podstawowych form interwencji, kryteriów oraz etapów interwencji.



Ryc 3. Schemat występujących powiązań przy planowaniu i realizacji programu promocji zdrowia (Kulmatycki, 2003)

program

Marzena Krysa

Przedszkola w sieci



Wrocławska Sieć Przedszkoli Promujących Zdrowie, cz. II

wszystkie
przedszkola
powołały
Przedszkolne
Zespoły Do-
radcze

Wrocławska 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. W poprzednim numerze pisaliśmy o istocie sieci przedszkoli promujących zdrowie i jej cechach oraz o początkach sieci wrocławskiej. Teraz koncentrujemy się na poszczególnych etapach pracy wokół sieci wrocławskiej, pokazując „od kuchni” pracę bardzo wielu osób.

W lutym 2000 roku przedszkola przystąpiły do najważniejszego etapu pracy, czyli określenia problemów. Narzędziami, które miały to zadanie ułatwić, były przygotowane ankiety, skierowane do pracowników i rodziców z przedszkoli.

Analiza przeprowadzonych ankiet pozwoliła na opracowanie ogólnych wniosków:

- wszystkie przedszkola powołały Przedszkolne Zespoły Doradcze.
- wszystkie przedszkola utworzyły kronikę i tablicę informacyjną Przedszkola Promującego Zdrowie dla rodziców.

- wszystkie przedszkola przedstawiły kierunki pracy w zakresie promocji zdrowia
- wszystkie przedszkola określiły sposoby ewaluacji programu
- wszystkie przedszkola złożyły projekt Przedszkolnego Programu Promocji Zdrowia.

PRZEPROWADZONE WARSZTATY

- Warsztaty dla nauczycieli "Jak tworzyć Przedszkole Promujące Zdrowie?", "Diagnoza i planowanie w Przedszkolu Promującym Zdrowie".
- Warsztaty dla dyrektorów przedszkoli "Rola dyrektora w tworzeniu Przedszkola Promującego Zdrowie".
- Warsztaty dla nauczycieli - koordynatorów programu edukacyjnego dla dzieci w wieku przedszkolnym "Czyste powietrze wokół nas".
- Warsztaty dla rodziców, "Jak sobie radzić z trudnymi zachowaniami u dzieci".

WPROWADZONE PROGRAMY

- Program higieny jamy ustnej "Zdrowe ząbki".
- Program "Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci w wieku przedszkolnym".
- Program "Wczesnej diagnostyki wad i schorzeń narządu wzroku oraz choroby zezowej u dzieci".

PRZEPROWADZONE KAMPANIE

- Kampania "Trzymaj się prosto"- program promocji zdrowia i profilaktyki wad postawy
- Kampania "Tydzień dla serca".

PRZEPROWADZONE KONKURSY

- Konkurs dla nauczycieli i rodziców na "LOGO Wrocławskiej Sieci Przedszkoli Promujących Zdrowie".
- Konkurs ofert na "Przedszkolne programy edukacji antynikotynowej".
- Festyny rodzinne: "Wychowanie dla zdrowia w rodzinie", "Witaminki, witaminki", "Przedszkolna ścieżka zdrowia".
- Program szkoleniowy dla nauczycieli "Umiejętności wychowawcze" oraz "Ocena wartości odżywczej i energetycznej posiłków dzieci w wieku przedszkolnym, z uwzględnieniem zaleceń prozdrowotnych żywienia".

- Program dla nauczycieli "Samobadanie piersi".

Etap III programu obejmował 6 miesięcy, od stycznia do czerwca 2001 r. Przedszkola, które należą do sieci, w trakcie III etapu realizowały zadania, wynikające z indywidualnych programów promocji zdrowia.

- Festyn w P - 54 pt. "Wychowanie dla zdrowia w rodzinie".
- Festyn Rodzinny w P - 27 pt. "Jogurtowo - owocowy raj".
- Festyn w P - 140 pt. "Pokochaj swoje serce"
- Spartakiada Przedszkolaków w P - 70, P - 71, P - 140.
- Wrocławska Spartakiada Przedszkolaków w P - 107
- Dni Sportu w P - 136.
- Turniej Mini Koszykówki w P - 136.
- Festiwal Piosenki Prozdrowotnej: "Mali Wrocławianie w swych przedszkolnych ogrodach"
- Program szkoleniowy "Umiejętności wychowawcze" - kontynuacja.

PRZEPROWADZONE SZKOLENIA

Szkolenie dla nauczycieli "Wczesne wykrywanie ryzyka dysleksji i dysgrafii oraz ćwiczenia stymulujące rozwój funkcji poznawczych".

PREZENTACJE 2001

"Prezentacje 2001" były najważniejszą imprezą i uroczystością, podsumowującą pracę III etapu. Celem prezentacji była wymiana doświadczeń między przedszkolami należącymi do Sieci oraz promocja talentów dzieci, popularyzująca zdrowy styl życia.

Przedszkola zaprezentowały swój dorobek w formie zdjęć, prac plastycznych, przestrzennych, a także występów artystycznych dzieci. Wśród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele Wydziału Zdrowia, Rady Osiedla, dyrektorki przedszkoli Wrocławskiej Sieci, koordynatorki, dzieci. Z tej także okazji powstał HYMN PRZEDSZKOLI PROMUJĄCYCH ZDROWIE.

WNIOSKI KOŃCOWE Z PRACY WROCŁAWSKIEJ SIECI PRZEDSZKOLI PROMUJĄCYCH ZDROWIE

MAJ 1999 - GRUDZIEŃ 2001

Najczęściej wymienianymi problemami do rozwiązania w przedszkolach były takie, które dotyczyły następujących obszarów:

- niska aktywność fizyczna (67 %)
- żywienie w przedszkolu (61 %)
- słaba współpraca z rodzicami i środowiskiem (33 %)
- relacje wśród pracowników (28 %)
- zwiększenie postaw prozdrowotnych (28 %)
- modernizacja bazy ogrodu przedszkolnego (11 %).

Najbardziej popularnymi działaniami podjętymi przez nauczycieli w ramach autoedukacji wewnątrzprzedszkolnej z zakresu promocji zdrowia, okazały się :

- warsztaty (83 %)
- spotkania ze specjalistami (78 %)
- rady pedagogiczne, szkoleniowe (56 %)
- tworzenie gazetek okolicznościowych (33 %)
- literatura tematyczna (28 %)
- zajęcia otwarte (17 %)
- tworzenie programów autorskich (11 %).

W ramach działań na rzecz poprawy i zwiększenia aktywności ruchowej dzieci, najczęściej podejmowanymi były takie czynności, jak :

- festyny i spartakiady sportowe (56 %)
- wycieczki (22 %)
- doposażenie w sprzęt sportowy (22 %)
- zajęcia ruchowe dla rodziców i dzieci (17 %)
- cykliczne spotkania z ortopedą (11 %)
- konkursy plastyczne (11%).

Przedszkola zaprezentowały swój dorobek w formie zdjęć, prac plastycznych, przestrzennych, a także występów artystycznych dzieci.

przedszkola
dużą uwagę
poświęciły
również
relacjom
wśród pra-
cowników



Fot. (Wydział Zdrowia), Międzynarodowe spotkanie liderów przedszkoli promujących zdrowie.

Przedszkola przedstawiły różne sposoby dotyczące rozwiązywania problemu niedostatecznej wiedzy i umiejętności, związanych z prawidłowym żywieniem. Wśród propozycji pojawiły się najczęściej:

- degustacja i pokaz zdrowej żywności (39 %)
- urozmaicenie posiłków (39 %)
- samodzielne wykonywanie przez dzieci sałatek i surówek (28 %)
- zajęcia tematyczne dla dzieci (22 %)
- organizowanie festynów i pikników (17 %)
- prelekcje i spotkania ze specjalistami (17 %).

Wzbogacono działania dotyczące niepowodzeń przy współpracy z rodzicami i środowiskiem. Wśród przeprowadzonych form, zdecydowanie dominowały :

- festyny i imprezy sportowe (33 %)
- warsztaty i zajęcia dla rodziców (22 %)
- gazetka dla rodziców (11 %)
- konsultacje ze specjalistami (11 %)
- wspólne wycieczki (11%).

Z analizy ankiet wynika również, że przedszkola dużą uwagę poświęciły również relacjom wśród pracowników w swoich placówkach. W tym wypadku, najczęściej wykorzystywa-

ne były takie pomysły, jak :

- warsztatowe spotkania z psychologiem (56 %)
- festyny i imprezy (22 %)
- spotkania towarzyskie (11 %).

Rozwijanie postaw prozdrowotnych to kolejne zadanie, którego rozwiązania podjęły się niektóre przedszkola. Do najbardziej popularnych form w tym przypadku należały:

- warsztaty tematyczne (83 %)
- wycieczki i warsztaty proekologiczne (17 %)
- cykliczne spotkania z lekarzami - specjalistami (1 %)

- założenie filtrów do wody i udostępnienie wody mineralnej (11 %).

W tworzeniu programu promocji zdrowia w swoich placówkach, przedszkola uwzględniły ważny problem, jakim jest modernizacja ogrodu przedszkolnego. W tym zakresie wymieniane najczęściej były takie działania, które umożliwiały pozyskanie funduszy i sponsorów na:

- festyny i dni otwarte w przedszkolu (17 %)
- aukcja przedmiotów wykonywanych samodzielnie przez dzieci (11%).

Kolejnym punktem ankiety była odpowiedź na

pytanie, jakie były przyczyny występowania problemów w trakcie realizacji poszczególnych zadań. Oto najczęściej występujące trudności:

- brak wystarczających finansów (61 %)
- trudności w aktywizowaniu rodziców (33 %)
- brak zainteresowania wśród odbiorców (28 %)
- trudności w znalezieniu specjalisty (17 %)
- brak sali gimnastycznej (17 %)
- złe warunki pogodowe (17 %).

Pozyskanie społeczności lokalnej jest bardzo istotnym elementem promocji zdrowia w przedszkolach, stąd też pytanie ankiety dotyczące tego zagadnienia. Wśród sojuszników znaleźli się:

- rodzice (83 %)
- Rady Osiedla (78 %)
- Szkoły Podstawowe i Przedszkola (61 %)
- Sklepy, apteki (56 %)
- Straż Pożarna, Policja (28 %)
- Przychodnie Rejonowe (17%).

Podsumowaniem pracy I edycji Wrocławskiej Sieci Przedszkoli Promujących Zdrowie były warsztaty, przeprowadzone w lutym 2002 roku. Najwięcej przedszkoli zgłosiło jako największe osiągnięcia w trakcie dwuletniej pracy:

- zmiany w środowisku fizycznym - powięk-

szczenie i modernizacja bazy materialnej, polepszenie warunków pracy, poprawa estetyki (Przedszkola nr 5, 26, 27, 41, 45, 56, 59, 64, 71, 82, 87, 102, 107, 109, 117, 136, 140, 148, 149)

- zmiany w zakresie żywienia - urozmaicenie i wzbogacenie posiłków, wprowadzenie większej ilości warzyw, zmniejszenie ilości słodyczy (Przedszkole nr 45, 54, 64, 82, 87, 93, 102, 107, 136, 140)

- podejmowanie działań prozdrowotnych - wszystkie przedszkola deklarowały zwiększenie aktywności w tym zakresie, w nawiasie wymieniono przedszkola, których przedstawicielki uznały powyższy punkt za jedno z najważniejszych dokonań przedszkola w ciągu dwóch ostatnich lat. Przy czym większość tych działań dotyczyła uczestnictwa przedszkola w akcjach proponowanych przez Wydział Zdrowia. (Przedszkola nr 5, 26, 41, 56, 64, 71, 99, 110, 124, 130, 150)

- większa integracja zespołu - zwłaszcza wokół podejmowanych działań prozdrowotnych (Przedszkole nr 26, 27, 56, 109, 110, 117, 124, 130, 136, 140, 149)

- większa współpraca z rodzicami - zajęcia edukacyjne, festyny, zajęcia dla dzieci i rodziców (Przedszkole nr 54, 59, 71, 87, 117, 136, 140, 149)

- większa współpraca ze środowiskiem lokal-

Tylko w niewielu zespołach są pracownicy obsługi, rodzice, członkowie społeczności lokalnej i mają wpływ na podejmowanie decyzji.



Fot. (Wydział Zdrowia), podczas jednej z konferencji podsumowującej pracę sieci wrocławskich

konieczna jest dalsza praca nad wskaźnikami PPZ, sposobami diagnozy i planowania

nym (Przedszkole nr 99, 110, 136, 149)
 - zmiany w zachowaniach zdrowotnych personelu (Przedszkole nr 102, 109)
 - wprowadzanie nowych pomysłów w zakresie edukacji zdrowotnej w przedszkolu - uwzględnienie edukacji zdrowotnej w programie pracy przedszkola, programy autorskie, blokowe zajęcia edukacji zdrowotnej (Przedszkole nr 99, 148, 149)

Wnioski:

- Widoczne jest zaangażowanie i gotowość przedszkoli do dalszego uczestnictwa w programie. Można uznać to za niewątpliwy sukces programu, nadal prawie wszystkie przedszkola są zainteresowane promocją zdrowia;
 - Różny jest skład zespołów ds. promocji zdro-

wia. Tylko w niewielu zespołach są pracownicy obsługi, rodzice, członkowie społeczności lokalnej i mają wpływ na podejmowanie decyzji. Różna jest też pozycja koordynatora ds. promocji zdrowia i jego wpływ na prace przedszkola; różnie też przedstawia się współpraca z dyrekcją przedszkoli. Wyrazem tych trudności może być to, że część uczestniczek działała w zastępstwie koordynatorów;
 - Konieczna jest dalsza praca nad wskaźnikami PPZ, sposobami diagnozy i planowania oraz edukacja w tym zakresie koordynatorów i zespołów ds. promocji zdrowia;
 - Praca nad edukacją zdrowotną powinna być koniecznym kierunkiem rozwoju w przedszkolach promujących zdrowie.

oprac. Marzena Krysa

Etapy wdrażania projektu

Lp.	Zadanie i Termin	Realizacja
I	PRZYGOTOWANIE PROGRAMU ZROZUMIENIE IDEI-POZYSKANIE SOJUSZNIKÓW V 1999 - VI 1999,	ORGANIZACJA WARSZTATÓW DLA NAUCZYCIELI WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO PRZEDTAWIENIE IDEI I CECH PPZ NA RADACH PEDAGOGICZNYCH, UDZIAŁ W KAMPANII "TRZYMAJ SIĘ PROSTO"
II	DIAGNOZA STANU WYJŚCIOWEGO X 1999 - XI 1999 XII 1999 - II 2000	ORGANIZACJA WARSZTATÓW DOTYCZĄCYCH STANU WYJŚCIOWEGO DIAGNOZY "Jakich danych będziemy szukać, o co pytać"- ANALIZA NARZĘDZI BADAWCZYCH (PILOTAŻ) - ZŁOŻENIE KARTY ZGŁOSZENIA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE, KONKURS NA LOGO PROGRAMU (MARKETING PROGRAMU), PRZEPROWADZENIE BADAŃ ANKIETOWYCH WŚRÓD RODZICÓW I PRACOWNIKÓW PRZEDSZKOLA, USTALENIE LISTY PROBLEMÓW WYMAGAJĄCYCH ROZWIĄZANIA W PRZEDSZKOLU
III	BUDOWANIE PLANU I EWALUACJI PROGRAMU II 2000 - III 2000	WYBÓR PROBLEMÓW GŁÓWNYCH, USTALENIE CELÓW PROGRAMU, ZBUDOWANIE HARMONOGRAMU PROGRAMU, ZŁOŻENIE PROGRAMU
IV	REALIZACJA I MONITOROWANIE 2000 - 2001	SZKOLENIE DLA RODZICÓW, KOORDYNATORÓW, PERSONELU
V	EWALUACJA WYNIKÓW 2002	BADANIE ANKIETOWE RODZICÓW I PRACOWNIKÓW PRZEDSZKOLA

Maria Światła-Komisarczyk

Wrocławskie Dni Walki z Hałasem

w Szkole Podstawowej nr 82 we Wrocławiu

Szkoła Podstawowa nr 82 we Wrocławiu od kilku lat należy do Sieci Szkół Promujących Zdrowie. W dniach 3-7 marca 2003 r. przeprowadziliśmy w szkole kampanię, związaną z Wrocławskimi Dniami Walki z Hałasem. Przebiegała ona pod hasłem "STILLER - znaczy CISZEJ". Ideę włączania nauki języka obcego do różnych form pracy z dziećmi, stosuję już od pewnego czasu. Wydaje mi się, że w obliczu czekającego nas wejścia do Unii Europejskiej motywowanie uczniów do nauki języków obcych, staje się sprawą pierwszoplanową i element ten powinien towarzyszyć różnym formom działalności szkoły.

Połączenie akcji walki z hałasem, z nauką języka obcego, wydawało mi się też elementem uatrakcyjnającym ten trudny temat. Trudny, bo walka z hałasem, szczególnie w aspekcie zagospodarowywania przerw międzylekcyjnych, nie jest tematyką łatwą do przeprowadzenia. Trzeba być bardzo naiwnym, aby sądzić, że hałas wytwarzany na przerwie w szkole, da się w wyniku akcji w znaczący sposób obniżyć. Uczniowie spędzają w szkole kilka godzin dziennie, głównie w pozycji siedzącej, często w bezruchu i skupieniu. Na przerwie muszą odreagować objawy zmęczenia i znużenia, spowodowane długotrwałą pracą umysłową w pozycji statycznej. Objawia się to zarówno w ekspresji fizycznej, jak i werbalnej.

Myślę jednak, że wyjaśnienie dzieciom skutków nieustannego bombardowania uszu głośnymi dźwiękami, może wpłynąć na ich postawy w życiu pozaszkolnym.

Dlatego też program realizowany w naszej szkole zakładał szeroki wachlarz działań uświadamiających. Do akcji włączyli się prawie wszyscy nauczyciele, którzy przeprowadzili szereg zajęć poruszających problematykę hałasu. I tak, na lekcjach przyrody uczniowie poprzez doświadczenia poznawali tajemniczy świat dźwięków; na języku polskim - dyskutowali nad destrukcyjną siłą hałasu, na podstawie poznanych utworów literackich; na zajęciach wychowawczych rozwiązywali krzyżówki i zagadki związane z hałasem, oraz ustalali sposoby walki z nim. Na lekcjach języka niemieckiego prowadzili dialogi na temat natężenia słuchanej przez nich muzyki młodzieżowej, na religii - ustalali w jaki sposób powinni zachowywać się podczas katechezy, a na zajęciach wychowania fizycznego - otrzymywali dodatkowe punkty za ciszę w czasie lekcji.

W trakcie przerw uczniowie mogli uczyć się słówek i zwrotów, związanych z walką z hałasem, które prezentowane były na szkolnych korytarzach. Z pewnością te same hasła zapisane tylko w języku polskim, nie wzbudziłyby u dzieci tyle zainteresowania, co te napisane w języku obcym. Dodatkowym elementem mo-

Do akcji włączyli się prawie wszyscy nauczyciele, którzy przeprowadził szereg zajęć poruszających problematykę hałasu.

P R E
Z E N
T A C
J () E

W czasie przerw uczniowie zapraszani byli także do biblioteki szkolnej, gdzie mogli odpoczywać, słuchając śpiewu ptaków i muzyki relaksacyjnej.

tywującym dzieci do lektury wspomnianych haseł był, zapowiedziany na koniec kampanii, konkurs z ich znajomości. Konkurs wygrała uczennica klasy VI, która przetłumaczyła wszystkie konkursowe hasła w ciągu 17 sekund!

W czasie przerw uczniowie zapraszani byli także do biblioteki szkolnej, gdzie mogli odpoczywać, słuchając śpiewu ptaków i muzyki relaksacyjnej. Uczniowie klas I-III wzięli udział w konkursie polegającym na samodzielnym (lub grupowym) rozwiązaniu krzyżówki, której hasło końcowe brzmiało: "HAŁAS SZKODZI". Zainteresowanie konkursem było tak duże, że konkurs, zaplanowany na jedną przerwę, musiał (z powodu dużej liczby uczestników) odbywać się aż na trzech przerwach śródlekcyjnych. Uczniowie starsi otrzymywali w bibliotece, przygotowaną przez liderów zdrowia, dwujęzyczną gazetkę o tematyce walki z hałasem. Mogli uczestniczyć w zamieszczonym w tejże gazetce konkursie. Wszystkie klasy zaproszono do układania scenek teatralnych o szkodliwości hałasu. Uczniowie przygotowali się do występów kilka dni. Pracowali w grupach. Włożyli dużo starań w zorganizowanie strojów i rekwizytów. Wysiłek ten opłacił

się, bo scenki bardzo podobały się szkolnej publiczności, która obejrzała je na apelu podsumowującym Dni Walki z Hałasem. Na apelu tym można było też podziwiać występ Koła Recytatorskiego, które zaprezentowało fragment inscenizacji pt. "Leśne odgłosy", mówiącej o konieczności zachowania ciszy w lesie. Zaangażowanie uczniów, zarówno w przygotowanie i przeprowadzenie akcji, jak i ich aktywność w czasie samej kampanii, wyrażająca się w bardzo licznych uczestnictwie dzieci w organizowanych konkursach, świadczy, jak sądzę, o sukcesie całej akcji. Potwierdziła to też ankieta, podsumowująca kampanię, a przeprowadzona wśród uczniów przez liderów zdrowia. Hałas na przerwach w szkole w zasadzie nie zmienił się, ale deklarowana przez uczniów w ankiecie chęć stosowania poznanych w czasie kampanii sposobów redukcji hałasu, pozwala mieć nadzieję, że uczniowie zastanowią się przez chwilę, zanim włączą w domu głośno radio, magnetofon, czy walkmana.

Maria Światła-Komisarczyk

Koordinator Promocji Zdrowia w SP nr 82 we Wrocławiu.

PREZENTACJE



Fot. (Autorki), Uczniowie SP nr 82 we Wrocławiu podczas DNI WALKI Z HAŁASEM

POSTULAT WILBERA



zdrowie i kultura

Renata Niemierowska

Znaki zodiaku a fizjologia ciała,
1483, drzeworyt

Książkę Kena Wilbera zatytułowaną "Psychologia integralna. Świadomość, duch, psychologia, terapia" (Jacek Santorski & Co, 2000) można czytać na wiele sposobów: jako usystematyzowaną, holistyczną wizję świata i człowieka, studium ewolucji świadomości, intelektualną medytację nad duchowym wymiarem istnienia świata, krytykę scjentystycznie i materialistycznie zorientowanych teorii naukowych, dotyczących człowieka i obowiązujących w ubiegłym, a także naszym stuleciu. Studenci psychologii mogą znaleźć tu zwięzły opis wszystkich szkół psychologicznych XX. wieku, a także przykłady rozwiązań najnowszych (np. teorię dynamiki spiralnej i "meme" Becka i Cowana, itd.), a wszyscy - wiele inspirujących myśli, zaczerpniętych z najstarszego dziedzictwa kulturowego Wschodu i Zachodu. Ken Wilber, z wykształcenia biochemik, jest jednym z najciekawszych myślicieli, zajmujących się psychologią transpersonalną, a o jednej z jego pierwszych książek ("Eksploracja świadomości", Abraxas 1997), w której zarysował obszar swych zainteresowań, Fritjof Capra napisał:

"Ken Wilber powiązał naukowe i religijne wyobrażenia na temat rzeczywistości, Boga, świadomości i ewolucji w jedną, zapierającą dech

w piersiach kosmiczną wizję."

"Psychologia integralna" jest rozwinięciem tez zawartych we wcześniejszych pracach i w zamysle przedsięwzięciem imponującym, ujawniającym nie tylko wielką erudycję i wiedzę autora, ale odwagę przedstawienia spójnej i systematycznej syntezy bytu. Nic zatem dziwnego, że wielu współczesnych intelektualistów określiło go mianem "współczesnego Hegla"; jednak z Heglem łączy Wilbera jedynie łatwość systematyzowania pojęć, skłonność do posługiwania się schematami (a często diagramami i symbolami), dążenie do włączania wszelkich uniwersalizujących ujęć filozoficznych w system - nie zaś "rozwiązanie" ich według jednej, racjonalnej zasady. "Rozwiązanie", zdaje się powiadać Wilber, wyłoni się w toku dalszej ewolucji świadomości, teraz zaś znajdujemy się na etapie, który domaga się integralnego ujęcia psyche i świadomości w ogóle. O ile Hegel posługiwał się klasyczną triadą dialektyczną (teza - antyteza - synteza), pojmując ją jako naczelne prawo logiki (a cała rzeczywistość była dla autora "Fenomenologii ducha" zarazem konieczna i logiczna), Wilber proponuje "logikę sieci". Określa ją mianem dialektyki całości i części. Zmusza go to do posługiwania się "systematy



zującymi uogólnieniami", jak je określa, a czasem symbolami, zamiast stosowania klasycznego, analitycznego opisu, co z pewnością może irytować teoretyzujących psychologów i filozofów, a także socjologów, antropologów, antropologów kultury i wielu innych.

Dokonując syntezy całej dostępnej mu wiedzy (nie tylko z zakresu historii, antropologii, psychologii i filozofii, ale także wielu nauk szczegółowych), Wilber rozważa struktury, stany, funkcje, rodzaje oraz rozwój i behawioralne aspekty świadomości.

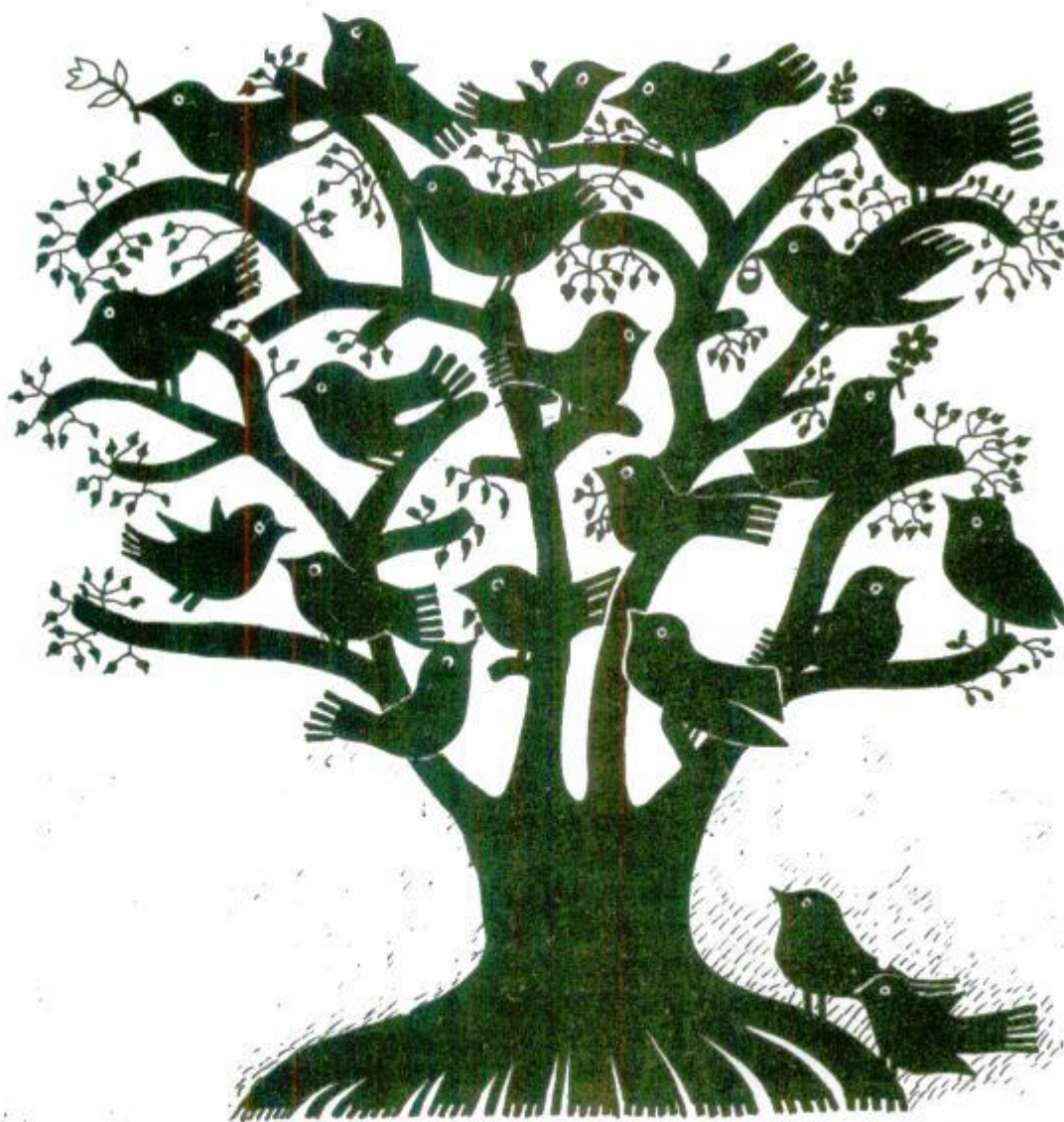
Proponuje model psychologiczny, który obejmuje stany, fale i strumienie (jak je nazywa) świadomości i jaźni (self), włączając w nie

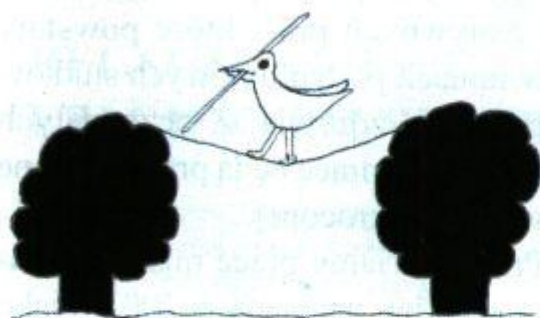
poziom duchowy i fundamentalny, opisany jako holon:

"Holon jest całością, która jest częścią innych całości. Np. cały atom jest częścią całej molekuly, cała molekula jest częścią całej komórki, cała komórka jest częścią całego organizmu, itd. (...). Wszechświat zasadniczo składa się z holonów, całości, które są częściami innych całości. (...) Osoba jest częścią rodziny, która jest częścią społeczności, która jest częścią narodu, który jest częścią ludzkości, itd." (K. Wiber, Psychologia integralna, s.22).

Według Wilbera każdy holon zawarty jest w większym holonie, holony istnieją w "gniazdowych hierarchiach", czyli holarchiach, jak je

Holon jest całością, która jest częścią innych całości.





określa. Holony tworzą Wszechświat, który Wilber opisuje jako Wielki Gniazdowy Układ Istnienia, w którym każdy wyższy wymiar "od materii przez ciało, umysł, duszę i ducha - przekracza, lecz zawiera wymiary niższe" (op. cit., s.23).

Na najwyższym, a zarazem najgłębszym, dostępnym nam poziomie ewoluującego Wielkiego Gniazdowego Układu Istnienia, świadomość zyskuje wymiar transcendujący, który autor nazywa "przebudzeniem Ducha-w-działaniu". Na tym etapie, głęboko zintegrowane indywiduum, czyli jednostka, która zrozumiała istotę integracji i jej "nieskończoną" procesualność, zrozumiała konieczność budowania i rozwijania psychologii integralnej; zrozumiała, zatem potrafi stosować terapię integralną, zajmując się jednocześnie wewnętrzną, przemieniającą praktyką - na tym etapie człowiek postrzega siebie i Wszechświat jako "ten sam Duch-w-działaniu":

"...który zaczyna stawać się kolektywnie świadomy siebie (...) powoli scalając fragmenty świata, które zapomniały o wzajemnej trosce" (...), "ten sam Duch-w-działaniu, który w trakcie swej ewolucyjnej gry rozróżnił siebie na aspekty dobra, prawdy, piękna" (op. cit., s.235).

Poziomy, stany, struktury i fale tworzące Wielki Gniazdowy Układ Istnienia obejmują zjawiska, które opisać można za pomocą najprostszego schematu - materia, ciało, umysł, dusza, duch lub bardziej złożonego, którego objaśnieniu poświęca Wilber "Psychologię integralną". Przedstawia swą wizję w piętnastu rozdziałach,

zaopatrując książkę w 11 diagramów i obszernie, szczegółowe przypisy. Podstawowymi holonami, które są jednocześnie podstawowymi strukturami i falami, są w systemie Wilbera: materia, wrażenie, percepcja, egzocept, impuls, wyobrażenie, symbol, endocept, pojęcie, zasada, poziom formalny, wizja-logika, wizja, archetyp, poziom bezforemny, poziom niedualny.

Szczegółowe wyjaśnienie i omówienie Integralnej Holarchii Wilberowskiego Wszechświata przekroczyłoby znacznie objętość całego numeru "Promotora", zatem zachęcając naszych Czytelników do lektury, ograniczę się na koniec do zacytowania (przywołanego przez Wilbera we wstępie) fragmentu książki Gustava Fechnera, pioniera współczesnej psychologii. Fragment ten pochodzi z dzieła "Życie po śmierci", napisanego w 1835 r.:

"Człowiek żyje na ziemi nie jeden raz, lecz trzy razy: pierwszym etapem jego życia jest nieprzerwany sen, drugim - sen i jawa na zmianę, trzecim - nieustanne przebudzenie".

"W pierwszym etapie ciało rozwija się ze swego zarodka, wypracowując organy potrzebne dla etapu drugiego; w etapie drugim umysł rozwija się ze swojego zarodka, wypracowując organy potrzebne do etapu trzeciego; w etapie trzecim rozwija się boski zarodek, który leży ukryty w każdym ludzkim umyśle"

Postulat Wilbera brzmi: przede wszystkim nie przeszkadzaj...

Renata Niemierowska



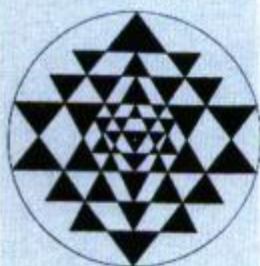
Postulat Wilbera brzmi: przede wszystkim nie przeszkadzaj...



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

Przedstawiamy pracę mgr Ewy Jaruzelskiej, napisaną w 2002 r. jako pracę końcową Podyplomowych Studiów Promocji Zdrowia. Praca w wersji oryginalnej obejmuje 30 stron.

program- propozycja



program

Dobrze skonstruowany i zaplanowany program promocji zdrowia porównać można do konstruowania yantry czy mandali. W programie promocji zdrowia oraz wspomnianych dalekowschodnich obrazach graficznych występują pewne wspólne cechy. W jednym i drugim wyróżnić można zewnętrzne elementy oraz to, co jest ich sednem.

Interesujące dla programu promocji zdrowia jest to, co naprawdę, a nie pozornie, może zmienić człowieka i jego zachowanie. Potrzebne do tego jest spełnienie trzech warunków: dobre przygotowanie programu od strony merytorycznej, spora dawka pozytywnej energii i odrobina szaleństwa. Pierwszy warunek możemy łączyć z zewnętrznymi elementami i uwarunkowaniami, natomiast dwa następne dotyczą głębszej sfery każdego z nas.

Według Gustawa Junga *yantra* i *mandala* to rodzaje wzorca nieodłącznie zespo-

lonego z najgłębszą istotą każdego z nas. Reprezentują one archetyp uniwersalnego prawa przejawiającego się w każdym z nas, bez względu na kulturę, tradycję czy religię. Jung uważa, że jedną z głębokich potrzeb warunkujących zdrowie człowieka jest potrzeba symboliki. Symbolika *yantry* i *mandali* jest symboliką labiryntu i ma "dopomóc wędrowcowi w dotarciu do centrum, a przebudzonemu umysłowi w odnalezieniu czystej świadomości i mądrości". Yantra jest rodzajem geometrycznego diagramu i jako wizualny instrument skupienia świadomości jest praktycznym narzędziem do pracy z umysłem. Bardziej złożoną w swej symbolice wersją *yantry* jest *mandala*, określana jako "koło".

Nawiązaniem do *yantry* i *mandali* w kontekście programu promocji zdrowia jest zwrócenie uwagi na holistyczny wymiar programu oraz to, że w jego centrum jest przede wszystkim człowiek.

L. K.

Ewa Jaruzelska

RELACJA TERAPEUTYCZNA POMIĘDZY LEKARZEM I PACJENTEM W SZPITALU JAKO SPOTKANIE OSÓB

Spis treści:

1. Opis problemu zdrowotnego
2. Kontekst problemu zdrowotnego
3. Diagnoza wyjściowa
4. Adresaci programu
5. Cele i zadania programu
6. Opis programu
7. Harmonogram programu
8. Współpraca organizacyjna i merytoryczna
9. Ewaluacja programu
10. Kosztorys programu
11. Aneks

Piśmienictwo

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Sytuacja choroby jest powodem spotkania pacjenta i lekarza. W niektórych przypadkach miejscem tego spotkania jest szpital. Specyfika tego miejsca, jak również liczne uwarunkowania osób dramatu czynią to spotkanie trudnym a niejednokrotnie tragicznym. Przedstawiony poniżej program jest propozycją, która może być pomocna w uczynieniu tego ważnego dla obu osób spotkania, wydarzeniem dobrym i ubogacającym, niezależnie od oceny medycznych efektów przeprowadzonej terapii.

2. KONTEKST PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Modele medycyny, osoba i relacje międzyosobowe

Prawie w każdej współczesnej pozycji, zajmującej się psychologią zdrowia i wizją medycyny, spotykamy opis ewolucji modeli medycyny. Zaczyna się on najczęściej od krytyki modelu biomedycznego. Rzeczywiście "pamięć" psychologii jako nauki stosunkowo młodej nie sięga retrospektywnie poza epokę pozytywizmu, aczkolwiek można by dodać, że starożytnym kontekstem opieki nad chorym był kontekst religijny, zachowany do dziś w społecznościach praktykujących religie pierwotne. Rozwijany od czasów nowożytnych model biomedyczny ujmuje człowieka jako dobrze zorganizowany, doskonały mechanizm, składający się z precyzyjnie funkcjonujących elementów. Choroba jest rozumiana jako zakłócenia w działaniu tego mechanizmu i wymaga naprawienia poszczególnych elementów. Lekarz pełni funkcję precyzyjnego mechanika, czy inżyniera, lub ładniej zegar-mistrza, który zepsuty mechanizm umie naprawić. Wraz z rozwojem nauk psychologicznych i społecznych pojawiły się dwa kolejne modele. Model medycyny psychosomatycznej budowany jest na przekonaniu, że istnieje zależność pomiędzy soma - ciałem, a psychiką, tzn. że pewne choroby somatyczne mogą mieć podłoże psychiczne, jak również mogą one powodować zaburzenia psychiczne. Kolejnym krokiem jest włączenie w krąg zainteresowań medycyny uwarunkowań społecznych, czyli uwzględnienie wielorakich zależności zdrowia człowieka od relacji z innymi oraz z jego roli w różnorodnych grupach i systemach społecznych. Włączenie wymiaru psychicznego i społecznego poszerzyło pole poszukiwań

etiologii chorób, jak też zrozumienie czynników wpływających na terapię. Centrum zainteresowań nauk medycznych jest ciągle choroba, względnie chory człowiek, co jest nazywane orientacją patogeniczną. Okazuje się zatem, że człowiek może być rozpatrywany przez nauki medyczne jako jedność psycho-fizyczna oraz jako aktywny podmiot systemu społecznego. Wydaje się, że tłem dla budowania modeli medycyny jest określona filozofia poznania, wyznaczająca jednostronnie empiryczne kryterium naukowości oraz dość redukcjonistyczna antropologia filozoficzna. Nie oznacza to, że tylko takie kierunki myślenia były rozwijane. Jak to odkrywa medycyna holistyczna, integralna wizja człowieka jako jedności sfery fizycznej, psychicznej i społecznej była obecna od starożytności i znajduje ona współcześnie zainteresowanie wśród wielu środowisk naukowych. Istotną różnicą w interpretacji jest pogląd, że całość nie jest prostą sumą części. Człowiek, będąc sam złożonym organizmem oddziaływujących na siebie i zależnych od siebie systemów, jest jednocześnie uczestnikiem organizmu kosmicznego, w którym panuje harmonia. Owa całościowość, czyli holizm, wnosi element duchowy, tzn. element relacyjności i wymiany energii. Obecność człowieka w systemie ma charakter dynamiczny i podmiotowy. Istotnym priorytetem w ramach modelu holistycznego jest skoncentrowanie się na zdrowiu. To zdrowie, nie choroba, powinno być w centrum zainteresowania medycyny, a zdrowie jawi się jako dynamiczna harmonia wszystkich elementów wewnętrznych i zewnętrznych. Zakłóceniem, brakiem tej harmonii jest choroba. Rola lekarza postrzegana jest jako połączenie roli mędrca, terapeuty i uzdrowiciela zarazem.

Wymienione modele medycyny zostały przedstawione w porządku historycznym, ale nie o porządek historyczny tutaj chodzi. Ważne jest zwrócenie uwagi, że zależnie od przyjętej filozofii kształtują się różnorodne wizje człowieka, modele medycyny, sposoby rozumienia zdrowia i choroby, roli lekarza i roli pacjenta. Ta różnorodność koncepcji ujawnia się w indywidualnym podejściu do własnego zdrowia (jak również choroby) zarówno u lekarzy, jak i pacjentów nie-lekarzy, nie mówiąc o tym, że i lekarz może wystąpić w roli chorego.

Jeśli chcemy rozpatrywać kontakty pomiędzy lekarzem a pacjentem jako relację, to znaczy, że przyjmujemy, że mamy do czynienia z dwiema osobami. Przez osobę w przybliżeniu rozumieć będziemy indywidualny i świadomy podmiot, którego życie jest integralną jednością wymiarów fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Istotnymi cechami osoby będzie dla nas wolność, zdolność do relacji międzyosobowej i dynamiczność rozwoju. Jeśli mówimy o relacji terapeutycznej, istotny jest dla nas nie tylko jej cel, jakim jest zdrowie, ale jej wymiar osobowy, tzn., że w procesie leczenia spotykają się nie tylko dwie funkcjonalne role, ale dwie osoby i że zachodzi między nimi wzajemna zależność. Powodzenie procesu leczenia zależy nie tylko jednostronnie od lekarza i sprawności jego umysłu, ale też od jego osobistego zaangażowania, jak również od zaangażowania i udziału pacjenta. W relacji terapeutycznej może nastąpić wymiana, w której obie strony biorą i otrzymują. Taka sytuacja, w której następuje świadoma i dobrowolna wymiana osób na wszystkich poziomach funkcjonowania, nazywana jest spotkaniem. Jest to jakby dodatkowa jakość przekraczająca wymierne korzyści. Jest to jedno z najpiękniejszych doświadczeń życia człowieka jako osoby.

Szpital jako miejsce spotkania lekarza i pacjenta

Sytuując proponowany program w kontekście szpitalnym nie mamy łatwego zadania, ponieważ szpital nie jawi się jako miejsce stwarzające dobre warunki do wzajemnych relacji, znajdującym się tam lekarzom i pacjentom. Z jednej strony jest to placówka lecznictwa zamkniętego o różnym stopniu referencyjności, podlegająca rygorom finansowo-administracyjnym systemu opieki zdrowotnej. Warunki w szpitalu zależą zatem od stanu finansów i umiejętności zarządzania, sprawności systemu, stopnia niezależności jednostki, jej prestiżu, kwalifikacji personelu, jakości sprzętu, warunków lokalowych, etc. Niektórzy widzą szpital jako przedsiębiorstwo sprzedające usługi medyczne. Z takiej wizji wynika, że liczy się przede wszystkim zysk, a mniej inne cele. Dla lekarza jako pracownika szpital jest zakładem pracy. Oznacza to, że jest dla niego źródłem utrzymania, miejscem, miejmy nadzieję, rozwoju zawodowego. Jest także strukturą wielorakich zależności, w tym współpracy z innymi lekarzami, z którymi mogą go łączyć relacje partnerskie bądź relacje konkurencji, jak również jest to płaszczyzna współpracy z innymi zawodami uczestniczącymi w procesie leczenia: pielęgniarkami, fizjoterapeutami, salowymi, pracownikami administracji i personelem usługowym. Bywa, że szpital jest jednocześnie kliniką, placówką naukowo-badawczą. Priorytetowe mogą więc

być badania naukowe, wysokospecjalistyczne procedury, znaczenie autorytetów naukowych, dla niektórych karier naukowa. Można się też spotkać z określeniem, że szpital jest "instytucją totalną" o ściśle określonej, hierarchicznej strukturze, regulaminie, charakteryzującej się skrajnym uprzedmiotowieniem, zwłaszcza pacjentów, a w odniesieniu do personelu funkcjonującą na zasadzie mechanizmów władzy. Dla niektórych grup społecznych szpital może jawić się jako placówka opiekuńcza, rodzaj schronienia, które zdejmując częściowo odpowiedzialność za spełnianie obowiązków życiowych, daje możliwość odpoczynku. Ważnym czynnikiem funkcjonowania szpitala są odwiedziny osób z zewnątrz. Są one jakby łącznikiem pomiędzy zamkniętą strukturą placówki a światem zewnętrznym. Do szpitala przychodzą rodziny i znajomi chorych. Byłoby dobrze, gdyby obecność przychodzących była wspierającą dla pacjentów, ale nie zawsze tak jest. Czasami są to wizyty źle wpływające na stan zdrowia pacjentów, ze względu na trudne relacje. Odwiedzający kontaktują się także z lekarzami, co również nie zawsze ma charakter harmonijny i satysfakcjonujący dla obu stron. Zdarzają się również odwiedziny duszpasterzy różnych denominacji, u nas głównie księży rzymskokatolickich. Ich obecność różnie bywa przyjmowana ze względu na różne wybory życiowe w kwestiach religijnych, a także ze względu na szczególną niekiedy sytuację graniczną silnego cierpienia, zakwestionowania celów życiowych, czy bliskość śmierci. Rzadko, ale zdarza się to również, do szpitala przybywają woluntariusze. Ich główną rolą jest towarzyszenie chorym w szerokim tego słowa znaczeniu, np. pomoc w prostych czynnościach pielęgnacyjnych, rozmowa i dyskretna obecność.

Poznaliśmy przy okazji opisu miejsca akcji, jakim jest szpital, różne drugoplanowe, choć nie mało ważne, osoby dramatu. Mamy więc do czynienia z pacjentami, leżącymi na wspólnych często salach, zarządem szpitala, lekarzami, stażystami, pielęgniarkami, salowymi, fizjoterapeutami, psychologami, kapelanami, pracownikami administracji, pracownikami firm obsługujących szpital, rodzinami i znajomymi, woluntariuszami. Każda z tych osób w swojej roli może wspomóc lub utrudnić kontakt pomiędzy indywidualnym lekarzem, a indywidualnym pacjentem.

Uwarunkowania pacjenta i lekarza w relacji terapeutycznej

Spróbujmy zatem opisać sytuację spotkania pacjenta i lekarza w kontekście szpitalnym i czynniki, które mogą mieć wpływ na kształtowanie się ich wzajemnej relacji. Istotne jest w analizie pamiętać o tym, że dla pacjenta choroba jest w danej sytuacji jakimś zagrożeniem lub co najmniej zmianą sytuacji, w której się znajdował i może to być zmiana istotna. Układ lekarz-pacjent nie jest układem równym. To pacjent przychodzi z prośbą o pomoc, nawet jeśli mu się ona w jakimś sensie należy. Znajduje się więc w sytuacji zależności od lekarza i nie tylko od niego. Dla obu stron zasadnicza struktura czynników wpływających na relację jest analogiczna, można wymienić następujące:

- | | |
|--|--|
| - usposobienie, temperament, płeć | - doświadczenie życiowe |
| - relacje rodzinne w dzieciństwie | - inne ważne i bliskie relacje |
| - inteligencja, wykształcenie | - rozwój osobisty, inspiracje, zainteresowania |
| - zasadnicze wybory życiowe, "filozofia życiowa" | - sytuacja społeczna |
| - warunki pracy | - status społeczny |
| - sytuacja rodzinna obecna | - okoliczności spotkania |

Wpływ poszczególnych czynników nie jest izolowany, ale dynamiczny, tzn. np. że ukształtowanie osobowości zależy od doświadczenia życiowego, a np. rozwój osobisty od temperamentu, itp.

Problem zdrowotny programu w odniesieniu do strategii promocji zdrowia

Aby odnieść podejmowany problem do współczesnych strategii promocji zdrowia, weźmiemy pod uwagę kilka dokumentów. Pierwszym punktem odniesienia jest dokument "Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku" [Recenzja A. Kozierkiewicz. Warszawa, Kraków 2001. s. 36] opracowany w 1998 przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Znajdujemy w nim Cel 6. Poprawa zdrowia psychicznego, który odnosi się ogólnie do zakresu programu. W sposób bardziej szczegółowy odnosi się do niego Cel 18. Rozwijanie kadry pracowniczej w opiece zdrowotnej: Do 2010 r. wszystkie kraje członkowskie powinny doprowadzić do tego, by pracownicy opieki zdrowotnej i inni

sektorów zdobyli odpowiednią wiedzę, umiejętności i postawy do ochrony i promowania zdrowia. W rozwinięciu tego celu w pkt. 18.1 czytamy, że kształcenie pracowników opieki zdrowotnej powinno ich przygotowywać do świadczenia dobrej jakości usług oraz w pkt. 18.4, że edukacja pracowników innych sektorów powinna obejmować wiedzę na temat wpływu ich pracy na uwarunkowania zdrowia. We wskazówkach do realizacji celu znajdujemy taką, że edukacja pracowników powinna włączać nauki społeczne związane ze zdrowiem. Wydaje się, że proponowany program poświęcony kształtowaniu dobrej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem odpowiada założeniom strategii "Zdrowie 21", ponieważ ma na celu dobrą jakość usług, opiera się na zasadach pracy zespołowej, włączając pracowników innych sektorów oraz uwzględnia w programie nauki społeczne związane ze zdrowiem.

Ważnym dokumentem międzynarodowym dotyczącym szpitali jest "Deklaracja Budapesztańska", powstała w 1991 r. z inicjatywy WHO, która wyznacza cele dla szpitali należących do Międzynarodowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie (patrz punkty od 12 do 16).

Kolejnym dokumentem jest "Narodowy Program Zdrowia 1996-2005" (NPZ) wydany jesienią 1996 roku przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Z analizy celów wnioskujemy, że program jest zbieżny z kilkoma celami NPZ, celami nr: 6, 7, 12.

Jeżeli program miałby być realizowany na terenie Dolnego Śląska, trzeba wziąć pod uwagę lokalne strategie zdrowotne. Na początku 2002 r. powstała opracowana przez międzysektorowy, roboczy, Dolnośląski Zespół ds. Promocji Zdrowia "Strategia Promocji Zdrowia 2002-2010 dla Województwa Dolnośląskiego". Nie jest to dokument oficjalnie przyjęty przez władze wojewódzkie, ale przedstawia spójną propozycję w tej dziedzinie. Wśród wytyczonych długofalowych szesnastu celów znajdujemy, Cel 9. Poprawa zdrowia psychicznego, który, jak to jest zaznaczone w Strategii jest zgodny z Celem 7. NPZ oraz Celem 6. "Zdrowia 21", których korespondowanie z celami programu zostało opisane powyżej.

Również strategia Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych "Plan Działania 2000-2005 Promocja Zdrowia w Województwie Dolnośląskim", opracowany w 2000 r., ujmuje wśród priorytetowych obszarów zdrowotnych, które powinny być przedmiotem zainteresowania dwa, które odpowiadają zakresowi programu. Jest to, wymieniana już wcześniej, promocja zdrowia psychicznego i poczucia bezpieczeństwa oraz integracja wspólnot lokalnych.

3. DIAGNOZA WYJŚCIOWA

Ponieważ program nie jest pomyślany dla wybranego wcześniej szpitala, wymieniamy rodzaje informacji, które byłyby znaczące:

- rodzaj specjalizacji placówki (bądź nie), - liczba oddziałów, ich wielkość, specjalizacja, ilość pacjentów znajdująca się pod opieką jednego lekarza (ewentualne różnice), liczba i struktura personelu, pracownicy administracyjni, przynależność szpitala do sieci szpitali promujących zdrowie i przeprowadzone programy,
- pracownicy mający doświadczenie wolontariatu na rzecz osób chorych (rodzaje organizacji) według grup zawodowych (lekarze, personel bezpośredniego kontaktu z pacjentem)
- obecność wolontariuszy w szpitalu - ile osób, jaka częstotliwość wizyt, podejmowane działania
- działania pozamedyczne podejmowane na rzecz pacjentów

Analiza ankiet

Szkoleniowa część programu poprzedzona będzie przeprowadzeniem dwóch analogicznych ankiet, dotyczących jakości relacji lekarz - pacjent, wzajemnych oczekiwań i potrzeb, warunków szpitalnych pod kątem ich wpływu na jakość relacji z lekarzami i poczucie bezpieczeństwa. Ankieta powinna zawierać minimum 30 pytań, aby określić wzajemne oczekiwania i ewentualnie stopień ich zaspokojenia. Pytania mogłyby być tak skonstruowane, że zawierałyby katalogi cech, zachowań, wartości itp., niektóre pytania mogłyby być pytaniami otwartymi. Jedna skierowana byłaby do pacjentów i ich bliskich, a druga do pracowników szpitala. Podobieństwo ankiet miałyby charakter lustrzany w jednej części, a druga część winna zawierać pytania specyficzne dla określonego rodzaju adresatów. Dobrze by było przeprowadzić ankiety wśród 50% personelu i 50% pacjentów. Ankiety będą anonimowe, ale z zaznaczeniem

grupy zawodowej lub typu pacjenta (długo lub krótkoterminowy, rodzina). Powinny być doręczane do wypełnienia indywidualnie i odbierane przez tę samą osobę. O przeprowadzenie ankiet można by poprosić studentów psychologii lub specjalizacji promocji zdrowia AWF. Wyniki ankiet dla pracowników szpitala będą analizowane w kilku kategoriach zawodowych, natomiast dla pacjentów w kilku grupach wyróżnionych pod kątem czasu przebywania w szpitalu i rodzaju choroby. Następnie porównane zostaną analizy obu ankiet, aby uchwycić podobieństwa i różnice. Wyniki ankiet będą poddane dyskusji na jednym z warsztatów.

Ponieważ przygotowanie takiej ankiety wymaga kompetencji specjalisty z dziedziny psychologii zdrowia, jej wynik nie zostanie przedstawiony w niniejszej pracy.

4. ADRESACI PROGRAMU

Można powiedzieć, że adresatem programu jest szpital jako środowisko. Ponieważ owoce programu powinny dać odczuć nie tylko w bezpośredniej grupie seminaryjnej, ale i wśród pacjentów oraz współpracowników.

Jednakże bezpośrednimi adresatami działań szkoleniowych będzie międzyzawodowy zespół seminaryjny, składający się z 2 lekarzy, 2 pielęgniarek (jedna z oddziału, jedna z izby przyjęć), rehabilitanta, salowej, analityka med., kucharki, pracownika administracji, i ewentualnie kapelana i wolontariusza. Nie jest istotne, aby wszystkie zawody były reprezentowane, ale żeby grupa była różnorodna i nie większa niż 10 osób. Istotny natomiast jest dobór zespołu zwłaszcza w etapie pilotażowym, taki, aby były to osoby o dużej motywacji i świadomości problemu. Ważne jest również, aby przedstawiciele zawodów niemedycznych umieli przekroczyć bariery hierarchiczności struktur szpitalnych i nie byli zbyt nieśmiali względem lekarzy. Można rozważać w późniejszym etapie poszerzenie grupy o pacjentów byłego lub obecnego, czy osobę odwiedzającą. Dobór osób w grupie powinien być rozważnie przemyślany, a kandydaci potraktowani indywidualnie.

Ponieważ tematyka programu dotyczy relacji lekarz-pacjent, głównymi beneficjentami szkolenia będą lekarze (oraz przedstawiciele zawodów bezpośredniego kontaktu z chorym). Jednakże dla specyfiki programu ważne jest "odrędyczenie" problemu oraz podkreślenie znaczenia współpracy z innymi osobami, dzięki którym możliwy jest właściwy kontakt lekarza i pacjenta.

5. CEL I ZADANIA PROGRAMU

Bezpośrednim celem programu jest pomoc lekarzom w rozumieniu wieloaspektowości sytuacji osoby hospitalizowanej, rozpoznawaniu emocjonalnych potrzeb pacjenta oraz własnych i rozwinięcie empatii.

Celem pośrednim jest polepszenie komunikacji osób zaangażowanych w proces leczenia jako warunku skuteczności terapii, z uwzględnieniem ich zasobów emocjonalnych i duchowych.

ZADANIA

1. Diagnoza jakości i warunków relacji pacjent-lekarz w szpitalu
2. Nawiązanie współpracy z realizatorami, w tym szczególnie z animatorami grup
3. Przekazanie wiedzy i doskonalenie umiejętności interpersonalnych
4. Przygotowanie materiałów edukacyjnych
5. Ocena skuteczności programu
6. Popularyzacja programu w mediach lokalnych

6. OPIS PROGRAMU

Program może mieć dwa etapy: pilotażowy i ciągły.

Etap pilotażowy polega na tym, że w programie bierze udział jedna grupa seminaryjna, a po zakończeniu rewiduje się jego poszczególne elementy i wprowadza potrzebne zmiany.

Wersja ciągła polega na tym, że program obejmuje jednocześnie kilka grup na terenie tego samego szpitala tak, aby

objąć jak największą liczbę pracowników, a w szczególności lekarzy. Przeprowadzenie takiego seminarium w szpitalu może się rozciągnąć na kilka lat.

Przeprowadzenie ankiety dla pracowników i pacjentów:

Dobrze będzie już przed wersją pilotażową przeprowadzić ankietę, o której jest mowa przy okazji diagnozy. Jeżeli jednak byłaby to inwestycja ryzykowna finansowo przy braku przekonania dyrekcji o celowości programu, należy zadbać o to, żeby przeprowadzenie ankiet poprzedzało wersję ciągłą.

Program w zasadniczej części polega na przeprowadzeniu 6-miesięcznego seminarium w rytmie dwutygodniowym. W ramach seminarium odbywać się będą warsztaty, wykłady i praktyki powiązane z pracą własną.

Ankieta dla uczestników seminarium będzie zawierała kwestionariusz na temat sytuacji i potrzeb pacjenta, relacji lekarz-pacjent. Pytania odpowiadać będą tematom zajęć. Taki sam kwestionariusz jako narzędzie ewaluacyjne przeprowadzony będzie na koniec programu. Oprócz metody obserwacji i oceny efektów kursu przez uczestników, będzie to jedno z narzędzi ewaluacji

Warsztaty prowadzone z zastosowaniem form aktywnych, bazujące na refleksji nad indywidualnym doświadczeniem zawodowym i osobistym. Zajęcia trwałyby ok. 1,5 -2 godz.

Wykłady będą miały charakter bardziej szkiców zakreślających wizje rozumienia problemu i koncentrujące się na pytaniach, jakie w ramach danego tematu należałoby sobie postawić, oraz mają być formą podsumowania warsztatów. W ramach wykładu przewidziany krótki czas na dyskusję. Czas trwania wykładu - ok. 45 min.

Wykład i warsztat jako zajęcia komplementarne, będą poświęcone zazwyczaj jednemu tematowi, chociaż nie zawsze w każdym temacie wykorzystane będą obie formy.

Praktyki opierają się na metodzie:

- zamiany ról, np. spędzenie doby szpitalnej włącznie z nocą w roli pacjenta leżącego, towarzyszenie w roli wolontariusza pacjentowi leżącemu obłożnie choremu, lub osobie chorej terminalnie. W przeprowadzeniu tych działań istotna będzie akceptacja dyrekcji i ordynatora oddziału, ponieważ wiąże się to ze zmianą czasu pracy (np. udzieleniem urlopu szkoleniowego), oraz obecnością dodatkowej osoby na oddziale;

- obserwacji pacjentów i lekarzy w izbie przyjęć, pacjentów oczekujących na przyjęcie przed izbą przyjęć, obchodów lekarskich bez uczestniczenia w nich. Ważne jest przy tym notowanie spostrzeżeń pod kątem rozpoznawania emocji i komunikacji niewerbalnej obu stron. Również potrzebna akceptacja dyrekcji.

Praca własna: zalecane lektury, dziennik emocjonalny: "Dzieje duszy" (po warsztatach na temat komunikacji i emocji chętnym można zaproponować prowadzenie pewnego rodzaju pamiętnika własnych emocji i refleksji nad doświadczeniami w komunikacji).

Dzień urlopu szkoleniowego dla uczestnika na przeprowadzenie praktyki i zajęcia poza szpitalem (dzień wyjazdowy).

7. HARMONOGRAM

Przygotowanie programu ZADANIE	TERMIN	OSOBA
Przygotowanie ankiety dla pacjentów i pracowników	sierpień	koordynator, socjolog, psycholog
Przygotowanie kwestionariusza dla uczestników seminarium	sierpień	koordynator, animatorzy warsztatów
Spotkania animatorów warsztatów i wykładowców	wrzesień	koordynator
Spotkanie informacyjne dla dyrekcji szpitala	wrzesień	koordynator, wykładowca lub animator z tyt. akademickim
Rekrutacja grupy pilotażowej	wrzesień	koordynator z dyrekcją szpitala
Realizacja ZADANIE	TERMIN	OSOBA
Przeprowadzenie ankiety dla pracowników i pacjentów	wrzesień	wolontariusze, studenci-praktykanci, koordynator,
Analiza ankiety	październik	autor ankiety z zespołem

Przeprowadzenie kwestionariusza dla uczestników seminarium Wykłady, warsztaty, praktyki	październik październik maj	koordynator/ animator animatorzy, wykładowcy
Monitorowanie i ocena realizacji programu ZADANIE	TERMIN	OSOBA
Powtórne przeprowadzenie kwestionariusza i analiza porównawcza kwestionariusza początkowego i końcowego Analiza finansów Zebranie dokumentacji programu Wybór materiałów do skryptu na potrzeby etapu ciągłego Ewentualna publikacja informująca o przebiegu i wynikach programu w środowisku medycznym	maj maj maj maj czerwiec	animatorzy koordynator koordynator uczestnik kursu, koordynator
Ocena skuteczności programu ZADANIE	TERMIN	OSOBA
Ewentualna aktualizacja i przeprowadzenie ankiety wśród personelu i pacjentów po 2,3 latach realizacji programu w danej placówce	po 2, 3 latach	koordynator, pracownik ds. promocji zdrowia.

8. WSPÓLPRACA ORGANIZACYJNA I MERYTORYCZNA

Instytut psychologii ..., socjologii... związany z jakąś uczelnią wyższą; np. Zakład Promocji Zdrowia AWF Wrocław (Przeprowadzenie i analiza ankiet).

Polskie Towarzystwo Balintowskie (Konsultowanie zakresu merytorycznego warsztatów i wykładów).

Zakład Promocji Zdrowia AWF Wrocław (Konsultowanie zakresu merytorycznego warsztatów i wykładów).

Zakład Nauk Humanistycznych AM we Wrocławiu (Konsultowanie zakresu merytorycznego warsztatów i wykładów).

9. EWALUACJA PROGRAMU

Ewaluacja będzie przeprowadzona w dwóch etapach:

1. Pierwszy można nazwać ewaluacją bezpośrednią i odnosić do działań szkoleniowych. W grupie seminaryjnej bezpośrednio po zakończeniu zajęć powtórnie przeprowadzona zostanie ankieta i dokonana analiza porównawcza I i II edycji ankiety. Dodatkowo przeprowadzone zostaną warsztaty tą samą metodą, dotyczące wizji szpitala i również dokonana analiza porównawcza. Ewaluacja bezpośrednia będzie dokonywana w części z udziałem uczestników. Dodatkowym elementem oceny szkolenia będzie dokonanie wyboru materiałów szkoleniowych do skryptu, przy udziale uczestników po fazie pilotażowej i ewentualnie uzupełnianie i korekta zawartości skryptu.
2. Druga część ewaluacji może być nazwana etapową lub końcową i polegać będzie na powtórnym przeprowadzeniu ankiety dla pacjentów i pracowników po 2-3 latach, o ile program wejdzie w fazę ciągłą.

10. KOSZTORYS

Rodzaj działania	Jednostka miary	Cena jednostkowa	Ilość świadczeń	Wartość świadczeń	•ródła finansowania
Autorskie przygotowanie ankiet dla pracowników szpitala i pacjentów	2 szt	400	1	400	KBN, granty na badania naukowe lub NFZ
Przeprowadzenie ankiet	1 szt	5	200	1000	
Analiza ankiet	1 szt.	10	200	2000	
Autorskie przygotowanie kwestionariusza dla uczestników seminarium	1 szt	100	1	100	NFZ, samorząd lokalny
Wykład	1 godz.	50	7	350	
Warsztaty	1,5 godz	80	10	800	
Koordinacja programu w tym praca animatora	1 godz. 1 godz.	15 15	170 80	2550 1200 (wartość nie dodawana)	
Materiały szkoleniowe (papier, kserokopie, materiały plastyczne, rekwizyty)				300	
Coś, żeby było miło albo humanizacja przestrzeni dydaktycznej				200	szpital
Urlop szkoleniowy	1 dzień	ok. 100 zł.	20	2000	
Razem				9700	

11. ANEKS (TEMATY WARSZTATÓW I WYKŁADÓW)

Razem: 10 warsztatów i 7 wykładów

1. Wizja szpitala

Warsztaty mają na celu uświadomienie sobie priorytetów we własnej koncepcji szpitala, uporządkowanie ich wg własnej typologii i hierarchii ważności oraz stworzenie wspólnego, wynegocjowanego przez grupę modelu. Dokumentacja zajęć w formie planszy posłuży do porównania jej z modelem utworzonym na końcu seminarium. Ten ostatni cel nie będzie ujawniony uczestnikom.

2. Misja szpitala

Wykład o siedliskowym charakterze placówki szpitalnej, ukazujący jej usytuowanie w środowisku lokalnym, przedstawiający priorytety przyjmowane przez placówki w sieci szpitali promujących zdrowie, porządkujący pytania i zagadnienia według których można precyzować specyfikę konkretnego szpitala.

3. Medyczne szuflady: zdrowie - choroba, człowiek chory - człowiek zdrowy, lekarz - pacjent, ciało - psychika

Warsztat uwarunkowujący na ambiwalencję stosowanych podziałów i pojęć, oraz kulturowe i indywidualne uwarunkowanie przyjmowania określonej interpretacji zjawisk związanych ze zdrowiem.

Wykład o paradygmatach kształtujących oblicze współczesnej medycyny i jej komplementarne dziedziny, ich uwarunkowanie kulturowe i historyczne.

4. Komunikacja i komunia

Wykład pokazujący zróżnicowanie poziomów i intensywności relacji między osobami od minięcia się, zetknięcia poprzez wymianę do spotkania, dialogu, obecności i uczestnictwa. Ważne nawiązanie do choroby jako sytuacji przyzywającej doświadczenie więzi.

5. Jestem ciałem

Forma mieszana, czas jak warsztaty, o ciele jako miejscu komunikacji i komunii. Chodzi o pokazanie, jak bardzo w sensie głębokim, ciało jest częścią tożsamości osoby, wrócenie uwagi na głębię kontaktu niewerbalnego matki i dziecka, kontaktu z osobą o ograniczonej świadomości. Pokazanie jak choroba somatyczna ujawnia integralną jedność ciała w osobie. Warto wspomnieć o leczącym działaniu dotyku.

6. Poziomy komunikacji w relacji z chorym. Komunikacja werbalna i niewerbalna

Wykład i warsztaty pokazujące gamę kanałów przekazywania informacji i przekazów niewerbalnych oraz ich znaczenie w komunikowaniu się z pacjentem. Zaznaczenie sytuacyjnych i indywidualnych uwarunkowań dobrego komunikowania się i przeszkód dobrej komunikacji

7. Aktywne słuchanie

Warsztaty - trening aktywnego słuchania. Ćwiczenia polegające na przeprowadzaniu dialogów w parach "lekarz-pacjent", którym towarzyszy obserwator. Przekazywanie informacji zwrotnych.

8. Empatia - oczekiwania i emocje

Warsztaty - trening balintowski. Trening polega na analizie pojedynczych przypadków relacji z pacjentem, pod kątem wzajemnych potrzeb i emocji towarzyszących spotkaniu. Warto polecić uczestnikom długoterminowy udział w grupach balintowskich (ok. 4 godz.).

9. Ścieżka informacyjna

Warsztaty - "Droga przez mękę" - polegające na stworzeniu mapy kolejnych punktów na szlaku szpitalnym pacjenta i jego bliskich, gdzie następuje przekazanie istotnych informacji. Przy kolejnych przystankach należy wypisać, jakiego typu informacje powinny być udzielone (izba przyjęć, pierwszy kontakt z pielęgniarką, lekarzem, przygotowanie do badań diagnostycznych, interpretacja wyników, wyjaśnienie działania leków, przedstawienie przebiegu terapii, prognozy), warunki dobrego przekazania informacji i osoby, które ich udzielają.

Wykład jest z jednej strony podsumowaniem warsztatów. Na bazie wykonanej mapy, chodzi o zebranie i uporządkowanie najistotniejszych wskazówek i uzupełnienie brakujących elementów na temat warunków i etapów informowania pacjenta. Druga część wykładu poświęcona będzie informowaniu o chorobie w bezpośredniej, indywidualnej rozmowie pacjenta z lekarzem, w tym o chorobie nieuleczalnej. Należy zwrócić uwagę na to, co i dlaczego pacjent wiedzieć chce, a czego wiedzieć nie chce, powiedzieć o warunkach przekazywania trudnych informacji i osobach, które mogą być w to zaangażowane.

10. Życie i umieranie, cierpienie

Wykład przedstawiający różne rozumienia i podejścia do śmierci w naszej kulturze, uwarunkowanie indywidualnego podejścia do śmierci, uwrażliwiający na kontekst religijny, ukazujący umieranie jako część życia, akt osobowy, podkreślający rolę osób towarzyszących umieraniu i oczekiwania osób umierających.

Warsztaty w formie medytacji z zastosowaniem symboli i zachowanych świadectw osób umierających.

11. Potrzeby, oczekiwania i dary

Warsztaty polegające na stworzeniu katalogu potrzeb i darów, zarówno ze strony pacjenta, jak i lekarza. Celem warsztatu jest uświadomienie, że w procesie leczenia także lekarz jest tym, który otrzymuje, oraz ukazanie różnych poziomów wzajemnego obdarowania. Ważne rozróżnienie pomiędzy zaspokojeniem potrzeb, a darem. Jeśli chodzi o potrzeby pacjenta, trzeba je rozpatrywać od najprostszych, związanych z poczuciem komfortu fizycznego, wygodnej pozycji, poczucia bólu, ciepła-zimna, światła-ciemności; potrzeby psychiczne: poznania, twórczości, poprzez potrzeby społeczne: kontaktu z innymi, rozmowy, obecności towarzyszącej, lub potrzeby samotności, aż w końcu potrzeby duchowe: poczucia sensu, ufności, nadziei, trwałości więzi z najbliższymi osobami. Odpowiednio do różnych potrzeb powstają bardzo indywidualne oczekiwania, które rozpoznać można dzięki wiedzy, doświadczeniu i empatii.

12. Syndrom wypalenia zawodowego

Wykład, może być mieszany z formą warsztatową lub dyskusją, ukazujący niebezpieczeństwo i uwarunkowania syndromu, z przewagą ukazania sposobów uniknięcia go lub przezwyciężenia, oraz jak mogą w tym pomóc współpracownicy.

13. Więzi międzyosobowe

Wykład z krótką medytacją. Chodzi o pokazanie potrzeby i znaczenia więzi z bliskimi i ważnymi osobami dla pełnego zdrowia, w sensie dobrostanu. Można zacząć od analizy relacji matka-dziecko i jej znaczenia dla rozwoju człowieka (z akcentem na rozwój emocjonalny i społeczny). Można poruszyć problem obecności matek przy hospitalizowanych małych dzieciach. Warto ukazać znaczenie więzi z bliskimi w budowaniu motywacji do wyzdrowienia, lub przeciwnie, zależność pomiędzy złymi relacjami, a niechęcią powrotu do zdrowia. Dobrze by było opisać sytuację izolacji chorego w szpitalu, znaczenie odwiedzin, opisać różne formy współpracy z rodziną i bliskimi w opiece nad chorym. W drugiej części warto ukazać znaczenie pracy w zespole o dobrych i przyjacielskich relacjach, zaproponować sposoby tworzenia, czy polepszania układów koleżeńskich. Zwrócić uwagę na wzajemną zależność i konieczność współpracy przedstawicieli różnych zawodów w zapewnieniu dobrej i skutecznej opieki medycznej.

Medytacja polega na przypomnieniu sobie w ciszy osób, które są lub były dla nas bliskie i ważne, oraz tego, co im zawdzięczamy, i podziękowaniu im w myślach. (ok. 10 min.)

14. Spotkanie podsumowujące

Warsztaty: powtórzenie kwestionariusza z początku seminarium i praca porównawcza nad dwoma wersjami własnych odpowiedzi. Uczestnicy nie będą uprzedzani na początku programu, że kwestionariusz zostanie powtórzony. Powtórzenie gry w budowanie wizji szpitala i porównanie z planszą początkową. Informacje zwrotne uczestników, sugestie zmian. Zebranie propozycji wykorzystywanych materiałów do wydania skryptu. Różne uprzejmości.

Literatura

- Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa 1995.
 Bishop D. G. Psychologia Zdrowia. Wrocław 2000.
 Mayerscough P. R., Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk 2001.
 Bukowski J. Zarys filozofii spotkania. Kraków 1987.
 Capra F. Punkt zwrotny. Warszawa 1987.
 De Walden-Gałuszko K. Pomoc psychologiczna osobom umierającym. Kraków 2001.
 Dolińska-Zygmunt G. Red. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław 1996.
 Duchowe aspekty medycyny. Red. Kunz D. Gdynia 2000.
 Filozofia dialogu. Red. Baran B. Kraków 1991.
 Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Poznań 1997.
 Gordon T. Pacjent jako partner. Warszawa 1999.
 Heszen-Niejodek I. Lekarz i pacjent. Kraków 1992.
 Heszen-Niejodek I. (red.), Jak żyć z chorobą i jak ją pokonać, Katowice 2000.
 Jarosz M. Psychologia lekarska. Warszawa 1988.
 Kępiński A. Lęk. Warszawa 1987.
 Kępiński A. Poznanie chorego. Warszawa 1978.
 Kępiński A. Rytm życia. Warszawa 1972.
 Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Red. Barański J. Wrocław 2000.
 Korsch B. M., Harding c. Świadomy pacjent. Warszawa 1999.
 Kuc L. Krótki traktat o teologii komunikacji. Leszno 1997.
 Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie.
 Kübler-Ross E. Życiodajna śmierć. Poznań 1998.
 Leczenie i pielęgnacja chorego w terminalnym okresie choroby nowotworowej.
 Skrypt dla wolontariuszy Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, Oddział Wrocław. Wrocław 2001.
 Łazowski J. Relacja lekarz-pacjent i jej redukcjonistyczne zaburzenia. W: Sztuka Leczenia 1998.
 Łazowski J. Balintowskie treningi grupowe. W: Medycyna Rodzinna 1/2002
 Łazowski J., Dolińska-Zygmunt G. (red.), Materiały z XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Somatycznej,

V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego. Wrocław 1998.
 Magdoń M. Współodczuwanie w medycynie. Kraków 2002.
 Osińska K. Twórcza obecność chorych. Warszawa 1980.
 Ornish D. Miłość i przetrwanie. Warszawa 1998.
 Pearson L. Red. Śmierć i umieranie. Warszawa 1975.
 Pecyna M. B. Pacjent i jego rodzina w komunikacji lekarskiej. Warszawa 1993. PZWL.
 Santorski J. Red. ABC psychologicznej pomocy. Warszawa 1993.
 Sheridan C. L., Radmacher S.A.. Psychologia Zdrowia. Warszawa 1998.
 Tobiasz-Adamczyk B. Zachowania w chorobie. Kraków 1999.
 Vanier J. Każda osoba jest historią świętą. Poznań 2000.
 Vanier J. Wspólnota miejscem radości i przebaczenia. Paryż 1985.

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	<input type="checkbox"/>
	od czasu do czasu	<input type="checkbox"/>
	b.nieregularnie	<input type="checkbox"/>
2. W mojej pracy jest	b.przydatny	<input type="checkbox"/>
	częściowo przydatny	<input type="checkbox"/>
	nieprzydatny	<input type="checkbox"/>
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

EDUKACJA I ZDROWIE

JAKO PARTNERZY

Ponad 5000 szkół należy do Sieci, działając w ramach lokalnych programów narodowych lub regionalnych.

ESSzPZ nie jest członkiem sponsorujących ją organizacji, lecz jest przez nie wspierana i wspomagana. Głównym założeniem projektu jest poprawa warunków życia i ochrona zdrowia uczniów, nauczycieli, personelu szkolnego i szeroko rozumianej społeczności lokalnej. W ciągu kilku minionych lat Sieć rozrosła się niezwykle dynamicznie. Co jest powodem sukcesu?

Przede wszystkim założenie, iż problem zdrowia i edukacji to wzajemnie dopełniające się aspekty rozwoju. Sieć, dla której partnerstwo jest jednocześnie metodą pracy i jej celem, zapewnia elastyczne ramy działania dla wszystkich szkół, które będąc jej członkami same określają najpilniejsze potrzeby oraz cele pracy, poszukując własnych rozwiązań.



W tym numerze Promotora piszemy o Europejskiej Konferencji, poświęconej związkom edukacji z promocją zdrowia w szkołach, która odbyła się w Egmond aan Zee w Holandii, w dniach 25 - 27 września 2002.

Na przełomie 1991/1992 roku Parlament Europejski wraz z Komisją Europejską i Europejskim Biurem Światowej Organizacji Zdrowia połączyły siły, by stworzyć Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie (ESSzPZ). Początkowo Sieć pomyślana była jako projekt pilotowany i realizowany w czterech krajach Europy, a obecnie obejmuje 500 szkół pilotujących, wraz z 40.000 uczniami w 38 krajach.

Zdrowie jest źródłem życia, podobnie - edukacja. Zdrowie zawiera w sobie wymiar fizyczny, w tej samej mierze co społeczny, czy emocjonalny. Uczenie się i zdrowie idą w parze. Dobre zdrowie uczniów jest istotne dla osiągnięć edukacyjnych. Dobre zdrowie nauczycieli jest niezbędne dla rozwoju i efektywności szkół. Kiedy nauczyciele są zdrowi, cieszy ich praca i stają się współtwórcami zdrowo rozwijającego się środowiska.

Szkoły promujące zdrowie mają bezpośredni wpływ na poprawę zdrowia uczniów, personelu szkolnego i rodziców, aktywizując ich życie i przyczyniając się do poprawy warunków środowiska, w którym działają.

Europejska Konferencja 'Zdrowie i Edukacja jako Partnerzy', która odbyła się w dniach 25 - 27 września w Egmond aan Zee w Holandii, poświęcona była zagadnieniom związanym z działaniami na rzecz rozwijania promocji zdrowia w szkołach.

Najważniejszym celem Konferencji było ustalenie i ukazanie wpływu promocji zdrowia na wyrównywanie różnic w jakości życia.

Uczestnicy Konferencji skupili się przede wszystkim wokół istotnego aspektu, jakim jest partnerska relacja między procesem edukacji a zdrowiem, co w rezultacie wpływa korzystnie na poprawę statusu młodych ludzi w całej Europie.

Specjalny nacisk położono na promocję aktywnego uczenia się, kształtowanie postaw obywatelskich, badania i prace ewaluacyjne, zwią-

formułowania wniosków, dotyczących opracowania dalszych, wspólnych projektów, których celem ma być poprawa zdrowia i doskonalenie kształcenia młodych Europejczyków.

Na spotkanie do Egmond aan Zee przybyli przedstawiciele różnych zawodów związanych z edukacją, zdrowiem publicznym, promocją zdrowia, nauk społecznych. Brali w niej udział politycy, ludzie zajmujący się ubezpieczeniami społecznymi, naukowcy i praktycy. Wymieniali poglądy, przedstawiali wyniki badań, dyskutowali nad nowymi projektami, ale mogli też brać udział w spotkaniach z przedstawicielami Holenderskiego Ministerstwa Zdrowia i Edukacji.

Celem tych spotkań było zainicjowanie i ukazanie możliwości, a także konieczności porozumienia między specjalistami różnych dziedzin, a politykami, dla wypracowania efektywnego działania na rzecz zdrowia i edukacji. Organizatorami i sponsorami Europejskiej



zane z integralnym podejściem do zdrowia i edukacji.

W trakcie trwającej trzy dni Konferencji jej uczestnicy przedstawiali plakaty, wygłaszali referaty, dyskutowali, a przede wszystkim spotykali się. Jednym z istotnych celów Konferencji w Egmond aan Zee było ukazanie, w jaki sposób zdrowie i edukacja, stanowiące integralny proces, wpływając wzajemnie na siebie oddziałują w politycznym wymiarze życia społecznego, w jaki sposób polityka, edukacja i zdrowie zbiorowości przenikają się wzajemnie.

Konferencja była nie tylko okazją do spotkania się ludzi różnych profesji, lecz żywej wymiany poglądów i doświadczeń, a także próbą

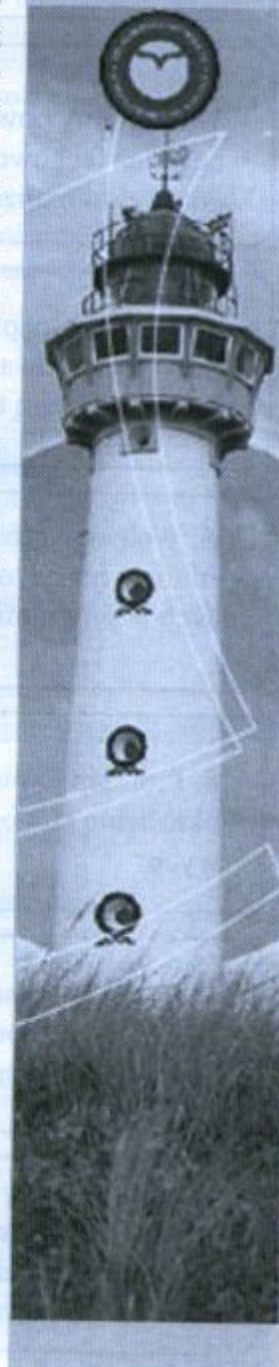
Konferencji 'Zdrowie i Edukacja jako Partnerzy' była m. in. Światowa Organizacja Zdrowia, Europejskie Regionalne Biuro ŚOZ, Parlament Europejski, Holenderski Instytut Promocji Zdrowia i Profilaktyki Zdrowotnej (NIGZ), Duńskie Ministerstwo Zdrowia i Kultury Fizycznej, Duńskie Ministerstwo Edukacji, Kultury i Sztuki.

Miło nam poinformować Czytelników, że wśród członków Komitetu Naukowego Konferencji, obok specjalistów z Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Belgii, Szwecji, Holandii i Danii była pani prof. Barbara Woynarowska z Uniwersytetu Warszawskiego,

(oprac. Red.)



ku Europie



1. Każdy program jest na tyle inny, że jakieś reguły i zasady nie mają żadnego znaczenia.

PROMOTOR

program

9. Nie widzę różnicy między jakimś tam małym projektem, a dużym programem, wszystko polega na rzetelności.

PROMOTOR

program

2. Nie zgadzam się z tym, że tylko rzetelnie przygotowany program może być podstawą do jego realizacji.

PROMOTOR

program

10. Cztery słowa streszczają program, jest to diagnoza, plan, realizacja i ewaluacja.

PROMOTOR

program

3. Programy powinny już być opracowane przez fachowców i powinny być gotowe do realizacji.

PROMOTOR

program

11. Najgorsze, to napisanie programu, reszta jest znacznie łatwiejsza.

PROMOTOR

program

4. To, co na papierze, a to, co w praktyce, to dwa różne światy i najlepszy program tego nie zmienia.

PROMOTOR

program

12. Nie bardzo rozumiem uzurpowanie sobie autorskich praw za napisanie programu.

PROMOTOR

program

5. Wolę opierać się na spontanicznej intuicji, niż na logicznych fazach, ujętych w programie promocji zdrowia.

PROMOTOR

program

13. Bez sensu są programy, które zakładają, że należy je zrealizować w ciągu kilku miesięcy.

PROMOTOR

program

6. Program to nic innego, jak tylko określenie ram organizacyjnych i czasowych.

PROMOTOR

program

14. Program, to takie działanie, które ma zagwarantowane minimum cztery lata.

PROMOTOR

program

7. U nas w Polsce nie ma jeszcze programów promocji zdrowia z prawdziwego zdarzenia.

PROMOTOR

program

15. Większość krajowych czy wojewódzkich programów promocji zdrowia, to tylko rodzaj fasady.

PROMOTOR

program

8. Jeśli chcemy robić profesjonalną promocję zdrowia, to w pierwszej kolejności należy zająć się umiejętnością konstruowania programu.

PROMOTOR

program

16. Różne instytucje wymagają programów, ale nie mają kryteriów do ich oceny.

PROMOTOR

program

Gra w karty

program

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