

Nr ISSN 1641-4497

PROMOTOR

Z D R O W I A



NR 3 (33)
2 0 0 3

Unia Europejska

Unia Europejska zajęła się zdrowiem publicznym w szerokim zakresie, którego znaczącą część stanowi promocja zdrowia dopiero w ostatnim dziesięcioleciu ubiegłego wieku. Pierwszy etap działań z tego zakresu był wynikiem postanowień Traktatu z Maastricht, a etap drugi jest realizowany na podstawie Traktatu Amsterdamskiego.

Jerzy B. Karski

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: Drukarnia „Europrint”

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

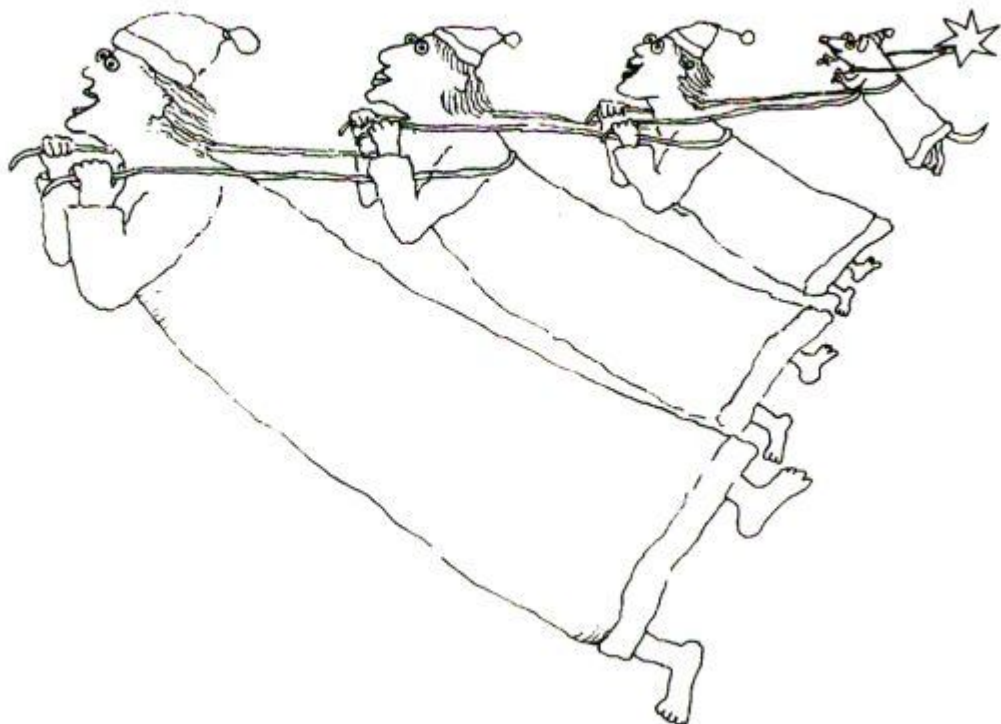
Adres Redakcji:

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

Już

za kilka miesięcy będziemy krajem Unii Europejskiej i dobrze jest nieco wiedzieć na temat tamtejszej promocji zdrowia. Nie będzie to łatwe, gdyż pod tym względem istnieją dość duże różnice. Są kraje, które dokonały swoistej pozytywnej rewolucji na rzecz promocji zdrowia i kraje, które raczej kręcą się wokół utartych schematów, jedynie markując promocję zdrowia. Próbuje naszym Czytelnikom przybliżyć raczej pozytywne rozwiązania. Dużą część numeru zajmują prezentacje niektórych konkretnych dokumentów, które w przyszłości będą również obowiązywać i nas. Podajemy Państwu przykłady niektórych europejskich projektów, adresowanych do szkół, w które z powodzeniem mogłyby "wchodzić" dobrze przygotowane szkoły z Wrocławia, czy Dolnego Śląska. Niestety, aby korzystać z ofert europejskich w zakresie promocji zdrowia, niezbędna jest, i będzie, znajomość języka angielskiego (w tym języku są przede wszystkim informacje). Warto więc zintensyfikować naukę niektórych najważniejszych pojęć z zakresu "healthy lifestyle" i "health promotion". Znakomitą ku temu okazją jest prezentowany scenariusz pani Anny Witkowskiej, która swoją pracę dyplomową w Podyplomowych Studiach Promocji Zdrowia pisała na temat uczenia o zdrowiu na lekcji języka angielskiego. Przedstawiamy również opisy realizacji niektórych projektów ze szkół wrocławskich, oraz przykład współpracy Wydziału Zdrowia UM z krajami Unii Europejskiej. Współpraca taka w następnych latach będzie zapewne jeszcze bardziej namacalna i konkretna. Dlatego też w następnym roku planujemy drukować więcej materiałów w wersji dwujęzycznej, właśnie po to, aby umożliwić naszym promotorom właściwe przygotowanie do konfrontacji z programami europejskimi. Zatem - witaj Roku Unijny.

L. Kulmatycki



WYZWANIA DLA EUROPEJSKIEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ



Przedstawiamy streszczenie artykułu Vappu Taipale, Dyrektora Narodowego Centrum Badań nad Rozwojem Opieki Zdrowotnej w Helsinkach, (opublikowanego w: IUHPE - Promotion & Education, Challenges in Nealth Promotion Policies, Vol. IX. Nr 4, 2002, s. 143-146).

Wśród krajów północy, Finlandia odznacza się niewielkim zaludnieniem, zamieszkuje ją 5 milionów ludzi. Melancholijna natura skłania Finów do sięgania po alkohol i "picia na umór", zaś wskaźnik samobójstw jest bardzo wysoki. Ludzie mieszkają w 450 niewielkich lub bardzo małych skupiskach miejskich, a lokalna społeczność i jej niezależność jest świętością. Samorządy są w pełni odpowiedzialne za usługi zdrowotne, opiekę nad dziećmi, edukację, opiekę nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi. Wszelkie procesy związane z podejmowaniem decyzji, dotyczących życia tych społeczności, od usług zdrowotnych po promocję zdrowia, dokonują się w realiach, które ukazują, iż Finlandia jest najbardziej zdecentralizowanym państwem na świecie.

Ostatnie rankingi i porównawcze badania statystyczne o zasięgu międzynarodowym wskazują na wybitne osiągnięcia Finlandii w wielu dziedzinach, np. w dziedzinie zabezpieczeń technologicznych, w wysokim wskaźniku kompetencyjności, w systemowym myśleniu ekologicznym. Tak wysokie wskaźniki związane są ze specyfiką życia na północy i specyfiką pojmowania państwa jako dobrze funkcjonującego systemu ubezpieczeń społecznych, gwarantujących poczucie bezpieczeństwa wszystkim obywatelom. Życie niewielkich populacji w surowych warunkach klimatycznych skłania do myślenia o wspólnym dobru w kategoriach imperatywu.

Równouprawnienie, równość i sprawiedliwość są centralnymi wątkami polityki wewnętrznej Finlandii, choć nieco przesłania je ekonomia i rozwój nowych technologii.

Społeczeństwo fińskie wkracza w erę wyzwań, stojących przed światowym społeczeństwem informatycznym.

Jeśli dawny typ państwa - "stróża nocnego" - próbował zmagać się z problemami siły i przemocy, a "państwo dobrobytu" z zagadnieniem ubóstwa, społeczeństwo informatyczne dzie-



ku Europie

Społeczeństwo fińskie wkracza w erę wyzwań, stojących przed światowym społeczeństwem informatycznym.

UE



ku Europie

Dotychczasowy podział życia w społeczeństwach uprzemysłowionych, obejmujący cykl dzieciństwa, edukacji w młodości, okresu dojrzałości związanego z pracą i okresu starości, staje się powoli nieaktualny.

UE

dziczy oba te wątki, ujawniając nowe problemy. **Umiejętności i kompetencje stały się kapitałem i towarem**, zaś brak obydwu tych cech oznacza możliwość wykluczenia z życia społecznego.

Dotychczasowy podział życia w społeczeństwach uprzemysłowionych, obejmujący cykl dzieciństwa, edukacji w młodości, okresu dojrzałości związanego z pracą i okresu starości, staje się powoli nieaktualny. Proces uczenia się i tworzenia dobrych podstaw dla zdrowia i rozwoju, rozpoczyna się w okresie prenatalnym a siedmiolatki w pewnych dziedzinach mogą wykazać się większymi umiejętnościami, niż nauczyciele.

POLITYKA, ADMINISTRACJA I NAUKA

Każde demokratyczne państwo, które zmierza do tworzenia spójnej polityki zdrowotnej, musi poszukiwać rozwiązań w obszarze obejmującym jednocześnie 3 wymiary: polityczny, administracyjny i badawczy.

Wszystkie te dziedziny wydają się rozbieżne. Racje polityczne, które stoją za wyborem polityków, a również decyzje, przez nich samych podejmowane, nie zawsze zgadzają się z interesami administracji, lub też nie są przez nią rozwiązywane w zadowalający dla polityków sposób. Oba te obszary życia społecznego nie mogą być oceniane według tych samych kryteriów, dotyczy to również nauki. Politycy niechętnie odnoszą się zwłaszcza do tych wyników badań naukowych, które rezultaty ich działań przedstawiają w bardzo krytycznym świetle.

Rolą administracji powinno być przede wszystkim sprawne wdrażanie decyzji i zapewnianie ciągłości wytyczonych zadań i działań. Wprawdzie współcześni "administratorzy" życia społecznego zainteresowani są pracami badawczymi w wielu dziedzinach, lecz często nie wystarcza im wyobraźni lub cierpliwości, by wnikliwie przemyśleć ich wyniki.

W przeszłości sytuacja uczonych była nieco bardziej niezależna od takich czynników, jak rynek badań, związanych z rozwojem nowych

technologii. Rynek ten wpływa na wzrost liczby naukowców zainteresowanych projektami badawczymi o partykularnym charakterze i przyczynia się do wzrostu konkurencji o podłoże wyłącznie ekonomiczne. A to niekoniecznie wiąże się z rozwojem wiedzy w danej dziedzinie.

Promocja zdrowia to dziedzina badań, w które inwestuje niewiele państw, choć kompetencje uczonych, zainteresowanych tym obszarem gwarantują i wskazują poważny rozwój tej wiedzy oraz stopniową ewolucję ku zasadniczej zmianie sytuacji.

POLITYKA SPOŁECZNA W FINLANDII A RÓWNOUPRAWNIENIE PŁCI (PRZYKŁAD 1)

Bez wyraźnej woli poprawy sytuacji w dziedzinie równouprawnienia płci politycy nie mogli by poszczycić się tak dobrymi wynikami. **Wykazali odwagę większą, niż opinia publiczna**, gdy podjęli decyzję o legalizacji aborcji, poprawie sytuacji kobiet na rynku pracy i prawie do bezpłatnej opieki nad dziećmi. W Finlandii kobiety tradycyjnie stanowią niemal połowę siły roboczej (69,5% to mężczyźni, a 63,2% to kobiety, jak wskazują badania z lat 1989-2000).

System ubezpieczeń społecznych zapewnia matkom ekstensywny urlop macierzyński z prawem powrotu do miejsca pracy po ukończeniu urlopu, prawo do dziennej opieki nad dziećmi, prawo do zabezpieczenia dziecka posiłku w szkole, prawo do bezpiecznego dowozu dziecka do szkoły. Wszystkie te udogodnienia umożliwiają kobietom podejmowanie pracy poza domem. Społeczny system opieki nad dziećmi zapewnia kobietom równe szanse przy poszukiwaniu nowej pracy. Współczesna tendencja do zawierania krótkich umów, wymóg dyspozycyjności, to istotne czynniki, które stanowiły przeszkodę dla kobiet przy podejmowaniu pracy i były powodem poczucia braku bezpieczeństwa socjalnego.

W krajach Unii Europejskiej praca na rzecz równouprawnienia kobiet ogranicza się do żądania jednakowego uposażenia za tę samą pra-

cę. W Finlandii równouprawnienie rozumiane jest szerzej, niż czynniki związane z samą pracą, choć naturalnie, żadne społeczeństwo na świecie nie zdołało znaleźć kompleksowego rozwiązania kwestii pracy kobiety w domu na rzecz rodziny.

PROMOCJA ZDROWIA A JAWNOŚĆ I DOSTĘPNOŚĆ DANYCH

Każda polityka zdrowotna wynika z przyjętego systemu wartości, dotyczy to także promocji zdrowia. Egalitarny lub indywidualistyczny system wartości wpływa na odmienne decyzje o charakterze politycznym. **Jeśli równe prawa do zdrowia stanowią część społecznego systemu wartości, należy ujawniać dane**, które ukazują, iż ludzie rodzą się i żyją w środowiskach, które bardziej sprzyjają zdrowiu i zdrowemu stylowi życia, niż inne.

Wartości stanowią wspólną wartość zbiorowości, zatem dyskusje na temat jawności danych zawsze toczą się w przyjętym systemie i towarzyszącym mu klimacie społecznym. Ale sama dyskusja na temat jawności i dostępu do danych nie może przesłaniać celu.

Badania naukowe obejmujące promocję zdrowia powinny być prowadzone systemowo, tak, by jawność pewnych zjawisk i procesów, nie została zredukowana do węższych obszarów, wymagających szybszych interwencji, lecz by obejmowała cały system. Jest to niezbędne dla długofalowej polityki promocji zdrowia także z tego względu, iż jawność i dostępność danych rozumiana zbyt wąsko, prowadzi do polityki zdrowotnej zorientowanej na potrzeby partykularne i konsumpcyjne. Jeśli naprawdę uzdrawianie ma być całe drzewo, nie można nieustannie skupiać się na pojedynczych gałęziach.

Niezmiennie ważne jest dokonywanie ocen i szacunków zdrowotnych skutków polityki, obejmującej także inne sfery życia społecznego. Oceny i szacunki, dotyczące wszystkich sfer życia zbiorowości i ich zdrowotnych implikacji, powinny obejmować wymiary lokalne i narodowe, ale w równej mierze europejskie

i międzynarodowe.

Wymóg oceny i oszacowań polityki zdrowotnej oraz jej skutków na danym obszarze, powinien znaleźć odzwierciedlenie w procedurach prawnych poszczególnych parlamentów i Parlamentu Europejskiego. Nie tylko przyczyni się to do wzrostu i przepływu danych, lecz co znacznie ważniejsze, zacznie wpływać na polityków, zmuszając ich do liczenia się z koniecznością i niezbędnością polityki zdrowotnej w życiu społeczeństw. **Większy dostęp do większej, a zarazem zróżnicowanej ilości danych, ukáže związki polityki zdrowotnej z innymi sektorami życia zbiorowości.**

POLITYKA EUROPEJSKA

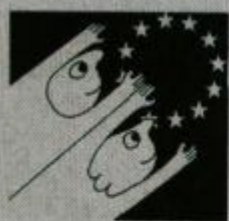
Unia Europejska jest wspólnotą prawa. Prawodawstwo regulujące poszczególne rynki w świetle zobowiązań unijnych podlega Europejskiemu Trybunałowi Sprawiedliwości, którego rola zdaje się stopniowo wzrastać. Ostatnie rozwiązania wskazują na pojawianie się problematyki zdrowotnej w obrębie pewnych decyzji podejmowanych przez Trybunał. Zachęcające są zwłaszcza regulacje prawne dotyczące nikotyny i alkoholu. Ale wysiłki budowania wspólnej polityki zdrowotnej nabiorą tempa jedynie wówczas, gdy 152. Artykuł Traktatu Amsterdamskiego wejdzie w życie. Artykuł ten dotyczy obowiązku przestrzegania przez państwo bezpieczeństwa zdrowotnego w największym stopniu. Powinien on zostać jasno i precyzyjnie sformułowany, tak, by mógł się stać podstawą dla polityki zdrowotnej całej Wspólnoty Europejskiej.

Tak długo, jak wspólne, europejskie wydatki na zdrowie publiczne pozostają pochodną subsydiów, przeznaczanych na uprawę tytoniu, fundamentalny problem wspólnej polityki zdrowotnej pozostanie nie rozwiązany. Zainteresowanie problematyką zdrowotną w Unii można zaobserwować głównie w kontekście wewnętrznych rynków i ideologii konsumpcyjnej. Europejczycy zaczynają powoli rozumieć, że wspólna polityka zdrowotna należy do sfery ich praw, w równej mierze, co polityka zdrowotna poszczególnych członków Unii.



Jeśli naprawdę uzdrawianie ma być całe drzewo, nie można nieustannie skupiać się na pojedynczych gałęziach.

UE



ku Europie

Największe wyzwania dla zdrowia publicznego i promocji zdrowia ogólnego nie wokół, czy też w pobliżu instytucji tradycyjnie postrzeganych jako bezpośrednio "związanych ze zdrowiem", lecz wokół nowych sprzymierzeńców.

UE

GLOBALIZACJA, RYNKI I POLITYKA HANDLOWA

Globalizacja, widoczna także w polityce promocji zdrowia, ma wiele wymiarów. Przyczynia się do zmian w sferze ekonomiczno-socjalnej, zachodzących w obrębie odmiennych, kulturowych kontekstów.

Sceny, aktorzy i perspektywy promocji zdrowia są różne, lecz widać już pewien ogólny, wspólny trend, w którym ważną rolę odgrywają tacy aktorzy, jak Bank Światowy, wielkie międzynarodowe przedsięwzięcia, producenci software i media.

Promocja zdrowia zaczyna odgrywać wyraźną rolę w marketingu i konsumpcji dóbr. Międzynarodowe wymogi, obejmujące bezpieczeństwo produktów w sferze handlu, produkcji i inwestycji, mają wyraźny wpływ na politykę zdrowotną. Wprawdzie nie wpływają na tę sferę bezpośrednio, ale z łatwością mogą stać się regulatorami, mającymi istotny wpływ na wybór określonej polityki.

Promocja zdrowia w środowisku globalizacji wskazuje czynniki ryzyka. Wraz z procesem przemian socjalno-ekonomicznych, zamożne kraje kładą coraz większy nacisk na zdrowie i bezpieczeństwo pracy. Ogólniejsze zjawiska, takie jak ograniczanie reklam pewnych produktów, lub nakładanie na produkty o dużym czynniku ryzyka dla zdrowia wysokich podatków, mogą przyczynić się do ograniczenia konsumpcji, ale także mogą zostać pozyskane jako źródła finansowania promocji zdrowia.

POLITYKA ANTYALKOHOLOWA W FINLANDII I W KRAJACH UE (PRZYKŁAD 2)

Tradycyjna, długofalowa polityka kontroli alkoholu w Finlandii, podobnie jak w krajach północnych, była z jednej strony budowana na regulacjach regulujących dostępność, zaś z drugiej strony na utrzymywaniu wysokiej akcyzy i cen napojów alkoholowych. Podstawowym motywem tej polityki było zapobieganie problemom społecznym, związanym z alkoholem,

kontrola konsumpcji i kształtowanie stylów picia. Przez wiele dekad kraje Europy Północnej wykazywały najniższą stopę spożycia alkoholu i najniższą umieralność, związaną z problemem alkoholizmu. **Problemy alkoholizmu w Finlandii wskazują na związki między konsumpcją a przemocą w rodzinie.** Skłonność do alkoholizmu jest domeną mężczyzn, spożycie u kobiet utrzymuje się od lat na poziomie 25% całej konsumpcji.

Jeszcze kilka dekad temu, termin "polityka zapobiegania alkoholizmowi" był nieobecny w słowniku politycznym krajów Europy środkowej i południowej. W ciągu minionych 50 lat polityka alkoholowa, obejmująca obszar dzisiejszej Unii, ulegała zmianom. Dziś spada kontrola produkcji i sprzedaży napojów alkoholowych, ulegają zniesieniu restrykcje obejmujące godziny lub dni sprzedaży, lub inne formy utrudnień.

Wszystko to ma związek z filozofią konsumeryzmu i wolnego rynku. Utrzymano ograniczenia wiekowe, związane z kupnem, wzrasta świadomość ryzyka związana z konsumpcją alkoholu.

Rozwija się edukacja, związana z problemami alkoholowymi, pojawiają się pewne regulacje, dotyczące reklam alkoholu, a także wzrasta ilość badań i pomiarów, dotyczących powiązania alkoholizmu z problemami społecznymi. Niestety, realizacje projektów badawczych, prowadzonych przez Europejskie Porównawcze Studium Badań nad Alkoholem, nie są miarodajne, ponieważ ich celem bywa często ochrona lokalnego przemysłu alkoholowego. Cele tych badań postrzegane są bowiem jako czynnik ograniczający handel alkoholem i napojami alkoholowymi. Jednak mimo tych tendencji możliwe jest przyjmowanie wysokiej akcyzy na napoje alkoholowe, jako jednego z czynników, będących odzwierciedleniem polityki zdrowotnej zorientowanej na zdrowie publiczne i promocję zdrowia.

Należałoby rozważyć stały wzrost akcyzy, jako między innymi instrument pozyskiwania środków na rozwiązywanie problemów około-alkoholowych.

Poszczególne rządy państw Unii powinny też zadbać o prawną regulację zjawiska spożywa-

nia alkoholu w budynkach publicznych, w godzinach pracy, w publicznych środkach transportu, na ulicach lub "przy okazji" imprez sportowych na stadionach.

Europejski Trybunał Sprawiedliwości przyjmuje stanowisko, iż ograniczenia dotyczące reklam alkoholu nie powinny przybierać form restrykcji wobec produkcji napojów alkoholowych i handlu. Wobec podobnego stanowiska Światowej Organizacji Handlu, promotorzy zdrowia powinni skupiać się na systemowym ujawnianiu danych porównawczych i na opracowywaniu danych, wynikających ze stosowania rozmaitych strategii rozwiązywania problemów, związanych z alkoholem.

Finlandia przyjęła politykę prohibicji wszelkich reklam, które pośrednio odnoszą się do palenia papierosów lub spożywania alkoholu.



STRATEGIE, DZIAŁANIA I WYZWANIA

Promocja zdrowia zorientowana jest na wiele celów, związanych z polityką wobec środowiska, z polityką socjalną i edukacją. Wszystkie one są ze sobą ściśle związane i łączą się z lokalnymi rozwiązaniami, z ich strukturami i z ogólnymi tendencjami w sferze publicznej. Największe wyzwania dla zdrowia publicznego i promocji zdrowia ogniskują się dziś nie wokół, czy też w pobliżu instytucji tradycyjnie postrzeganych jako bezpośrednio "związanych ze zdrowiem", lecz wokół nowych sprzymierzeńców. Są nimi bez wątpienia ruchy i organizacje ekologiczne, ruchy i organizacje kobiece, a także związki zawodowe. W większość ruchów o charakterze ekologicznym angażują się młodzi ludzie, jeszcze nie w pełni świadomi związków zdrowia z czynnikami zmieniającego się środowiska. Wśród wielu ruchów i organizacji kobiecych, przewa-

żają te, które usiłują tworzyć lobby na rzecz równych szans ekonomicznych, lecz nie dysponują wiedzą, ani pełnym, systemowym ujęciem ich własnego problemu w kontekście zdrowia.

Związki zawodowe powinny zaś uświadamiać sobie globalne wymiary polityki zdrowotnej różnych krajów.

Jeśli nowe, poważne osiągnięcia promocji zdrowia mają znaleźć swój wyraz w polityce zdrowotnej, muszą zyskać pełny wymiar legislacyjny, umożliwiający podejmowanie skutecznych działań, w ramach demokratycznych struktur społecznych.

Badania, które mogą przynosić rozczarowanie we wstępnych fazach realizacji programów, wykazują efektywność przedsięwzięć długofalowych i jako takich właśnie pomyślnych. Promocja zdrowia wymaga inwestycji bieżących, zaangażowania finansowego już dzisiaj, przynosząc po latach nie tylko pozytywne efekty, lecz wielkie oszczędności. Promocja zdrowia wymaga też stałego monitorowania zjawisk o zasięgu lokalnym i międzynarodowym.

Dla należyte nakreślonych planów i strategii działania muszą zostać dobrane odpowiednie procedury i środki wdrażania. By pracować nad rozwojem lokalnej i globalnej polityki zdrowotnej, należy starannie badać słabe i silne strony poszczególnych rozwiązań politycznych.

Już dziś w wielu krajach promocja zdrowia i związane z nią działania ukazują swój ponadnarodowy, uniwersalny wymiar. Ten wymiar może okazać się jej siłą.

Globalne wyzwanie dla Europejczyków, ministrów zdrowia poszczególnych krajów i ich społeczeństw polega na uświadomieniu sobie wagi zdrowia, jako naszego wspólnego wymiaru życia. Nie powinniśmy dopuszczać do marginalizacji problemów zdrowia w praktyce polityków i w ich programach. Równie istotne jest uświadomienie sobie, że zarówno w przemyśle i w handlu ani zdrowie, ani polityka zdrowotna nie stanowią priorytetów.

Wszystko to razem jest ważne w świetle prawa równych szans dla zdrowia każdego z nas.

(Oprac. Red. R.N. W śródtytułach dokonano zmian, dla większej przejrzystości tekstu)



ku Europie

Już dziś w wielu krajach promocja zdrowia i związane z nią działania ukazują swój ponadnarodowy, uniwersalny wymiar. Ten wymiar może okazać się jej siłą.





Lesław Kulmatycki

Czy Unia Europejska zainteresowana jest promocją zdrowia?

Jest nią zainteresowana, gdyż jest to racjonalne, ekonomiczne i społecznie oczekiwane.

Tak, Unia Europejska jest zainteresowana promocją zdrowia. Jest nią zainteresowana, gdyż jest to racjonalne, ekonomiczne i społecznie oczekiwane. W kontekście naszej, polskiej niemocy organizacyjnej w całym sektorze spraw zdrowia, propozycje krajów unijnych zdecydowanie nas wyprzedzają. Z ostatnich kilku lat wynika bardzo wyraźnie, że w odniesieniu do promocji zdrowia tracimy do krajów zachodnich dystans i kolejne szanse nawiązania współpracy przy realizacji wspólnych programów. W niniejszym opracowaniu próbuję przedstawić niektóre praktyczne działania europejskiej promocji zdrowia

Konsekwencja i skoordynowanie

Kraje Unii Europejskiej we współpracy z Regionalnym Biurem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w sposób skoordynowany i konsekwentny prowadzą politykę zdrowotną, która sprawy promocji zdrowia uważa za priorytetowe. Wyraźne przyspieszenie nastąpiło dopiero w ostatniej dekadzie, za przyczyną postanowień **Traktatu z Maastricht** (Artykuł 129), ratyfikowanego w 1993 r. oraz **Traktatu Amsterdamskiego** (Artykuł 152) zawartego w 1997 r., a obowiązującego od 1999 r. Pierwszy z nich podkreśla zaangażowanie Unii Europejskiej w sprawy nowocześnie pojmowanego zdrowia publicznego oraz promocji zdrowia, jako jego praktycznej strony. Drugi, tj.

Traktat Amsterdamski, podejmuje próbę zintensyfikowania oddziaływań oraz rozszerzenia praktycznych interwencji poprzez zmiany prawnej podstawy dla "opieki zdrowotnej" i dostrzegania jej związków ze "zdrowiem publicznym".

W nowej strategii zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, wyznaczono następujące działania priorytetowe:

- poprawa w obszarze informacji i edukacji zdrowotnej,
- włączenie programu wpływającego na uwarunkowania zdrowia,
- przygotowanie systemu reagującego na zagrożenia zdrowotne.

Owe priorytety mają przełożenie na konkretne programy w poszczególnych krajach Unii. Do najważniejszych zaliczyłbym te, które mają oddziaływanie wielopoziomowe i długofalowe.

Przesłanki rozwoju promocji zdrowia w Europie

Historia rozwoju promocji zdrowia w krajach europejskich rozpoczęła się wraz z zainteresowaniem ideą promocji zdrowia na całym świecie, a szczególnie w Kanadzie, Australii czy USA. Łączy się zatem z powstaniem koncepcji "pól zdrowia", opracowanej przez zespół M. Lalonde'a. Pola z jednej strony były teoretyczną podstawą dla kanadyjskiej polityki zdrowotnej, z drugiej natomiast - punktem wyjścia dla europejskiej strategii **ZDW (Zdrowia dla Wszystkich)**. Nie bez znaczenia na rozwój promocji zdrowia w drugiej połowie lat 70. miały znaczące pozycje książkowe i raporty z badań. Należy zwrócić uwagę na ukazanie się w owym czasie kontrowersyjnej książki I. Illicha "**Nemesis Medical**" (Medycyna Nemezis) - nawiązującej do mitologicznej, greckiej bogini zemsty, kryjącej się również pod różnymi postaciami we współczesnej medycynie i czyniącej wiele szkód zdrowotnych.

Wymienić należy badania A. Brennera, wskazujące na współzależność kryzysów ekonomicznych i zdrowia.

Wspomnieć też wypada opublikowany wówczas zbiór tekstów pod red. J. Knowlesa "**Doing Better and Feeling Worse**" (Lepsze działanie, gorsze samopoczucie), wskazujący na to, że lepsze obiektywne wskaźniki medyczne nie są tożsame z większą satysfakcją społeczną. Autorzy podejmują krytykę jednostronnego

traktowania zdrowia z punktu medycyny naprawczej, oraz podważają **"wielkie równanie" A. Wildavsky'ego**, mówiące o tym, że większe nakłady na służbę zdrowia = poprawa zdrowia. Owszem, wzrost środków na opiekę zdrowotną ma przełożenie na zdrowotność społeczeństwa, ale tylko do pewnego poziomu finansowania, po jego przekroczeniu następuje skutek odwrotny (o czym mówi "Anomalia Cohrane'a").

Ponadto w 1982 r. znaczące dla szerszego spojrzenia na sprawy zdrowia było ukazanie się w Anglii **"Czarnego Raportu"** ("The Black Report"), wskazującego na stan zdrowia w zależności od hierarchii społecznej. Na podstawie badań okazało się, że im ktoś wyżej jest w hierarchii społecznej, tym legitymuje się lepszym zdrowiem i że różnice pomiędzy klasami społecznymi (wyższymi a niższymi) pogłębiają się z roku na rok, pomimo bezpłatnej opieki.

Innymi ważnymi przesłankami rozwoju promocji zdrowia w krajach Unii Europejskiej było kilka ważnych wydarzeń w skali światowej. W 1977 roku WHO przyjmuje rezolucję **"Health for All by the Year 2000"** (Zdrowie dla wszystkich do roku 2000), mówiącą o zapewnieniu wszystkim obywatelom stanu zdrowia umożliwiającego sensowne i twórcze funkcjonowanie w społeczeństwie. Dokument ten odegrał kluczową rolę w kształtowaniu się polityki zdrowotnej WHO przez kolejne lata. Rok później odbyła się **Konferencja w Alma Acie** (International Conference on Primary Health Care), w czasie której podnoszony był postulat traktowania POZ (podstawowej opieki zdrowotnej) jako najważniejszego elementu każdego systemu zdrowotnego. W 1984 r. WHO publikuje dokument "Health Promotion - A discussion Document on the Concept and Principles" oraz regionalny komitet WHO dla Europy przyjmuje dokument **"Targets for All"** (Strategia dla wszystkich), z 38 celami. Jest to uszczegółowienie i kontynuacja dokumentu WHO z 1977 r. Warto podkreślić, że teoretycznym zapleczem dla ZDW był nowy paradygmat nauk o ochronie służby zdrowia, zwany modelem społeczno-ekologicznym. Ważnym momentem w europejskiej promocji zdrowia było powołanie do życia przez WHO w 1984 r. programu CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme). Stanowił on praktyczną formę realizacji międzynarodowej strategii **"Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku"**. W późniejszym

okresie rozszerzony został na niemal wszystkie kraje europejskie włącznie z Polską, a jednym z programów znanym i u nas jest program antynikotynowy **"Quit & Win"**.

Oczywiście, punktem zwrotnym był 1986 rok, kiedy na zakończenie I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia odbywającej się w Ottawie, przyjęto **"Kartę Ottawską"**. Karta traktowana jest jako "nowa wizja polityki zdrowotnej", a promocja zdrowia zdefiniowana tam została jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad zachowaniem zdrowia i jego poprawy.

Od tego czasu można mówić o systematycznych programach, które realizowane są w wielu krajach europejskich.

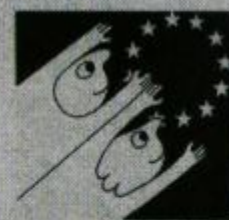
Praktyka promocji zdrowia po europejsku

Wiele krajów stawia na sieciową koncepcję realizacji promocji zdrowia. W II połowie lat 80. oraz z początkiem lat 90. powołanych zostało wiele międzynarodowych projektów. Jednym z najwcześniejszych była sieć szpitali i szkół.

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. W 1989 r. rusza program WHO "Zdrowie i szpital", który daje początek długofalowemu programowi **"Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie"** (European Health Promoting Hospitals Network). Projekt powstał 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 (patrz: Promotor nr 1/03). Od tego momentu następuje wyraźne przyspieszenie praktycznych programów i projektów promocji zdrowia w krajach Europy.

W tym samym roku rozpoczęty zostaje w Lizbonie projekt WHO **"Zdrowe miasta dla Europy"**. Rok później przyjęta zostaje przez regionalny komitet WHO nowa wersja "Zdrowia dla wszystkich" (warto wspomnieć, że w tym samym roku 1990, powstaje w Polsce I wersja Narodowego Programu Zdrowia).

W 1991 r. odbyła się III Międzynarodowa



ku Europie

Od tego momentu następuje wyraźne przyspieszenie praktycznych programów i projektów promocji zdrowia w krajach Europy.

UE



ku Europie

Należy podkreślić, że promocja zdrowia uznana jest jako osobna, autonomiczna dziedzina nauki i praktyki, która ma swoją strukturę i system kształcenia.

UE

Konferencja Promocji Zdrowia w Sundsvall, w Szwecji, (II odbyła się Adelajdzie), oraz powstaje **Deklaracja Butapeszteńska**, która zawiera kryteria dla szpitali promujących zdrowie. W konsekwencji tego dokumentu 20 szpitali z 11 krajów Europy rozpoczęło program wdrożeniowy w 1993 r. W 1997 r. **Rekomendacje Wiedeńskie** ("Vienna Recommendations" on Health Promoting Hospitals) uzupełniają zapisy ustaleń w Budapeszcie.

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 (patrz: Promotor nr 2/03). Pierwsza Konferencja Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (ENHPS - European Network of Health Promoting Schools) - "Szkoly Promujące Zdrowie - Inwestycja dla Edukacji, Zdrowia i Demokracji", odbyła się w Grecji, w maju 1997 r. (pisałmy o tym wydarzeniu oraz prezentowali rezolucję konferencji, w Promotorze nr 8/1-2/1998). W konferencji wzięło udział ponad 350 uczestników reprezentujących 43 kraje. Podkreślano, iż idea szkoły promującej zdrowie jest oparta na koncepcji holistycznej, jej podstawą jest stały rozwój i wzrost, stymulujący wzajemne, prozdrowotne działania i powiązania w społecznym życiu lokalnych środowisk. Uczestnicy Konferencji przyjęli Rezolucję, wzywając rządy wszystkich krajów europejskich do przyjęcia i zaadaptowania koncepcji szkoły promującej zdrowie. Rezolucja zwraca się także do EC (Komisji Europejskiej), CE (Rady Europy) i WHO - Regionu Europejskiego, podkreślając konieczność wspomagania i wspierania przez te instytucje rozwijającej się inicjatywy. Rezolucja, apelując do rządów państw europejskich, **odwołuje się do 10 priorytetów**, na których opiera się idea i koncepcja sieci szkół promujących zdrowie. Są to: demokracja; równouprawnienie; możliwości; środowisko szkolne; program nauczania; trening nauczyciela; ocena efektywności; współpraca; społeczność lokalna; trwałość (długofalowość).

W 1998 r. odbyły się **I Międzynarodowe warsztaty** poświęcone ewaluacji szkół promujących zdrowie (ENHPS) w Bern/Thun, Szwaj-

caria. Przedstawiony tam został m.in. raport o realizacji projektu EVA 2. Był to program badań ewaluacyjnych, obejmujący działalność koordynatorów 23 sieci promocji zdrowia w 17 krajach. Dwuletni projekt badawczy EVA 2 zaowocował między innymi publikacją podręcznika dla koordynatorów Sieci na szczeblu państwowym, wydanym w 1995 r.

Zdrowie 21, czyli perspektywa na początek XXI wieku

W 1996 r. ukazuje się ważny dokument opracowany przez WHO dla społeczności świata, mianowicie plan działania w zakresie zdrowia na okres 1996-2001. Plan zakładał cztery kierunki polityki zdrowotnej: (1) zintegrowanie spraw zdrowia i rozwoju człowieka, (2) zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, (3) promowanie zdrowia i jego ochronę, (4) profilaktykę i zwalczanie określonych problemów zdrowotnych.

Zostaje przyjęta kolejna nowa wersja dokumentu dla Europy: **"Health for All - WHO Health 21"** (Zdrowie dla wszystkich - ŚOZ Zdrowie 21). Wersja ta została zaakceptowana we wrześniu 1998 r., a następna będzie miała miejsce w roku 2005. Obszerny dokument (219 stron) składa się z 8 rozdziałów i 6 aneksów; wyszczególnionych jest tu 21 celów. Dokument **Zdrowie 21**, przyjęty przez europejskie państwa członkowskie, kładzie nacisk na poprawę zdrowia w Europie, w ścisłym powiązaniu z poprawą warunków socjalnych i ekonomicznych. Od początku lat 80-tych 51 krajów Europejskich przyjęło wspólne założenia na rzecz rozwoju zdrowia oraz wypracowało klarowne strategię w celu ich praktycznych wdrożeń w lokalnym (krajowym) wymiarze. Rozwój zainicjowanych przez WHO/EURO programów, pod nazwą **"Inwestycja dla Zdrowia"**, jest jednym z przykładów tego rodzaju działań. W szeroko i głęboko rozumianej idei "Inwestycji dla Zdrowia", zdrowie pojmowane jest jako kluczowa inwestycja, zatem strategię dotyczące poprawy zdrowia powinny w istocie stawać się, według autorów, strategiami inwestycyjnymi. Dotyczy to zwłaszcza strategii, które: podtrzymują i tworzą działania na rzecz zdrowia w oparciu o podstawową zasadę równości. W tym samym roku podjęte jest rozwinięcie idei WHO **"Health 21"** pod kątem społecznych i ekonomicznych zmian, następujących

w Europie. Propozycje rozwiązań znajdują się w zapisie **Inicjatywy Werońskiej** ("The Verona Initiative"). Główną ideą Inicjatywy Werońskiej jest założenie, iż należy podejmować wspólną odpowiedzialność za poprawę lub spadek stanu zdrowia w obecnych populacjach. "Verona Benchmark" jest przykładem poszukiwania i łączenia działań w oparciu o zasadę "złotego środka" (tzw. "Doskonały Model", opracowany przez Europejską Fundację na Rzecz Jakości Zarządzania), z działaniami na rzecz promocji zdrowia, prowadzonymi w różnych sektorach i na zasadzie partnerskiej współpracy.

W 2001 r. odbyła się konferencja Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej w Paryżu. Konferencja odbywała się pod hasłem "Health: an Investment for a Just Society". Konferencja była podsumowaniem 50-letnich doświadczeń **Międzynarodowego Związku Promocji i Edukacji Zdrowia** /The International Union for Health Promotion and Education, IUHPE/ Cztery główne tematy wiodące Konferencji dotyczyły:

1. etycznych aspektów w promocji zdrowia,
2. zbierania danych w zakresie zdrowia,
3. wspierania inicjatyw na rzecz poprawy zdrowia,
4. partnerstwa w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych.

Wyszczególnione cztery grupy problemów są

niewątpliwie odzwierciedleniem aktualnych trendów w krajach Unii Europejskiej, w obrębie samej promocji zdrowia.

W krajach Unii Europejskiej promocja zdrowia traktowana jest jako ważna dziedzina życia, która ma swój udział w kształtowaniu jakości życia obywateli. Należy podkreślić, że promocja zdrowia uznana jest jako **osobna, autonomiczna dziedzina nauki i praktyki**, która ma swoją strukturę i system kształcenia. Ponadto **świadomość zdrowotna przeciętnego obywatela** kraju unijnego jest na nieco wyższym, niż nasz, poziomie. To w konsekwencji „wymusza” branie pod uwagę tego rodzaju programów przez administrację i kolejne rządy. To z kolei tworzy właściwy grunt dla realizacji wielu działań gwarantowanych przez państwo, tj. budżetowanych i długofalowych, bez względu na sympatie polityczne.

Nie ulega wątpliwości, że perspektywa współpracy z krajami europejskimi może być przełomowym momentem w rozwoju tej dziedziny u nas, w Polsce. Obyśmy jak najszybciej z tych najlepszych wzorców zaczęli korzystać i ustalaniem kryteriów takiej współpracy chcieli zajmować się nie politycy, ale merytorycznie do tego przygotowani fachowcy.

L. Kulmatycki



perspektywa współpracy z krajami europejskimi może być przełomowym momentem w rozwoju tej dziedziny u nas, w Polsce.

UE

Czy Comenius pomoże nam „wskoczyć” do Europy?

W tym roku szkolnym szkoły w Polsce otrzymały 2,3 mln euro (wsparto 520 szkół), natomiast w przyszłym ma być ponad 5 mln euro, dla wsparcia być może ponad ... 1000 szkół. Warto więc się tym programem zainteresować. Wiele szkół wdraża i realizuje duże programy, dotyczące stylu życia, czy zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej. Te programy z powodzeniem mogłyby znaleźć sojusznika w programie Comeniusa. Gwoli uporządkowania wiedzy na ten temat, należy przypomnieć, że program Comenius jest częścią programu Socrates (program edukacyjny UE), skierowanym do szkół (cz. druga Socratesa, znana jako Erasmus, adresowana jest do środowiska akademickiego).

Aby wejść do takiego programu należy:

- po prostu chcieć i się zorganizować, gdyż projekty trwają ok. 3 lata,
- mieć pomysł, który byłby pożyteczny dla środowiska szkolnego,
- znaleźć partnera do współpracy, tzn. może być kilka szkół, ale co najmniej jedna musi być z karju UE (od 1 maja 2004 nie będzie to obowiązywać).

Wyróżnia się trzy rodzaje programów Comeniusa:

1. Szkolne Projekty Comeniusa - ogólna współpraca między szkołami, nauczycielami, uczniami dotyczy wzajemnego poznania, stylu życia, kultury, uaktywnienia lokalnych społeczności, itp.
2. Projekty Rozwoju Szkoły - mają pomóc w zarządzaniu szkołą i poprawić metody nauczania, np. edukacja zdrowotna czy metody wdrażania promocji zdrowia.
3. Projekty językowe - nastawione na poznawanie języków obcych, w tej grupie współpracują tylko dwie szkoły.

Z propozycji mogą skorzystać wszystkie placówki oświatowe, od przedszkola do szkół średnich, państwowe, społeczne i prywatne. Efektem 1 i 2 grupy projektów może być np. „materiałny produkt” wspólnej pracy szkół: opracowanie podręcznika, taśm video, filmu, prac plastycznych, sztuki teatralnej, zawodów sportowych, kampanii zdrowotnej, program autorski itp. Tak naprawdę liczy się pomysł i jeśli jest taki, można go sfinansować z unijnych funduszy.

Comenius skierowany jest do wszystkich rodzajów i szczebli kształcenia, a w szczególności do następujących osób i instytucji:

- uczniowie, studenci i osoby uczestniczące w różnych formach kształcenia;
- kadra szkolna i bezpośrednio zaangażowana w edukację szkolną;
- wszystkie rodzaje placówek edukacyjnych publicznych i niepublicznych;
- osoby i instytucje zarządzające systemem edukacji na szczeblu lokalnym, regionalnym i centralnym.

Wystarczy wypełnić formularz (pobrać z internetu) i przesłać zgłoszenie do:

Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji - Agencja Narodowa Programu Socrates-Comenius, ul. Mokotowska 43, Warszawa 00-551.

(Uwaga: wniosek musi być wydrukiem komputerowym, a nie pisanym ręcznie).

Więcej informacji proszę szukać na stronach www.socrates.org.pl



Born in what is today the Czech Republic, Jan Amos Comenius (1592-1670) was an educator who worked for peace and unity between nations. He was convinced that education was the only way to achieve full human potential.



Przykłady współpracy

PROPOSAL FOR A SHORT STUDY VISIT, Portuguese „YOUTH PROGRAMME - ACTION 5”

Subject: Sport as a working method in youth work for Youngsters in risk of social exclusion

Date: September 2004

Place: Portugal

Number of Participants: Between 12 and 16 participants

Working Language: English

Accommodation: Hotel, hostel, twin bedded rooms

Objectives:

- To show how sport can be used as an effective tool in youth work, helping to reach disadvantaged Youngsters, namely social excluded.
- To establish partnerships to develop common projects related to theme of this SSV.

SHORT STUDY VISIT IN GERMANY, 1st semester 2004 "Cross Border Cooperation along the German-Polish-Czech-Border by bike"

Hosting organisation: IBB Internationales Bildungs- und Begegnungswerk Dortmund

Date: 5.09.-12.09.2004

Place: Different places in the border region along the German-Polish-Czech border (triangle around the cities: Görlitz, Zittau (DE), Zgorzelec, Bogatynia (PL), Liberec, Hejnice (CZ))

Number of Participants: 15-20 participants

Objectives:

to give information on the reality of youth work in border regions as well as every day life in border regions to present youth work activities and (cross border) projects in the region
to give information about the possibilities for international youth cross border projects along the German-Polish-Czech-border

to exchange experiences on working with young people in border regions and across the borders

to create new partnerships in the YOUTH programme

to encourage and develop project ideas for international cross border youth activities in the YOUTH programme

Methodology: presentation of participants, their countries/border regions, organisations and projects

visits to organisations and projects in the German-Polish-Czech border region (if possible by bike)

workshops to develop joint project ideas exchange of experiences intercultural learning activities

Accommodation: double rooms

Working language: English

Profile of participants: Participants should: come from CBC-regions from the following countries: Germany, Greece, Italy, Austria, Finland, Cyprus, Bulgaria, Estonia, Hungary, Poland, Czech Republic, Slovakia and Slovenia (in case of questions please check with your National Agency), work directly with young people be willing to create partnerships and to develop CBC projects within the YOUTH programme be physically fit to travel distances up to 25 km per day by bike

National Agency "Youth" Programme, ul. Mokotowska 43 , 00-551 Warsaw youth@youth.org.pl
phone: +48/22 622 37 06, + 48/22 628 60 14, fax: +48/22 622 37 08,



Seminarium szkoleniowe wrocławskich nauczycieli

We wrześniu grupa koordynatorów Wrocławskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie wyjechała do Bochold, gdzie w Europejskiej Akademii Obywatelskiej wzięła udział w seminarium pt.: "Polityka socjalna w Unii Europejskiej w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień od narkotyków na przykładzie Stowarzyszenia Parnassia w Królestwie Holandii, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w szkołach".

Seminarium zostało zorganizowane w celu opracowania - dla wrocławskiego środowiska dzieci i młodzieży szkolnej - autorskiego Programu Profilaktyki Narkotykowej, w oparciu między innymi o doświadczenia holenderskich specjalistów. Organizatorem był Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu oraz Fundacja Współpracy Polsko-Niemieckiej. Grupie koordynatorów towarzyszyły pani **Jadwiga Ardelli-Książek**, kierownik Zespołu Promocji Zdrowia Profilaktyki, Chorób i Rehabilitacji, oraz pani **Bożena Lewicka**, główny specjalista ds. promocji zdrowia Wydziału Zdrowia tegoż urzędu. Fundację ze strony niemieckiej reprezentował **dr Peter Leibenguth-Nardmann**.

Program miał za zadanie zapoznać uczestników z:

- holenderską polityką wobec osób uzależnionych od narkotyków,
- medycznymi i pedagogicznymi koncepcjami zapobiegania narkomanii w szkołach,
- projektem "Zdrowa szkoła a używki", o zapobieganiu narkomanii w szkole oraz o roli uczniów, nauczycieli i rodziców w realizacji tego programu.

Program ten przybliżał problematykę działania psychoaktywnych substancji na organizm człowieka, z uwzględnieniem medycznego i

psychicznego oddziaływania najczęściej używanych narkotyków.

Seminarium prowadzili pracownicy Wydziału Prewencji Stowarzyszenia Parnassia, **Mark Smitz** (kierownik Wydziału Zapobiegania Narkomani) oraz **Paskal Raynery**.

Wyjazd obejmował również:

- wizytę w siedzibie stowarzyszenia w Hadze, oraz poznanie pracy psychoterapeutycznego ośrodka Parnassia,
- poznanie pracy Stowarzyszenia "Tactus" w Dewenter, zajmującego się leczeniem osób uzależnionych od narkotyków,
- spotkania z pracownikami ulicznymi - streetworkerami, oraz rozmowy z właścicielami i klientami tzw. coffieshopów.

POLITYKA NARKOTYKOWA W HOLANDII

Istotą polityki narkotykowej Holandii jest ochrona zdrowia osób i ich otoczenia, oraz całego społeczeństwa. Obejmuje pomoc prawą osobom uzależnionym, które weszły w konflikt z prawem, oraz ściganie za produkcję i handel narkotykami. Priorytetem jest wczesna prewencja i praca z grupami ryzyka.

Inne cele, to przekazywanie wiedzy o środkach uzależniających, przedstawienie skutków ich zażywania, oraz wykształcenie umiejętności dokonywania świadomych wyborów, co w konsekwencji ma doprowadzić do ograniczenia popytu na narkotyki.

W Holandii za politykę narkotykową odpowiada:

- Ministerstwo Sprawiedliwości - przestrzeganie prawa (w oparciu o Ustawę Opiumową),
- Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu - prewencja i opieka (Minister Zdrowia jest koordynatorem tej polityki),
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych - samorządowa polityka narkotykowa oraz działanie policji.

Od 1919 roku w Holandii obowiązuje tzw. Ustawa Opiumowa (nowelizowana w 1928 i 1976 r.), określająca:

- zasady wytwarzania, dystrybucji i posiadania substancji psychoaktywnych,
- wymiar kar za dystrybucję i posiadanie narkotyków.

Zgodnie z literą prawa, używanie narkotyków nie jest zabronione, ale posiadanie, produkcja

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

przemycanie tych środków, uznawane jest za działalność przestępczą. Dotyczy to wszystkich narkotyków. Policja koncentruje się na ściganiu importu i eksportu twardych narkotyków bardziej, niż na ściganiu posiadaczy małych ilości narkotyków dla własnego użytku. Karane jest również uczestniczenie w przygotowaniach do przestępstwa, np. wynajęcie samochodu do przewozu narkotyków.

Ustawa definiuje pojęcie narkotyków, jako substancji wywierającej wpływ na ludzką świadomość, i dzieli je na dwie grupy:

- twarde, np.: heroina, kokaina, LSD, alkohol;
- miękkie, np.: haszysz, marihuana oraz niektóre leki.

Klasyfikacja prawna, dzieli je na 4 grupy:

- grupa I - nielegalne jest posiadanie, produkcja i dystrybucja środków z tej grupy, np. ekstazy, heroina, LSD,
- grupa II - dopuszczalne jest posiadanie, nielegalna jest produkcja i dystrybucja, np. marihuana,
- grupa III - środki medyczne, np. valium, antydepresanty,
- grupa IV - legalne środki: alkohol, kawa, tytoń, herbata, leki przeciwbólowe.

Ustawa Opiumowa umożliwia otwieranie coffeshops, dzięki czemu nastąpiło znaczne oddzielenie rynku narkotyków twardych od miękkich. Coffeshops są ściśle kontrolowane przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, a ich właściciele odpowiadają za to, co dzieje się w ich lokalu i w jego pobliżu. Nie wolno im reklamować narkotyków oraz sprzedawać ich po promocyjnej cenie. Zabroniona jest sprzedaż narkotyków twardych i oferowanie narkotyków osobom poniżej 18 roku życia. Właściciele coffeshops mogą posiadać w sklepie do 500 g narkotyków dziennie, oraz muszą przestrzegać przepisu określającego dawkę narkotyku, jaką mogą sprzedać w ciągu jednego dnia pojedynczemu klientowi (do 5g). O cenie narkotyków decyduje właściciel. W tych sklepach obowiązuje zakaz sprzedaży alkoholu.

W holenderskim prawie karnym obowiązuje zasada oportunistu (zasada przyzwolenia), polegająca na tym, że osoba uzależniona, popełniająca przestępstwo, może uniknąć kary, jeżeli dobrowolnie podda się jednemu z programów leczniczych. Dzieje się tak wówczas, gdy interes publiczny uzasadnia zastosowanie takiego środka.

PREWENCJA I EDUKACJA W HOLANDI

Problematykę prewencji i edukacji poznaliśmy na przykładzie Stowarzyszenia Parnassia, które swoim działaniem obejmuje 1/5 terytorium kraju.



Celem podstawowym edukacji i prewencji jest zapobieganie narkomani, oraz przeciwdziałanie problemom, które mogą być przyczyną powstania uzależnienia i tym, które powstają w wyniku uzależnienia. Dokonano podziału na edukację i prewencję alkoholową (podległą Ministerstwu Zdrowia) i narkotykową (podległą Ministerstwu Sprawiedliwości).

Efektywne zapobieganie łączy następujące czynniki:

- świadome powstrzymanie się od używania,
- restrykcje nałożone przez władze (zakaz sprzedaży alkoholu młodzieży do 18 lat, zakaz palenia w restauracjach),
- dobrze zorganizowaną kontrolę społeczną,
- politykę samoograniczenia (producenci alkoholu) stosowaną przez firmy.
- spójną politykę państwa.

Rząd Holenderski stwarza warunki rozwoju, wdrażania i oceny prewencji. Parnassia (jako jedna z organizacji) zajmuje się edukacją, opieką nad uzależnionymi, pracą społeczną. Tworzy programy profilaktyczne dla szkół, projekty dla osób uzależnionych, jest źródłem informacji o narkotykach.

Organizacja działa w trojaki sposób:

- tworzy projekty,
- opracowuje strategię działania,
- podejmuje interwencję kryzysową.



ku Europie

P R E
Z E N
T A C
J E

Szkoły zgłaszają się do projektu dobrowolnie, a realizowany jest on bezpłatnie.

Pracownicy prewencji pracują w szkołach, klubach socjalnych i sportowych, w domach, prowadzą szkolenia dla barmanów, konsultacje dla rodziców.

Prewencja skierowana jest do:

- nie mających jeszcze kontaktu ze środkami psychoaktywnymi (edukacyjne projekty, np. Zdrowa Szkoła a Używki),
- eksperymentujących z narkotykami (projekt PEER - rówieśnik),
- uzależnionych (są to projekty kliniczne, np. społeczność terapeutyczna Emiliehoeve, leczenie stacjonarne Triple-EX),
- uzależnionych z problemami psychiatrycznymi (PZD - psychiatryczna opieka dla narkomanów),
- uzależnionych, którzy popadli w konflikt z prawem,
- i innych grup.

Wśród projektów, poświęconych pomocy uzależnionym, można wyróżnić:

- DRUGPUNKT (miejsce oparcia dla narkomana) - podejmuje działania w kierunku polepszenia sytuacji uzależnionych, uzyskać tu można poradę, informację, wsparcie;
- HUISKAMER (pokój mieszkalny) - projekt skierowany do prostytutek, uzależnionych od heroiny lub kokainy;
- ZIEKEN 107 (adres ośrodka) - osoby uzależnione mogą otrzymać tu wsparcie duchowe i medyczne.

- HEROINE RESEARCH PROJECT (eksperyment z heroiną) - projekt polega na dostarczeniu heroiny nieuleczalnym narkomanom z kryminalną przeszłością, narkotyk przyjmują pod kontrolą, zapobiega to powrotowi do przestępstwa;

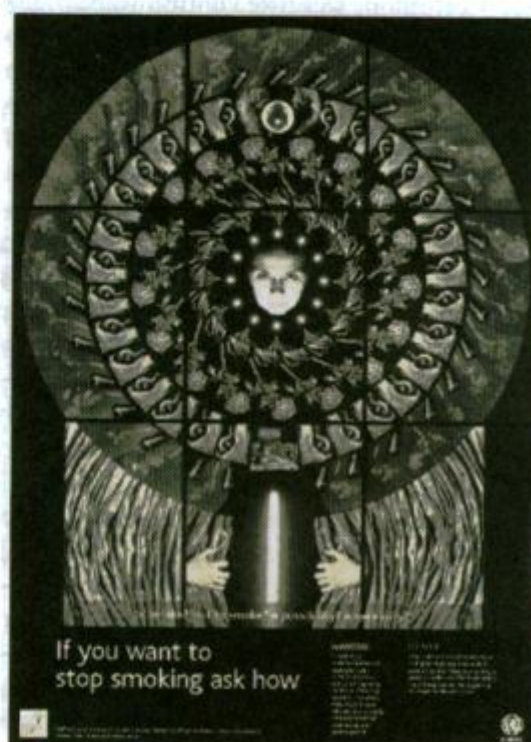
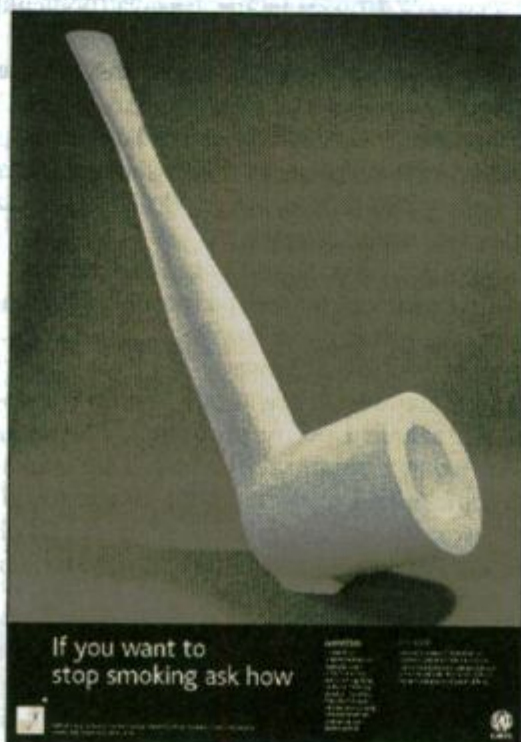
- HEIG CLEAN (projekt pracodawczy) - zapewnienie narkomanom pracy, za którą dostają natychmiastowe wynagrodzenie;

- SOEPBUS (autobus z zupą) - dostarczanie ciepłego posiłku wszystkim potrzebującym, nie tylko narkomanom.

Projektem narodowym, współtworzonym i realizowanym m.in. przez Parnasię, jest projekt edukacyjny "Zdrowa szkoła a używki". Celem tego programu jest przygotowanie uczniów do samodzielnej oceny ryzyka związanego z używaniem tytoniu, alkoholu czy narkotyków, a także nauczanie podejmowania decyzji, mających wpływ na ich zdrowie i zdrowie innych. Szkoły zgłaszają się do projektu dobrowolnie, a realizowany jest on bezpłatnie. Program realizowany jest zgodnie z zasadami:

- młodzi ludzie są odpowiedzialni za swoje zachowanie, zdrowie i ciało,
- zakres informacji wynika z zainteresowania młodzieży,
- trzeba mówić o pozytywnych i negatywnych działaniach narkotyku na organizm,
- wszystkie działania muszą być spójne, tzn.

PRE
ZEN
TAC
JÓE



Plakaty antynikotynowe pochodzą ze strony www.who

nie można mówić, że narkotyki są złe i same-
mu ich zażywać.

Projekt wymaga odpowiednich regulacji,
tworzonych wspólnie przez szkołę, uczniów,
rodziców. Szkoła określa zasady używania uży-
wek przez nauczycieli i uczniów, np. nie pali-
my na podwórku szkolnym. Szkoli się nauczy-
cieli, aby umieli rozmawiać z uczniami o używ-
kach (nauczycieli wszystkich specjalności, nie
tylko wychowawców). Nauczyciele są infor-
mowani o tym, gdzie mogą szukać pomocy, gdy
problem ich przerasta. Zgodnie z założeniami
projektu, sama edukacja, bez odpowiednich
regulacji czy włączenia do współpracy rodzi-
ców, nie przyniesie spodziewanych rezultatów.
W oparciu o badania ustalono, jak przebiega
zainteresowanie dzieci i młodzieży używkami.
Inicjacja następuje w następujących grupach
wiekowych:

- palenie tytoniu - 11 lat,
- alkohol - 12 lat,
- marihuana - 13 lat.

Dostosowuje się więc tematykę zajęć do wie-
ku uczniów. **Program podzielony jest na mo-
duły, każdy moduł na trzy lekcje:**

- jak działa używka,
- jaki ma wpływ na organizm,
- umiejętność podejmowania decyzji.

**Zadania realizowane na lekcjach podzielone
są na różne poziomy, dla uczniów bardzo zdol-**

nych, mniej zdolnych, mających problemy
z nauką, dzieci młodszych, dla klas wyższych
(nt. ekstazy), przyszłych kierowców (alkohol
a ruch drogowy).

**W ramach programu można podejmować
własne działania, można łączyć kampanie.**

W efekcie realizacji programu "Zdrowa szko-
ła a używki" uczniowie pogłębiają wiedzę nt.
nikotyny, alkoholu, marihuany. Dowiadują się,
gdzie mogą znaleźć pomoc i uzyskać poradę.
Efektem najistotniejszym jest zmniejszenie ilo-
ści osób sięgających po alkohol i tytoń, a uży-
wający ich robią to w sposób bardziej odpo-
wiedzialny, również mniej osób sięga po mari-
huanę (rezygnują z eksperymentowania).

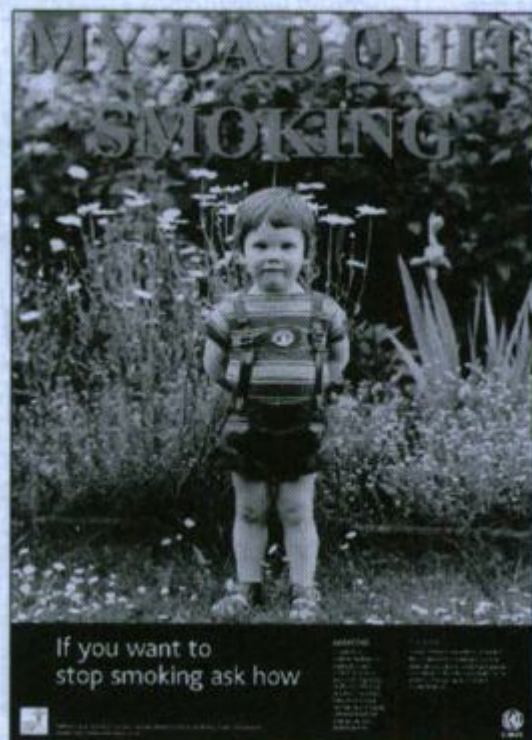
Holenderska polityka prewencji prowadzona
w szkołach nie gwarantuje nie używania przez
młodzież środków psychoaktywnych, ale
zmniejsza ryzyko sięgnięcia po nie.

Oprac. Koordynatorzy Promocji Zdrowia:

Sylwia Czarnecka - ZS nr 1,

Beata Kulik - Liceum Ogólnokształcące nr IV

Danuta Utrata - ZS nr 18.



sama eduka-
cja, bez
odpowied-
nych regula-
cji czy włą-
czenia do
współpracy
rodziców, nie
przyniesie
spodziewa-
nych rezulta-
tów.

P R E
Z E N
T A C
J E

ĆWICZENIE CZY- NI MISTRZEM w "118"

Przygotowania
kondycyjne
i z techniki
konkurencji
lekkoatletycz-
nych trwały
całą wiosnę

Nie bez kozery mówi się, że przysłowia są mądrością narodu. Jak bardzo prawdziwe jest tytułowe stwierdzenie - przekonali się trzecioklasiści ze Szkoły Podstawowej nr 118 we Wrocławiu przy Bulwarze Ikara. Udało im się bowiem po raz pierwszy w historii szkoły zająć zaszczytne I miejsce w Dzielnicowych Igrzyskach Lekkoatletycznych Klas Trzecich Szkół Podstawowych Wrocławia, zorganizowanych przez Szkolny Związek Sportowy.

Ten sukces naszych małych mistrzów lekkiej atletyki nie spadł, jak biblijna manna, z nieba. Dziesięciolatkowie z ambitnej "118" "trochę" się napracowali, trenując bieg na 60 metrów, skok w dal i rzut piłeczką palantową. Ćwiczyli pod opieką p. Lidii Cichal, nauczycielki świetlicy, która - choć nie jest wuefistką - dała się już poznać na osiedlu jako szkolny promotor zdrowego stylu życia, propagator sportu i turystyki. Jej przekonanie, że ruch to zdrowie, pomagało zachęcić wychowanków do systematycznej pracy. Mobilizowała ich różnymi sposobami do wysiłku; uczyła wytrwałości i techniki biegu na krótki dystans, skoku i rzutu. Zadanie mieli bardzo trudne, bo przecież w szkole nie ma skoczni w dal ani bieżni!

"Pani Lidka" zabierała więc swoich podopiecznych na piłczycki stadion lub na boisko sąsiedniej szkoły, by dzieci mogły w ogóle zobaczyć, jak wyglądają bloki startowe oraz prawdziwa bieżnia, by mogły wykonać skok w dal na skoczni z prawdziwego zdarzenia.

Jej zapal i zaangażowanie udzieliły się małym sportowcom, którzy - o dziwo - jakby na przekór przeciwnościom, woleli codziennie potrenować, niż na przykład pograć "w nogę", pobawić się na "luzie" w świetlicy szkolnej czy też zwyczajnie poleniuchować.

Przygotowania kondycyjne i z techniki konkurencji lekkoatletycznych trwały całą wiosnę. I wreszcie - dzień zawodów, 10 czerwca 2003 r. Dziesięcioletni reprezentanci szkoły liczyli na poprawę wyniku sprzed roku, kiedy to, jako drugoklasiści - też przygotowywani przez p. Cichal - zajęli trzecie miejsce. Nie sądzili jednak, że w tym roku będą najlepsi w dzielnicy!

A jednak udało się! Okazali się lepsi nawet od "sportowej" klasy trzeciej z SP 113 we Wrocławiu. Teraz wiedzą, że chcieć, to móc!

A oto skład zespołu lekkoatletycznych mistrzów dzielnicy w klasach trzecich, ze Szkoły Podstawowej nr 118: dziewczynki: Ola Pobudejska, Ola Śnieżek, Zuzia Wilczyńska, Martyna Haba, Asia Bartkiewicz i rezerwowka Kamila Podsiadło oraz chłopcy: Błażej Pichur, Artur Berezowski, Maciek Makuchowski, Kamil Stalski, Michał Wołodkiewicz i rezerwowi Kuba Olanin.

Koordinator Zespołu Promocji Zdrowia SP 118 we Wrocławiu - Lidia Cichal.

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

TYDZIEŃ KAMPANII ZDROWOTNEJ "TRZYMAJ SIĘ PROSTO!"

Szkolny Zespół ds. Promocji Zdrowia, Szkoła Podstawowa nr 93

Szkoła promująca zdrowie jest bez wątpienia wielkim wyzwaniem, do którego się dąży, podejmując długofalowe działanie. Celem i zadaniem szkoły posiadającej certyfikat przynależności do sieci szkół promujących zdrowie

jest wspieranie każdego ucznia w rozwijaniu jego potencjału zdrowia.

Należy również wspomnieć, iż cała społeczność szkolna w bardzo przemyślany i mistrzowski sposób musi stworzyć odpowiednie warunki



Fot. (SP 93). Mamy jasną i klarowną wizję dzieci zdrowych.

i perspektywy rozwoju tego zdrowia. Już drugi rok Szkolny Zespół Promocji Zdrowia nadzoruje profilaktykę zdrowia i dzięki przekazanym wartościom, iż zdrowie to największy skarb jaki posiadamy, proponuje całej społeczności szkolnej wielkie wyzwania. To dumne i zobowiązujące.

Jednym z nich jest udział szkoły w kampanii Szkolnego Programu Promocji Zdrowia i Profilaktyki Wad Postawy - określony przez Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia. Powyższa kampania pod tytułem „Trzymaj się

prosto!”, odbyła się w szkole, w dniach od 3 do 8 listopada tego roku. Hasło przewodnie naszego udziału w kampanii brzmiało: **„My zdrowe dzieciaki, dziewczynki i chłopaki”** - mówiło samo za siebie. Wielkie kolorowe plakaty wykonane przez Młodzieżowy Klub Liderów Promocji Zdrowia i dzieci poszczególnych klas, obwieszczały o niecodziennych chwilach. Nauczyciele układając program zajęć pomyśleli o tym, jak wykorzystać każdą chwilę dla dobra zdrowia dzieci. Mamy jasną i klarowną wizję dzieci zdrowych. Ta wizja dodaje nam,



Fot. (SP 93). W czasie kampanii „Trzymaj się prosto”

P R E
Z E N
T A C
J E

Mamy jasną i klarowną wizję dzieci zdrowych. Ta wizja dodaje nam, pedagogom, skrzydeł, a dzieci podrywa do rywalizacji.

pedagogom, skrzydeł, a dzieci podrywa do rywalizacji.

Kalendarium imprez było bardzo bogate, od pierwszego dnia do ostatniego. I tak, pierwszy dzień upłynął na przekazywaniu wiedzy o prawidłowej postawie. Zarówno zajęcia kształcenia zintegrowanego, jak i pozostałych klas IV - VI, polegały na propagowaniu zdrowego stylu życia, zarówno pod kątem profilaktyki żywienia, jak i odpoczynku. Pozostałe dni wypełniała wrzawa walki, w przeróżnych konkurencjach sportowych, rozgrywających się w sali gimnastycznej. Klasy I, II i III rywalizowały w wieloboju sprawnościowym, klasy czwarte rozegrały turniej dwóch ogni, a klasy piąte i szóste walczyły o mistrzostwo w koszykówce i siatkówce. Cóż to było za widowisko! I brawa dla wygranych i ocieranie łez dla pokonanych - wszystko to w rwącej, melodyjnej atmosferze.

Ilustrowany i fantastyczny pokaz mody sportowej mógłby konkurować z najlepszymi stylistami, a wykonanie aerobiku i pokaz ćwiczeń akrobatycznych, zapierał dech i wywoływał niekończące się brawa całej społeczności szkolnej. Projekt tzw. "ścieżki zdrowia" - to dobry pomysł. Wszyscy tego dnia - i mali i duzi - mogli do woli nacieszyć się siłowym sprzętem sportowym, który znajduje się w wyposażeniu salki korekcyjnej.

Nauczyciele różnych specjalności zadbali również o większy wysiłek umysłowy swoich podopiecznych. I tak, nauczyciele przyrody ujęli zdrowie dzieci jako treść zdrowego stylu życia, a zintegrowane treści nauczania ujmowały:

1. swobodne wypowiedzi na temat dbania o zdrowie w postaci dyskusji;
2. zapoznanie się ze słynną fraszką Jana Kochanowskiego p.t. "Na zdrowie";
3. czym się odżywiamy?

Scenariusz do tematu "Ruch w życiu człowieka", opracowany przez nauczycieli kształcenia zintegrowanego, na pewno utrwali się w pamięci na długie lata.

Rozmową dnia edukacji polonistycznej był temat: "Dlaczego dbamy o własne zdrowie i jak to robimy?"

Edukacja matematyczna również miała swoje "pięć minut". Wykonanie zadań matematycznych, które w konsekwencji miały ukazać hasło zdrowia, było nie lada gratką i przysporzyło dzieciom wiele radości.

Świetlica szkolna zmieniała się w wystawę prac wykonanych przez dzieci, a wypisana wymowa fraszki i wierszyków - nie zawstydzały. Dzieci tutaj nauczyły się wielu rzeczy, np. "piosenki witaminki", która niosła w sobie arsenał informacji o konieczności spożywania witamin, a zegar spożywania posiłków przygotowywał do prawidłowego i koniecznego posiłku podczas dnia codziennego.

Biblioteka szkolna zaproponowała naszym dzieciom wystawę książek i czasopism, z odpowiednią tematyką: 1. zdrowy styl odżywiania, 2. ruch w życiu człowieka, 3. higiena osobista, 4. zapoznanie się ze swoim ciałem. Zainteresowanie dzieci powyższymi zestawami było bardzo duże.

Również nie zapomnieliśmy o gościach z zewnątrz. Jak co roku, i tym razem, impreza prze-



Fot. (SP 93). Klasy I, II i III rywalizowały w wieloboju sprawnościowym

P R E
Z E N
T A C
J E

prowadzona według scenariusza gimnastyki korekcyjnej, była wspólnie spędzonym czasem dla klasy I c i dzieci IV grupy Przedszkola nr 77 we Wrocławiu. Ileż to było wspólnie przeżytych chwil emocji, w momentach rywalizacji między zespołami.

Pożegnania czas nastąpił niezwykle szybko, a nasi goście otrzymali pamiątkowe zakładki, wykonane przez dzieci z klasy I c, a jabłka i mandarynki były zasłużonym podziękowaniem (dziękujemy również sponsorom). Ale i Przedszkole nie zapomniało o nas, gdyż klasa I b przyjęła zaproszenie na wspólne zajęcia w budynku przedszkola. I tutaj również miła i serdeczna atmosfera sprawiła, iż ze smutkiem dzieci ze szkoły opuszczały swoje młodsze koleżeństwo. "Do następnej kampanii!" - pocieszały się nawzajem.

Dla dzieci klas II i III przygotowaliśmy wspólne zajęcia z gimnastyki korekcyjnej. Dzieci, ćwiczące wraz z rodzicami, czuły się bardzo odpowiedzialne za ich postawę i pracę na lekcji. Radość była obopólna i ogromna. Takie wspólne zajęcia integrują, a nade wszystko przekazują rodzicom wiadomości, dotyczące zagrożeń dla zdrowia naszego kręgosłupa i całego aparatu ruchu. Jeżeli zaś są już stwierdzone pewne wady, uczą, w jaki sposób je korygować.

Forum Zarządu Szkolnego Zespołu Promo-

cji Zdrowia zdecydowało, iż tydzień kampanii zdrowotnej będzie wspianym akcentem do poprawy zdrowia psychicznego całego zespołu pracowników naszej szkoły. W związku z powyższym, powstała tablica urodzinowa wszystkich pracowników szkoły, na której jest zaakcentowany dzień urodzin poszczególnych osób (laurki, życzenia, wiersze).

Również w każdy czwartek prowadzone są zajęcia przy muzyce dla pracowników szkoły. Swoją akces zgłosiło wiele osób. Cieszymy się z tego.

Koniec tygodnia był najprzyjemniejszą częścią kończącej się kampanii. Dzieci z klasy IV mogły skorzystać z zajęć na basenie, przy kompleksie sportowym AWF we Wrocławiu, a pokaz gimnastyki korekcyjnej, w wykonaniu dzieci klas II i III, uświetnił konferencję dla nauczycieli gimnastyki korekcyjnej, zorganizowanej w ramach kończącej się kampanii.

Chwila refleksji. Warto budować takie zaplecze zdrowotne w szkole, aby kształtować osobowość ucznia. Rozwijać w nim świadomość własnego ciała i poznawanie roli, jaką odgrywa równowaga zdrowotna organizmu, oraz umiejętność dbania o własne zdrowie. Wysooko określona pozycja w rankingu szkół podstawowych bardzo buduje, a zdobyte najwyższe trofeum wspiera szkołę w sprzęt sportowy i sławi jej dobre imię.



Fot. (SP 93). Warto budować takie zaplecze zdrowotne w szkole

Dzieci, ćwiczące wraz z rodzicami, czuły się bardzo odpowiedzialne za ich postawę i pracę na lekcji.

P R E
Z E N
T A C
J E

Kontynuujemy 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-scenariusz mgr **Anny Witkowskiej**, napisaną w 2002 r. jako pracę końcową Podyplomowych Studiów Promocji Zdrowia. Praca w wersji oryginalnej obejmuje 69 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.

Obecnie wielu młodych ludzi uczy się przynajmniej jednego języka obcego w szkole, a często także poza szkołą. Język angielski z pewnością należy do tej grupy języków obcych, których znajomość stanowi duży priorytet. Popularność języka angielskiego wśród młodzieży wiąże się z wieloma czynnikami, a jednym z wielu istotnych czynników jest czynnik społeczno-kulturowy. Młodzi ludzie nie zawsze bowiem dostrzegają fakt, że znajomość języka angielskiego może być przydatna w ich przyszłej pracy zawodowej. Ich fascynacja językiem angielskim często wiąże się bardziej z zainteresowaniem współczesnymi wytworami kultury krajów anglojęzycznych. Piosenki w języku angielskim oraz filmy, głównie amerykańskie, cieszą się ogromnym zainteresowaniem wśród dużej liczby nastolatków. Niestety, bierne i bezkrytyczne przyjmowanie tego, co niesie ze sobą kultura krajów anglojęzycznych, nie zawsze ma dobry wpływ na rozwój emocjonalny i społeczny młodych ludzi. Rola nauczyciela języka angielskiego jest zatem niezmiernie ważna. Nie tylko mogą oni przyczynić się do rozwoju pozytywnych postaw u swoich uczniów, ale także zapobiec bezkrytycznemu przyjmowaniu negatywnych wzorców.

Tematyka związana z edukacją prozdrowotną, przy współczesnym ujęciu zdrowia jako całości kształtu dobrostanu fizycznego, duchowego i społecznego, bez wątpienia będzie stanowiła dobry materiał do pracy z młodzieżą, wskazując jak można samemu kontrolować własne zdrowie oraz rozwijać w sobie takie typy zachowań i nawyki, które wpłyną nie tylko na lepszy rozwój.

Anna Witkowska

Healthy Lifestyle

EDUKACJA PROZDROWOTNA W NAUCZANIU JĘZYKA ANGIELSKIEGO

Jako nauczycielka języka angielskiego w Publicznym Gimnazjum nr 1 w Czernicy, opracowałam cykl warsztatów dotyczących zdrowego stylu życia (*healthy lifestyle*) do realizacji na lekcjach języka angielskiego.

Wzbudziły one duże zainteresowanie wśród uczniów. Co więcej, uczniowie, którzy często biernie uczestniczyli w zajęciach, włączali się do dyskusji i chętnie podejmowali próby rozwiązywania różnych problemów i zadań. Warsztat *Healthy lifestyle* jest wprowadzeniem do realizowanego programu poruszającego problemy zdrowego stylu życia. Pozwala nauczycielowi i uczniom na zorientowanie się, jaki styl życia prowadzą uczniowie danej klasy oraz pozwala uczniom współdecydować o wyborze tematów do realizacji.

Przygotowując ten program, wykorzystałam różnorodne materiały, zawarte w podręcznikach języka angielskiego, jak również sięgnęłam do innych źródeł oraz wykorzystałam własne pomysły.

Głównym celem tego programu jest wzbudzenie zainteresowania wśród uczniów własnym zdrowiem i zdrowym stylem życia.

Obejmuje on cykl siedmiu warsztatów, które umożliwiają uczniom usystematyzowanie i wzbogacenie wiedzy dotyczącej zdrowego stylu życia, jak również rozwijanie sprawności językowych. Szczególnie dużym zainteresowaniem wśród uczniów cieszyły się warsztaty „*Healthy listyle*” oraz „*Good and bad habits - Proverbial values*”, których scenariusze prezentuję na łamach „Promotora Zdrowia”.

Na wstępie chciałabym jednak przedstawić 3 następujące uwagi:

1. Większość młodzieży prawdopodobnie z dużym zaangażowaniem będzie brała udział w każdego rodzaju zajęciach, które pozwolą choć w małym stopniu przybliżyć im ich problemy, oraz wskażą lub pozwolą odkryć sposoby radzenia sobie z tymi problemami. Jest to naturalna ciekawość wobec życia i świata, która popycha ich do działania, do szukania i zbierania informacji oraz odkrywania pewnych zasad czy też reguł, które można później zastosować wobec siebie i innych.
2. Dzięki tej naturalnej potrzebie odkrywania nauczyciel języka angielskiego lub innego języka obcego z łatwością może wprowadzić do programu nauczania ćwiczenia o różnorodnej tematyce, również tematyce dotyczącej zdrowego stylu życia, które umożliwią uczniom dalszy rozwój sprawności językowych, przyczynią się do zwiększenia świadomości wśród uczniów o potrzebie ochrony własnego zdrowia, a także rozbudzą w nich większe zainteresowanie własnym zdrowiem i zdrowym stylem życia. Jednakże planując tego rodzaju ćwiczenia, nauczyciel języka angielskiego, czy też innego języka obcego, powinien wziąć pod uwagę różnorodność zainteresowań uczniów.
3. Aby odpowiednio zaplanować ćwiczenia rozbudzające wśród uczniów zainteresowania własnym zdrowiem i zdrowym stylem życia, nauczyciel języka obcego może zbadać zainteresowania uczniów za pomocą ankiety. Analiza ankiet pozwoli nauczycielowi tak dopasować tematykę i ćwiczenia, aby zgadzały się one w dużej mierze z indywidualnymi potrzebami uczniów. Warto pokusić się jednak o to, aby ankieta nie stanowiła jedynie badania zainteresowania uczniów zdrowym stylem życia, lecz została wkomponowana w zajęcia jako jeden z elementów rozbudzających wśród uczniów zainteresowanie własnym zdrowiem i zdrowym stylem życia.

Warsztat: *A healthy lifestyle**

(opracowanie: A Witkowska)

- Cele:**
1. Uświadomienie związku między stylem życia człowieka a jego zdrowiem,
 2. poznanie czynników wpływających na nasze zdrowie,
 3. ocena własnego obecnego stylu życia,
 4. planowanie działań wpływających pozytywnie na zdrowie,
 5. określenie własnych potrzeb i zainteresowań w związku z koniecznością dbania o własne zdrowie.
- Gramatyka:** Użycie czasu Present Simple, Użycie czasownika Should / shouldn't.
- Słownictwo:** Zdrowie i zdrowy styl życia.
- Metody:** Burza mózgów, praca w grupach, metoda wizualna, praca indywidualna.
- Środki:** Papier formatu A4, ankiety, ilustracje, plansze "Lalonda's fields". Czas: 2 x 45 minut.

Tok zajęć

Lp.	Czynności prowadzącego	Czynności uczniów	Czas	Uwagi
1.	Powitanie uczniów słowami: <i>Hello/ Good morning/ Good afternoon</i>	Powitanie nauczyciela i zajęcie miejsc	2'	
2.	Pytanie o samopoczucie: <i>How are you today /Tom/ Anna/ Kate/?</i>	Udzielenie odpowiedzi	2'	
3.	Wprowadzenie do tematu, nauczyciel mocuje na tablicy ilustrację przedstawiającą otyłego chłopca, wyglądającego przez okno: za oknem jego koledzy grają w piłkę - prowadzący zaczyna opowiadanie o Eric'u. W trakcie opowiadania mocuje kolejną ilustrację, przedstawiającą Erica z mamą u lekarza. - kończąc opowiadanie nauczyciel zapisuje na tablicy słowa <i>Perfect Health</i> i wyjaśnia uczniom: <i>Today our subject is Perfect Health</i>	Sluchanie opowiadania Zanotowanie tematu do zeszytu	5'	Załącznik nr 1 Załącznik nr 2 Załącznik nr 3
4.	Burza mózgów. Rozwiązywanie problemu w grupach 3-4 osobowych. Prowadzący prosi uczniów, aby w grupach zastanowili się: 1. What does "Perfect Health" mean to you? 2. What kind of words can you find out which relate to "perfect health" the best and start with the letters of these two words?	Zapisywanie swoich pomysłów na kartkach formatu A-4.	8'	
5.	Prezentacje - nauczyciel prosi kolejno każdą grupę o przeczytanie hasel, które dla nich oznaczają <i>Perfect Health</i> - zapisuje te hasła na tablicy i próbuje naprowadzić uczniów na inne skojarzenia, które także zapisuje na tablicy.	Podanie przygotowanych hasel, podawanie nowych skojarzeń	10'	Załącznik nr 4
6.	Grupowanie wyrazów - nauczyciel wraca do opowiadania o Eric'u i wyznacza uczniom kolejne zadanie prosząc, aby tak jak Eric i jego mama pogrupowali skojarzenia z "Perfect Health", przypisując je do: genetics, health service, environment and lifestyle - nauczyciel zapisuje pomysły uczniów na tablicy - następnie nauczyciel podsumowuje	Wspólne grupowanie zwrotów. Wspólne przypisanie do odpowiedniej dziedziny i zapisanie danego podziału do zeszytu	10"	Załącznik nr 5

scenariusz

* Pomysł warsztatu został zaczerpnięty z kwartalnika PROMOTOR ZDROWIA STYL ŻYCIA (D. Siwik 2000: 21-23). Został jednak wzbogacony o "The Story of Eric" oraz ćwiczenia "Regrouping Connections, The information about your lifestyle" i ankietę "Student Questionnaire 2".

zadanie mówiąc: *Well, Eric and his mum did it in the similar way. Then the doctor asked them if they knew what influenced our health the most: genetics, health service, environment or lifestyle? What do you think they answer?*

- | | | | | |
|-----|---|---|-----|--|
| 7. | Prezentacja: Pola Lalonda - Po zakończeniu ćwiczenia nauczyciel rozdaje uczniom kopie przedstawiające Pola Lalonda i ponownie nawiązuje do historyjki o Eric'u: <i>OK. Looking at the list of words we can suppose that lifestyle influences our health the most. Eric and his mum gave the same answer and then the doctor asked them to look at so called Lalonda's fields</i> .- Nauczycielka zwraca uwagę na to, że na zdrowie rzeczywiście w największym stopniu wpływa styl życia człowieka. | Przyglądanie się schematowi.
Próbują przypomnieć sobie, czy nie zetknęli się z tym schematem na innych zajęciach | 8' | Załącznik nr 6 |
| 8. | Ankieta "Twój styl życia" Student questionnaire 1 " <i>Your Lifestyle</i> " - Nauczyciel rozdaje uczniom ankiety i wyjaśnia, że celem tej ankiety jest samoocena, czy mój styl życia jest właściwy, czy też nie. Następnie prosi uczniów o przeczytanie pytań w celu sprawdzenia, czy wszystkie pytania są zrozumiałe oraz o wypełnienie ankiety .- Nauczyciel wyjaśnia uczniom, że jeśli na większość pytań ktoś odpowiedział Yes, to oznacza, że jego styl życia jest niewłaściwy (<i>unhealthy</i>). | Czytanie pytań, wyjaśnianie niezrozumiałych zwrotów.

Wypełnianie ankiety odpowiadając na pytania <i>Yes/No</i> | 15" | Załącznik nr 7 (ankieta) |
| 9. | Wypełnianie tabeli - Nauczyciel prosi uczniów aby przerysowali z tablicy tabelę do zeszytu <i>The table with the information about your lifestyle</i> , która jest podzielona na dwie części:
1. <i>the things that increase my health</i> ,
2. <i>the things which influence badly on my health</i> - wyjaśnia uczniom, że nawet jeśli prowadzimy stosunkowo zdrowy styl życia, to warto jednak zastanowić się nad tym co wpływa korzystanie a co niekorzystnie na nasze zdrowie i prosi o wypełnienie tabeli na podstawie pytań z ankiety | Przerysowanie tabeli.
Indywidualne wypełnianie tabeli. | 10' | Załącznik nr 8 (przykładowe rozwiązanie) |
| 10. | Wyciąganie wniosków - <i>should / shouldn't</i> - Nauczyciel prosi uczniów aby na podstawie wypełnionej tabeli spróbowali określić co powinni, a czego nie powinni robić, aby w przyszłości zachować dobre zdrowie i lepsze samopoczucie. | Wyciąganie wniosków i wypowiadanie się głośno używając zwrotów <i>should/shouldn't</i> | 7' | |
| 11. | Ankieta Student Questionnaire 2 - <i>Topics to be discussed</i> - Nauczyciel rozdaje uczniom kolejne ankiety i wyjaśnia, że celem tych ankiet jest zbadanie zainteresowań uczniów różnymi tematami dotyczącymi zdrowego stylu życia - prosi o wypełnienie i oddanie ankiet. | Wypełnianie ankiety | 8' | Załącznik nr 9 (ankieta nr 2) |
| 12. | Podsumowanie zajęć - podkreślenie, że zdrowie w największym stopniu zależy od nas samych, czyli od naszego stylu życia - poinformowanie uczniów, że na najbliższych zajęciach dowiedzą się o wynikach ankiet. | | 5' | |

Załącznik nr 1

Ilustracja do opowiadania



Załącznik nr 2

THE STORY OF ERIC.

I. It was two o'clock on Friday afternoon. Eric (a Polish boy who had moved with his mother and father into Great Britain) was standing at the window in his room. He was watching his schoolmates playing football. "It would be nice to play with them" he thought, "but I feel ill again. I am so unhappy, I feel tired all the time, I have a headache every day and I feel ill very often. The only thing I can do is to sit in front of the TV, watch some stupid films and eat pop-corn or crisps."

The next day Eric's mum took him to a doctor. It wasn't his first visit at the doctor's this month. The doctor looked at Eric and thought, "My goodness! He is here again and again. How can he be well if he doesn't want to follow my advice? How can I help him?" Instead of examining Eric the doctor took a sheet of paper and a pen and wrote two words:

PERFECT HEALTH

Then the doctor asked Eric and his mum to write all the words which come into their mind and are connected somehow with perfect health. The words are to start with the letters which are in these two words - "perfect health" he said. What words do you think Eric and his mum could write?

II. Well, the doctor, Eric and his mother were in agreement with those connections. However, the doctor gave Eric and his mother another task to solve. He asked them to regroup these connections and match them with such branches: genetics, health service, environment and lifestyle. What do you think they matched with each branch?

III. Well Eric and his mum regrouped the connections in the similar way. Then the doctor asked "What influences our health the most: genetics, health service, environment or lifestyle?" What do you think they answered?

IV. OK. Looking at the list of words we can suppose that lifestyle influences our health the most. Eric and his mum gave the same answer and then the doctor asked them to look at so called Lalonda's field. I have the sheets of paper in which you can also see Lalonda's fields. Here you are.

Załącznik nr 3
Ilustracja do opowiadania



scenariusz

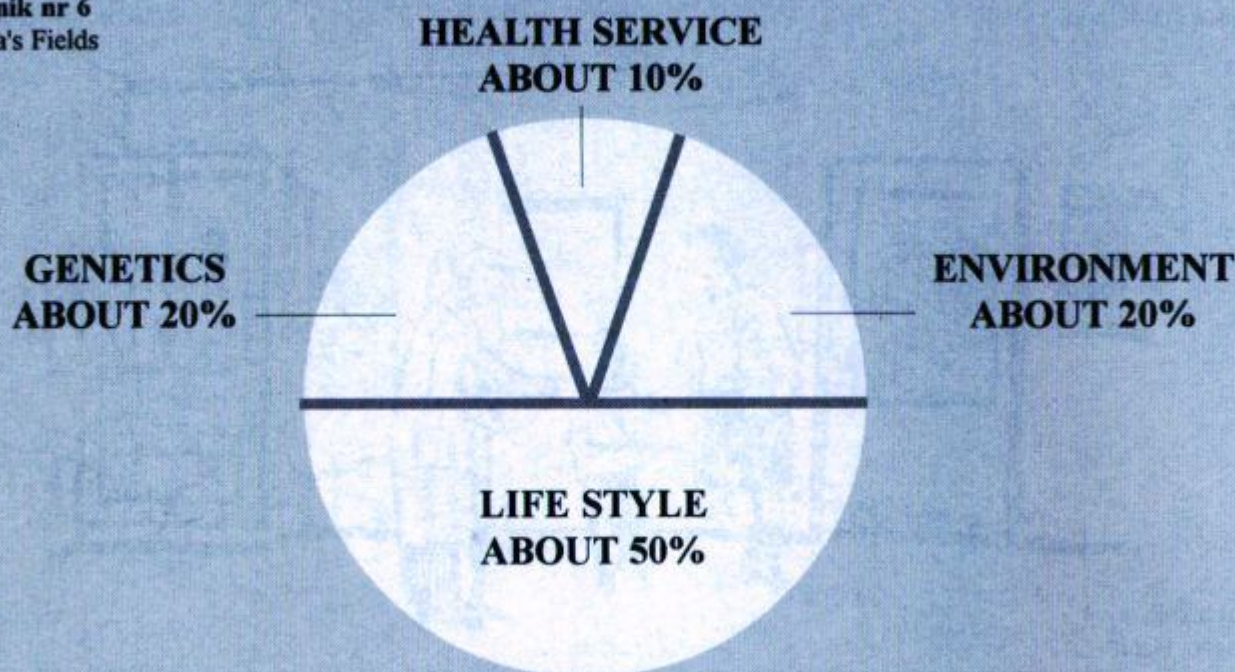
Załącznik nr 4
Perfect Health



Załącznik nr 5
Regrouping Connections

genetics	health service	environment	lifestyle
lack of disease energy potential	physical comfort proper medical attendance proper treatment lack of disease responsibility	ecology healthy food responsibility	energy, activity fitness, condition, exercise proper diet relaxation, comfort selfcare harmony, happiness

Załącznik nr 6
Lalonda's Fields



Załącznik nr 7
STUDENT QUESTIONNAIRE 1 "Your lifestyle"

	YES	NO	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you often eat ready - cooked food?
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you often eat sweets?
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you often eat crisps?
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you often miss your meals?
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you ever eat late at night?
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you eat white bread instead of eating whole - meal bread?
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you in a hurry when you eat?
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are there such days during the week when you don't eat any raw fruit or vegetables?
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you like gorging yourself?[to gorge = to eat too much / to overeat]
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you smoke?
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you drink alcohol?
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take any medicine without the doctor's knowledge?
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take drugs?
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you take exercise such as jogging, swimming riding a bike... less than three times a week?
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you have any problems with going up to the third floor?
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you spend more then three hours a day in front of the TV or the computer?
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you overweight?
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you live in an urban area with a population of more than 2 million people?
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you often lose your temper easily?
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do you often feel overtired?
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you unhappy?
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Can't you fall asleep easily?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score

scenariusz

Załącznik nr 8

The information about your lifestyle

the things that increase my health

1. I never miss my meals.
2. I never eat late at night.
3. I'm not in a hurry when I eat.
4. I don't like gorging myself.
5. I don't smoke.

the things which influence badly on my health

1. I often eat ready - cooked food.
2. I often eat sweets
3. I eat white bread instead of eating whole - meal bread.
4. I watch TV too much.
5. I often feel overtired.

Załącznik nr 9

STUDENT QUESTIONNAIRE 2

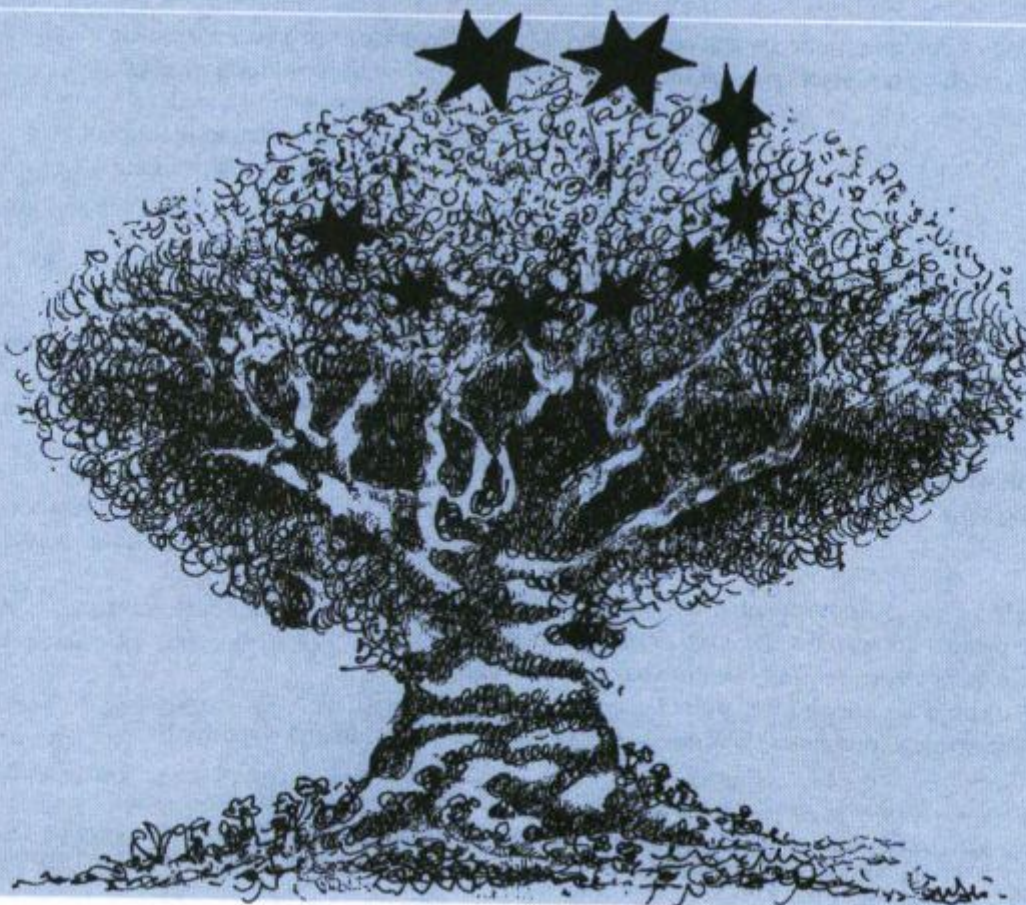
a) Please, evaluate these topics according to the following scale:

3 = very important to me, 2 = important to me, 1 = not so important, 0 = unimportant

Topics to be discussed

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Food and health | <input type="checkbox"/> | 5. Good and bad habits | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiredness and well - being | <input type="checkbox"/> | 6. Social values and good relationships | <input type="checkbox"/> |
| 3. Relaxation | <input type="checkbox"/> | 7. Friendly environment | <input type="checkbox"/> |
| 4. Being fit | <input type="checkbox"/> | | |

b) Looking at the given topics again please choose the one that seems to be the most important to you.
The most important topic to me is



Warsztat: "Good and Bad Habits" - Proverbial Values*

(opracowanie: A Witkowska)

- Cele:**
1. Zwrócenie uwagi na wartości i prawdy przekazywane w przysłowia
 2. Rozpoznawanie właściwych i złych nawyków w naszym stylu życia
 3. Uświadomienie potrzeby pracy nad sobą
 4. Zwrócenie uwagi na uniwersalny charakter prezentowanych przysłów

Gramatyka: Użycie czasownika should/shouldn't.

Słownictwo: Wartości i prawdy prezentowane w przysłowia

Metody: Praca indywidualna, praca w grupach, dyskusja.

Środki: Karty pracy - Proverbial Values, Słowa klucze - Key Words (na tablicy)

Tok zajęć				
Lp.	Czynności prowadzącego	Czynności uczniów	Czas	Uwagi
1.	Powitanie uczniów i przedstawienie tematu zajęć oraz metod pracy.	Pytania	3'	
2.	Wartości i prawdy przekazywane w przysłowia /Praca indywidualna/ Rozdanie uczniom kart pracy - Przedstawienie zadania: <i>Here are some proverbs in English. Next to each proverb write the value that you think the proverb teaches. The first one has been done for you. You may use Key Words which are on the blackboard</i>	Czytanie przysłów Pytanie o niezrozumiałe wyrazy. Indywidualne wypełnianie Kart.	7'	Załącznik nr 17
3.	Praca w grupach - Porównywanie swoich odpowiedzi dyskusja w grupach - Prezentacja pomysłów	Pracując w grupach uczniowie porównują swoje odpowiedzi i dyskutują próbując znaleźć najlepsze rozwiązanie problemu. Przedstawiciele grup prezentują swoje pomysły.	7'	
4.	Wyszukiwanie polskich odpowiedników do danych przysłów Zachęcenie uczniów, aby w grupach spróbowali zastanowić się nad polskimi odpowiednikami podanych przysłów: <i>Please, think of the Polish equivalents to some of these proverbs and write them down below the particular proverb on the task sheets.</i> - Pomoc poszczególnym grupom w skojarzeniu właściwego przysłowia do niektórych podanych przysłów.	Próby odnalezienia polskich odpowiedników do podanych przysłów. Zaprezentowanie pomysłów przez przedstawicieli grup.	8'	
5.	<i>My good and bad habits</i> /Indywidualne wypowiedzi uczniów/- Skierowanie pytania do uczniów: <i>Looking at these proverbs think which of them you use as the rules in your real life and which of them you don't use and you should change it.</i> Przedstawienie swojego problemu: <i>In my case I think I use</i>	Indywidualne wypowiedzi	15'	Załącznik nr 17

scenariusz

* Pomysł warsztatu zaczerpnięto z książki "Cultural Awareness" (Tomalin & Stempleski 1993: 130-131), jednakże ćwiczenia zostały zmodyfikowane o próby podania polskich odpowiedników. Książka "Polskie przysłowia i powiedzenia oraz ich odpowiedniki angielskie" (Brzozowski-Birch 1987) stanowi źródło przysłów użytych w ćwiczeniach.

the rules of eating fruit every day, drinking a lot of water and I also try to go to bed early enough to sleep well and to rest. But I should eat less sweets and I should spend more time out of doors. What about you?

Uświadomienie potrzeby pracy nad sobą: *Remember that we all should try to do our best to give up our bad habits and to have a healthy lifestyle.*

uczniów z użyciem
zasu Simple Present
oraz czasownika modalnego
should/ shouldn't.

6. Podsumowanie. Skierowanie pytań do uczniów. *What do we mean by the statement "The wisdom of nations lies in their proverbs"? What kind of values the presented proverbs teach? Are these values timeless? Are these values universal, or are they specific to the English-speaking countries only?*

Odpowiadając na pytania 6'
uczniowie sami wyciągają
wnioski i podsumowują
zajęcia.

Załącznik nr 17

KEY WORDS - PROVERBIAL VALUES

health, practice, wisdom, being accurate, perfectness, regularity, abstinence, responsibility, solicitude, satisfaction
persistence, order

TASK SHEET

/Przykładowe rozwiązanie/

Proverbial values

a) Here are some proverbs in English. Next to each proverb write the value (Key Words) that you think the proverb teaches.

Proverbs	Values
1. An Apple a day keeps the doctor away	health, responsibility
2. Adam's ale is the best brew Czysta woda zdrowia doda	health, wisdom, abstinence
3. Fresh air and exercise are good for the health	being accurate, health
4. Practice makes perfect Ćwiczenie udoskonala	persistence, responsibility satisfaction, regularity
5. Fat paunches make lean pates Kto się rad uczy ciała nie tuczy	abstinence, being accurate health
6. Early to bed, and early to rise, makes a man healthy wealthy and wise Kto rano wstaje temu Pan Bóg daje	wisdom, perfectness satisfaction, responsibility

b) Now try to think of Polish equivalents to some of these proverbs and write them down below the particular proverb on the task sheet.

1. Dzieli nas bardzo dużo, dlatego też nigdy nie będziemy mieli promocji zdrowia na poziomie europejskim.

PROMOTOR

UE

2. Kraje Unii mają takie same „knoty” i „buble” propagandowe, jak nasze, i nie ma w tym różnic.

PROMOTOR

UE

3. Tam są etaty i struktury dla promocji zdrowia i to wymusza dobrą organizację.

PROMOTOR

UE

4. Zasadnicza różnica to taka, że w Europie uznany jest zawód promotora zdrowia, a u nas nie.

PROMOTOR

UE

5. Problem różnic w realizacji programów promocji zdrowia leży w mentalności i poczuciu odpowiedzialności.

PROMOTOR

UE

6. W konfrontacji bezpośredniej i współpracy, nasze programy nie ustępują zachodnim.

PROMOTOR

UE

7. Istota tkwi w świadomości przeciętnego obywatela, jeśli jest to mu niepotrzebne, to i tego nie będzie.

PROMOTOR

UE

8. Zdarza się historyczna szansa nawiązania współpracy na poziomie europejskim.

PROMOTOR

UE

9. Niektóre kraje Unii również nie wiedzą jak organizować programy promocji zdrowia.

PROMOTOR

UE

10. Liczą się przede wszystkim pieniądze, kto jest bogaty, to ma promocję zdrowia.

PROMOTOR

UE

11. W krajach Unii liczy się edukacja i to jest tam filarem dla sprawnej organizacji.

PROMOTOR

UE

12. Promocja zdrowia tam dojrzała dłużej i nie ma co się dziwić, że są bardziej zaawansowani.

PROMOTOR

UE

13. Wydaje mi się, że to mit z tą promocją zdrowia w krajach europejskich, u nas nie jest tak źle.

PROMOTOR

UE

14. Jak wejdziemy do Unii, to wszystko się zmieni na lepsze, będziemy się mogli szybciej uczyć.

PROMOTOR

UE

15. U nas w Polsce nie ma jeszcze programów promocji zdrowia z prawdziwego zdarzenia, tj długofalowych.

PROMOTOR

UE

16. Znalezienie się w Unii tak naprawdę niczego nie zmieni, zmienić muszą się najpierw ludzie.

PROMOTOR

UE

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