

Nr ISSN 1641-4497

PROMotor

Z D R O W I A



NR 3 (41)
2 0 0 5

kryteria i wskaźniki

Człowiek nie jest przygotowany do tak intensywnej stymulacji,
jaką wytwarza dzisiejsza rzeczywistość. Mamy wciąż ciała
myśliwych-zbieraczy, nomadów, którzy żyli w małych grupach
i mieli ograniczony kontakt z innymi ludźmi.

Jeszcze 150 lat temu w ciągu całego życia przeciętny człowiek
poznawał 200–500 osób. Dziś dotykają nas lęki i skłonności ucieczkowe,
a stres jest główną przyczyną chorób – zawałów,
nadciśnienia, cukrzycy, raka.

Być może ciało ludzkie przystosuje się do nowych warunków,
ale na razie nadstymulacja wytwarza w nas zmęczenie i znudzenie,
a jedynym sposobem pobudzenia staje się podniesienie napięcia.
Stąd wiadomości z ostatniej chwili, specjalne wydanie CNN...

Jeremy Rifkin

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

Redagowany jest we współpracy z:

Stowarzyszeniem Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie.

Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia,

Poddyplomowym Studium Promocji Zdrowia

przy Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Kolegium redakcyjne:

Lesław Kulmatycki, Renata Niemierowska, Władysław Sidorowicz

Opracowanie graficzne: MC-K.

Przygotowanie i druk: PARTNER SYSTEM

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: leslaw.kulmatycki@awf.wroc.pl

Możliwość nabycia pisma:

Osoby lub instytucje zainteresowane nabyciem aktualnych lub archiwalnych numerów pisma
proszone są o kontakt:

Stowarzyszenie Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie.

adres: 53-413 Wrocław, pl. Hirszfelda 12

telefon: 36-89-254, e-mail: jolekkot@interia.pl

regon 932890819, NIP 899-24-69-619, KRS 0000137621 z dnia 04.11.2002

konto: PKO BP SA I O/Wrocław numer 12 1020 5226 0000 6102 0157 5190

Promocja

zdrowia staje się nauką, która dysponuje coraz bardziej precyzyjnymi narzędziami diagnostycznymi, analitycznymi i ewaluacyjnymi. Należą też do nich umiejętnie stosowane kryteria promocji zdrowia, którym właśnie poświęcamy ten numer „Promotora”.

Jeśli nawet po uważnej lekturze wszystko stanie się bardziej jasne lub mniej zawile, nie powinniśmy zapominać o podstawowych kryteriach „zdrowej pracy”, bez względu na zawód, jaki praktykujemy. A są to: wzajemna życzliwość, otwartość, umiejętność współpracy i gotowość do wyciągania praktycznych wniosków. Nie na odległą przyszłość: na jutrzejszą teraźniejszość.

Renata Niemierowska - redaktor

W numerze:

Od redakcji

strona 1

Temat wiodący

Standardy i kryteria w promocji zdrowia

strona 3

Narzędzia

Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny Fagerstroma

strona 12

Kwestionariusz KINDL

strona 13

Pomiar jakości życia dzieci i młodzieży

Wersja dla dzieci

Wersja dla rodziców

Cztery role i kryteria pracy nauczyciela promującego zdrowie

strona 20

Ku Europie

„Standardy, kryteria, wskaźniki”

strona 22

Europejskie i wrocławskie dylematy oceny pracy szkół promujących zdrowie

Gra w karty

„kryteria”

strona 32

Autorzy:

Bożena Kaczmarek
Lesław Kulmatycki
Jana Kułska - ilustracje
Renata Niemierowska

W czasie ostatniej dekady,

rodząca się spontanicznie w Polsce dziedzina promocji zdrowia podejmowana jest przez kolejne nowe instytucje i organizacje. Napędem rozwoju są dwa główne motywy. Pierwszym, bardziej eksponowanym przez oficjalnych organizatorów ochrony zdrowia jest redukcja kosztów związanych z leczeniem. Jest to motyw bardzo konkretny i wymierny. Drugim motywem jest rozszerzenie oddziaływań na pacjentów lub przyszłych pacjentów. Kryją się za tym świadczeniodawcy usług zdrowotnych, którzy zdają sobie sprawę z nośności idei promocji zdrowia na rzecz poszerzenia rynku usług. Ma to dobre, ale też złe strony. Założmy, że przeważają strony pozytywne służące pacjentowi, a złe strony są mało znaczącym marginesem. Tak czy inaczej w jednym i drugim wypadku programy promocji zdrowia, czy każda inna interwencja, mająca na celu oddziaływania edukacyjne, profilaktyczne lub promujące, powinny być efektywne, to znaczy powodować zmiany wśród całych populacji, grup czy jednostek, które mogą być porównywalne i mierzalne.

Aby to czynić, niezbędne są kryteria porównań czy pomiaru. Można więc mówić o dwóch rodzajach kryteriów. Pierwsze, w odniesieniu do kryteriów dobrej praktyki pracy instytucji czy zespołu promocji zdrowia. Drugie, bardziej specyficzne, odnoszą się do kompetencji poszczególnych promotorów zdrowia. Obie grupy kryteriów są ze sobą związane. W odniesieniu do kompetencji poszczególnych osób praca nawiązuje również do programów i miejsc kształcenia. W promocji zdrowia są to naczynia połączone. Można wskazać na cały konsekwentny ciąg zależności. Klarowna koncepcja ochrony zdrowia funkcjonująca według jasnych i powszechnie znanych regulacji (np. co mi się należy z ubezpieczenia) rzutuje na sprawną organizację zespołu promocji zdrowia, która to organizacja wie, że jej będzie się opłacać uruchamiać długofalowe programy zdrowotne, bo takie są w strategii kolejnych rządów. To uruchamia aktywność organizacji pozarządowych, czy grup pacjentów, którym zaczyna chcieć się być aktywnym, gdyż mają wsparcie instytucji. Z kolei warto tworzyć programy studiów dla profesjonalistów. Każdy z tych etapów uzależniony jest od zachowań i solidności partnerów, ale sygnał powinien pojawić się do góry.

Jakie zatem powinny być kryteria dobrej praktyki w promocji zdrowia? O tym w niniejszym numerze. Jest to jedynie próba zwrócenia uwagi na bardzo ważny wymiar pracy promotora zdrowia.

L. Kulmatycki



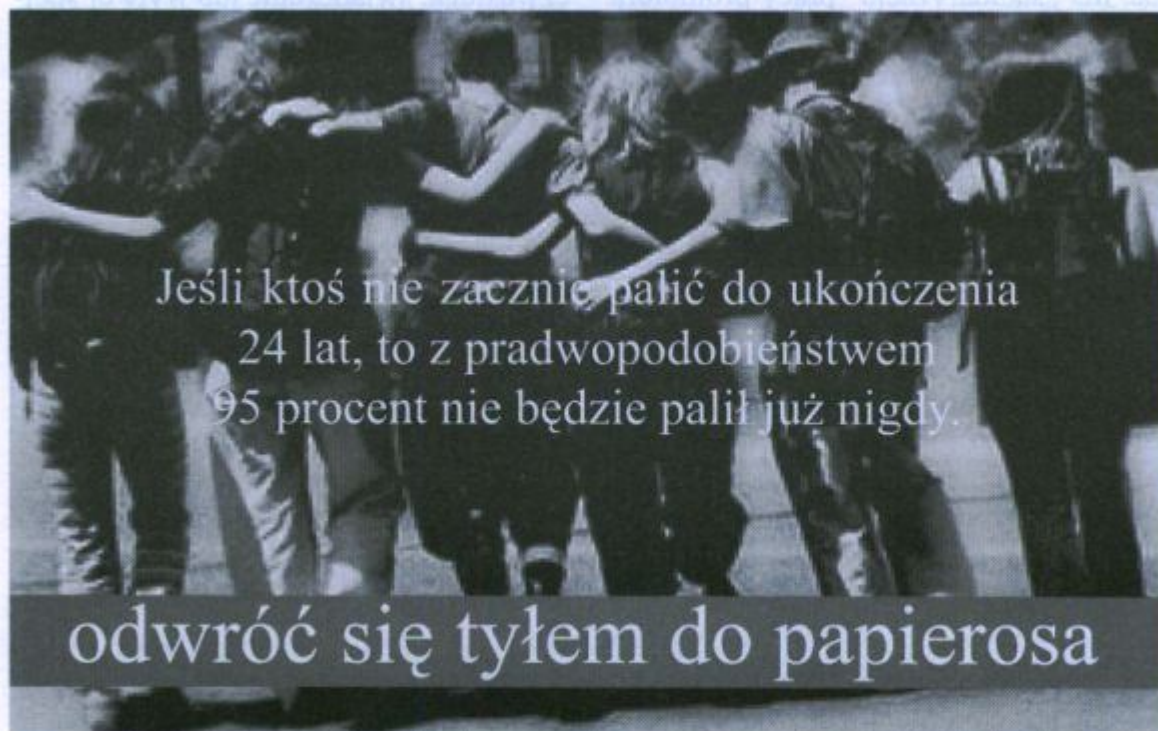
Jedynym wskaźnikiem stosowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) do określania stanu zdrowia społeczeństwa jeszcze niedawno była umieralność. Człowiek albo żyje, albo nie. Ci którzy znaleźli się pomiędzy - cierpiący na przewlekłe choroby bądź okaleczeni wskutek urazów i tym samym niezdolni do pracy - w statystykach nie istnieli.

Dzięki zastosowaniu nowych narzędzi analitycznych WHO ma obecnie dobry wgląd nie tylko w informacje o chorobach przewlekłych, lecz także może ocenić, jakim obciążeniem są one dla społeczeństwa. Zgromadzone dane, tzw wskaźniki jakości życia, są podstawą przy opracowywaniu lub ustalaniu priorytetów polityki zdrowotnej dla poszczególnych

rządów. Analizy z użyciem wskaźnika DALY, czyli lata życia z poprawką na niepełność (disability adjusted life-years) ujawniają całą prawdę o zgubnych nawykach i o tym, jakim są one obciążeniem dla społeczeństwa. W Stanach Zjednoczonych połowa zgonów w każdym roku - mniej więcej 1,2 mln - ma związek z paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu, niezdrowym odżywianiem się i brakiem ruchu. Sam tylko nałóg nikotynowy zabija na całym świecie około 5 mln ludzi rocznie, a kolejnym milionom rujnuje układ krążenia i płuca.

Informacja opracowana na podstawie artykułu Barry'ego R. Blooma „Zmiany potrzebne od teraz” (za: „Świat Nauki” październik 2005)

TYLKO NAŁÓG NIKOTYNOWY



Jeśli ktoś nie zacznie palić do ukończenia 24 lat, to z prawdopodobieństwem 95 procent nie będzie palił już nigdy.

odwróć się tyłem do papierosa

Plakat opracowany przez „Smoke Free Solutions from GASP” - Non Smoking Organisation.

Kryteria

Lesław Kulmatycki

Pozytywna ocena jakości interwencji w promocji zdrowia występuje tylko wówczas, gdy usługi, świadczenia czy wytwory osiągnęły oczekiwaną i akceptowaną jakość

Kryteria

Standardy i Kryteria w promocji zdrowia

Artykuł niniejszy opracowany został na podstawie pracy autora „Promocja zdrowia w kulturze fizycznej - kryteria dobrej praktyki”. Przedstawiony Uniwersalny Model Kryteriów w Promocji Zdrowia ma stanowić inspirację w pracy promotorów zdrowia oraz całych zespołów.

W pracy promotora zdrowia wyróżnić można dwa podstawowe czynniki tworzące ilościowe i jakościowe ramy. Te dwa czynniki składają się na „standaryzację pracy zespołu”. Poprzedzając szczegółowe wyjaśnienie na czym polegać ma „standaryzacja” pracy promotora zdrowia, niezbędne jest zdefiniowanie kilku podstawowych terminów dotyczących kryteriów. Do tych terminów należą takie, jak: „zasadniczy obszar pracy”, „standard”, „dobra praktyka”, „kryterium”, „wskaźnik”.

Zasadniczy obszar pracy – oznacza ważne dla jakości pracy promotora zdrowia działania, które powinny być podjęte. Podstawowym pytaniem jest, czy obszar został wzięty pod uwagę? Zasadniczy obszar jest koniecznym i podstawowym fragmentem definicji lub zakresu promocji zdrowia. Reprezentuje jedną z cech definicji zdrowia i promocji zdrowia lub nawiązuje do jednego z podstawowych dokumentów promocji zdrowia, np. Kartę Ottawskiej.

Standard – to określone wymaganie lub ogólnie uznane kryterium, norma lub wzorzec tego kryterium, na podstawie którego można oceniać i podejmować decyzje o stopniu dobrej praktyki w promocji zdrowia. Podstawowym pytaniem jest, czy usługa, świadczenie lub wytwór spełnia standardy? Pozytywna ocena jakości interwencji w promocji zdrowia występuje tylko wówczas, gdy usługi, świadczenia czy wytwory osiągnęły oczekiwaną i akceptowaną jakość. Natomiast akceptowana jakość wyrażona jest w zbiorze norm uznanych przez profesjonalistów promocji zdrowia, którzy zarazem są świadomi konieczności utrzymania standardów dla obrony interesów zawodu. Dlatego powołana przez profesjonalistów komisja może nadawać certyfikaty jakości instytucjom, które spełniają obowiązujące standardy. Koncepcja akredytowania nabiera szczególnego znaczenia tam, gdzie występuje konkurencyjność usług czy świadczeń.

Dobra praktyka – to takie działanie określonej grupy lub zespołu, które jest

skuteczne w sensie efektywności i które realizowane jest zgodnie z wymogami wysokiej jakości.

Kryterium – to ogólna miara, która jest podstawą oceny skuteczności pracy zespołu promocji zdrowia i odnosi się do określenia, w jakim stopniu cel stawiany przez zespół został osiągnięty. Podstawowym pytaniem jest, czy kryterium zostało spełnione? W niniejszej pracy można mówić o dwóch rodzajach kryteriów. Pierwsze w odniesieniu do kryteriów dobrej praktyki prac zespołu czy instytucji. Drugie dotyczące kompetencji poszczególnych promotorów zdrowia. Obie grupy kryteriów są ze sobą związane.

Kryterium dobrej praktyki – to ogólna miara pracy promotora zdrowia, która przejawia się w skuteczności i wysokiej jakości. Skuteczność rozumiana jest jako osiągnięcie tego, co było zaplanowane. Jakość rozumiana jest jako doskonały wzór końcowego produktu czy usługi posiadającej najlepsze cechy.

Wskaźnik – to szczegółowa jednostka miary, która umożliwia pomiar sukcesu lub niepowodzenia pracy promotora

zdrowia oraz stopień tego sukcesu czy niepowodzenia. Podstawowym pytaniem jest, czy i w jakim stopniu można mówić o sukcesie lub niepowodzeniu? Istotne jest, aby wskaźnik dobrany był prawidłowo, czyli mierzył to, co należy mierzyć. Zasadniczo wskaźniki odnoszą się do danych liczbowych (hard data) oraz danych opisowych, płynnych (soft data).

W oparciu o powyżej zdefiniowane terminy przedstawiony jest UNIwersalny MODEL KRYTERIÓW W PROMOCJI ZDROWIA.

Propozycja oparta jest na kilkunastoletnich doświadczeniach praktycznych pracy z zespołami promocji zdrowia. Prezentując „model”, przyjmuję następujące założenia:

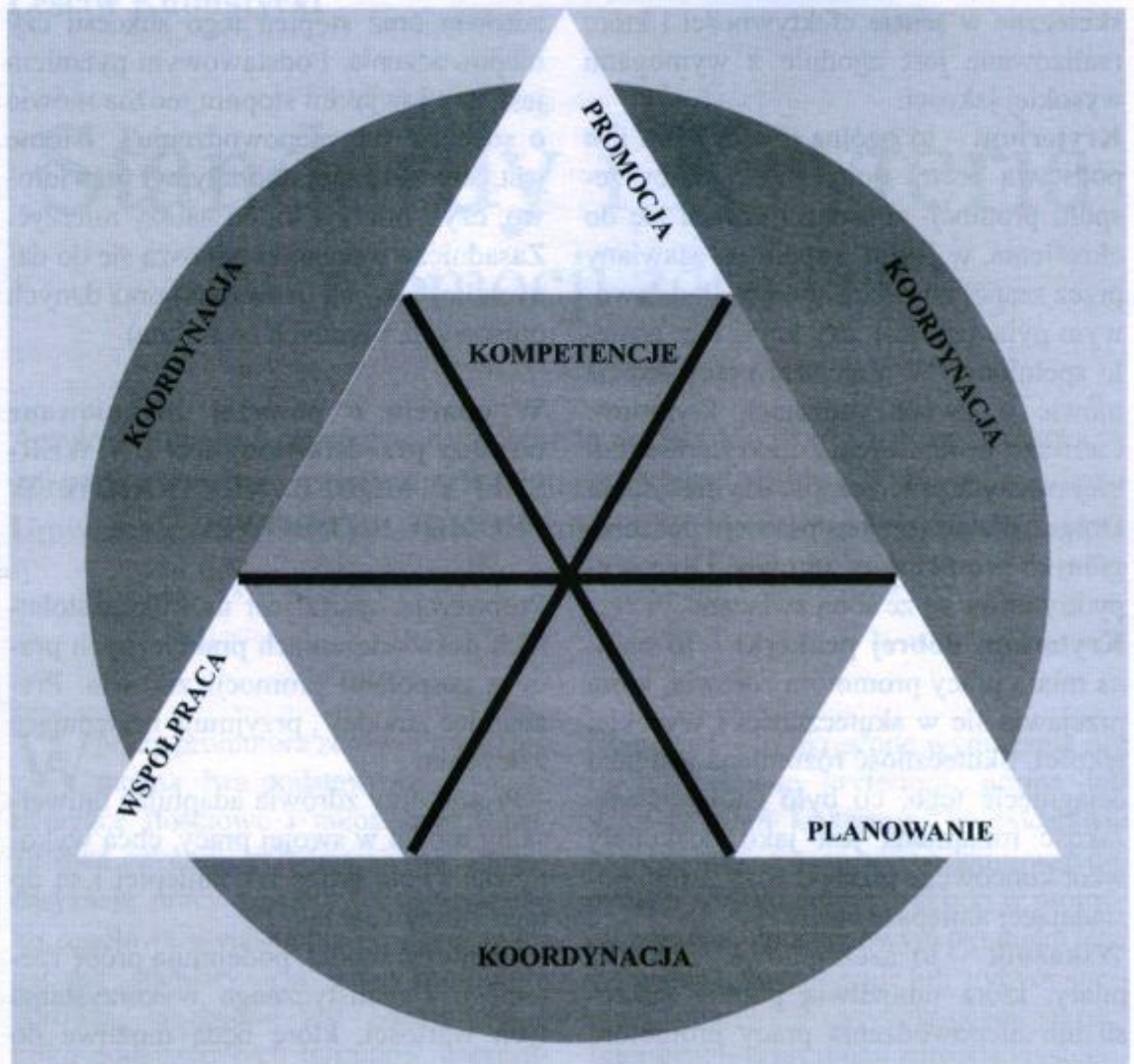
- Promotorzy zdrowia adaptując uniwersalny model w swojej pracy, chcą wykonywać swoją pracę jak najlepiej i są do tego zmotywowani.
- Adaptując model, podejmują próbę rzetelnego i realistycznego wykorzystania tych wartości, które będą możliwe do

Podstawowym pytaniem jest, czy i w jakim stopniu można mówić o sukcesie lub niepowodzeniu?



Kryteria

Model należy traktować jako inspirację do porządkowania pracy w zakresie promocji zdrowia



Kryteria

praktycznego wdrożenia. Muszą zatem brać pod uwagę ułatwienia i ograniczenia wynikające z praktyki promocji zdrowia.
– Model uniwersalny jest otwartą propozycją.

Model należy traktować jako inspirację do porządkowania pracy w zakresie promocji zdrowia oraz jako materiał wyjściowy do prac nad ustalaniem standardów pracy zespołu promocji zdrowia. Dalej przedstawione są tylko najważniejsze informacje o „uniwersalnym modelu” i dotyczą celu i struktury.

Cele modelu

Cel bezpośredni – przedstawienie elementów składających się na dobrą praktykę pracy zespołów oraz określenie wymagań funkcjonalnych.

Cel pośredni – zwiększenie sprawności i efektywności pracy zespołu promocji zdrowia, a w konsekwencji poprawa usług w zakresie promocji zdrowia.

Cel strategiczny – utrzymanie i poprawa zdrowia mieszkańców określonej populacji.

Struktura modelu

Przedstawiony obok model odpowiada zakresowi pracy profesjonalnego zespołu, zajmującego się promocją zdrowia. W strukturze modelu wyróżnić można trzy grupy elementów (odpowiadające wymiarowi granic) i trzy poziomy (odpowiadające wymiarowi jakości).

Trzy grupy elementów

- Podstawowym o najszerszym zasięgu jest „koordynacja”.
- Trzema o węższym zasięgu są: „planowanie”, „promocja” i „współpraca”.
- Element o najwęższym zasięgu dotyczy „kompetencji”.

W modelu uniwersalnym „wąskie” lub „szerokie” ujęcie elementu nie stanowi o jego ważności, wskazuje jedynie na zasięg „zasadniczego obszaru”.

Trzy poziomy

Dotyczą szczegółowości i głębokości spojrzenia.

- **Poziom pierwszy** zawiera pięć „zasadniczych obszarów pracy”, wymienionych wcześniej. Najbardziej znacząca dla pracy promotora zdrowia jest „koordynacja”, a następnie „planowanie”, „promocja”, „współpraca”, „kompetencja”.
- **Poziom drugi** to standard, jest ich 20 w prezentowanym modelu.
- **Poziom trzeci** to „kryterium”, w zaproponowanym modelu przykładowo podanych zostało ich 89.

Pięć zasadniczych obszarów i standardy pracy zespołu promocji zdrowia.

I. Koordynacja

1. Ustalanie priorytetowych kierunków prac zespołu.
2. Monitorowanie działań „dzień po dniu”.
3. Egzekwowanie zaplanowanych prac.
4. Utrzymywanie finansowej dyscypliny.

II. Planowanie

5. Zbieranie informacji i analiza baz danych.
6. Opracowywanie szczegółowych planów działania.
7. Planowanie form monitorowania i oceny pracy zespołu.
8. Planowanie wielodyscyplinarnej i elastycznej strategii w pracy.

III. Promocja

9. Kreowanie i zwracanie uwagi na rolę promocji zdrowia.
10. Wdrażanie programów promocji zdrowia.
11. Informowanie o działaniach bezpośrednio i przez massmedia.
12. Przygotowywanie i dystrybucja materiałów z zakresu promocji zdrowia.

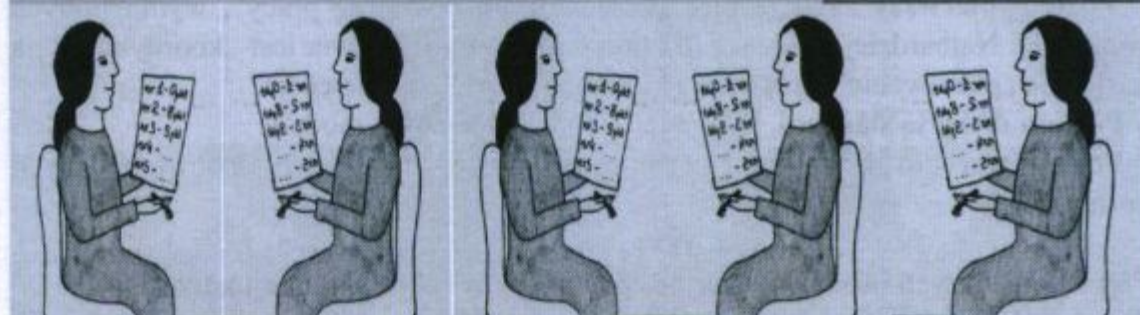
Kryteria

IV. Współpraca

13. Tworzenie list danych o współpracownikach z innych sektorów i organizacji.
14. Współpraca w tworzeniu lokalnych baz danych problemów zdrowotnych.
15. Wspieranie lokalnych praktycznych inicjatyw i działań na rzecz zdrowia.
16. Kontaktowanie się z głównymi dla współpracy osobami.

V. Kompetencje

17. Sprzyjanie podnoszeniu kwalifikacji własnych i współpracowników.
18. Stwarzanie współpracownikom możliwości efektywnej codziennej współpracy.
19. Porównywanie swych działań z pracami innych zespołów.
20. Udostępnianie zainteresowanym własnych osiągnięć.



Standardy i kryteria dobrej praktyki zespołu promocji zdrowia

I. Koordynacja

Ten obszar pracy związany jest ze sprawną organizacją przedsięwzięć oraz ich przebiegu.

1. Ustalanie priorytetowych kierunków prac zespołu
 - ustalanie priorytetowych obszarów prac zespołu,
 - ustalanie kalendarza najważniejszych prac w perspektywie długofalowej roku i kwartału,
 - ustalanie kalendarza bieżących miesięcznych i tygodniowych etapów pracy.
2. Monitorowanie działań „dzień po dniu”
 - monitorowanie pracy w ciągu dnia (proporcje pracy wewnętrznej do zewnętrznej itp.),
 - organizacja i monitorowanie czasu pracy w poszczególne dni tygodnia,
 - wybór sposobu samokontroli swych obowiązków i zobowiązań w codziennej pracy,
 - organizacja zastępstw na wypadek nieobecności.
3. Egzekwowanie zaplanowanych prac
 - egzekwowanie wykonania prac w terminie,
 - egzekwowanie wykonania prac w terminie, przy realizacji poszczególnych etapów,
 - egzekwowanie wykonania prac pod względem ilościowym,
 - egzekwowanie wykonania prac pod względem jakościowym.

4. Utrzymywanie finansowej dyscypliny

- utrzymywanie finansowej dyscypliny rocznych środków budżetowych,
- poszukiwanie możliwości obniżenia kosztów pracy zespołu,
- przestrzeganie zasad rozliczania środków obowiązujących w danej instytucji,
- utrzymywanie finansowej dyscypliny w czasie kolejnych etapów pracy zespołu,
- bilansowanie półroczne i roczne wydanych środków.

II. Planowanie

Ten obszar pracy związany jest z identyfikacją najważniejszych potrzeb zdrowotnych populacji oraz z zaplanowaniem całego procesu profilaktyki i promocji zdrowia.

5. Zbieranie informacji i ich analiza baz danych

- zbieranie danych statystycznych,
- zbieranie danych epidemiologicznych,
- zbieranie danych dotyczących stanu zdrowia mieszkańców,
- zbieranie danych dotyczących zatrudnienia,
- zbieranie danych dotyczących stylu życia,
- zbieranie danych odnoszących się do stanu bezpieczeństwa,
- zbieranie danych dotyczących czasu wolnego dzieci i młodzieży,
- zbieranie danych dotyczących realizacji programów promocji zdrowia na danym terenie.

6. Opracowywanie szczegółowych planów działania

- opracowanie strategicznych kierunków profilaktyki i promocji zdrowia,
- opracowanie doraźnych celów profilaktyki i promocji zdrowia,
- opracowanie ramowego harmonogramu realizacji celów doraźnych,
- zaplanowanie spotkań ze współpracownikami i instytucjami zewnętrznymi,
- zaplanowanie etapów rozwoju biura/ośrodka lokalnych działań na rzecz promocji zdrowia.

7. Planowanie form monitorowania i oceny pracy zespołu

- zaplanowanie form i metod monitorowania pracy zespołu w różnych fazach jego realizacji,
- zaplanowanie form i metod ewaluacji pracy zespołu po określonym czasie,
- zaplanowanie wskaźników dobrej praktyki pracy zespołu.

8. Planowanie wielodyscyplinarnej i elastycznej strategii w pracy

- zaplanowanie wielu partnerów współpracy reprezentujących różne sektory,
- zaplanowanie różnych sposobów komunikowania się w zespole i za zewnątrz zespołu,
- zaplanowanie mechanizmów ułatwiających wprowadzenia twórczych rozwiązań.

III. Promocja

Ten obszar pracy związany jest z promocją samej „promocji zdrowia” oraz realizacją programów profilaktyki i promocji zdrowia.

9. Kreowanie i zwracanie uwagi na rolę promocji zdrowia

- przyjęcie roli ambasadora promocji zdrowia w swoim środowisku pracy,
- wskazywanie na możliwości wykorzystania profilaktyki i promocji zdrowia,
- uczestniczenie w spotkaniach, konferencjach w celu zwracania uwagi na rolę promocji zdrowia,
- popularyzowanie wiedzy na temat promocji zdrowia wśród lokalnej społeczności.

10. Wdrażanie programów promocji zdrowia

- ogłaszanie konkursów z zakresu promocji zdrowia,
- przedstawianie jawnych i klarownych procedur związanych z konkursami,
- utrzymywanie zasady ciągłości i regularności wdrażania programów.

11. Informowanie o działaniach bezpośrednio i przez massmedia

- sporządzenie listy form przekazywania informacji lokalnej społeczności o zamierzonych działaniach,

- weryfikacja kryteriów przekazu informacji,
 - sporządzenie listy dziennikarzy - sojuszników promocji zdrowia,
 - ustalenie form komunikowania się z massmediami.
12. Przygotowywanie i dystrybucja materiałów z zakresu promocji zdrowia
- przygotowywanie i dystrybucja regularnego periodyku z zakresu promocji zdrowia,
 - przygotowywanie i dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych,
 - przygotowywanie i dystrybucja innych materiałów prezentujących pracę zespołu.

IV. Współpraca

Ten obszar pracy związany jest z identyfikacją osób, grup, organizacji i instytucji zainteresowanych wspólną kooperacją na rzecz szeroko pojętego zdrowia oraz dobra całej populacji.

13. Tworzenie list danych o współpracownikach z innych sektorów i organizacji
- sporządzenie listy instytucji organizacji i grup zainteresowanych sprawami zdrowia,
 - sporządzenie listy organizacji rządowych i samorządowych,
 - sporządzenie listy stowarzyszeń, fundacji i grup nieformalnych,
 - sporządzenie mapy wspólnych z powyższymi organizacjami obszarów działania,
 - ustalenie form wzajemnej wymiany informacji.
14. Współpraca w tworzeniu lokalnych baz danych problemów zdrowotnych
- identyfikacja najważniejszych lokalnych inicjatyw dla rozwoju i dobrostanu lokalnej społeczności,
 - wybór możliwych form wspierania już istniejących działań na rzecz zdrowia,
 - ustalenie kalendarza i zasad współpracy przedstawicieli i liderów lokalnej społeczności.
15. Wspieranie lokalnych praktycznych inicjatyw i działań na rzecz zdrowia
- zainteresowanie lokalnych organizacji promocją zdrowia oraz planami zespołu,
 - inspirowanie lokalnych organizacji do wspólnych przedsięwzięć,
 - inspirowanie do konkretyzacji i podejmowania wspólnych celów praktycznych.
16. Kontaktowanie się z ważnymi dla współpracy osobami
- identyfikacja ważnych osób lokalnej społeczności,
 - zapraszanie ważnych osób do komitetów organizacyjnych większych przedsięwzięć,
 - informowanie ważnych osób o działaniach oraz włączanie ich w praktyczne zadania,
 - przekazanie informacji o przebiegu, rezultatach konkretnego przedsięwzięcia, przekazanie podziękowań,
 - umieszczanie na materiałach drukowanych i w massmediach nazwisk osób wspierających działania swym autorytetem lub materialnie.

V. Kompetencje

Ten obszar pracy związany jest z aktualnymi i planowanymi kwalifikacjami pracowników zespołu w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia oraz podnoszeniem kwalifikacji współpracowników.

17. Sprzyjanie podnoszeniu kwalifikacji własnych i współpracowników
- sprzyjanie i uczestniczenie w różnorodnych formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
 - branie udziału i informowanie współpracowników o formach uzupełniania wiedzy i umiejętności,
 - inicjowanie regularnych spotkań zawodowych w celu wymiany informacji i doświadczeń,
 - śledzenie nowości wydawniczych oraz opracowań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.
18. Stwarzanie współpracownikom możliwości efektywnej codziennej współpracy
- ustalenie i przestrzeganie klarownych kryteriów podziału pracy między pracownikami zespołu,
 - ustalenie i przestrzeganie zasad współpracy między pracownikami zespołu a współpracownikami spoza zespołu,

– utrzymywanie dobrej atmosfery w pracy zespołu oraz przeciwdziałanie przejawom „wypalenia zawodowego”.

19. Porównywanie swych działań z pracami innych zespołów

- wypracowanie indywidualnych i zespołowych mierników oceny swojej pracy,
- wymiana informacji o swojej pracy z innymi zespołami promocji zdrowia,
- porównywanie swych działań z pracami innych poprzez udział i prezentację własnych dokonań na zewnątrz.

20. Udostępnianie zainteresowanym własnych osiągnięć

- ustalenie form dokumentowania pracy indywidualnej i zespołowej,
- udostępnianie zainteresowanym informacji o decyzjach związanych z pracami i osiągnięciami zespołu,
- udostępnianie i przekazywanie podsumowań pracy zespołu do wyższego szczebla kompetencyjnego (region, ministerstwo),
- przekazywanie wyników ewaluacji pracy zespołu do wiadomości publicznej.

**Życie polega nie na trzymaniu kart,
ale na dobrym graniu tymi, które się ma**

Josh Billings



Kwestionariusz Tolerancji Nikotyny Fagerstroma:

Odpowiedz na pytania zawarte w tabeli, punktując je według podanego klucza - wyniki każdorazowo wpisz w puste okna, a na koniec naciśnij przycisk „Oblicz”. Następnie odczytaj rezultat.

Jak szybko po przebudzeniu zapalasz zazwyczaj swojego pierwszego papierosa?

W ciągu pierwszych 30 minut - 1 pkt.; po 30 minutach - 0 pkt.

Czy masz trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie to jest zakazane np. w kościele, w bibliotece, w kinie itp?

Tak - 1 pkt.; Nie - 0 pkt.

Z którego papierosa jest Ci najtrudniej zrezygnować?

Z pierwszego rano - 1 pkt.; Z każdego innego - 0 pkt.

Ile papierosów wypalasz w ciągu dnia?

Do 15 sztuk - 0 pkt.; 16-25 sztuk - 1 pkt.; 26 i więcej - 2 pkt.

Czy częściej palisz papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu się, niż w pozostałej części dnia?

Tak - 1 pkt.; Nie - 0 pkt.

Czy palisz papierosy nawet wtedy, kiedy jesteś tak chory, że musisz leżeć w łóżku przez większość dnia?

Tak - 1 pkt.; Nie - 0 pkt.

Sprawdź na opakowaniu, ile nikotyny zawierają papierosy, które najczęściej palisz? Jeśli takiej informacji nie wydrukowano spróbuj ocenić czy częściej palisz papierosy „lekkie” (np. mentolowe, typu „light cigarettes”, zagraniczne z długim filtrem) czy też mocne (np. papierosy bez filtra, papierosy polskie).

0-0.9 mg nikotyny/papieros lub mniej (lekkie) - 0 pkt.;
1.0-1.2 mg nikotyny/papieros (mocne, z filtrem) - 1 pkt.;
1.3 i więcej mg nikotyny/papieros (mocne bez filtra, polskie papierosy) - 2 pkt.

Czy zaciągasz się dymem tytoniowym?

Nie, nigdy - 0 pkt.; Tak, czasami - 1 pkt.; Tak, zawsze - 2 pkt.

Twój wynik:

0-4 pkt. - Prawdopodobnie nie jesteś biologicznie uzależniony od nikotyny lub uzależniony tylko w niewielkim stopniu. Palenie tytoniu jest raczej dla Ciebie nawykiem, którego nie chcesz lub nie możesz się pozbyć. Powody, dla których palisz leżą w sferze Twojej psychiki lub presji otoczenia, w którym najczęściej przebywasz. Wiele wskazuje na to, że nie jest Ci potrzebne specjalistyczne leczenie odwykowe, lecz że sam, wykorzystując siłę Twojej woli i stosując się do zaleceń lekarza możesz zaprzestać palić.

5-8 pkt. - Jesteś na „dobrej” drodze do uzależnienia się od nikotyny. Na ogół nie możesz obejść się bez papierosa w sytuacjach stresowych, a niewielka choćby presja otoczenia daje Ci dodatkową okazję do zapalenia papierosa. Dziś nie jest już łatwo rozpoznać, kiedy palenie tytoniu daje Ci zadowolenie o charakterze psychicznym, a kiedy prowadzi do pozytywnego wzmocnienia fizjologicznych reakcji Twojego organizmu. Jeśli chcesz zerwać z nałogiem, potrzebny Ci będzie najprawdopodobniej kontakt z lekarzem w poradni odwykowej. Niemniej, przy właściwie dobranej kuracji odwykowej, konsekwentnym przestrzeganiu zaleceń lekarza i pomocy ze strony najbliższych Ci osób masz szansę rzucić palenie.

9-11 pkt. - Nie ma wątpliwości, jesteś w poważnym stopniu biologicznie uzależniony od nikotyny. Wydaje Ci się, że nie możesz żyć bez zapalenia papierosa. Prawdopodobnie, intensywne i długotrwałe palenie papierosów jest powodem wielu schorzeń czy objawów chorobowych, które często odczuwasz. Jeśli nie chcesz, aby stany chorobowe pogłębiały się lub masz w sobie na tyle dużo silnej woli, aby podjąć decyzję o zaprzestaniu palenia musisz zgłosić się do lekarza specjalisty w poradni odwykowej. Niewykluczone, że w terapii potrzebne Ci będzie zapisanie leków będących substytutami nikotyny, np. gummy do żucia zawierającej nikotynę. Nie wolno Ci jednak zażywać jej samemu, bez porady lekarskiej. Nie zrażaj się też, jeśli jednorazowa terapia nie przyniesie pożądanego efektu.

KWESTIONARIUSZ KINDL® POMIAR JAKOŚCI ŻYCIA DZIECI I MŁODZIEŻY

Uznając międzynarodową przydatność narzędzia, redakcja podjęła się przetłumaczenia na polski kwestionariusza dla dzieci 4-7 lat. Rekomendujemy a zarazem promujemy niniejsze narzędzie, gdyż według nas występuje wyraźny ich brak szczególnie dla ewaluacji i mierzenia dobrego samopoczucia wśród dzieci.

Kwestionariusz KINDL® - Pomiar Związanej ze Zdrowiem Jakości Życia Dzieci i Dorosłych - powstał w 1994 r. (Bullinger i in.), a następnie został przejrany i przeredagowany w 1988 r. (Rabens-Sieberer & Bullinger). Przedstawiona tu, nowsza wersja (Rabens-Sieberer, 2000), przeznaczona dla dzieci w wieku 4 - 7 lat, może być zastosowana do różnego typu badań, m.in. studiów epidemiologicznych, studiów klinicznych (pomiar jakości życia ciężko lub chronicznie chorych dzieci) i w rehabilitacji (badanie efektywności programu rehabilitacyjnego; w każdym z tych przypadków z uwzględnieniem perspektywy dzieci i rodziców).

Kwestionariusz KINDL® wykorzystany został m.in. do badań 3000 zdrowych i obłożnie chorych dzieci, a także ich rodziców w Niemczech. Pod względem psychometrycznym cechuje się dużym prawdopodobieństwem wyników ($\alpha =$ lub $>.70$ Cronbacha dla większości prób) i jest precyzyjną metodą pomiaru jakości życia dzieci, z uwzględnieniem pomiaru wszelkich obciążeń związanych z chorobą w okresie dzieciństwa. Opracowanych jest kilka wersji kwestionariusza KINDL, ze względu na wiek dzieci i młodzieży. Obecnie istnieją wersje: Kiddy-KINDL 4 - 7 year olds (Interview), Kiddy-KINDL 4 - 7 year olds (Parents' Version), Kid-KINDL 8 - 11 year olds (Children's Version), Kid-KINDL 8 - 11 year olds & Kiddo-KINDL 12 - 16 year olds (Parents' Version), Kiddo-KINDL 12 - 16 year olds (Teenagers' Version). Prezentowany w „Promotorze” kwestionariusz zawiera 2 części, jedną wypełniają dzieci, a drugą rodzice.

Podkreślamy, że jest to próbne tłumaczenie z angielskiego wymagające w przyszłości adaptacji pytań do polskich warunków. Może być przykładem dla opracowania własnych narzędzi lub nawiązania współpracy, uwzględniającej prawa autorskie, czy ewentualnych interpretacji wyników. Więcej informacji o narzędziu Czytelnicy znajdą na stronach [www.](http://www.rki.de), lub kontaktując się z Instytutem Roberta Kocha w Berlinie. Dla zainteresowanych współpracą podajemy adres kontaktowy:

Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH
Head Research Group
„Child and Adolescent Health”
Robert Koch Institute
Seestraße 10
D-13353 Berlin
Tel: +49-30-4547-3436 (-3434 Secretary)
Fax: +49-30-4547-3531
E-Mail: ravens-siebereru@rki.de

KWESTIONARIUSZ KINDL® DLA DZIECI

Cześć!

Chciałbym wiedzieć, jak się ostatnio czujesz. Dlatego opracowałem kilka pytań i chciałbym, abyś na nie odpowiedział

Zamierzam przeczytać ci każde pytanie i chciałbym, abyś się zastanowił jak to było z tobą w ciągu ostatniego tygodnia

Powiedz mi, która odpowiedź jest najlepsza - nie ma ani złych, ani dobrych odpowiedzi

Tylko to, co naprawdę czujesz, ma znaczenie

Data (dzień/miesiąc/rok)

Najpierw powiedz mi coś o sobie:

czy jesteś dziewczyną, czy chłopcem? (podkreśl)

dziewczyna

chłopiec

Ile masz lat?

..... lat

Ile masz braci lub sióstr?

0 1 2 3 4 5 >5

Czy chodzisz do przedszkola/zerówki?

tak

nie

Teraz dam ci p r z y k ł a d:

Kiedy słyszysz zdanie: „W czasie ubiegłego tygodnia miałem ochotę na loda”, czy możesz mi powiedzieć ile razy tak było?

Są 3 możliwe odpowiedzi: **n i g d y, c z a s e m i b a r d z o c z ę s t o.**

No to - jak to było z t o b ą? Czy powiedziałbyś:

W czasie ubiegłego tygodnia:

N i g d y nie miałem ochoty na loda

C z a s e m miałem ochotę na loda

B a r d z o c z ę s t o miałem ochotę na loda

(Uwaga! Należy się upewnić, czy dziecko zrozumiało system odpowiedzi)

Zaczynamy.

Po pierwsze, chciałbym wiedzieć coś o twoim fizycznym zdrowiu

1. W czasie zeszłego tygodnia

nigdy

często

bardzo często

1. Czuję się chory

2. Bolała mnie głowa albo brzuch

2. ...a teraz coś o tym, jak się ogólnie czujesz

W czasie zeszłego tygodnia

nigdy

często

bardzo często

1. Było fajnie i dużo się śmiałem

2. Było nudno

3. ...a teraz coś o tym, co czułeś i myślałeś o sobie

W czasie zeszłego tygodnia

nigdy

często

bardzo często

1. Byłem z siebie dumny

☐
☐
☐

2. Było mi z sobą dobrze

☐
☐
☐

4. Następne pytanie dotyczy twojej rodziny

W czasie zeszłego tygodnia

nigdy

często

bardzo często

1. Było mi dobrze z rodzicami

☐
☐
☐

2. Czułem się dobrze w domu

☐
☐
☐

5. ...i twoich przyjaciół

W czasie zeszłego tygodnia

nigdy

często

bardzo często

1. Bawiłem się z przyjaciółmi

☐
☐
☐

2. Było mi dobrze z przyjaciółmi

☐
☐
☐

6. Teraz chciałbym wiedzieć coś o twoim przedszkolu lub szkole

W czasie zeszłego tygodnia

nigdy

często

bardzo często

1. Radziłem sobie z zadaniami

☐
☐
☐

2. Podobała mi się szkoła/przedszkole

☐
☐
☐

7. Czy przebywałeś obecnie w szpitalu lub cierpisz na przewlekłą chorobę?

Tak

☐

Nie

☐

(Uwaga! Jeżeli odpowiedź brzmi „nie” - test kończy się w tym miejscu)

Proszę, odpowiedz na 6 pytań:

Podczas zeszłego tygodnia

nigdy

czasem

bardzo często

1. Bałem się, że moja choroba się pogorszy

☐
☐
☐

2. Było mi smutno z powodu choroby

☐
☐
☐

3. Radziłem sobie dobrze z chorobą

☐
☐
☐

4. Moi rodzice traktowali mnie jak dziecko

☐
☐
☐

z powodu choroby

☐
☐
☐

5. Unikałem innych, aby nie zauważali

☐
☐
☐

mojej choroby

☐
☐
☐

6. Brakowało mi kogoś w przedszkolu/ szkole

☐
☐
☐

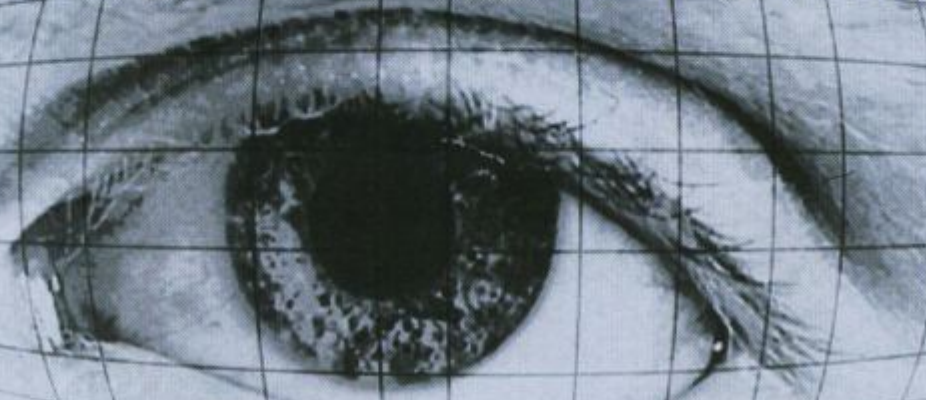
z powodu mojej choroby

☐
☐
☐

Dziękujemy ci za wypełnienie kwestionariusza!

Life isn't about finding yourself.

*Życie nie jest poszukiwaniem siebie samego
Życie jest tworzeniem samego siebie*



Life is about creating yourself

George Bernard Shaw

KWESTIONARIUSZ KINDL® DLA DZIECI

KWESTIONARIUSZ JAKOŚCI ŻYCIA DZIECI W WIEKU 4 - 7 LAT
KINDL® DLA RODZICÓW

Drogi Rodzicu!

Cieszymy się, że poświęcasz swój czas na wypełnienie kwestionariusza, badającego jakość życia twojego dziecka, związaną ze stanem jego zdrowia.

Ponieważ dobre samopoczucie twojego dziecka jest twoim zadaniem, prosimy o wypełnienie kwestionariusz zgodnie z instrukcją, tzn. bez zadawania pytań dziecku.

- Przeczytaj starannie każde pytanie
- Pomyśl o tym, jak czuło się twoje dziecko w czasie zeszłego tygodnia
- Zaznacz odpowiedź najbliższą prawdy

3. Samoocena

W czasie zeszłego tygodnia

1. Moje dziecko było z siebie dumne
2. Moje dziecko czuło się w centrum świata
3. Moje dziecko czuło się zadowolone z siebie
4. Moje dziecko miało mnóstwo dobrych pomysłów

nigdy rzadko czasem często cały czas

4. Rodzina

W czasie zeszłego tygodnia

1. Moje dziecko czuło się dobrze z nami, rodzicami
2. Moje dziecko czuło się dobrze w domu
3. Kłóciliśmy się w domu
4. Moje dziecko odczuwało, że we wszystkim mu narzucam swą wolę

nigdy rzadko czasem często cały czas

5. Kontakty społeczne

W czasie zeszłego tygodnia

1. Moje dziecko bawiło się z przyjaciółmi
2. Moje dziecko było lubiane przez inne dzieci
3. Moje dziecko dobrze radziło sobie z przyjaciółmi
4. Moje dziecko czuło się inne niż inne dzieci

nigdy rzadko czasem często cały czas

6. Szkoła

W czasie zeszłego tygodnia

1. Moje dziecko dobrze sobie radziło z zadaniami w przedszkolu/szkole
2. Moje dziecko cieszyło się ze szkoły/przedszkola
3. Moje dziecko tęskniło do szkoły/przedszkola
4. Moje dziecko zrobiło wiele błędów podczas wykonywania mniej ważnych zadań w przedszkolu/szkole i w pracy domowej

nigdy rzadko czasem często cały czas

Life isn't about finding yourself



Life is about creating yourself

Life isn't about finding yourself



Life is about creating yourself

Life isn't about finding yourself



Life is about creating yourself

Life isn't about finding yourself



Life is about creating yourself

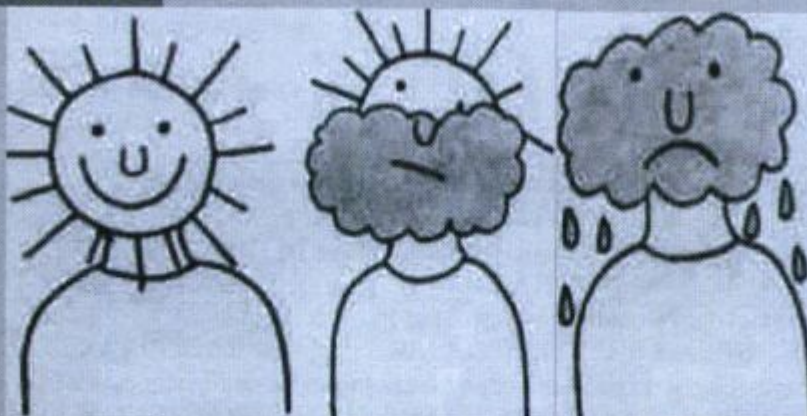
W czasie zeszłego tygodnia

nigdy rzadko czasem często cały czas

1. Moje dziecko bało się, że choroba może się pogorszyć
2. Moje dziecko było smutne z powodu choroby
3. Moje dziecko było w stanie radzić sobie dobrze ze swoją chorobą
4. Traktowaliśmy dziecko, jakby było dużo młodsze, ze względu na chorobę
5. Moje dziecko unikało innych osób, które mogłyby zauważyć chorobę
6. Mojemu dziecku brakowało czegoś w przedszkolu/ szkole z powodu choroby

DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ!

(Oprac. Red.)



CZTERY ROLE I CZTERY KRYTERIA OCENY PRACY NAUCZYCIELA PROMUJĄCEGO ZDROWIE

Prezentujemy przykładowe kryteria oceny pracy nauczyciela. Poniżej prezentowane narzędzie zostało wypracowane podczas warsztatów jednej z grup studentów Podyplomowych studiów Promocji Zdrowia.

Dydaktyk

Kryteria

Nauczyciel realizuje program dydaktyczny z elementami promocji zdrowia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel zwraca uwagę na indywidualne potrzeby zdrowotne każdego ucznia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel stosuje aktywizujące metody nauczania i pracy z uczniami	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel stwarza warunki dla właściwej higieny pracy	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel kreuje atmosferę dla twórczego udziału uczniów w procesie dydaktycznym	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel daje pozytywny przykład uczniom swoim stylem życia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel doskonali swoją wiedzę i umiejętności przez udział w szkoleniach, kursach	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel korzysta z wielu źródeł informacji, doświadczenie, internet, literatura	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK

Wychowawca

Kryteria

Nauczyciel stwarza sytuacje wychowawcze dla swoich uczniów	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel wpływa integrująco na uczniów swojej klasy	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel dąży do pełnego rozwoju osobowości ucznia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel dąży do poczucia odpowiedzialności za samopoczucie i zdrowie ucznia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel regularnie współpracuje z nauczycielami i wychowawcami klas	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel systematycznie współpracuje z rodzicami, opiekunami uczniów	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel współpracuje z innymi instytucjami wspomagającymi proces wychowania ucznia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel prowadzi dokumentację problemów wychowawczych swoich uczniów	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK

Opiekun

Kryteria

Nauczyciel dba w szkole o bezpieczeństwo i zdrowie ucznia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel aktywnie zajmuje się uczniami podczas pełnienia dyżurów	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel opiekuje się problemami samopoczucia uczniów w czasie lekcji, wycieczek, itp	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel dba o prawa i zasady sprawiedliwości w społeczności szkolnej	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel podejmuje działania zapobiegawcze wobec uczniów ze środowisk zagrożonych	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel aktywnie pomaga uczniom znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel informuje o możliwościach znajdowania pomocy w sytuacjach trudnych	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel regularnie kontaktuje się z opiekunami uczniów	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK

Lider (zdrowia)

Kryteria

Nauczyciel aktywnie wpływa na życie szkoły	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel uczestniczy w opracowywaniu planu działania na rzecz promocji zdrowia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel pracuje w zespole koordynacyjnym na rzecz zdrowia w szkole	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel jest autorem własnych programów zdrowotnych	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel wymienia się doświadczeniami i inspiruje innych nauczycieli	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel posiada własną bazę dotyczącą scenariuszy, materiałów edukacyjnych	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel zjednuje rodziców do współpracy przy realizacji programów	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK
Nauczyciel ewaluuje swoje działania na polu promocji zdrowia	NIE	RACZEJ NIE	RACZEJ TAK	TAK

Spełnienie kryteriów przyjmuje następującą wartość punktową:

TAK	3 punkty	RACZEJ TAK	2 punkty
RACZEJ NIE	1 punkt	NIE	0 punktów

Przeliczenie liczby punktów na ocenę:

0-32 punktów - ocena negatywna,
 33-64 punktów - ocena satysfakcjonująca,
 65-96 punktów - ocena dobra,
 97-128 punktów - ocena wyróżniająca.



ku Europie

STANDARDY KRYTERIA WSKAŹNIKI

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

*europiejskie i wrocławskie
dylematy oceny pracy szkół
promujących zdrowie*

Lesław Kulmatycki

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. Polska krajowa sieć należała do jednych z pierwszych i była bardzo wysoko oceniana. Obecnie, niestety dzieje się wiele, ale bez naszego udziału. Impas i niemoc istnieje już od kilku lat i nic nie wskazuje na to, że coś się zmieni. 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. Ponad 5000 szkół należy do sieci, działając w ramach lokalnych programów narodowych lub regionalnych. Rozwinięciem sieci europejskiej było zainicjowanie w 1995 r. sieci globalnej.

Europejskie drogowskazy i priorytety

Od początku idei szkół promujących zdrowie jedną z najważniejszych spraw była ewaluacja i ocena efektywności programów zdrowotnych. Wagę ewaluacji podnosi Pierwsza Konferencja Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie, która odbyła się w Grecji. Uczestnicy Konferencji przyjęli Rezolucję, wzywając rządy wszystkich krajów europejskich do przyjęcia i zaadaptowania koncepcji szkoły promującej zdrowie. Apelując do rządów państw europejskich, uczestnicy w rezolucji odwołują 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).

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.

W konsekwencji ustaleń konferencyjnych w 1998 r. odbyły się I Międzynarodowe warsztaty poświęcone ewaluacji szkół promujących zdrowie (ENHPS) w Bern/Thun, w Szwajcarii. Uczestnicy konferencji skupili się przede wszystkim wokół istotnego aspektu, jakim jest partnerska współpraca między sektorami edukacji i zdrowia. W czasie tej konferencji nacisk położono również na badania i prace ewaluacyjne.

Podstawowe pojęcia i definicje

Termin „ewaluacja” można zdefiniować jako zespół czynności związanych z szacowaniem wartości podejmowanych działań oraz zbieraniem wszelkich danych (ilościowych, jak i jakościowych), które mogą mieć wpływ na sprawdzenie tej wartości. Sam termin „ewaluacja” (ang. – evaluation) oznacza „szacowanie wartości”, „sprawdzanie efektów” lub też „określanie przydatności”. Najczęściej w odniesieniu do „ewaluacji” w języku polskim stosuje się termin „ocena”. Jest on jednak zbyt wąski i nie ujmuje zjawiska w swym złożonym procesie.

W piśmiennictwie z zakresu promocji zdrowia można przyjąć dwie grupy definicji. W pierwszym ujęciu ewaluacja jest działaniem nastawionym na porównanie tego, co zostało osiągnięte, z tym, co zawarte było w celach i zadaniach sformułowanych na początku, w fazie planowania programu. Według Williams’a jest to stwierdzenie, czy podjęte działanie zakończyło się sukcesem, czy porażką, oraz w jakim stopniu. Oczywiście, cały czas mając na uwadze postawiony na początku programu czy działania cel, który jest najważniejszym odniesieniem. Drugie ujęcie traktuje ewaluację znacznie szerzej. Odwołuje się według Green’a i innych nie tylko do stawianych na początku celów, ale również do tego, co działo się podczas programu i być może dzieje się nadal. Zatem ewaluację uznać należy jawny i systematycznie prowadzony proces, którego celem jest ustalenie wartości badanego zjawiska, w tym wypadku szkoły promującej zdrowie. Osobnym zagadnieniem jest próba zdefiniowania ewaluacji w odniesieniu do rodzajów czy etapów ewaluacji, oraz szereg bardzo szczegółowych zagadnień związanych z pytaniami przy okazji ewaluacji stawianymi, np. czemu ewaluacja ma służyć?, przez kogo ma być dokonywana?



ku Europie

Uczestnicy w rezolucji odwołują się do 10 priorytetów, na których opiera się idea i koncepcja sieci szkół promujących zdrowie.



ku Europie

Wyraźny nacisk kładziony jest na podmiotowe decyzje grup i osób, których programy mają obejmować, w tym wypadku uczniowie, nauczyciele, inni pracownicy szkoły lub rodzice uczniów.

Istota promocji zdrowia - raz jeszcze

W „Karcie Ottawskiej”, w której „promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad zachowaniem zdrowia i jego poprawy” zawarte są podstawy filozofii promocji zdrowia, bez respektowania których próby podejmowanie wysiłków na rzecz promocji zdrowia stają się wypaczone. Szczególnie dotyczy to wąskiego interpretowania promocji zdrowia, opierającego się na modelu biomedycznym. Bardzo wolno w Polsce dociera do środowisk decydenckich eksponowana w Karcie Ottawskiej zasada uczestnictwa ludzi w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, która już dawno zamknęła okres, w którym problemy zdrowotne stanowiły przedmiot zainteresowania wyłącznie ekspertów od opieki zdrowotnej. Według znanego na świecie opracowania Downie’go i Tannahill’a „promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym jednostkom, grupom oraz całym społecznościom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego wzmocnienie. Promocja zdrowia jest działaniem na rzecz wzmocnienia zdrowia pozytywnego (positive health) i redukcji ryzyka choroby (ill-health) poprzez edukację zdrowotną, profilaktykę i ochronę zdrowia”. Promocja zdrowia obejmuje zatem edukację zdrowotną, profilaktykę chorób oraz wszelkiego rodzaju przedsięwzięcia na rzecz ochrony zdrowia. Bierze pod uwagę wiedzę ludzi na temat zdrowia i czynników na nie wpływających, zajmuje się kształtowaniem określonych nawyków i zachowań sprzyjających zdrowiu, promuje określony styl życia, podpowiada, jak przeciwstawiać się negatywnym, czy patologicznym tendencjom w miejscu, w którym się mieszka, pracuje, uczy, czy wypoczywa. Wyraźny nacisk kładziony jest na podmiotowe decyzje grup i osób, których programy mają obejmować, w tym wypadku uczniowie, nauczyciele, inni pracownicy szkoły lub rodzice uczniów. Z jednej strony można powiedzieć, że „nic o nas bez nas”, a z drugiej zobowiązuje to lokalne władze resorty oświaty, kuratoria, ośrodki metodyczne, ministerstwo do konkretnych działań. Idealnym rozwiązaniem jest równowaga nacisku z obu stron. Oddolnie powstające inicjatywy na poziomie szkoły zostają wzmocnione przez kompetentne władze, czy instytucje lokalne. Współpraca podejmowana jest nie tylko na poziomie szkoły, ale również na poziomie lokalnych instytucji i innych sektorów, które wpisują u siebie zadania promocji zdrowia. Współpraca podejmowana jest również na poziomie indywidualnym, na poziomie profesjonalistów, przedstawicieli lokalnych społeczności, stowarzyszeń, grup samopomocowych, liderów, itp.

To co najważniejsze

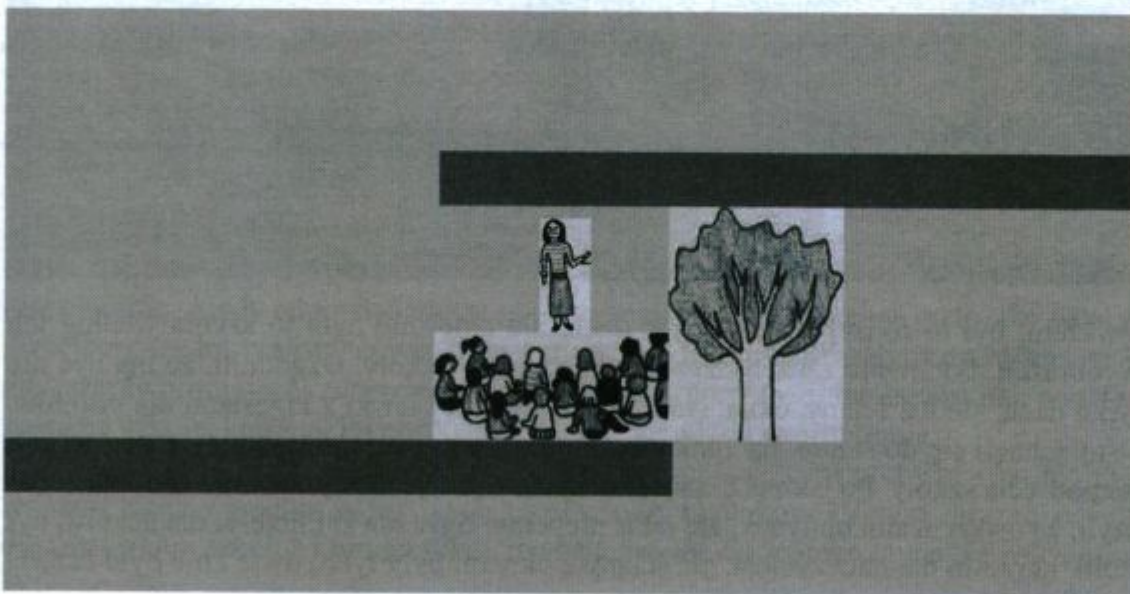
Wrocławski Program Szkół Promujących Zdrowie realizowany jest od 1996 roku. Dlatego prawie przy 10-letniej pracy warto podjąć taką próbę. Wstępne koncepcje wokół modelu teoretycznego tworzone były w ramach pierwszej fazy Programu, tj. w latach 1996-1998. Dlatego też kolejna próba nawiązuje do tego okresu, a przykładowe zapisy standardów, kryteriów czy wskaźników tutaj prezentowane, mają swoje odniesienie do prac konkretnych szkół wspomnianego programu.

Często spotykam się z pytaniem nauczycieli i koordynatorów programów promocji zdrowia o sens ustalania standardów dla szkół promujących zdrowie. Jest zatem ważne, aby kilka słów wyjaśnienia przedstawić. Wyobraźmy sobie, że mamy utworzyć zwykłą

szkolę w zupełnie nowym miejscu. Jeśli usłyszymy słowo „szkoła”, to dla jednych będzie to budynek, dla drugich proces dydaktyczno-wychowawczy, a dla trzecich wiedza i umiejętności uczniów. Jedni będą rozumieć szkołę jako miejsce, drudzy jako relację uczeń-nauczyciel, a trzeci jako rezultat, czy finalny produkt procesu. Wszyscy mają rację, ale też wszyscy mogą się kompletnie nie zrozumieć, gdy zaczną realizować taką szkołę. Każdy z nich będzie od samego początku koncentrował się na czym innym. Pierwsza osoba prawdopodobnie skoncentruje się na materiałach budowlanych, druga osoba będzie zajmować się ludźmi oraz umiejętnościami komunikowania się i tworzenia atmosfery sprzyjającej poznawaniu i uczeniu się, i trzecia będzie poszukiwać testów kompetencyjnych. Wszystko ważne, wszystko jest niezbędne. Można by wymienić jeszcze kilka innych osób o innych punktach odniesienia, którzy wskazywaliby na ważne wymiary tego, co nazywamy „szkołą”. Patrząc zdroworozsądkowo, zgodzimy się z tym, że muszą być zachowane proporcje między tymi pojedynczymi elementami i że musi być wiadome, co w tym, co nazywamy szkołą, JEST NAJWAŻNIEJSZE. Do tego potrzebne nam są standardy i kryteria. Zanim przymierzmy się do definicji i opisów, spróbujmy takie dylematy prześledzić z przymrużeniem oka, na prostym przykładzie-historyjce.

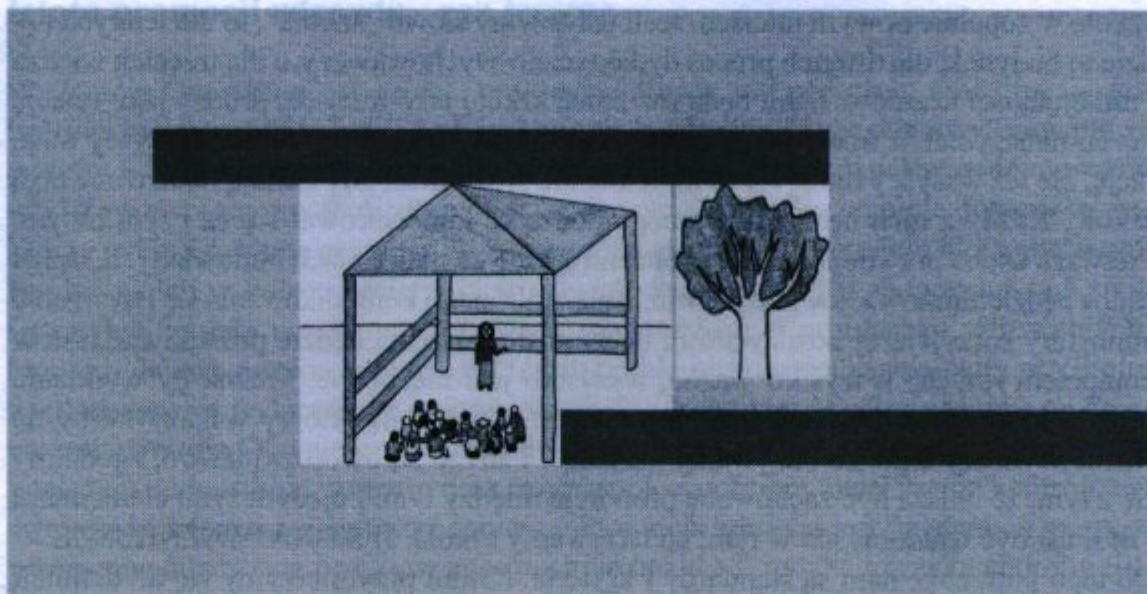
Bardzo prosta historyjka o budowaniu szkoły

Otóż pewnego dnia, gdzieś w świecie, do odległego od cywilizacji miejsca przybyła dwójka młodych nauczycieli wykształconych na uniwersytetach, którzy chcieli utworzyć szkołę dla dzieci lokalnej społeczności. Rozpoczęli rozmowy z przedstawicielami starszyny, która również chciała prawdziwej szkoły. Zatem jedni i drudzy chcieli tego samego. Tak więc uzgodnili, że szkoła powstanie tu i tu. Tak więc umówione strony rozeszły w przekonaniu zrozumienia się. Kiedy jednak nauczyciele umówieni na konkretny termin przybyli do pracy w szkole, okazało się, że nie ma niczego na kształt szkoły według ich wyobrażenia. Starszyna wskazała im kawałek łąki pod drzewem i powiedziała, że tam jest szkoła.

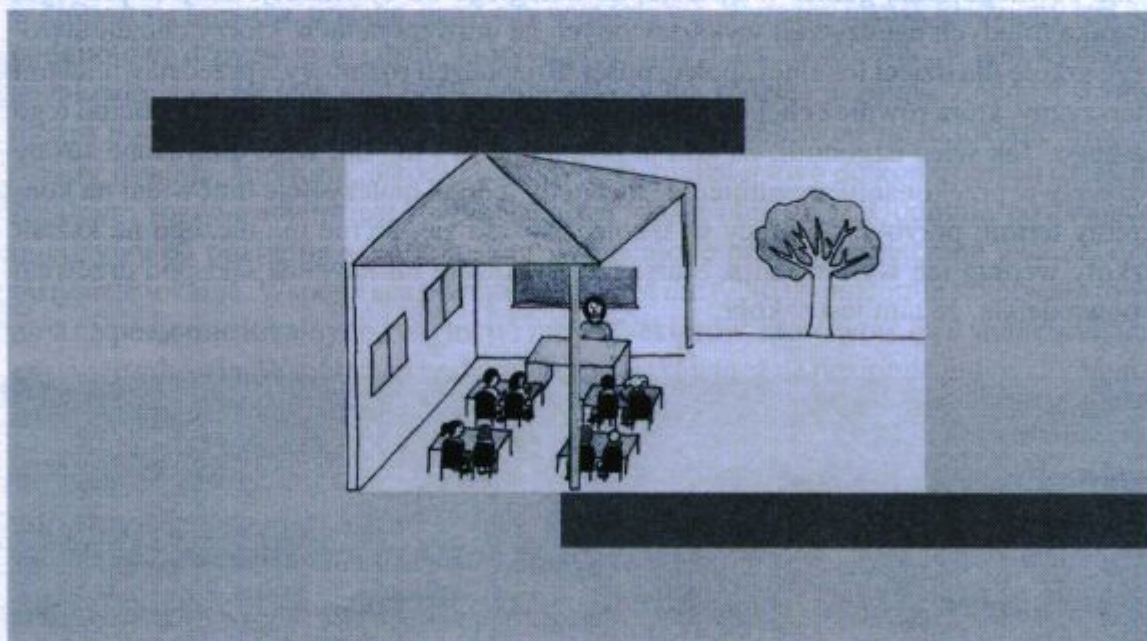


ku Europie

Jedni i drudzy
chcieli tego
samego.



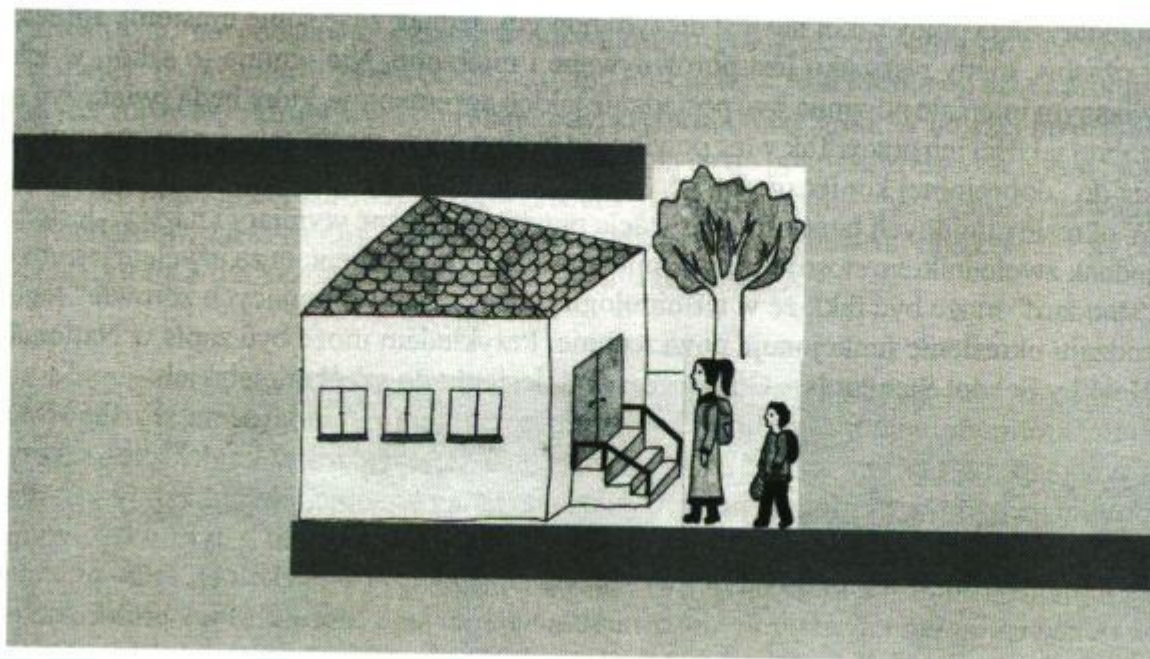
Zdumieni i zaskoczeni nauczyciele zaczęli wyjaśniać, że szkoła to nie tylko miejsce, ale też musi być zadaszony budynek, w którym będzie i miejsce dla nauczyciela i miejsca dla uczących się dzieci. Starszyzna pokiwała głowami i nauczyciele pewni zrozumienia się, ponownie przyjechali po jakim czasie. Ku ich ponownemu zdumieniu, owszem stało coś na kształt budynku, ale tylko częściowo zgodnie z ich wyobrażeniem.



Owszem, był to rodzaj budowli, był dach, ale dalej nie była to szkoła według ich wyobrażeń.

Owszem, był to rodzaj budowli, był dach, ale dalej nie była to szkoła według ich wyobrażeń. Ponownie zaczęli uzgadniać szczegóły szkoły. Uzgodnili, że ma być nie tylko dach, ale też ściany, okna, stół dla nauczyciela i ławki z krzesłami dla uczniów. Uśmiechnęli się do siebie na znak zrozumienia, ponownie przesunięty został termin rozpoczęcia szkoły. Po jakimś czasie nauczyciele przyjechali ponownie i znowu zobaczyli, że owszem stoi budynek, ale jakiś niepełny. Były ławki i krzesła dla uczniów, był stolik i krzesło dla nauczyciela, ale ściany z oknami były tylko dwie i nie było drzwi.

Raz jeszcze się spotkali, ponownie uszczegółowiali, co znaczy szkoła. Ustalili, że szkoła nie tylko ma dach, ściany z oknami, ale że ma ich co najmniej cztery, że mają być też drzwi. Tak więc, gdy przybyli po raz kolejny, zobaczyli budynek, który odpowiadał ich wyobrażeniom szkoły.



Podobnie bywa niedaleko w odległym buszu czy pustkowiu, ale tu we Wrocławiu, czy innym miejscu, z bardzo wieloma „oczywistościami”. Taką oczywistością dla wielu jest szkoła promująca zdrowie. Co to znaczy? Czy mówimy o tym samym? Czy jest możliwe porównywanie doświadczeń? Czy można mierzyć pracę szkoły promującej zdrowie? To tylko niektóre z pytań, będących treścią tego artykułu.

Niezbędne definicje

„Standard” w języku polskim ma swój odpowiednik jako „norma”, a „standaryzacja” jako „normalizacja”. „Norma” jest zbyt wąskim ujęciem, gdyż przy pytaniu o cel standaryzacji nasuwają się różne poziomy interpretowania owej „normy”:

- jako wymóg - kiedy odpowiadam, że standaryzacja jest mi potrzebna po to, aby ustalić minimalne do spełnienia warunki, które pozwalają na nazywanie szkoły „szkołą promującą zdrowie”. W praktyce oznacza to, że szkoła, aby znaleźć się w gronie „szkół promujących zdrowie” musi sprostać takim wymogom, które określone są przez organizatorów;
- jako normę - kiedy odpowiadam, że standaryzacja jest mi potrzebna po to, aby ustalić przeciętny, średni, realistyczny poziom warunków, które umożliwiłyby np. awansowanie „szkoły promującej zdrowie” na „wyższy etap, poziom...” lub odwrotnie, podziękowanie szkole, która takiej normy nie spełnia, za udział w programie;
- jako wzorzec - kiedy odpowiadam, że standaryzacja jest mi potrzebna po to, aby wskazać idealny poziom spełnionych przez szkołę warunków, które są zarazem celem dla wszystkich szkół, a którego nigdy nie osiągną, ale do którego mogą się zbliżać.



ku Europie

Co to znaczy?
Czy mówimy
o tym samym?
Czy jest moż-
liwe porów-
nywanie do-
świadczeń?



ku Europie

Zatem uszczegółowienie standardu i kryterium wiąże się ze wskazaniem „jednostki miary”, czyli „wskaźników”

Standaryzacja pracy szkół - powinność czy konieczność?

Od zarania dziejów szkoły wypracowały swoje własne standardy pracy i dobre samopoczucie pracujących i uczących się tam osób były i są brane pod uwagę. Dlatego też standaryzacja pracy szkół nie jest niczym nowym. Jednak zdać sobie musimy sprawę z czasów, kiedy wszystko jest porównywane i mierzone. Nie ominie to szkół, w ich własnym interesie powinno być posiadanie takich argumentów, które będą świadczyć o dobrej jakości ich pracy. Tak więc powinność to zbyt mało, raczej należy przyzwyczajać się do „dobroolnej konieczności”.

W okresie minionych lat standaryzacja przybierała różne wymiary i nazwy. Jestem jednak zwolennikiem stosowania terminu „standard”, a argumentem za użyciem terminu „standard” może być fakt, że w terminologii ruchu „szkół promujących zdrowie” tego rodzaju określenie funkcjonuje powszechnie. Przykładem może być zapis w National Healthy School Standards – Guidance, w odniesieniu do szkół angielskich.

Należałoby się zatem zastanowić w jakim rozumieniu standard ma występować - wymogu, normy czy wzorca? Oczywiście jest, że standard w kontekście „szkoły promującej zdrowie” nie jest potrzebny szkole samej w sobie, ale potrzebny jest dla celów ewaluacji pracy całej społeczności szkolnej. W związku z tym właściwym terminem w odniesieniu do naszej wrocławskiej społeczności szkolnej, która pracuje w ramach programu, wydaje się stosowanie standardu jako „normy”. Przy próbie zdefiniowania standardu dla potrzeb ewaluacji szkoły promującej zdrowie, mógłby brzmieć następująco: standard to uznany (uzgodniony) i określony (zapisany) wzorzec, norma lub wymóg, na podstawie którego można szacować, czy wartość działań i efektów w środowisku szkoły promującej zdrowie osiąga odpowiednią jakość.

Szczebel niżej, czyli kryteria i wskaźniki osiągania standardów

W celu ustalenia, czy standard zostaje osiągany i w jakim stopniu, należy wskazać kryteria tego osiągania. Innymi słowy, należy zapytać o to, co powinno być spełnione, aby mówić o osiągnięciu standardu. Ten kolejny szczebel to uszczegółowienie i konkretyzacja standardu i wiąże się ze wskazaniem „miary” dla danego standardu.

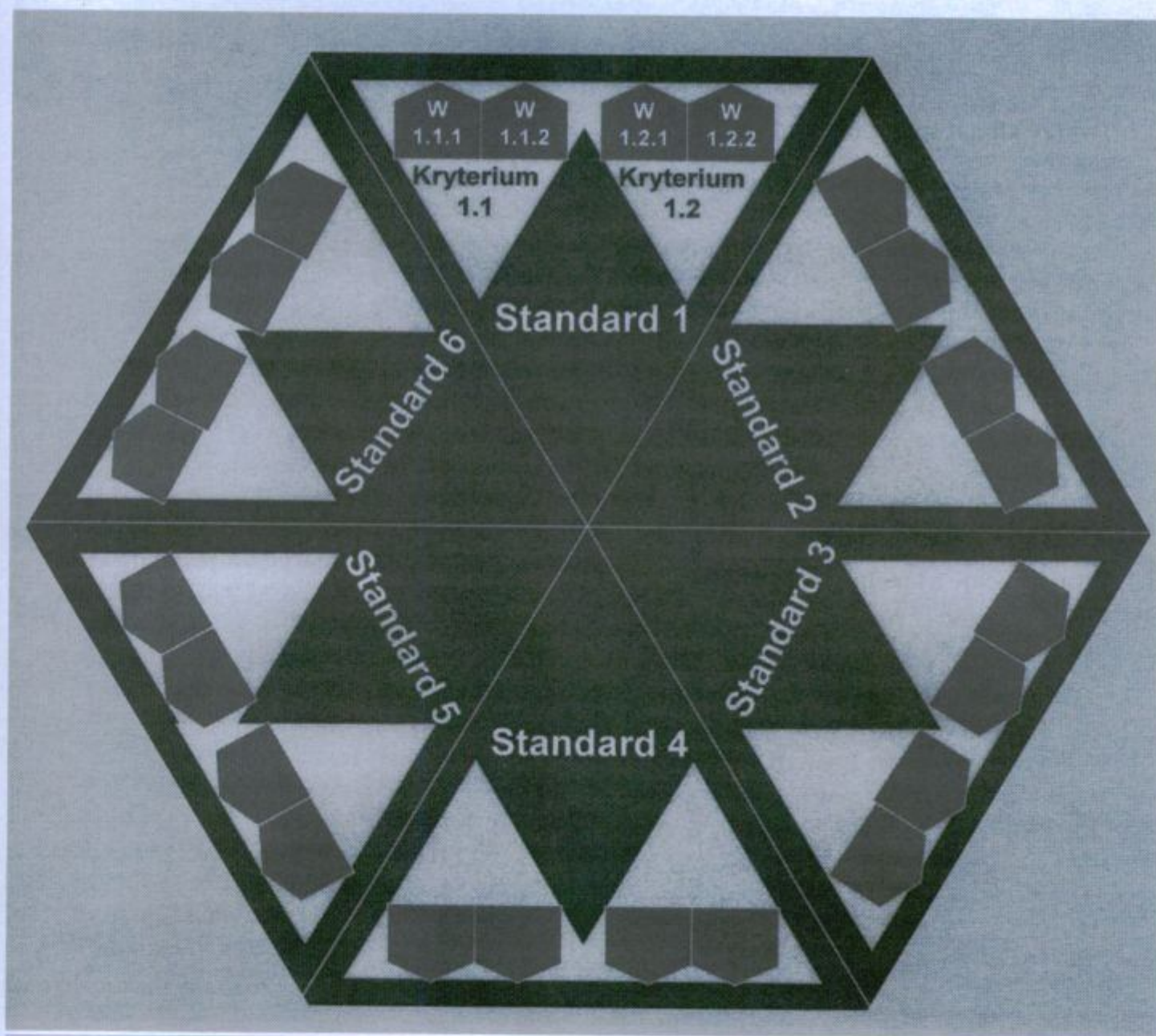
Idąc dalej, w celu ustalenia już możliwie bardzo precyzyjnie, czy mogę udowodnić, że standard (a pośrednio kryterium) zostały spełnione, należy zapytać na podstawie czego wiem, że to coś zostało spełnione. Zatem uszczegółowienie standardu i kryterium wiąże się ze wskazaniem „jednostki miary”, czyli „wskaźników” dla kryterium. Przez „wskaźnik” w odniesieniu do szkół promujących zdrowie rozumiem zmienną, która umożliwia pomiar sukcesu lub niepowodzenia programu promocji zdrowia. A z tym łączą się niezbędne dla pomiaru narzędzia (testy, wywiady, obserwacje, dokumentacje, kwestionariusze, ankiety, itp.), które odnoszą się do danych liczbowych oraz danych opisowych.

Trzy szczeble ewaluacji

Trzy szczeble ewaluacji tworzą kosekwentną, krok po kroku, drogę precyzowania pytań o istotę szkoły promującej zdrowie. W tym konkretnym wypadku trzy wymiary dotyczą

szacowania wartości działań szkoły promującej zdrowie.

Zanim trzy szczeble zostały wyeksponowane, łączyło się to m.in. z zakreśleniem granic podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem i jego promocją (np. odwołanie się do „mandali zdrowia”), czy powołaniem się na praktyczne założenia dotyczące promocji zdrowia (np. Karta Ottawska). Ważnym czynnikiem było odniesienie się do rodzajów danych (np. na podstawie własnych doświadczeń pracy ze szkołami promującymi zdrowie). To pozwoliło na stworzenie „mapy problemów” dla ewaluacji szkół promujących zdrowie, z której wynikają standardy, kryteria i wskaźniki. W dalszej fazie prac niezbędne jest zaproponowanie narzędzi badawczych do pomiaru zmian zachodzących w szkole promującej zdrowie. Zaproponowany poniżej schemat (rys. poniżej) zawiera 6 standardów, 12 kryteriów i 24 wskaźniki. Dla każdego standardu opracowane są po dwa kryteria a dla każdego kryterium po dwa wskaźniki.



Szkoła Promująca Zdrowia to szkoła, która:

1. Kreuje wizję szkoły promującej zdrowie.

1.1 Tworzy długofalową strategię szkoły

1.1.1. Czy szkoła posiada opracowaną strategię uwzględniającą promocję zdrowia?

1.1.2. Czy społeczność szkolna zna i akceptuje koncepcje szkoły promującej zdrowie?

1.2 Stosuje demokratyczne zasady

1.2.1. Czy w szkole funkcjonują struktury demokratyczne?

1.2.2. Czy społeczność szkoły współdecyduje o życiu szkoły?

2. Tworzy klimat sprzyjający zdrowiu.

2.1 Dbą o dobre samopoczucie społeczności szkolnej

2.1.1. Czy uczniowie czują się dobrze w szkole?

2.1.2. Czy nauczyciele mają satysfakcję ze swojej pracy?

2.2 Buduje konstruktywne relacje N-U-R

2.1.1. Czy w szkole są przestrzegane zasady konstruktywnej komunikacji?

2.1.2. Czy w szkole są dobre relacje N-U-R?

3. Współpracuje z lokalną społecznością.

3.1 Współdziała z placówkami oświatowymi.

3.1.1. Czy szkoła współpracuje z innymi szkołami?

3.1.2. Czy szkoła współpracuje z innymi placówkami oświatowymi?

3.2 Współpracuje z samorządem lokalnym i innymi instytucjami lokalnymi.

3.2.1. Czy szkoła współpracuje z samorządem lokalnym?

3.2.2. Czy szkoła współpracuje z innymi instytucjami lokalnymi?

4. Realizuje długofalowy program promocji zdrowia.

4.1 Realizuje aktualny plan działania szkoły

4.1.1. Czy szkoła posiada plan działania z zakresu promocji zdrowia?

4.1.2. Czy realizuje zadania zgodnie z planem?

4.2 Dokonuje monitorowania i ewaluacji programu.

4.2.1. Czy działania z zakresu promocji zdrowia są dokumentowane?

4.2.2. Czy szkoła dokonuje ewaluacji programu?

5. Kształtuje postawy prozdrowotne.

5.1 Doskonali umiejętności życiowe uczniów

5.1.1. Czy szkoła realizuje programy doskonalące umiejętności życiowe uczniów?

5.1.2. Czy uczniowie podejmują zachowania prozdrowotne?

5.2 Podnosi kompetencje zawodowe nauczycieli i kompetencje wychowawcze rodziców

5.2.1. Czy nauczyciele podnoszą kompetencje zawodowe?

5.2.2. Czy szkoła stwarza możliwości do podnoszenia kompetencji wychowawczych rodziców?

6. Rozwija bazę materialną i środowisko fizyczne.

6.1 Zapewnia bezpieczeństwo i higieniczne warunki pracy

6.1.1. Czy szkoła zapewnia bezpieczeństwo uczniów i pracowników szkoły?

6.1.2. Czy w szkole istnieją higieniczne warunki pracy?

6.2 Modernizuje i rozbudowuje

6.2.1. Czy szkoła rozwija bazę materialną?

6.2.2. Czy szkoła dba estetykę i środowisko ekologiczne?

1. Aby wiedzieć, czy jakieś działanie ma sens, muszą być ustalone kryteria dla tego działania PRÖMOTOR kryteria	9. Ważne jest jak ludzie się czują, a nie jakieś kryteria PRÖMOTOR kryteria
2. Kryteria to jedno, a ustalenie po co te kryteria i jaki mają mieć sens, to drugie PRÖMOTOR kryteria	10. Żeby mówić o kryteriach, najpierw taka dziedzina musi być uznana PRÖMOTOR kryteria
3. Ludzi nie interesują żadne kryteria, oni chcą mieć poczucie, że programy promocji zdrowia coś im dają PRÖMOTOR kryteria	11. Kryteria, to tylko przykrywka dla nieudaczników organizacyjnych PRÖMOTOR kryteria
4. Kryteriami niech zajmują się urzędnicy, natomiast prawdziwi promotorzy zdrowia mają się zajmować zdrowiem PRÖMOTOR kryteria	12. Jeśli program jest dobry, to i tak ludzie go docenią PRÖMOTOR kryteria
5. Tam gdzie są publiczne pieniądze, powinny być jasne zasady ich wydawania, a tu kryteria bardzo pomagają PRÖMOTOR kryteria	13. Czy program jest po to, żeby spełniać kryterium, czy też po to, aby ludzie byli zdrowsi i szczęśliwsi? PRÖMOTOR kryteria
6. To jest po to, aby wiedzieć, czy i dla czego coś nam wychodzi, a coś nie PRÖMOTOR kryteria	14. Nie widzę żadnego związku między kryteriami, a porządnie zrealizowanym programem PRÖMOTOR kryteria
7. Nie wszystkich powinny interesować kryteria i wskaźniki PRÖMOTOR kryteria	15. Czasami wydaje nam się, że robimy dobrze, a później w związku z brakiem drogowskazów okazuje się inaczej PRÖMOTOR kryteria
8. Nic obecnie w oficjalnej działalności nie obejdzie się bez celów, kryteriów, wskaźników, mają być dowody PRÖMOTOR kryteria	16. Jeśli kryteria są zbyt ogólne, to niewiele pomogą, muszą być konkretne PRÖMOTOR kryteria

Gra w karty

PRŌMOTOR

globalizacja

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