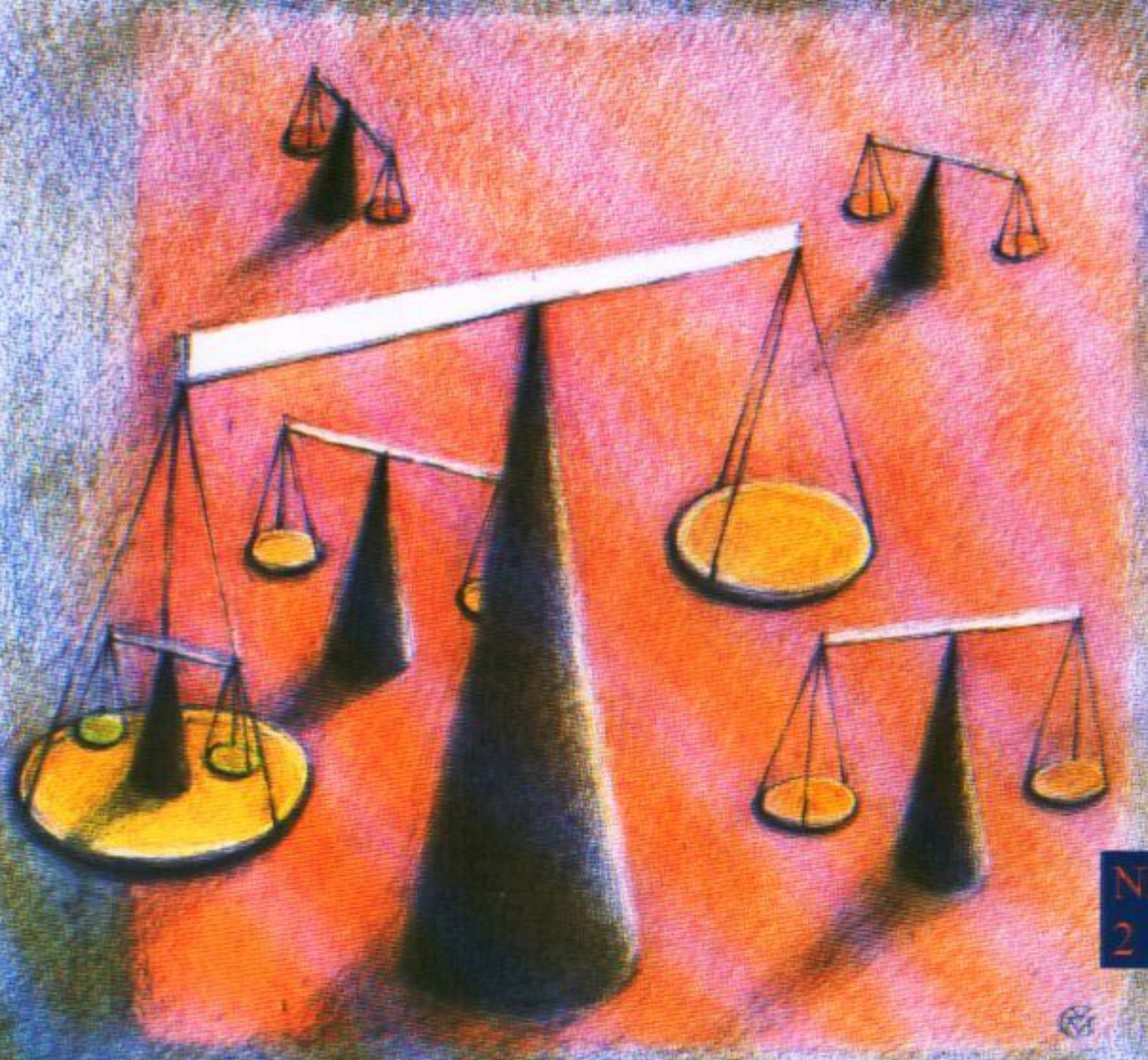
Nr ISSN 1641-4497

PROMOTOR ZDROWIA



NR 4 (30)
2 0 0 2

EWALUACJA

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Praktyka ewaluacyjna obejmuje
systematyczne zbieranie informacji
o przebiegu, właściwościach
i wynikach programów,
o personelu i o dorobku,
który może być wykorzystany
przez kompetentnych ludzi do
podniesienia skuteczności działania
oraz podjęcia decyzji o tym,
czego dotyczą te programy i na co wpływają.

M.Q. Patton

Kwartalnik adresowany jest do organizatorów promocji zdrowia
w Województwie Dolnośląskim i redagowany jest przez
Biuro Promocji Zdrowia Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych
we współpracy z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia
i Podyplomowym Studium Promocji Zdrowia przy Akademii Wychowania Fizycznego
we Wrocławiu.

Kolegium redakcyjne:
Lesław Kulmatycki, Barbara Misińska, Renata Niemierowska, Władysław Sidorowicz
Współpraca: Jolanta Dolata, Robert Grudniewski, Danuta Siwik
Opracowanie graficzne: MC-K, Druk: Studio Profesjonalnej Poligrafii EUROPRINT S.A.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

Adres Redakcji:
"Promotor Zdrowia", Biuro Promocji Zdrowia DRKCh,
50-525 Wrocław, ul Joannitów 6,
tel: (071) 37 47 275, 37 47 290, fax: 37 47 301, e-mail: promocja@kasa-chorych.wro.pl

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Zamykając

ostatni numer PROMOTORA ZDROWIA, wydawanego przez Biuro Promocji Zdrowia DRKCh, chcielibyśmy podzielić się z Państwem kilkoma refleksjami, dotyczącymi pracy naszego Biura, a przedstawionymi w formie krótkiego, ewaluacyjnego opisu efektów naszej działalności, w okresie ostatnich dwóch lat.

Mamy nadzieję, że środowiskowe podejście do problemów promocji zdrowia, które przyświecało realizacji celów i zadań realizowanych przez zespół Biura PZ przyczyniło się do ukazania wielu twórcom i realizatorom programów promocji zdrowia w naszym Regionie, iż jednym z najcenniejszych obszarów życia społecznego jest współpraca różnych instytucji: od państwowych i rządowych po organizacje społeczne; od ludzi skupionych wokół pewnej jasno sformułowanej idei po urzędników, rozumiejących wagę lokalnych rozwiązań.

Nasz ostatni, wydawany w obecnym kształcie numer, poświęcamy problemom ewaluacji, która często wydaje się być rozumiana jako rodzaj uciążliwej i wzbudzającej obawy "dodatkowej" pracy, która wymaga od realizatorów programów promocji zdrowia dodatkowych nakładów energii. O tym, że tak wcale być nie musi, a także o tym, czym w istocie jest ewaluacja mogą się Państwo przekonać, czytając nasz "ewaluacyjny" numer.

Renata Niemierowska - redaktor

W numerze:

Od redakcji — strona 1

Temat wiodący

Ewaluacja procesu — strona 3
Programy profilaktyki chorób i promocji zdrowia w 2001 w DRKCh

Jak szacować wartość programów promocji zdrowia — strona 12

Co to jest ewaluacja? — strona 13
Dlaczego dokunujemy ewaluacji? — strona 14
Etapy ewaluacji — strona 14
Rodzaje ewaluacji — strona 16
Co ewaluować? — strona 16
Jak wybierać strategie ewaluacyjne? — strona 16
Co jest ważne, a co pominąć podczas ewaluacji — strona 20
Jak przeprowadzać ewaluację? — strona 20
Formularz informacji obiektywnych o szkole.. — strona 22
Formularz informacji subiektywnych o pracy.. — strona 23

Prezentacje

Światowy dzień rzucania palenia — strona 24

„Tydzień dla zdrowia" w Publicznej Szkole Podstawowej w Goczałkowie koło Strzegomia — strona 26

Ku Europie

Światowy wymiar nikotynizmu w Warszawie — strona 28

V Światowa Konferencja Promocji Zdrowia w Mexico City — strona 30

Gra w karty

"Zdrowie Kobiety" — strona 32

Autorzy:

Ewa Jaruzelska
Robert Grudniewski
Lesław Kulmatycki
Grażyna Lachowska
Renata Niemierowska
Władysław Sidorowicz

J

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Warto, Dobra

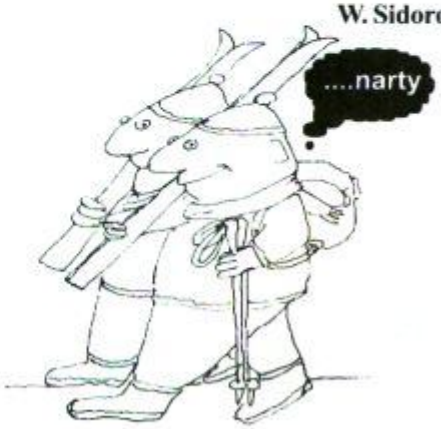
czy nie warto? - oto jest pytanie. W pewnych sytuacjach interwencji profilaktycznych, czy edukacyjnych, pytanie wydaje się zupełnie bezsensowne. No bo jak można się zastanawiać, czy wiedza kogoś na temat sposobów zarażenia się wirusem HIV może nie wpływać na jego zachowania. Każdy zdroworozsądkowy człowiek będzie brał to uwagę. Ale znowu zastanawianie się na tym, czy jest to odpowiednia wiedza i właściwie przekazana, ma sens. Świat jest tak urządzony, ze tam, gdzie w rachubę wchodzą pieniądze, to należy się z nich rozliczać. Dotyczy to również promocji zdrowia. Warto to przypomnieć przy okazji tego numeru, że idea promocji zdrowia rodziła się m.in. z tego powodu. Otóż jest sprawa „opłacalności" tego rodzaju interwencji. Tańsza jest wiedza niż operacja, ekonomiczniejsza jest uchwała o obowiązkowym zapinaniu pasów w samochodach niż rehabilitacja urazów kręgosłupa. To jest oczywiste. Jednak oczywiste nie jest to, że wydawanie publicznych pieniędzy na badania, konsultacje czy materiały informacyjne, musi być nie tylko rozliczone cyfrowo, ale też rozliczone z sensem. Sens ma nadać prawidłowo przeprowadzana ewaluacja. O tym nie najłatwiejszym wymiarze promocji zdrowia piszemy w tym, w pewnym sensie i dla "Promotora" ewaluacyjnym numerze.

Zdaję sobie bowiem sprawę, że ów 30-ty numer wychodzi w przededniu likwidacji kas chorych, toteż pozwalam sobie tą drogą podziękować wielu dotychczasowym współpracownikom za ich wkład pracy.

L. Kulmatycki

komunikacja jest bardzo potrzebna przy budowaniu wspólnot. Dlatego nie lubię makaronizmów, zwłaszcza, gdy mają one tworzyć bariery dla profanów. Termin „ewaluacja" ma już jednak samodzielny żywot, więc nolens volens zostańmy " w tym temacie". Ocena programów zdrowotnych nastręcza dużych problemów metodologicznych, zwłaszcza przy promocji zdrowia. Formowanie zdrowego stylu życia u młodego człowieka może przynieść efekty zdrowotne w odległej przyszłości. Szuka się metod pośrednich - dba się o kwalifikację wykonujących, ocenia się poprzez udział jakość procesu edukacyjnego, sprawdza się wiadomości wyniesione z programu, etc. Mimo tych trudności coraz bardziej zdecydowanie od wykonawców świadczeń oczekuje się wskazania sposobu, w jaki chcą oni oceniać stopień osiągnięcia zakładanego celu. Standardem staje się uwzględnianie w kosztach programu kosztów procesu ewaluacji, uznając około 15 % ich udziału w całości. Poprzez porównanie dwóch zbiorów- np. uczestniczek programu samobadania piersi, trafiających do leczenia chirurgicznego, z innymi kobietami trafiającymi do tegoż leczenia, można wysnuć bardzo pozytywne wnioski co do wagi uczenia kobiet odpowiedzialności za swe zdrowie, dla ograniczenia skutków choroby nowotworowej. Po okresie, w którym zakładano, iż kaganek oświaty przełoży się na zachowania, coraz ważniejsze jest jednak szukanie obiektywizujących te założenia metodologii.

W. Sidorowicz



You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Niniejszy, przełomowy numer „Promotora Zdrowia"
pragniemy dedykować naszym współpracownikom:
Joannie Mały, Honoracie Stachowicz i Tomaszowi Augustynowi,
którzy do wakacji b.r. odpowiadali za promocję zdrowia
w poszczególnych oddziałach DRKCh.
To m.in. dzięki Nim, ich kompetencji i kreatywności,
szereg przedsięwzięć i programów promocji zdrowia
na Dolnym Śląsku mogło zaistnieć.
Niniejszą drogą,
w imieniu pozostałego zespołu promocji zdrowia oraz Redakcji
dziękuję Im serdecznie.

Lesław Kulmatycki

PROGRAMY PROFILAKTYKI CHORÓB I PROMOCJI ZDROWIA W 2001 W DRKCh EWALUACJA PROCESU

Oprac. Ewa Jaruzelska, Robert Grudniewski, Grażyna Lachowska

W związku z zakończeniem trzyletniego etapu kontraktowania programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych, oraz likwidacją kas chorych, prezentujemy materiał, będący próbą podsumowania realizacji zadań DRKCh z zakresu promocji zdrowia w roku 2001. Niniejsze opracowanie nazywamy ewaluacja procesu, gdyż odnosimy się tylko do niektórych zmian powstałych w wyniku interwencji. Próba odniesienia się do celów wymaga znacznie dłuższej perspektywy czasowej. W sytuacji pracy kasy chorych, należałoby brać pod uwagę okres 10 lat. W "Planie działania 2000-2005" (L. Kulmatycki, B. Misińska, Plan Działania 2000-2005, promocja zdrowia w województwie dolnośląskim, DRKCh, Wrocław 1999) zakładaliśmy, że nastąpi to w roku 2005. Wówczas byłoby możliwe przedstawienie ewaluacji realizowanych programów za okres 4 lat. W związku z zaistniałą sytuacją oraz zwolnieniem koordynatorów d.s. promocji zdrowia, pracujących w oddziałach Kasy, decydujemy się na prezentację niepełnego materiału. Opracowany on został na podstawie ostatniego "Raportu 2001" (Raport 2001, profilaktyka chorób i promocji zdrowia w województwie dolnośląskim, DRKCh, Wrocław, 2002).

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

DRKCh promocja zdrowia

Rok 2001 był w działalności Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych drugim i najbogatszym rokiem pod względem ilości i wartości kontraktowanych programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Zespół monitorujący programy, działający w ramach Biura Promocji Zdrowia, był w tym roku najliczniejszy i składał się wraz z trzema koordynatorami regionalnymi z 8 osób. Dzięki współpracy z koordynatorami regionalnymi został osiągnięty dobry poziom współpracy z samorządami lokalnymi we współfinansowaniu programów, oraz rozwinął się znacznie poziom współpracy z realizatorami programów.

Prezentujemy poniżej częściową ewaluację procesu realizacji programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia, na przykładzie 2001 r., opracowaną na podstawie danych zawartych w kartach ewaluacyjnych, dostarczonych przez świadczeniodawców po zakończeniu programów. Poniższa tabela ilustruje najbardziej ogólne dane o programach.

Rok	2000	2001	2002
Ilośćprogramów zgłoszonych w konkursie	140	164	131
Ilość programów realizowanych ze środków DRKCh	93	125	79
Ilość programów kontynuowanych z roku poprzedniego	0	44	37
Środki DRKCH przewidziane na realizację programów	1420 tys zł	1927 tys zł.	1286 tys zł.
Środki DRKCH wydane na realizację programów	1218 tys.	1701 tys. zł.	613tys.zł.*
Środki przeznaczone przez DRKCH na profilaktykę chorób i promocję zdrowia w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego	0,57 zł.	0,72 zł.	0,48 zł.

* do III kw. 2002

Ilość i wartość zakontraktowanych programów w latach 2000-2002

Na przestrzeni trzech lat w poszczególnych konkursach programy były kontraktowane w ramach wyznaczonych obszarów zdrowotnych. Zasadnicze obszary nie zmieniały się (profilaktyka chorób układu krążenia, profilaktyka chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju, promocja zdrowia psychicznego, profilaktyka uzależnień i AIDS), niektóre zostały zredukowane (np. profilaktyka chorób małego dziecka jest częścią profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla dzieci i młodzieży), a niektóre pojawiły się dopiero w 2001 i 2002 r. Zmiany te wynikały z różnic w wysokości budżetu oraz zapotrzebowania i zainteresowania oferentów daną dziedziną. Wartości zerowe* w poniższych tabelach ilustrują te zmiany

Obszar zdrowotny	Ilość programów		
Rok	2000	2001	2002
Profilaktyka chorób i promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży	21	29	0
Profilaktyka chorób małego dziecka	0*	0*	7
Profilaktyka chorób układu krążenia	14	24	15
Profilaktyka chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju	23	24	30
Promocja zdrowia psychicznego i poczucia bezpieczeństwa	6	10	8
Promocja pozytywnych wzorców rodzinnych i integracja wspólnot lokalnych	4	5	0*
Profilaktyka uzależnień i AIDS	16	18	13
Profilaktyka cukrzycy	6	9	0*
Profilaktyka chorób reumatycznych	3	6	0*
Profilaktyka POChP	0*	0*	6
Razem	93	125	79

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Obszar zdrowotny	Wartość programów zrealizowanych		zakontraktowanych
Rok	2000	2001	2002
Profilaktyka chorób i promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży	318 455	376247	0*
Profilaktyka chorób małego dziecka	0*	0*	98 940
Profilaktyka chorób układu krążenia	185 445	301666	191 260
Profilaktyka chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju	361 476	493382	629 015
Promocja zdrowia psychicznego i poczucia bezpieczeństwa	81 516	100871	93 350
Promocja pozytywnych wzorców rodzinnych i integracja wspólnot lokalnych	46 420	78368	0*
Profilaktyka uzależnień i AIDS	170 534	156865	168 495
Profilaktyka cukrzycy	36 950	87543	0*
Profilaktyka chorób reumatycznych	16 947	106174	0*
Profilaktyka POChP	0*	0*	105 110
razem	1 217 743	1701117	1286170

Ogólne wyniki konkursu 2001

Do konkursu zgłoszono 164 oferty, na łączną kwotę 13.915.365 zł. W porównaniu do roku 2000 (140 programów na sumę 12 mln zł.), zarówno ilość programów, jak i zapotrzebowanie na środki wzrosło.

W ocenie merytorycznej (ocena złożonego programu) średnia uzyskanych punktów w roku 2001 wynosiła 18,9 (w 2000 r. wynosiła 17,9), przy czym najwyższe oceny otrzymały programy zgłoszone przez świadczeniodawców z miasta Wrocławia (19,6), a najniższe z obszaru byłego woj. wrocławskiego (15,8).

DRKCh w wyniku negocjacji z oferentami podpisała 129 umów na realizację programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia, na sumę 1 926 806 tys. zł. Realizowanych było natomiast 125 programów na kwotę 1.701.117 zł. Czterech świadczeniodawców zrezygnowało z realizacji programu.

DRKCh przeznaczyła na świadczenia z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia średnio 0,72 zł. na jednego ubezpieczonego. Na różnym poziomie kształtuje się ilość środków przeznaczona na jednego ubezpieczonego w poszczególnych regionach, i tak np. w regionie wrocławskim wynosi ona 0,80 złotych, w regionie wałbrzyskim 0,47 zł., w regionie jeleniogórskim 0,65 zł., natomiast w regionie legnickim 0,57 zł. Taki stan rzeczy jest obrazem zarówno ilości, jak też jakości zgłoszonych do konkursu ofert.

Koszty poszczególnych świadczeń w ramach programów w 2001 r.

W ramach programów finansowano następujące rodzaje świadczeń: badania diagnostyczne, badania laboratoryjne, konsultacje, ankiety, zajęcia edukacyjne oraz organizację kampanii zdrowotnej, koordynację programu, zakup materiałów informacyjnych, materiałów do badań diagnostyczno-laboratoryjnych.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Badania diagnostyczne

Na wykonanie 47.982 badań diagnostycznych wydano 596.762,6 zł.
Największą ilość badań diagnostycznych wykonano w ramach realizacji programów z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych oraz profilaktyki chorób układu krążenia. Do najczęściej wykonywanych badań diagnostycznych należały badania mammograficzne. Z funduszy DRKCh na terenie woj. dolnośląskiego wykonano ich 2.803, na kwotę 147.872 zł. Średni koszt mammografii wyniósł 53 zł. Wykonano również znaczną ilość wymazów cytologicznych - 4.746 , na kwotę 40.045 zł. oraz 700 badań w kierunku zdiagnozowania raka prostaty, na sumę 2.100 zł. W programach z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia najwięcej badań to EKG -2.612 badań za 18.050 zł., USG serca - 406 badań na kwotę 27.400, oraz pomiar RR - 14.718 badań, na sumę 18.592 zł. W programach profilaktyki chorób i promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży najwięcej badań stanowiły badania wzroku oraz słuchu. Łącznie wykonano 2.680 badań, na kwotę 40.995 zł. W programach z zakresu profilaktyki cukrzycy przeprowadzono 2135 badań poziomu cukru, na łączną kwotę 7.259 zł.

Badania laboratoryjne

Na badania laboratoryjne realizatorzy programów przeznaczyli kwotę 108.096 zł.
Najwięcej badań laboratoryjnych wykonali realizatorzy programów w dwóch obszarach zdrowotnych: profilaktyce chorób układu krążenia, na sumę 52.169 zł. oraz profilaktyce chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju, na sumę 24.654 zł.

Konsultacje

W trakcie realizacji programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia udzielono 23.856 konsultacji. Średni koszt konsultacji na terenie woj. dolnośląskiego wyniósł 18,2 zł.
Najwięcej konsultacji udzielono w programach profilaktyki chorób układu krążenia - 11.283, wykonanych na kwotę 56.411,5 zł. Na drugim miejscu uplasowały się programy z obszarów zdrowotnych: profilaktyka chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju - 4.622 konsultacji, oraz profilaktyka cukrzycy - 4.268. Najczęściej udzielanymi konsultacjami były konsultacje kardiologiczne, onkologiczne, pulmunologiczne, ortopedyczne i pediatryczne.

Ilość konsultacji udzielonych w ramach realizowanych programów

Obszar zdrowotny	WB	JG	LE	WR
Profilaktyka chorób i promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży	100	878	141	1.370
Profilaktyka chorób układu krążenia	193	0	0	11.183
Profilaktyka chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju	599	0	954	3.069
Promocja zdrowia psychicznego i poczucia bezpieczeństwa	260	515	0	56
Promocja pozytywnych wzorców rodzinnych i integracja wspólnot lokalnych	0	0	300	391
Profilaktyka uzależnień i AIDS	0	29	600	616
Profilaktyka cukrzycy	94	3844	80	250
Profilaktyka chorób reumatycznych	0	1000	0	224

Edukacja

Edukację prozdrowotna ma celu kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych, oraz preferowanie zdrowego trybu życia. Do działań edukacyjnych zaliczone zostały: wykłady, warsztaty, pogadanki oraz prezentacje. W ramach programów przeprowadzono14.180 godzin zajęć edukacyjnych, na kwotę 350.599 zł.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Kampania zdrowotna

Kampania zdrowotna obejmuje takie działania, jak: akcja informacyjna w prasie, radio i telewizji oraz organizacja festynów o tematyce zdrowotnej. Środki z budżetu DRKCH przeznaczone na te sposoby interwencji wyniosły 46.045,5 zł. Koszty kampanii zdrowotnej w regionie wrocławski i wałbrzyskim były kilkukrotnie wyższe od kosztów w regionach legnickim i jeleniogórskim, przy czym ilość programów realizowanych w regionie wałbrzyskim była trzykrotnie niższa od ilości programów w regionie wrocławskim.

Koordynacja

Koordynacja programu obejmuje pracę organizacyjną i sprawozdawczą, a także rozliczeniową. Wymaga kontaktów ze współpracownikami i instytucjami zewnętrznymi. Niektórzy świadczeniodawcy włączali wartość tej pracy w koszty własne. Kasa Chorych wydała na 4.452 godziny koordynacji programów 93.490,67 zł.

Materiały informacyjne

Do większości programów przygotowano materiały informacyjne typu broszury, ulotki, plakaty. W sumie wydrukowano 104.899 sztuk tego typu materiałów na łączną kwotę 120.467,64 zł.

Uczestnicy programów

W programach promocji zdrowia i profilaktyki chorób w 2001 roku uczestniczyło ogółem 208.227 osób. Środki przeznaczone przez DRKCh na jednego uczestnika programu średnio wyniosły 9 zł. Przedstawiamy tabelę z podaniem ilości uczestników, w rozbiciu na obszary zdrowotne i regiony:

Obszar zdrowotny	WR	J.G.	LE	WB
Profilaktyka chorób i promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży	8.428	3.159	10.642	6.960
Profilaktyka chorób układu krążenia	12.014	1.007	3.387	3.270
Profilaktyka chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju	11.556	19.332	6.497	10.865
Promocja zdrowia psychicznego i poczucia bezpieczeństwa	1.930	30.000	453	908
Promocja pozytywnych wzorców rodzinnych i integracja wspólnot lokalnych	464	0	40.000	0
Profilaktyka uzależnień i AIDS	10.200	10.275	5.320	680
Profilaktyka cukrzycy	8.847	0	0	1261
Profilaktyka chorób reumatycznych	579	1000	0	200

Wykorzystanie środków przeznaczonych na realizację programów

Nie wszystkie środki zarezerwowane w budżecie Kasy zostały wykorzystane. Przyczyną niewykorzystania środków były trudności w rekrutacji uczestników, braki w organizacji programu, inne przyczyny wewnętrzne placówek opieki zdrowotnej.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Współpraca w realizacji programów z innymi instytucjami

Ze względu na szczupłość środków, jak również preferowany przez Biuro Promocji Zdrowia środowiskowy model realizacji programów promocji zdrowia, istotną rolę przy ocenie biorących udział w konkursie programów odgrywało nawiązanie przez realizatorów współpracy organizacyjnej, finansowej, czy też doradczej z organizacjami oraz instytucjami samorządowymi.

Ilość programów realizowanych przy współpracy merytorycznej i organizacyjnej w poszczególnych obszarach zdrowotnych

Obszar zdrowotny	Współpraca merytoryczna	Współpraca organizacyjna
Profilaktyka chorób i promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży	17	23
Profilaktyka chorób układu krążenia	15	19
Profilaktyka chorób nowotworowych we wczesnych fazach rozwoju	26	33
Promocja zdrowia psychicznego i poczucia bezpieczeństwa	8	10
Promocja pozytywnych wzorców rodzinnych i integracja wspólnot lokalnych	2	5
Profilaktyka uzależnień i AIDS	21	18
Profilaktyka cukrzycy	8	10
Profilaktyka chorób reumatycznych	4	5

Ilość programów realizowanych przy współpracy finansowej z wyszczególnieniem typów instytucji współfinansujących.

	Współpraca Finansowa				
Region	Świadczeniodawcy	Samorządy lokalne	MZ	Firmy farmaceutyczne	Inni sponsorzy
Legnicki	18	7	0	2	9
Wałbrzyski	13	8	3	4	6
Wrocławski	39	17	4	14	16
Jeleniogórski	4	2	0	2	4

Wynikiem podjęcia strategii środowiskowej w finansowaniu programów było zgromadzenie przez realizatorów programów kwoty 1.457.370,3 zł. z innych źródeł niż DRKCH. Zgromadzenie tak znacznej kwoty świadczy o tym, że Kasa Chorych jest postrzegana jako gwarant jakości realizowanych projektów.

Współudział podmiotów w finansowaniu programów

Region	Koszty programów	Udział DRKCh	Udział innych
Legnicki	629.778,14	273.716	356.062,14
Wrocławski	1.303.595	738.240,84	555.355,16
Jeleniogórski	402.965,6	302.964,58	100.001,02
Wałbrzyski	770.927	324.975	445.952

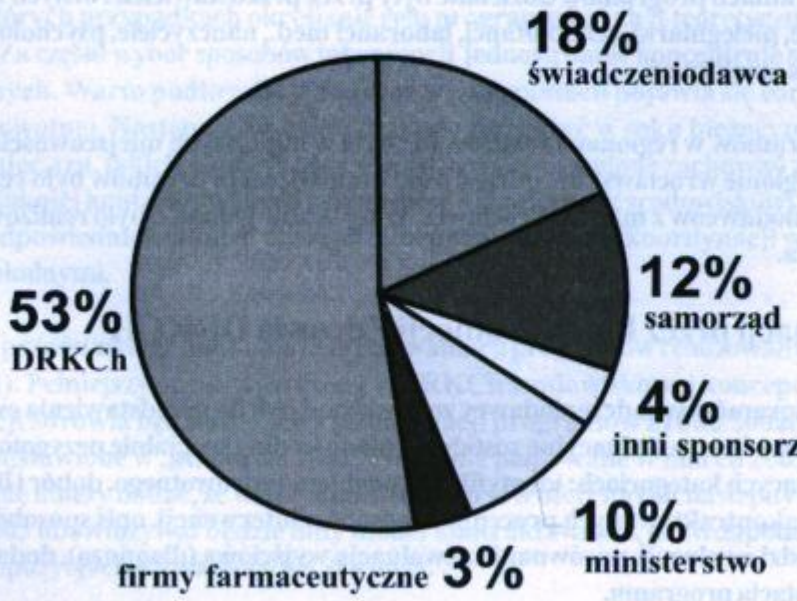
You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Na uwagę zasługuje fakt, że programy z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia zakontraktowane przez DRKCh z regionu wałbrzyskiego i legnickiego zgromadziły dodatkową pulę środków, większą nawet niż kwoty przyznane przez Kasę.
Na podstawie nadesłanych ewaluacji, przy realizacji programów najczęściej wymieniano udział następujących instytucji:

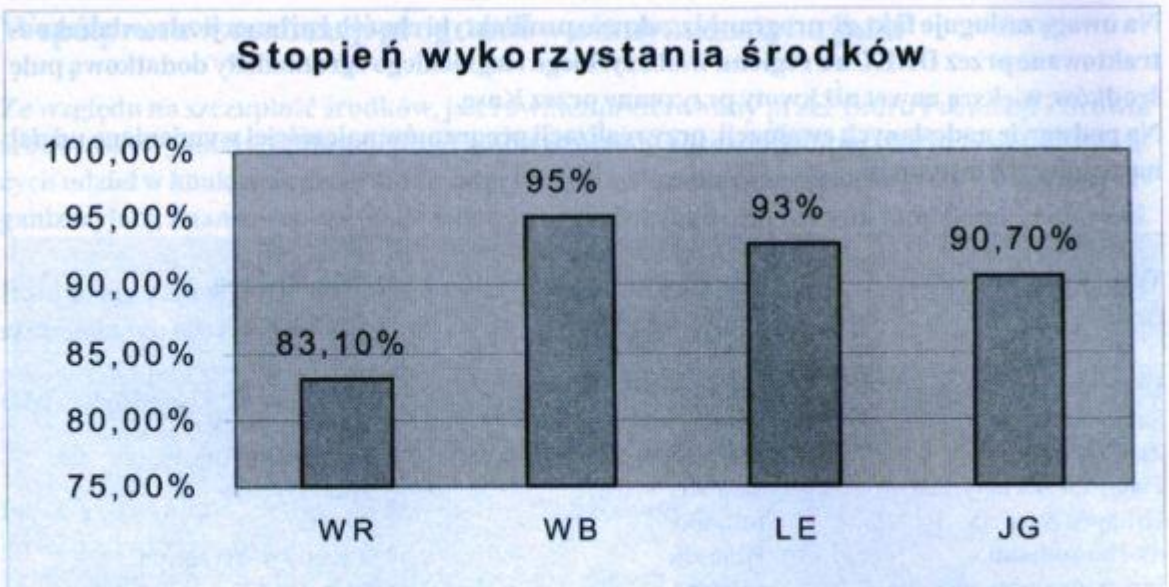
Współpraca finansowa	Współpraca organizacyjna	Współpraca doradcza
Urzędy miast i gmin	Samorządy	Szkoły wyższe
Samorządy	Urzędy miast i gmin	Zakłady pracy
Zakłady pracy	Stowarzyszenia	Ośrodki kultury
Firmy farmaceutyczne	Media	Nauczyciele
Krajowa Agencja ds. Narkomanii	Instytuty	Media
Indywidualni sponsorzy	Fundacje	Urzędy miast i gmin
	Lekarze	Samorządy
	Szkoły	Lekarze
	Zakłady pracy	Policja
	Firmy farmaceutyczne	Instytuty
	Krajowa Agencja ds.Narkomanii	

Proporcje współfinansowania przez różne podmioty

Z prezentowanych poniżej proporcji finansowania programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia bardzo jasno wynika, że niezbędna jest współpraca z innymi sektorami, że niezbędne jest szkolenie przedstawicieli samorządów lokalnych, że konieczne jest wskazywanie na współodpowiedzialność i dzielenie się ewentualnymi sukcesami, czy porażkami. Warto też zwrócić uwagę na stopień wykorzystania środków przez świadczeniodawców (patrz tabela na stronie 10)



You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)



Typy realizatorów programów i miejsce realizacji

125 programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia było realizowanych przez następujące typy świadczeniodawców:

Typ placówki	Ilość programów
placówki poz (NZOZ , SPZOZ)	45 programów
poradnie specjalistyczne	31 programów
szpitale	15 programów
lekarze rodzinni	8 programów
praktyki pielęgniarskie	11 programów
inne (np. działalność gosp. praktyki psychologiczne)	5 programów

Świadczenia w ramach programów udzielane były przez przedstawicieli różnych zawodów, takich jak: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, laboranci med., nauczyciele, psycholodzy, pedagodzy, terapeuci ds. uzależnień.

Większość programów w regionach realizowana była w mniejszych miejscowościach. Inna sytuacja była w regionie wrocławskim, gdzie dwukrotnie więcej programów było realizowanych przez świadczeniodawców z miasta Wrocławia. W tej liczbie jednak 6 było realizowanych poza granicami miasta.

Ocena ewaluacji przez Biuro Promocji Zdrowia DRKCH

Po realizacji programów świadczeniodawcy zobowiązani byli do przedstawienia ewaluacji programów. Nadesłane karty ewaluacyjne zostały ocenione według specjalnie przygotowanej punktacji, w następujących kategoriach: identyfikacja problemu zdrowotnego, dobór i liczba adresatów, realizacja zakontraktowanych procedur i sposobów interwencji, opis sposobów interwencji, wybór narzędzi ewaluacji, porównanie z ewaluacją wyjściową (diagnozą), dodatkowe informacje, dokumentacja programu.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Aby ewaluacja została uznana za pełną, musiała uzyskać 37-46 punktów, ewaluacja poprawna 23-36 punktów, ewaluacja częściowa 8-22 punktów, oraz ewaluacja niepełna lub jej brak 0-7 punktów.

Ocena ewaluacji w podziale na regiony

Region	Ilość programów z ewaluacją			
	pełną	poprawną	częściową	niepełną
Legnicki	2	16	1	0
Wałbrzyski	4	14	2	0
Jeleniogórski	3	8	11	0
Wrocławski	4	20	31	0

Najwięcej problemów realizatorom programów sprawiało porównanie ewaluacji końcowej z ewaluacją wyjściową. W 52% programów nie przeprowadzono tego porównania. Pewną trudność sprawiało zastosowanie obiektywnych narzędzi ewaluacji. Wprawdzie jedynie w 4% programów wykazano ich brak, jednak średnia ocena uzyskana przez realizatorów pozostałych programów w tym punkcie była stosunkowo niska. Średnia ocena to 2,5 punktu, przy możliwych 6 punktach. Najmniej problemów mieli świadczeniodawcy z określeniem problemu zdrowotnego. Średnia ocena uzyskana w tym obszarze wynosi 4,3 punktu przy możliwych 6 punktach. 35% nadesłanych ewaluacji uzyskało najwyższą ocenę, świadczącą o tym, że problem zdrowotny został uwzględniony dokładnie.

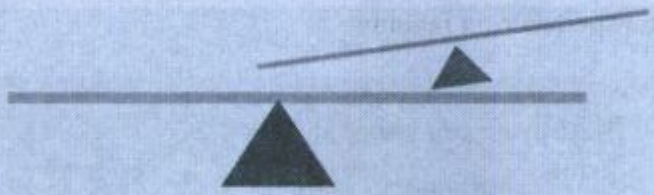
Z analizy przedstawionych w konkursie formularzy ofertowych oraz kart ewaluacyjnych po zakończeniu programu wynika, że duża część realizatorów ma trudność z właściwym przygotowaniem oceny potrzeb zdrowotnych lokalnego środowiska (diagnozy), oraz z wyborem sposobów oceny skuteczności programu, czyli osiągnięcia wyznaczonego sobie celu (ewaluacja końcowa). Jest to związane z brakiem wiedzy na temat specyfiki programów z zakresu promocji zdrowia, jak również z brakiem doświadczenia w ich realizacji w środowisku lokalnym. Z naszej analizy wynika, że nie zawsze sposób rekrutacji uczestników jest właściwy. W programach gdzie wybór uczestników jest bardziej precyzyjny, działania osiągają większą skuteczność. Wydaje się, że w niektórych przypadkach określanie celu programu jest zbyt teoretyczne i badzo często „na wyrost". Za często wybór sposobów interwencji jednostronnie koncentruje się na badaniach diagnostycznych. Warto podkreslić jednak, że w programach pojawia się coraz więcej zajęć edukacji zdrowotnej. Następuje również, co da się zauważyć w roku bieżącym, lepszy wybór formy tych zajęć, tzn. takich, które skuteczniej wpływają na zmianę zachowań zdrowotnych. Podnoszenie jakości kontraktowanych programów o charakterze środowiskowym wymagałoby organizacji odpowiednich szkoleń dla realizatorów, oraz lepszej koordynacji współpracy z samorządami lokalnymi.

Reasumując, przedstawione dane oparte są na ewaluacji programów realizowanych w roku 2001 (Raport 2001). Pełniejszy obraz wdrożonej w DRKCh środowiskowej koncepcji realizacji zadań z promocji zdrowia będzie możliwy po ewaluacji programów z roku 2002, co szczegółowo zostanie przedstawione w „Raporcie 2002" (wydanie planowane w marcu 2003 r.).
Na zakończenie należy dodać, że wstrzymanie konkursów ofert na rok nastepny wskazuje na to, że od roku 2003 obowiązywał będzie inny model kontraktowania, prawdopodobnie oparty na gotowych propozycjach z Ministerstwa Zdrowia.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Lesław Kulmatycki

Jak szacować wartość programów promocji zdrowia?



Sam termin pochodzi z jęz. francuskiego i angielskiego - "evaluation' - co oznacza "szacowanie wartości", "sprawdzanie efektów" lub też "określanie przydatności"

ewaluacja

Z perspektywy kilkunastoletniej praktycznej pracy wokół realizacji programów promocji zdrowia, mogę powiedzieć, że szczególnie dwa obszary nastręczają realizatorom programów duże trudności. Pierwszy dotyczy kosztorysu, drugi - ewaluacji. O tym, czym jest ewaluacja w promocji zdrowia, chciałbym obszerniej napisać w tym artykule.

Ewaluacja, cóż to takiego? Bardzo często wykonawcy i realizatorzy programów profilaktyki i promocji zdrowia stają przed tą barierą, która wydaje się im nie do pokonania. Często też obawiają się jej, że jest trudna i pełna niezrozumiałych zawiłości i naukowości. Owszem, może być i taka, ale każdy z nas, jeśli wie co robi i wie dlaczego to robi, to jest również w stanie dokonać ewaluacji swej pracy.

Słowo "ewaluacja" zagościło w naszej terminologii od niedawna, za sprawą m.in. rozwoju nauk o promocji zdrowia. Sam termin pochodzi z jęz. francuskiego i angielskiego - "evaluation' - co oznacza "szacowanie wartości", "sprawdzanie efektów" lub też "określanie przydatności". Najczęściej w odniesieniu do ewaluacji w naszym języku stosuje się termin "ocena". Jest on jednak zbyt wąski i nie ujmuje zjawiska w swym złożonym procesie.

Niniejszy artykuł poświęcony jest ewaluacji w odniesieniu do pracy promotora zdrowia. Spróbuję usystematyzować szereg pojęć i zagadnień, z którymi zetknąłem się w pracy praktycznej. Każdy z nas, zajmujący się promocją zdrowia, świadomy jest etapów, które należy zaplanować. Identyfikuję problem, planuję strategię działania, wdrażam program i na końcu pytam, czy to było coś warte i czy miało wpływ na problem. W telegraficznym skrócie tak wyglądają etapy każdego programu promocji

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

zdrowia. Dlatego żadnego z wymienionych tu etapów nie może zabraknąć. Każdy jest ważny, również i ewaluacja.

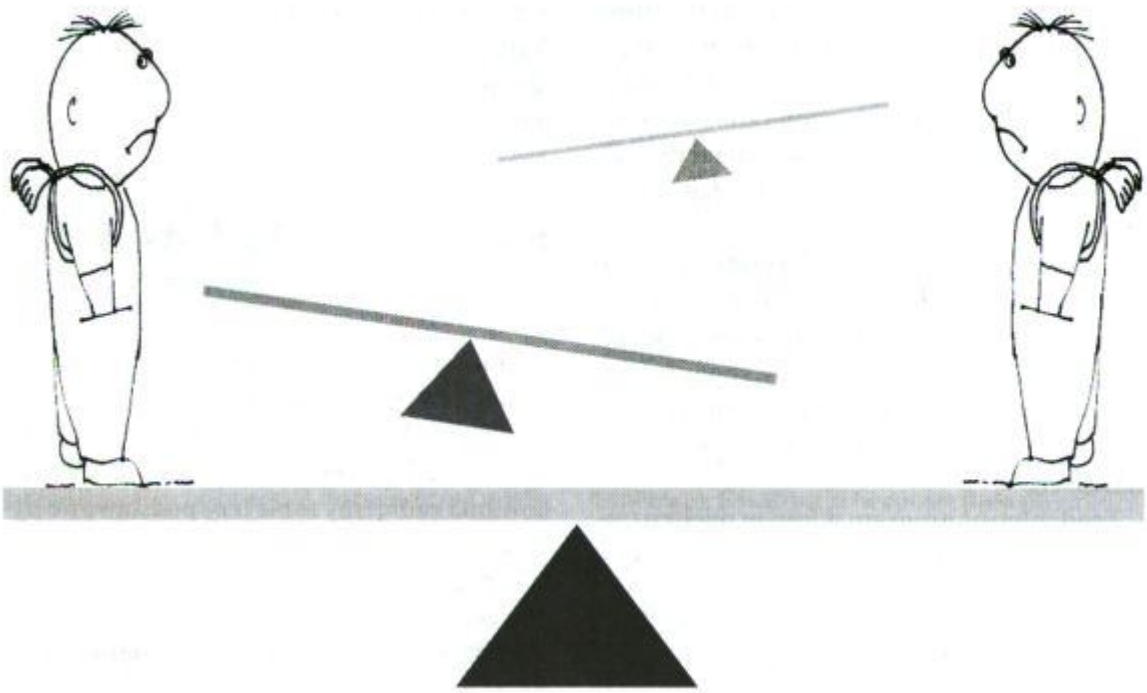
CO TO JEST EWALUACJA?

W piśmiennictwie z zakresu promocji zdrowia można przyjąć dwie grupy definicji, czy ujęć tego, czym jest ewaluacja. 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 Wiliamsa jest to " ...stwierdzenie, czy podjęte działanie zakończyło się sukcesem, czy porażką, oraz w jakim stopniu". (Wiliams G. [1987] Health education in secondary schools. [w:] Health education in schools. [Ed.] K. David, T. Wiliams, Harper and Row, London). 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 nie tylko do stawianych na początku celów, ale również do tego, co działo się podczas programu i być może dzieje się nadal. Zwolennikiem tej szerokiej interpretacji słowa "ewaluacja" jest m.in. Green (Green L., Kreuer M., Deeds S., Partridge K. [1980] Health education planning: a diagnostic approach. Mayfield, Paulo Alto). W swej pracy na temat planowania w edukacji zdrowotnej posługuje się terminem "standardu akceptowalności" w odniesieniu do wielu rozmaitych sfer programu, np. w odniesieniu do jego strony etycznej, do poniesionych kosztów, do kosztów organizacyjno-społecznych, czy też do odbioru programu przez adresatów. Innymi słowy, ewaluacja w swej szerokiej wersji nie odpowiada wyłącznie na pytanie na ile cel został zrealizowany, ale na szereg innych pytań, które w dużej mierze w chwili rozpoczynania programu mogą nie być znane.

Ewaluacja jest zespołem czynności związanych z szacowaniem wartości podejmowanych działań oraz zbieraniem wszelkich danych (ilościowych, jak i jakościowych), które mogą mieć wpływ na sprawdzenie tej wartości.

Ewaluacja jest zespołem czynności związanych z szacowaniem wartości podejmowanych działań oraz zbieraniem wszelkich danych (ilościowych, jak i jakościowych), które mogą mieć wpływ na sprawdzenie tej wartości.



ewaluacja

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

ewaluacja

Generalnie, "ewaluatorów" można podzielić na dwie grupy, zewnętrznych i wewnętrznych.

Dlatego "pełna ocena" zawiera w sobie nie tylko odpowiedź na pytanie o efektywność, ale też na pytanie o koszty (nie tylko materialne), o zgodność z zasadami poszanowania autonomii i podmiotowości adresata, o stan samopoczucia zarówno uczestników, jak i realizatorów programu, o użycie właściwej metody czy strategii, o czas trwania programu, o relacje międzyludzkie, o ich jakość, itp. W takim rozumieniu ewaluacja może być zespołem czynności bardzo złożonym i długookresowym. Z tego powodu powinna być dokładnie przygotowana.

DLACZEGO DOKONUJEMY EWALUACJI?

Według Alkina (Alkin M., [1975] Evaluation: Who Needs It? Who Cares? Studies in Eduational Evaluation, Vol.1, No 3) dwa inne pytania determinują odpowiedź na pytanie, dlaczego dokonujemy ewaluacji. Po pierwsze, powinniśmy spytać dla kogo ją robimy, i po drugie, kto ją robi. Koncentrując się na pierwszym pytaniu można wymienić kilka grup zainteresowanych. Mogą to być politycy, administratorzy, urzędnicy, realizatorzy, wykonawcy, adresaci, naukowcy, sponsorzy, dziennikarze, czy przedstawiciele społeczności. W zależności od zainteresowanych ewaluacją grup, można wymienić kilka najbardziej charakterystycznych powodów:

- Potwierdzić lub zaprzeczyć teoretycznym założeniom programu (np. naukowcy, politycy),
- Kontynuować, albo zakończyć dany program (np. administratorzy, urzędnicy, sponsorzy),
- Udoskonalić lub zmienić fragmenty programu (np. naukowcy, realizatorzy, wykonawcy, adresaci),
- Zaadaptować program w innym miejscu (np. urzędnicy, dziennikarze, przedstawiciele społeczności),
- Podzielić się doświadczeniami i porównać efekty ewaluacji z ewaluacją podobnych programów (np. realizatorzy, wykonawcy, adresaci).

Ważnym pytaniem jest pytanie o to "kto robi ewaluację". Generalnie, "ewaluatorów" można podzielić na dwie grupy, zewnętrznych i wewnętrznych.

Ewaluacja "zewnętrzna" (external evaluation) jest bardziej obiektywna, gdyż specjaliści czy eksperci nie są związani z programem, nie są organizatorami, ani wykonawcami programu. Zazwyczaj praca ewaluacyjna wykonywana jest przez nich odpłatnie, na zlecenie. Słabą stroną tego rodzaju ewaluacji jest brak wglądu w cały proces, który przebiegał.

Ewaluacja "wewnętrzna" (internal evaluation) dokonywana jest przez pracowników, realizatorów, organizatorów programu, czy samych uczestników. Korzystną stroną tego rodzaju ewaluacji jest możliwość dostrzeżenia wszystkich aspektów programu, słabą stroną jest subiektywność. Jedną z bardzo użytecznych form ewaluacji wewnętrznej jest samoewaluacja (self evaluation). W kontekście filozofii promocji zdrowia niezmiennie ważnym obszarem powodzenia lub niepowodzenia programu jest świadomy proces rozwojowy samego promotora zdrowia. Oceniając siebie w tej roli i mając wgląd w proces, który dokonuje się również w nim samym, ma doskonałą okazję do rozwoju osobistego. Ma też okazję rozwijania siebie jako specjalisty.

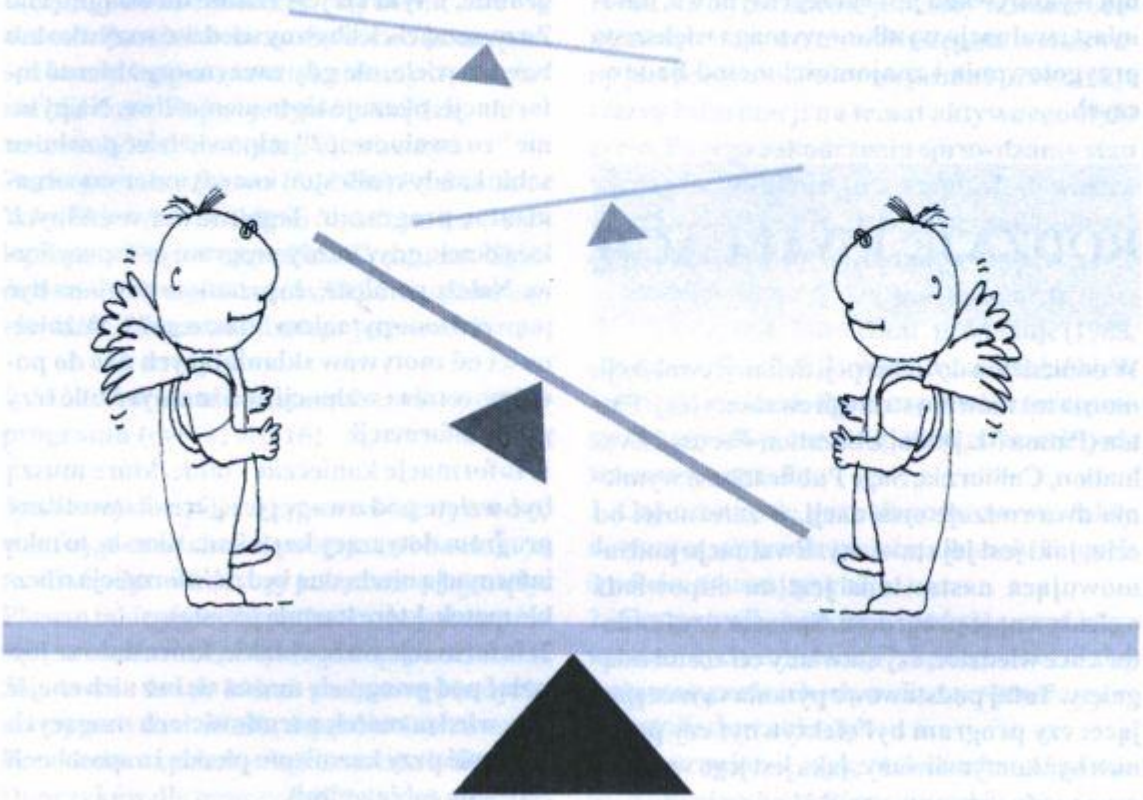
Najbardziej pożądaną byłaby zatem ewaluacja łącząca w sobie wszystkie zalety wyżej wspomnianych.

ETAPY EWALUACJI

Ewaluacja zaczyna się od momentu podejmowania pierwszych decyzji w związku z programem. Można powiedzieć, że już w fazie identyfikacji problemu. Natomiast w fazie planowania zadajemy sobie trzy podstawowe pytania:

- Co chcę osiągnąć?
- Co chcę robić?
- W jaki sposób będę wiedział, że mi się to udało?

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)



Z doświadczeń wielu praktyków w zakresie promocji zdrowia wynika, że ewaluacja procesu często jest w stanie bardziej wyjaśnić to, co się wydarzyło, niż ewaluacja końcowa.

ewaluacja

Aby znać odpowiedź na te pytania, należy dokonać ewaluacji wyjściowej, tzn. oszacować wartość "tego, w co będzie się ingerować" przed podjęciem działań.

Następnie, w fazie realizacji programu, można mówić o ewaluacji procesu (process evaluation), czyli weryfikacji, na ile zaplanowane wcześniej prace są wdrażane i przeprowadzane. Może okazać się, że szereg składowych programu, czy uwarunkowań, nie było wziętych pod uwagę. Ewaluacja procesu umożliwia korygowanie tych nieprzewidzianych czynników, lub dokonywanie zmian w trakcie realizacji. Często na tym etapie mówimy o "monitorowaniu". Jest to kolejny termin związany z promocją zdrowia (wymaga osobnego omówienia). Oznacza on śledzenie krok po kroku realizacji programu. Z doświadczeń wielu praktyków w zakresie promocji zdrowia wynika, że ewaluacja procesu często jest w stanie bardziej wyjaśnić to, co się wydarzyło, niż ewaluacja końcowa. Dotyczy to takich sytuacji, kiedy prawdopodobieństwo wpływu innych czynników lub programów na rezultaty końcowe jest duże, albo kiedy ewaluacji końcowej dokonano zbyt wcześnie i wyniki nie odzwierciedlają stanu faktycznego, lub też przeprowadzono ją nieprawidłowo.

Należy przypomnieć, że ewaluacja w szerokim rozumieniu bierze pod uwagę zarówno pytanie o efektywność lub nieefektywność programu, jak też pytanie o przyczyny.

Przy dłuższym programie, trwającym kilka lat, wskazane jest dokonywanie ewaluacji etapowych, które powinny być ważnymi drogowskazami, czy też "kamieniami milowymi" realizacji programu.

Po zakończeniu programu następuje ewaluacja końcowa. W zależności od czasu jej dokonania, można mówić o dwóch etapach ewaluacji końcowej. Ewaluacja bezpośrednio po zakończeniu (impact evaluation) mierzy efekty programu tuż po jego zakończeniu, lub niedługo po zakończeniu programu. Ewaluacja wyników (outcome evaluation) szacuje wartość programu po upływie pewnego czasu. Pierw-

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

ewaluacja

szy etap ewaluacji końcowej jest łatwiejszy od drugiego. Dlatego ewaluacja tuż po zakończeniu wykonywana jest raczej rutynowo, natomiast ewaluacja wyników wymaga większego przygotowania i znajomości metod badawczych.

RODZAJE EWALUACJI

Można wyróżnić trzy podstawowe modele

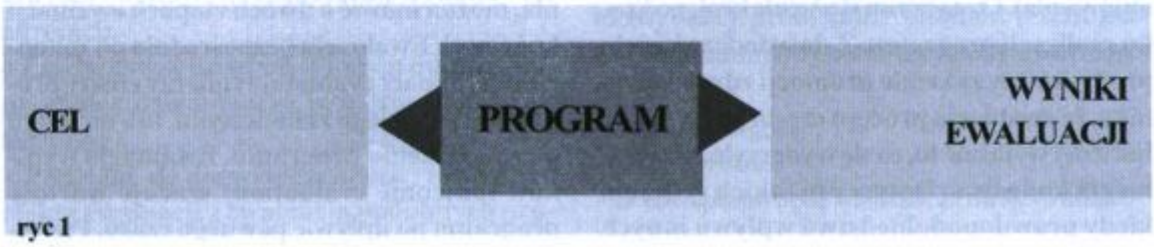
W odniesieniu do koncepcji definicji ewaluacji, można też mówić o strategii ewaluacyjnej. Patton (Patton M.,[1986] Utilization-Focused Evaluation, California, Sage Publications) wymienia dwa rodzaje ewaluacji, w zależności od celu, jaki jest jej stawiany. Ewaluacja podsumowująca nastawiona jest na odpowiedź o efektywność programu. Sponsor czy fundator chce wiedzieć, czy stawiany cel został osiągnięty. Tutaj podstawowe pytania są następujące: czy program był efektywny; czy powinien być kontynuowany; jaka jest jego wartość; czy są jednoznaczne wyniki końcowe, itp.
Ewaluacja korygująca skupia się na pytaniach mających na celu skorygowanie, ulepszenie, czy zmianę programu lub jego fragmentów. Pytania znacznie częściej koncentrują się na tym, co się działo w trakcie realizacji programu. Ważnymi pytaniami tego rodzaju ewaluacji są następujące: co jest słabością, a co siłą programu; czy program może być ulepszony; które fragmenty programu spełniały swoją rolę, a które nie spełniały; jak program był odbierany przez uczestników, itp.

CO EWALUOWAĆ ?

Każda ewaluacja musi być kompromisem pomiędzy tym, co chcielibyśmy wiedzieć o programie, a tym co jest realne do osiągnięcia. Zazwyczaj chcielibyśmy wiedzieć wszystko lub bardzo wiele, ale gdy zaczynamy zbierać informacje, okazuje się to niemożliwe. Na pytanie "co ewaluować?" odpowiedzieć powinien sobie każdy realizator, koordynator czy organizator programu. Tego nie ma w żadnych książkach, gdyż każdy program jest specyficzny. Należy pamiętać, że pytanie to powinno być poprzedzone pytaniem "dlaczego?". W zależności od motywów skłaniających nas do podejmowania ewaluacji, można wyróżnić trzy grupy informacji:
1. Informacje konieczne - takie, które muszą być wzięte pod uwagę (jeżeli realizowaliśmy program dotyczący karmienia piersią, to taką informacją niezbędną będzie informacja o liczbie matek, które karmią piersią).
2. Informacje ważne - takie, które dobrze jest wziąć pod uwagę, ale można się bez nich obejść (np. wiedza matek o trudnościach mogących wystąpić przy karmieniu piersią i o sposobach radzenia sobie z nimi).
3. Informacje interesujące - takie, które mogą być przydatne, ale zbyt "kosztowne" w sensie nakładu czasu i energii, aby brać je pod uwagę podczas ewaluacji (np. o formach kontaktów między matkami poza formalnymi spotkaniami w ramach programu).

JAK WYBIERAĆ STRATEGIE EWALUACYJNE

Można wyróżnić trzy podstawowe modele, na których wyjściowo można się opierać podczas



ryc 1

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

wyboru strategii ewaluacyjnej. Ale należy pamiętać, że porównać je można do lornetki, w której dowolnie możemy regulować ostrość obrazu. Raz nastawiamy ostrość na dalszą perspektywę, innym razem skupiamy się na planie bliższym. To jest jedynie narzędzie, ale od nas zależy, co chcemy lepiej zobaczyć.

Za Jenner'em (Jenner H.,[1996] Evaluation - Why, How and for Whom? Institute for Development of Knowledge about Treatment of Alcohol and Drug Misusers,IKM, Stockholm) wyróżnić można trzy następujace modele:

1. Model ewaluacji zdeterminowanej celem programu (ryc. 1, str. 16)

Jest to najbardziej rozpowszechniony model, w którym ustalono cel programu i ewaluacja ma dać odpowiedź, czy został on osiągnięty. Plusem takiego podejścia jest to, że jest on prosty i stosunkowo łatwy do przeprowadzenia. Minusem - że nie bierze pod uwagę innych, niż zawartych w celach, aspektów interwencji. Przykładowo, celem programu szkoleniowego Duńczyków dla nauczycieli było nabycie wiedzy i podstawowych umiejętności w zakresie szkoły promującej zdrowie, a nie powstanie Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie. W tym wypadku zakładany cel okazał się węższy, niż ukazały to rzeczywiste działania. Według tego modelu cel został zrealizowany tylko w odniesieniu do wiedzy i umiejętności, ale też "przekroczył" go i wszystko co było "ponad" nie powinno interesować ewaluatora.

Przykład:

Załóżmy, że program dotyczy aktywnego stylu życia. Ewaluacja początkowa oparta jest na metodzie ankietowej, w której zawarte są pytania, np. na temat wiedzy o aktywnym stylu życia. Na tej podstawie jesteśmy w stanie ocenić stan wiedzy uczniów. Następnie realizowany jest program, który wyjaśnia i przekazuje szereg informacji na temat aktywnego stylu życia. Po jego zakończeniu sprawdzamy stan wiedzy uczestników programu. Jeśli wiedzą więcej, cel osiągnięto, tj. po programie adresaci wiedzą więcej na ten temat; jeśli wiedzą tyle samo lub mniej, cel nie został osiągnięty.

W zakresie uzależnień Hunt proponuje (1988, [za:] Gaś. Z., 1993, Profilaktyka uzależnień, WSiP, Warszawa), aby ocenę skuteczności programu edukacyjnego rozpocząć od trzech podstawowych pytań:

1. Czy uczniowie poznali podstawowe fakty dotyczące używania tytoniu, alkoholu i innych środków odurzających?
2. Czy potrafią powstrzymać się przed używaniem tych substancji? Jeśli zaś wcześniej systematycznie ich używali, czy aktualnie zaprzestali odurzania się?
3. Czy uczniowie wykształcili zdrowe postawy wobec środków odurzających?

W tym przypadku mamy do czynienia z trzema celami w odniesieniu nie tylko do wiedzy, ale też zachowań (kontroli swoich postępowań) oraz postaw.

2. Model ewaluacji ukierunkowanej na cel programu (ryc. 2)

Jest to model bardziej elastyczny, który bierze pod uwagę również i to, co może pojawić się w trakcie realizacji. W tym modelu możemy wyróżnić cztery grupy informacji przydatnych

ryc 2

Raz nastawiamy ostrość na dalszą perspektywę, innym razem skupiamy się na planie bliższym.

ewaluacja

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

ewaluacja

dla ewaluacji: 1) oczekiwane, 2) przewidywane i nieoczekiwane, 3) nieprzewidywane i nieoczekiwane, 4) przypadkowe. W trakcie tego rodzaju ewaluacji pod uwagę brane są wszystkie grupy informacji, niemniej dokonana musi być selekcja najbardziej wartościowych. Oczywiście tutaj owe "ponad" w odniesieniu do prezentowanego wcześniej przykładu, może się okazać znacznie ważniejsze niż zakładany cel, gdyż rozumny ewaluator zada sobie pytanie, o cel nabytej wiedzy i umiejętności.

Przykład:

Znaczna część programów profilaktyki uzależnień pierwszego stopnia, czy też programów promocji zdrowia w odniesieniu do tej tematyki uzależnień, prowadzona jest metodami aktywnymi. Celem takich programów jest zmiana zachowań i postaw młodych (najczęściej) ludzi. Poza celem lub celami możliwe jest uzyskanie szeregu innych informacji, mogących wspomóc w pełniejszym oszacowaniu wartości interwencji.

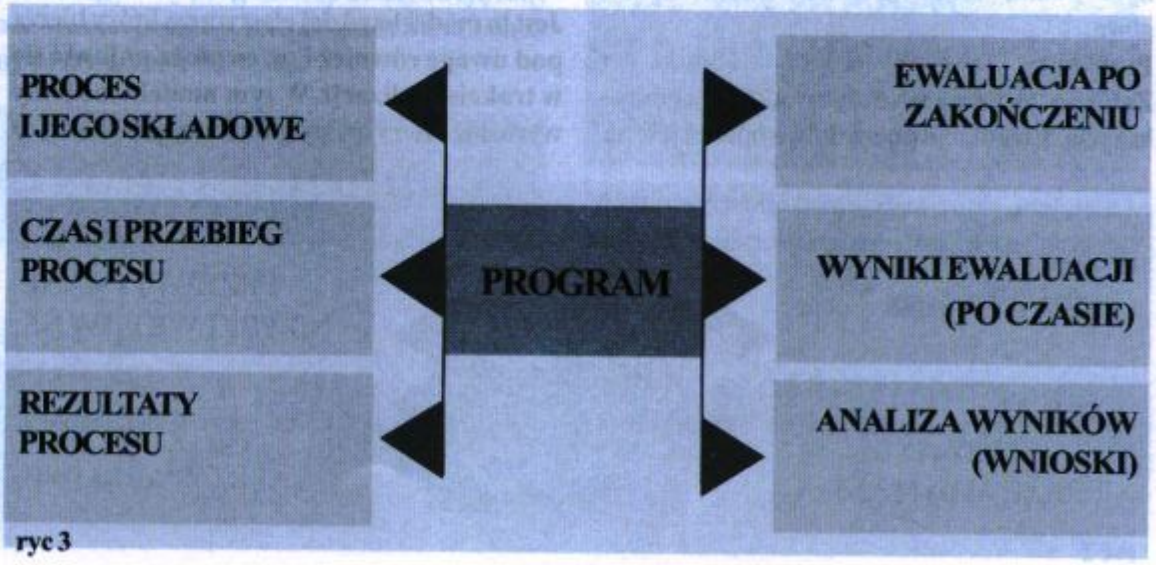
Hunt wyróżnia 5 list informacji, wskazujących na skuteczność programu:

1. Informacje o stanie wiedzy, zachowaniu i postawach. Wymienia m.in. pozytywne zmiany w samoocenie, nabycie umiejętności przeciwstawiania się presji z zewnątrz, nawiązywanie przyjaźni z rówieśnikami, czy dbanie o własne zdrowie.
2. Grupa informacji o takich działaniach, jak: angażowanie się w działania interwencyjne, wspierające grupy rówieśnicze, czy podejmowanie działań o charakterze woluntarystycznym.
3. Grupa informacji o pozytywnych zmianach w funkcjonowaniu szkolnym, np. wzrost osiągnięć szkolnych, udział w zajęciach pozaszkolnych, czy samodzielne inicjatywy w zakresie edukacji.
4. Informacje o symptomach patologicznych w środowisku, które objęte było programem, spadek przypadków odurzania się, czy spadek interwencji służb specjalistycznych.
5. Informacje o przestrzeganiu zasad pracy w szkole, np. wagary, abstynencja, kary dyscyplinarne, wydalenia, czy samowolne porzucenia.

Zazwyczaj proces obejmuje kilka składowych

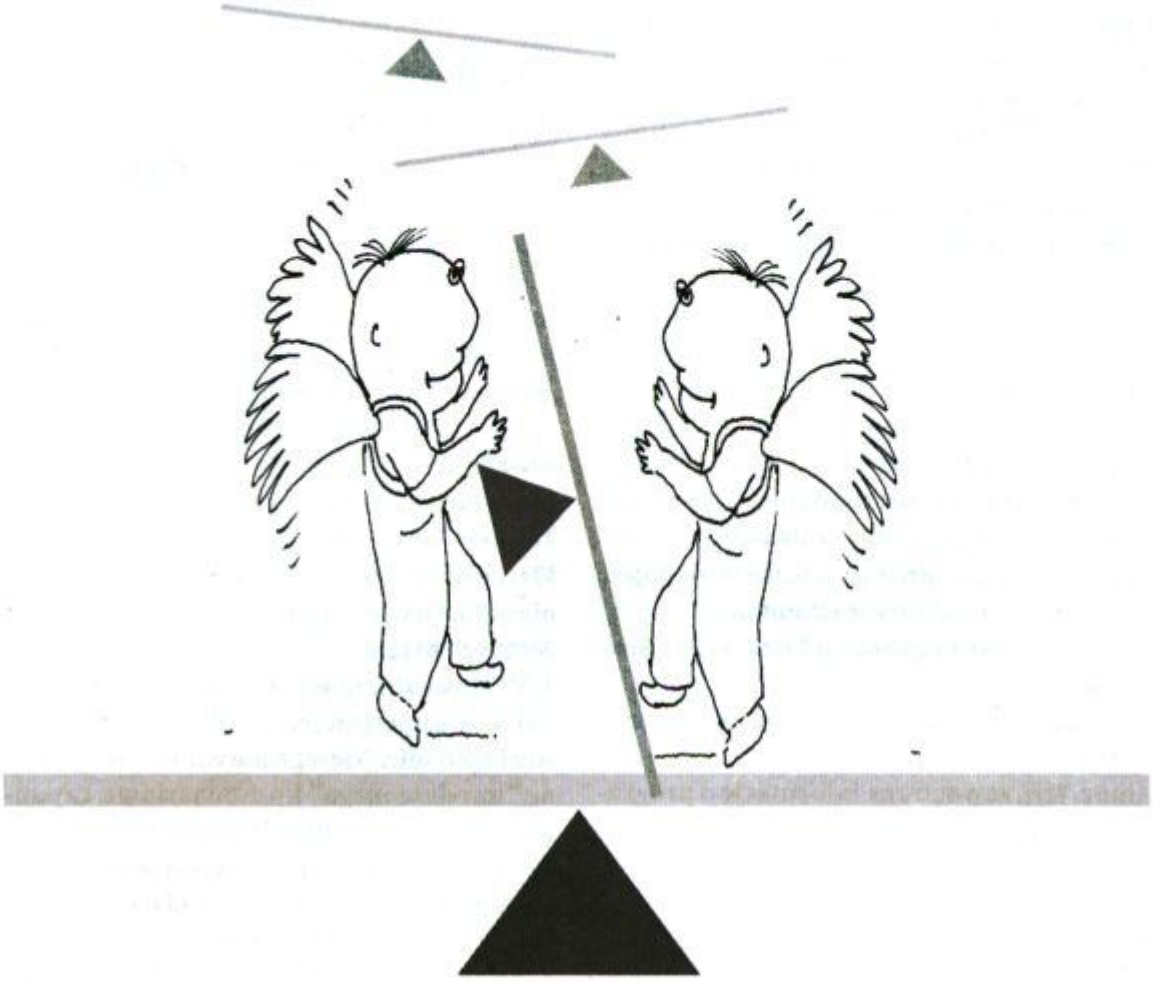
3. Model ewaluacji odnoszący się do procesu i celu programu (ryc. 3)

W tym przypadku ewaluacja bierze pod uwagę nie tylko cel lub cele programu, ale tez kolejne etapy procesu. Zazwyczaj proces obejmuje kilka składowych (struktura organizacyjna, obieg decyzyjny, ścieżka finansowania, szkolenia i warsztaty, spotkania i sposoby komunikowania się, materiały i pomoce dydaktyczne, współpraca międzysektorowa, motywacja i postawy realizatorów, samopoczucie uczestników, społeczne uwarunkowania, itp.). Innymi słowy, w tego rodzaju ewaluacji próbuje się przedstawić praktyczne działania, które



ryc 3

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)



Trzeba kalkulować swoje możliwości i wybrać najwłaściwszą drogę.

ewaluacja

zmierzały do osiągnięcia celu. Szacowanie wartości we wszystkich tych fragmentach ewaluacji może być zarówno ilościowe, jak i jakościowe. Przekładając to na język praktyczny w odniesieniu do praktycznego przykładu, poza celem czy celami może dziać się coś w trakcie, co jest na tyle interesujące, że warto na to zwrócić uwagę, np. kontakty i współpraca szkół w trakcie części superwizyjnej szkolenia lub kontakty miedzy poszczególnymi koordynatorami szkolnymi.

Przykład:

W zależności od długości programu oraz jego skomplikowania organizacyjnego, można mówić o kilku poziomach szczegółowości przeprowadzania ewaluacji procesu. Np. przy prowadzeniu programu dwuletniego, można to robić bardzo szczegółowo, monitorując zmiany prawie z dnia na dzień, lub też odnieść się tylko co miesiąc do najważniejszych elementów programu. Trzeba kalkulować swoje możliwości i wybrać najwłaściwszą drogę. Do najczęściej zadawanych pytań przy ewaluacji procesu, należą następujące:

1. Czy obrany kierunek programu jest właściwy?
2. Czy poszczególne fazy programu realizowane są zgodnie z założeniami?
3. Jakie są opinie, postawy i zachowania adresatów programu, jak i realizatorów?
4. Czy poszczególne fragmenty, fazy programu, dają poczucie jego spójności i klarowności?
5. Czy warunki (miejsce, czas, itp.) stworzone dla realizacji programu nie wymagają korekt?
6. Czy zaplanowanie środków finansowania programu jest adekwatne do jego realizacji?
7. Co niezaplanowanego wydarza się w czasie realizacji programu?
8. Co się dzieje i co z czego wynika?

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

ewaluacja

Jeżeli masz wynik ewaluacji, dziel się z innymi. Opracuj rodzaj raportu ewaluacyjnego i opisz całą procedurę zbierania danych.

Zbieranie danych i informacji o przebiegu programu może odbywać się w różny sposób. Zależne jest od metodologii przyjętej przez osobę dokonującą ewaluacji. Ewles i Simnett (Ewles L., Simnett I. [1992], Promotig Health, A Practical Guide, Royal College of Nursing, London) wskazują na trzy podstawowe grupy informacji, podczas dokonywanej ewaluacji procesu.

Można korzystać z najważniejszych dokumentów programu:
- zapisy i protokoły spotkań,
- biuletyny wewnętrzne.
- sprawozdania i podsumowania,
- korespondencja i notatki robocze,
- plany działań, modyfikacji, scenariusze zajęć,
- rozliczenia finansowe, rachunki,
- lista osób, czy organizacji będących w kontakcie,
- kroniki, gazetki szkolne, lokalna prasa, mass-media,
- inne, tzw. zewnętrzne informacje o programie (zawarte w dokumentach innych organizacji, instytucji, wydziałów, itp.).

Korzystać też można z opinii (najlepiej pisanych) i ocen tych wszystkich osób, które mają kontakt z programem. Można wymienić kilka najbardziej popularnych form:
- informacje zwrotne od uczestników i realizatorów,
- dyskusje i burze mózgów,
- opinie podzespołów, grup roboczych,
- bezpośrednie wywiady i rozmowy,
- opinie i sugestie osób spoza programu (przedstawicieli lokalnych społeczności, mass-mediów, itp.).

Możliwe jest też korzystanie z obserwacji tego, co się dzieje w związku z programem, reakcji, postaw, zachowań:
- frekwencja,
- poczucie sprawczości,
- poczucie samodzielności i autonomii,
- spontaniczność działań.
- motywacja i poziom energii,
- reakcje otoczenia i innych osób,
- atmosfera wokół programu.

CO JEST WAŻNE, A CO POMINĄĆ PODCZAS EWALUACJI?

1. Po pierwsze, zadecydować co zbieramy, jaki rodzaj informacji i w jaki sposób się je wykorzysta. Nie należy zbierać zbyt wielu informacji, gdyż będzie to czynione kosztem jakości i w wielu przypadkach jest nierealne, a wymaga pracy zbyt dużych zespołów.
2. Narzędzia służące ewaluacji powinny być klarowne i proste w użyciu. Przy konstruowaniu ankiet należy ograniczyć się do najbardziej istotnych pytań.
3. W czasie zbierania informacji o programie należy się upewnić, czy robione jest to uczciwie i rzetelnie. Niczego nie wnoszą wypełnione "na odczepnego" kwestionariusze, czy ankiety. Należy też zadbać o poufność odpowiedzi, i - co za tym idzie - szczerość w wypowiedziach osób ankietowanych. Od tego bowiem zależy wartość całej ewaluacji.
4. Jeżeli masz wynik ewaluacji, dziel się z innymi. Opracuj rodzaj raportu ewaluacyjnego i opisz całą procedurę zbierania danych. Raport powinien być kierowany zarówno do organizacji i osób, od których zależy przyszłość programu, jak i do współrealizatorów, wykonawców i adresatów programu. Ujrzenie efektów wspólnej pracy w formie raportu może znacznie wzmóc motywację ludzi do przyszłych działań.

JAK PRZEPROWADZAĆ EWALUACJĘ?

Gdy już wiemy, co to jest ewaluacja i wiemy dlaczego ją przeprowadzamy, następne pytanie dotyczy sposobów jej przeprowadzania. Zanim jednak do tego przystąpisz, powinieneś przemyśleć kilka najważniejszych, moim zdaniem, założeń. Więcej o tym aspekcie ewalu-

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

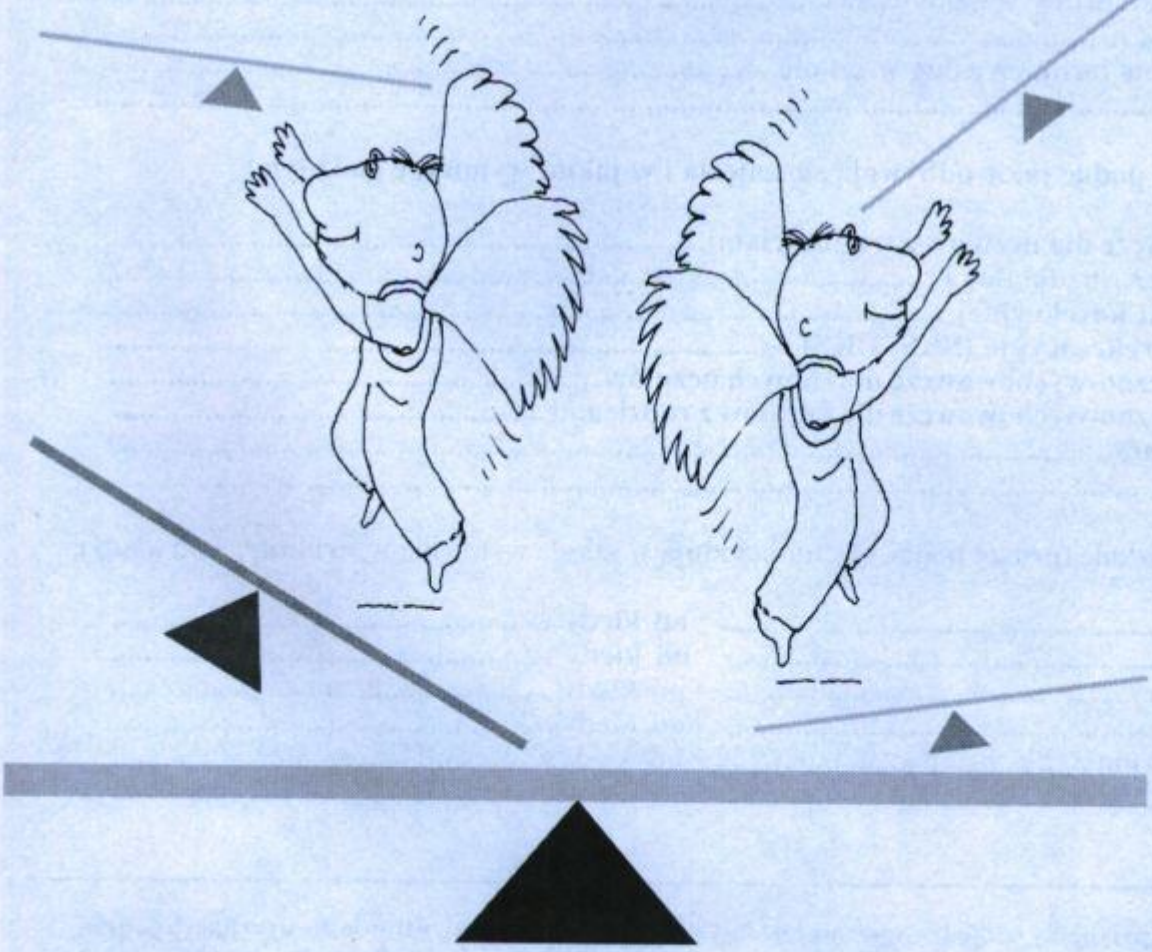
acji w odniesieniu do szkół promujących zdrowie pisze prof. B.Woynarowska wraz z współpracownikami (B.Woynarowska , red. [1995], Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie - po trzech latach, Warszawa.)

Najistotniejszym z nich jest przedmiot ewaluacji. Przedmiotem jest przede wszystkim sam program lub projekt, a nie osoby (organizatorzy, prowadzący, czy realizatorzy). Oceniając innych ludzi zazwyczaj nie otrzymasz obiektywnych informacji o przebiegu i efektach programu. Tym samym ewaluacja jest zafałszowana, czyli cała praca na nic.

Drugim ważnym założeniem jest prostota. Ewaluacja ma dostarczyć rzetelnych i jasnych informacji, które mogą być wykorzystane przez samych zainteresowanych (uczestników) bądź organizatorów. Nie może być zbytnio skomplikowana i nadto hermetyczna w swej naukowości, gdyż może zostać nie zrozumiana. Z drugiej strony, jeśli w zbyt wiele spraw ingeruje łatwo można zagubić zasadniczy cel, przestaje się szacować to. co zamierzano wyjściowo.

I kolejnym, w moim odczuciu, założeniem, jest jej długofalowość i systematyczność. Większości programów realizowanych w szkołach nie można w ciągu tygodni, czy miesięcy, tak po prostu zmierzyć, zbadać, ująć w statystykę, procenty i liczby. To jest proces, który ulega zmianom w dłuższej perspektywie czasu. Toteż umiejętne i uważne obserwowanie całego procesu oraz dostrzeganie szerszego kontekstu tego, co chcemy szacować, może mieć istotny wpływ na ewaluację. Oczywiście, należy pamiętać o różnych etapach, czy rodzajach ewaluacji, o czym pisałem w części pierwszej.

Ujrzenie efektów wspólnej pracy w formie raportu może znacznie wzmóc motywację ludzi do przyszłych działań.



ewaluacja

Na następnych stronach przedstawiamy propozycje narzędzi ewaluacyjnych, które były stosowane w pierwszych dwóch latach Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie. L.K.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Formularz informacji obiektywnych o szkole promującej zdrowie*

1. Szkoła (proszę podać aktualne informacje o szkole w tego roku szkolnego)

szkoła nr .....
liczba uczniów ..... liczba uczniów niepełnosprawnych .....
własna sala gimnastyczna..... dostęp do sali gimnastycznej.....
własne boisko szkolne..... dostęp do boiska.....
własna pływalnia..... dostęp do pływalni.....
własna baza 'zielonej szkoły'.....

2. Pracownicy (proszę podać liczbę osób oraz wymiar zatrudnienia, np. etat)

doradca/koordynator..... liczba nauczycieli.....
pegadog..... psycholog .....
pielęgniarka ..... instruktor ćwicz. korekcyjnych.....
liczba innych specjalistów w szkole.....
.....
liczba pracowników technicz/usług w szkole .....
.....

3. Zajęcia (proszę podać jakie odbywają się zajęcia i w jakim wymiarze godz/tyg.)

zajęcia wyrównawcze dla uczniów z trudnościami.....
zajęcia z młodzieżą uzdolnioną .....
zajęcia gimnastyki korekcyjnej .....
zajęcia sportowo-rekreacyjne (SKS, UKS) .....
zajęcia terapeutyczno-wychowawcze dla samych uczniów .....
zajęcia terapeutyczno-wychowawcze dla uczniów z rodzicami .....
koła zainteresowań .....
inne zajęcia .....

4. Demokracja w szkole (proszę podać czy funkcjonują w szkole wymienione struktury i od kiedy)

rada szkoły ..... od kiedy .....
rada rodziców ..... od kiedy .....
samorząd szkolny ..... od kiedy .....
gazetka szkolna ..... od kiedy.....
rzecznik praw ucznia ..... od kiedy.....
inne (jakie)..... od kiedy.....

* Niniejszy formularz przydatny jest przy tworzeniu lokalnej sieci szkół promujących zdrowie dla weryfikacji podstawych informacji o szkole, kadrze, zakresach oddziaływania, czy sposobach zarzaądzania. Formularz ten używany był przy tworzeniu i ewaluacji etapowej Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Formularz informacji subiektywnych o pracy w szkole promującej zdrowie*

1. Atmosferę szkoły w której pracuję określam jako:

bardzo dobrą	raczej dobrą	raczej złą	bardzo złą	trudno powiedzieć

2. W fazie opracowywania planu działania szkoły aktywnie włączyło się:

ponad 50 %	ok. 10 osób	5-8 osób	1-2 osoby	trudno powiedzieć

3. W moim odczuciu nauczyciele tej szkoły są zrelaksowani:

tak	raczej tak	raczej nie	wręcz odwrotnie	trudno powiedzieć

4. W moim odczuciu rodzice tej szkoły współpracują ze szkołą:

tak, aktywnie	raczej tak	raczej nie	nie	trudno powiedzieć

5. W moim odczuciu relacje nauczyciele-uczniowie w tej szkole są:

dobre	raczej dobre	raczej złe	złe	trudno powiedzieć

6. Rola doradcy/koordynatora d/s promocji zdrowia w szkole daje mi satysfakcję:

dużą	raczej tak	raczej nie	nie	nie wiem

*** Niniejszy formularz przydatny jest przy tworzeniu lokalnej sieci szkół promujących zdrowie oraz podczas ewaluacji etapowej. W wolnych okienkach można podstawić opis lub punktację, tak aby po czasie wg tych samych kryteriów można było porównać zmiany. Formularz używany był przy tworzeniu i ewaluacji Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie.**

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

ŚWIATOWY DZIEŃ *RZUCANIA PALENIA*

ROBERT GRUDNIEWSKI

Tydzień przed Światowym Dniem Rzucenia Palenia (21 listopada) odbyło się w Warszawie ogólnopolskie seminarium poświęcone tej tematyce.

PREZENTACJE

Tydzień przed Światowym Dniem Rzucenia Palenia (21 listopada) odbyło się w Warszawie ogólnopolskie seminarium poświęcone tej tematyce. Do czynnego uczestnictwa w seminarium zostały zaproszone autorytety z Polski, a także pani Linda Hyder Ferry z Loma Linda University z CA oraz pan Joseph Andrew Jonston z Innowa Research (USA, odkrywca bupropionu - Zybanu). Polską grupę prelegentów reprezentowali: wytrwały i niezłomny w swych działaniach antynikotynowych, szef Fundacji "Promocja Zdrowia", p. Witold Zatoński, a także p. Maciej Niewada z Akademii Medycznej w Warszawie.

Doktor Linda Ferry jest jednym z największych autorytetów w USA, zajmujących się leczeniem uzależnień. Jako pierwsza przetestowała lecznicze działanie Zybanu, jedynego jak do tej pory środka, który nie zawiera nikotyny. Kieruje zespołem na wydziale Zdrowia Publicznego, a także szefuje katedrze Medycyny Zapobiegawczej w Loma Linda University. Jedna z koncepcji dotyczących palenia, z którą się identyfikuje dr Linda Ferry zakłada, iż palenie nie jest nawykiem, a przewlekłą chorobą neurologiczną (chorobą mózgu). W kierowanej przez nią klinice praca polega między innymi na aktywnym wyszukiwaniu palaczy pośród pacjentów, a także osób odwiedzających szpital. Każda z tych osób po wyrażeniu zgody na leczenie otrzymuje pomoc i psychologiczną. Każdy z pacjentów leczony jest według indywidualnego programu postępowania. Pierwszym zasadniczym, stawianym mu pytaniem, jest pytanie: dlaczego pan/i pali? Istnieje kilka możliwości odpowiedzi: nie radzenie sobie, nawyk, relaks, stres, stymulacja. Kolejne pytanie dotyczy ilości papierosów wypalanych dziennie i określenie dzięki temu stopnia uzależnienia od nikotyny: > 15 papierosów dziennie - małe i średnie, < 25 papierosów wypalanych w ciągu dnia świadczy o dużym zapotrzebowaniu mózgu na nikotynę. Kolejnym pytaniem diagnostycznym jest zapytanie o pierwszego papierosa, wypalanego po przebudzeniu się; jeśli jest to czas powyżej 30 minut, to można mówić o niskim poziomie uzależnienia, jeśli w czasie od 10-30 minut, to świadczy o wysokim stopniu uzależnienia. Kolejne pytanie odnosi się do długości czasu abstynencji: jeśli czas abstynencji trwał krócej aniżeli 12 tygodni, świadczy to o wysokim stopniu uzależnienia. Czwarte pytanie brzmi: dlaczego pan/i wrócił do palenia: z powodu stresu, zaburzeń nastroju, czy wycofania się.

Powyższy schemat postępowania pomaga zespołowi opiekującemu się pacjentem pomóc w: ocenie pacjenta, ustaleniu stopnia uzależnienia, określeniu stopnia motywacji w podjęciu walki z uzależnianiem

Wypracowaną przez dr Lindę Ferry metoda jest model follow up, tzn. przedłużonego obserwowania i interwencji. Metoda polega nie tyko na zachęcaniu i przekonywaniu pacjenta do niepalenia. Musi mieć miejsce przynajmniej 4-7 wizyt. Tak wypracowany model postępowania osiąga 40% skuteczności w leczeniu uzależnienia. Standardem wypracowanym przez zespół jest indywidualna selekcja potrzeb pacjenta, w zależności od poziomu uzależnienia, na jakim się znajduje, a to gwa-

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

rantuje bezpieczeństwo, skuteczność i ekonomikę terapii. Konkluzją wystąpienia dr Ferry jest to, że każdy palacz w Polsce powinien znaleźć pomoc, kiedy nie może się sam od niego uwolnić.

Wykład powyższy cechowała erudycja, zapał i determinacja w zmaganiach w walce z chorobą uzależnienia od tytoniu.

W kolejnej odsłonie seminarium zaprezentował się prof. Witold Zatoński. Jako jeden z współgospodarzy i współorganizatorów spotkania, oddając przedpole zaproszonym gościom, ograniczył swój czas wystąpienia do minimum. Nieustający w walce z nałogiem palenia wyraził radość, iż aż 70% spośród 9 milionów palaczy w Polsce chciałoby rzucić palenie. Mniej budujące informacje to nieumiejętność leczenia przez lekarzy uzależnienia od tytoniu, a także często brak elementarnej wiedzy na ten temat, wynikający z braku choćby jednej godziny w programie nauczania na Akademiach Medycznych. Inną zaskakująca daną, tym razem liczbową, jest ilość związków chemicznych (niekoniecznie pożądanych) - 4 tysiące, pomnożone przez średnio 240 zaciągnięć się w ciągu dnia. Na koniec została opowiedziana anegdota, której treść dodaje siły i otuchy jej autorowi. Brzmiała ona mniej więcej tak: 'pod koniec jednego z seminariów prowadzonego przeze mnie, zapytałem, czy jest na sali osoba, która pali. Odpowiedziała mi głucha cisza i znieruchomienie uczestników. Jakże byłem zdumiony, a zarazem ucieszony. Po dwóch miesiącach przychodzi poczta, otwieram jeden z listów i czytam co następuje: "....Uczestniczyłam w pańskim seminarium, kiedy pytał Pan o palących na sali. W tym czasie paliłam, ale nie miałam odwagi się zgłosić. W tamtym dniu rzuciłam palenie...".

Po barwnej części wystąpień, których aktorami byli: kobieta pełna zaangażowania w to, co robi i człowiek najbardziej znany na "rynku tytoniowym" w Polsce, przyszedł czas na ekonomiczną ocenę następstw palenia tytoniu. Precyzyjnie przedstawił je pan Maciej Niewada z Akademii Medycznej w Warszawie. Wstępem do wykładu było przesłanie Beniamina Franklina, które brzmi: "Za to, ile kosztuje jeden nałóg, można wychować dwoje dzieci". Tylko w Polsce wypala się ok. 5 miliardów paczek papierosów rocznie W USA, gdzie pieniądze liczy się znacznie skrupulatniej, aniżeli gdziekolwiek indziej, wydawanych jest na opiekę zdrowotną 100 miliardów USD z tego aż połowę stanowią wydatki na opiekę medyczną w chorobach związanych z paleniem, w tym: 27 miliardów jest płacona lekarzom, 5 miliardów kosztuje opieka w domu, a ok. 2 miliardów to koszty farmakoterapii. Na 47 miliardów są szacowane straty w zarobkach. Szokują bezpośrednie koszty medyczne nikotynizmu na świecie, np.: USA - 70 miliardów USD, Niemcy - 20 miliardów USD. Wniosek z tego taki, iż palacze narażają społeczeństwa na znacznie wyższe koszty bezpośrednie, w porównaniu do niepalących. Paradoksalnym jest fakt, że w 1993 każda sprzedana paczka papierosów generowała wydatek 2 USD na koszty związane z leczeniem następstw zespołu uzależnienia od tytoniu. Do najczęściej spotykanych chorób, nierozerwalnie związanych z paleniem, zaliczyć można: choroba niedokrwienna serca (29%), POCHP (32%), rak płuc (15%), udar (10,5%). Osoby palące są blisko 45% częściej hospitalizowane w stosunku do niepalących. Liczby dobitnie obrazują pieniądze wydatkowane na walkę z nałogiem palenia. Jednym ze wskaźników opłacalności terapii jest efektywność kosztowa. Stosowany jako jeden z elementów kompleksowej terapii Zyban ma najkorzystniejszy wskaźnik zyskanego roku życia (około 10-krotnie wyższy od porady lekarskiej i nikotynowej terapii zastępczej). Odnosząc powyższy wskaźnik do terapii takich schorzeń, jak: nadciśnienie tętnicze, hipercholestorolemia, czy badanie przesiewowe w kierunku raka piersi u kobiet powyżej 50 roku życia, to jest on od 10 do 50 razy korzystniejszy (kosztowo) na rzecz Zybanu, w porównaniu z innymi terapiami stosowanymi w tych chorobach.

Reasumując, można powiedzieć, iż pieniądze wydane na leczenie nikotynizmu w sposób racjonalny, zaowocują w przyszłości przede wszystkim lepszym stanem zdrowia, a także mniejszymi kosztami ponoszonymi na leczenie chorób odtytoniowych.

Po wystąpieniach prelegentów nastąpiła część dyskusyjna Seminarium. Godnym odnotowania było wystąpienie pana Piotra Babiaka z Praktyki Lekarza Rodzinnego, która ma podpisaną umowę z DRKCh, dotyczącą. walki z uzależnieniem od nikotyny. Na ironiczne stanowisko osób prowadzących dyskusję, jakoby kasy chorych nie dostrzegały problemu i nie współfinansowały programów, w których jednym z elementów jest leczenie farmakologiczne, wskazał jako "antyprzykład" DRKCh we Wrocławiu. I bynajmniej nie dla swoich pracowników, a podopiecznych NZOZ. W roku 2002, oprócz powyższego programu jest zakontraktowanych 6 programów, które nierozłącznie są powiązane z paleniem tytoniu Łączna kwota podpisanych umów wynosi 105110 złotych.

oprac. R. Grudniewski

Jednym ze wskaźników opłacalności terapii jest efektywność kosztowa. Stosowany jako jeden z elementów kompleksowej terapii Zyban ma najkorzystniejszy wskaźnik zyskanego roku życia

PREZENTACJE

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

W Goczałkowie jest szkoła, w której zdrowe dzieci są

PREZENTACJE

JOLANTA JANKOWSKA
Koordynator promocji zdrowia

"TYDZIEŃ DLA ZDROWIA"

W PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ W GOCZAŁKOWIE

KOŁO STRZEGOMIA

Pod koniec kwietnia 2002 r. zorganizowaliśmy w naszej szkole "Tydzień dla zdrowia". W ramach "Tygodnia" odbyły się apele, dyskoteki, wyjazdy dzieci na krytą pływalnię do Jawora. Ponadto przeprowadzono zajęcia dydaktyczno-wychowawcze, w czasie których realizowano ścieżki dydaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem ścieżki prozdrowotnej:

- "Uczę się i wypoczywam";
- "Codzienna gimnastyka - zdrowy nawyk";
- Wpływ różnych dyscyplin sportu na środowisko - "Wydeptane ścieżki";
- Projekty "Tabliczek informacyjnych" o ścieżce zdrowia;
- Turniej pt: "I Ty zostań Mistrzem" oraz wykorzystanie problemów środowiska naturalnego do zespołowych i indywidualnych ćwiczeń.

Turniej dotyczył rozgrywek sportowych, podczas których rywalizowały grupy uczniów, a także uczniów - nauczycieli. Wszyscy bawili się wspaniale. Jesteśmy przekonani i świadomi, że nasze zdrowie jest w naszych rękach (patrz zdjęcie z przeciąganiem liny).

Początek maja był równie aktywny. Okazało się, że jeden tydzień to trochę mało, więc zabawa trwała dalej.

Uczniowie naszej szkoły wzięli udział w XI Festiwalu Promocji Zdrowia, w dziecięcej i młodzieżowej sztuce teatralnej pt. "Wybieram zdrowie", której organizatorami była Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wałbrzychu oraz Powiatowa w Świdnicy. Uczniowie przygotowali przedstawienie pt. "Zdrowie w słowie i piosence", którego byli autorami, układając teksty wierszy i piosenek. Od organizatorów otrzymali pamiątkowe nagrody, a organizatorom przekazali swoje wiersze i piosenki.

Oto fragment "Hymnu Zdrowia" (na melodię "W taką ciszę"):

W Goczałkowie jest szkoła
W której zdrowe dzieci są
Przyjeżdżają z okolicy
Dla nich to jest "drugi dom"
W niej radośnie i wesoło
Zapewniamy wszystkich Was
Tam wśród pracy i nauki
Na zabawę też jest czas

Ref. W naszej, w naszej szkole
Wszystkie klasy są jasne
A humory wesołe
Piękne, kolorowe
W których dzieci na co dzień
Chcą promować Wam zdrowie.

Tematyka przygotowanej sztuki nawiązywała do celów Narodowego Programu Zdrowia i dotyczyła propagowania zdrowego stylu życia, poprzez właściwe odżywianie, aktywność fizyczną, umiejętność radzenia sobie ze stresem. Oprócz występu konkursowego, uczniowie mieli również przyjemność zaprezentować się przed władzami gminy oraz całej społeczności wiejskiej, podczas "Turnieju Wsi: Jaroszów - Goczałków 2002".

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Fot SP w Goczałkowie. Nasze zdrowie jest w naszych rękach

Kolejny tydzień majowy rozpoczęło spotkanie uczniów naszej szkoły z policjantami i psem. Odbyły się pogadanki oraz pokaz "Z psem bezpiecznie". Uczniowie najstarszych klas szóstych z wychowawcami, pedagog szkolny i koordynator promocji zdrowia uczestniczyli w Gminnych Obchodach Dnia Promocji Zdrowia. Przygotowaliśmy i przedstawiliśmy wystawę prac plastycznych, pod hasłem „Każdy nałóg wrogiem twojego zdrowia".

Uczniowie obejrzeli prezentacje sceniczne, dotyczące profilaktyki uzależnień, w wykonaniu uczniów Zespołu Szkół Ogólnokształcących w Strzegomiu.

Podczas obchodów Dnia Promocji Zdrowia koordynator ds. promocji zdrowia uczestniczyła w spotkaniu przedstawicieli szkół z gminy, na którym przedstawiła ideę tworzenia Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Podkreśliła, że nasza szkoła jest jedyną szkołą w gminie, która została przyjęta do Dolnośląskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Przedstawiła nasz program, oraz zachęciła inne szkoły do współpracy.

Jesteśmy dumni, że tak wiele zmian dotyczących zdrowego stylu życia dokonało się w naszej szkole.

Będziemy się starać, aby te działania kontynuować.

Fot SP w Goczałkowie. W szkole promującej zdrowie

....nasza szkoła jest jedyną szkołą w gminie, która została przyjęta do Dolnośląskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie.

PREZENTACJE

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

światowy wymiar nikotynizmu w WARSZAWIE

W dniach 20-22 czerwca odbyła się III Europejska Konferencja, poświęcona nikotyzmowi i zdrowiu. Konferencja została oficjalnie otwarta przez p. Jolantę Kwaśniewską oraz Barbarę Labudę. Pani prezydentowa powitała "adwokatów zdrowia", oraz wspomniała o społecznych kosztach nikotynizmu, mówiła o najbardziej bezbronnych, czyli biernych palaczach wśród dzieci. Wg danych, ponad 60 proc. wszystkich dzieci na świecie to "palacze z wymuszenia", a w Polsce dziennie rozpoczyna palenie papierosów ok. 500 dzieci.

Gwoli sprawiedliwości, należy zacząć bardzo oficjalnie, gdyż taki charakter miała cała wstępna ceremonia otwarcia. Njpierw wręczono najwyższe odznaczenie państwowe, Prezydenta RP, jednemu z głównych gości Konferencji, prof. Richardowi Peto, z Oxford University. Obok głównego gospodarza i organizatora Konferencji, prof. Witolda Zatońskiego (Fundacja Promocji Zdrowia), obecni byli inni wybitni goście, zajmujący się profilaktyką nikotynizmu, oraz promocją zdrowia w Europie, którzy wystąpili w czasie sesji plenarnych. Wcześniej natomiast, krótkie, wspierające Konferencję przesłanie do zgromadzonych, w imieniu MZ, wygłosił Wiceminister zdrowia, Jan Kopczyk. Viceminister mówił, że profilaktyka nikotynowa, to również priorytet tego ministerstwa i że kontynuowane będą stosowne "programy ochrony zdrowia". W tej fazie Konferencji swoje pozdrowienie przekazał również dr Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Najistotniejszą częścią Konferencji były wystąpienia we wspomnianej sesji plenarnej, odbywającej się w godzinach dopołudniowych. Wśród wybitnych gości znaleźli się m. innymi następujący prelegenci: prof. Pekka Puska, reprezentujący ŚOZ, Wilfried Kamphausen i Austin Rowan z EU Commission, Sybille Fleitmann z Europejskiej Sieci Prewencji Nikotynizmowi, dr Liisa Elozainio z Association of European Cancer Leagues, dr Prabhat Iha i prof. Kenneth Warner z Banku Światowego, dr John Seffrin z UICC, ze Stanów Zjednoczonych, prof. Helios Pardell z Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Hiszpanii, prof. Michael Kunze z Uniwersytetu Wiedeńskiego, dr Eva Kralikowa z Uniwersytetu Praskiego, dr Michael Boland z Irlandzkiego Biura Kontroli Nikotynizmu, dr Christina Ciecierski z Uniwersytetu Illinois oraz z Fundacji Promocji Zdrowia, Luminita Sanda z Rumuńskiego Ministerstwa Zdrowia.

Nie sposób omówić wszystkich wystąpień, ale można zarysować kilka głównych nurtów, które przewijały się w przedstawionych referatach.

- Społeczne i ekonomiczne analizy kosztów palenia tytoniu. Wg P. Puska z WHO, palenie jest "sprawcą" 4 milionów zgonów w ciągu roku, w skali światowej; w następnych 20-30 latach liczba ta wzrośnie do ok. 10 milionów. Wg R. Peto, w wieku XX nikotynizm był przyczyną śmierci 100 milionów osób na całym świecie; przewidywana liczba zgonów wyniesie ok. 1 biliona w całym wieku XXI.

- Prewencyjne aspekty pracy, szczególnie wśród lekarzy pierwszego kontaktu. Wg M. Fiore z USA (University of Wisconsin), lekarz pierwszego kontaktu, by mieć rezultaty w profilaktyce nikotynizmu, powinien dziennie przeznaczać na to ok. 65 min. ekstra, aby efektywnie zmieniać świadomość i zachowania swoich pacjentów.

lekarz pierwszego kontaktu, by mieć rezultaty w profilaktyce nikotynizmu, powinien dziennie przeznaczać na to ok. 65 min. ekstra

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

- Intersektoralne działania na rzecz przeciwdziałania paleniu tytoniu - podkreślano konieczność współpracy w zakresie kontroli przemysłu tytoniowego, czarnego rynku, polityki cenowej, kontroli reklam itp.

Konferencja była szansą zwrócenia uwagi na kilka istotnych spraw dotyczących promocji zdrowia w Polsce. Niestety, organizatorom tej Konferencji zabrakło odwagi. Od początku, to miał byc sukces. Chciałbym podzielić się kilkoma swoimi osobistymi refleksjami.

1.Od strony merytorycznej, Konferencja ukazała Polskę wśród krajów aktywnych w zakresie profilaktyki głównych patologii społecznych. Należą się słowa uznania dla grupy organizacyjnej, przede wszystkim za przygotowanie wielu wystąpień ilustrujących wysiłki Polski w zakresie profilaktyki nikotynizmu. Z drugiej strony jednak, ukazała się też fasadowość pewnych działań, jakby ograniczonych do grupy Komitetu Organizatorskiego. Wystąpienia podzielone zostały na 17 grup tematycznych; zgodnie z programem i opracowaniami streszczeń doniesień, zaplanowano 162 wystąpienia. Autorów polskich było 19, z tego, aż 9 przypadało na zespół prof. Zatońskiego! Oznacza to, że Konferencja przygotowana została dla wąskiej grupy osób, albo, że tak naprawdę nadal niewiele dzieje się poza Warszawą - np. we Wrocławiu, czy innym mieście. Wiemy doskonale, że tak nie jest, toteż obraz tego, co dokonuje się w polskiej profilaktyce uzależnień od nikotynizmu, był bardzo cząstkowy. Takie wrażenie i taki obraz mógł być odebrany przez uczestniczące w Konferencji forum europejskie, szczególnie przez przedstawiciela ŚOZ, profesora Pekkę Puskę, który znakomicie rozróżnia interwencje o charakterze „community-based" od „centralistycznych decyzji".

2. Strona organizacyjna Konferencji, jak na warunki krajowe, była dobrze przygotowana, głównie dotyczyło to podziału na grupy tematyczne i realizacji programu. Konferencja odbywała się w funkcjonalnych pomieszczeniach warszawskiego Centrum EXPO XXI. Nie udało się jednak uniknąć kilku wyraźnych potknięć organizacyjnych, np. nerwowe oczekiwania na uruchomienie sprzętu do obsługi slajdów podczas wystąpienia prof. Peto, dopiero co uhonorowanego nagrodą Prezydenta RP..., lub zamieszania w pierwszym dniu Konferencji wokół posiłków (brak informacji o konieczności wykupienia obiadowych kuponów). Z drugiej strony należy podkreślić staranne przygotowanie obszernego opracowania streszczeń, czy dobre przygotowanie zaplecza konferencyjnego, łącznie z możliwością korzystania z sieci internetowej.

Końcowe przesłanie konferencyjne zostało przedstawione w Deklaracji (Warsaw Declaration for a Tabacco-free Europe), podpisanej przez Marca Danzona, Dyrektora ŚOZ dla Regionu Europejskiego, oraz Mariusza Łapińskiego, Ministra Zdrowia.

Deklaracja zawarta jest w czterech punktach:
1. Rozwój i adaptacja "European Strategy for Tabacco Control" (Czwarty Plan Działania).
2. Deklaracja pomocy dla przygotowania współczesnego "WHO Framework Convention on Tabacco Control (FCTC)".
3. Zachęcenie rządowych i pozarządowych organizacji do wzmocnienia europejskiej współpracy i solidarności na rzecz kontroli nikotyny.
4. Współpraca ze ŚOZ.

Reasumując, Konferencja ważna, choć nie pozbawiona starych niepotrzebnych wad i nawyków.

L. Kulmatycki

Konferencja ważna, choć nie pozbawiona starych niepotrzebnych wad i nawyków.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

ku Europie

V Światowa Konferencja Promocji Zdrowia w Mexico City

W jednym z numerów z roku 2001 obiecywaliśmy Czytelnikom zamieszczenie informacji o ostatniej Światowej Konferencji Promocji Zdrowia, która odbyła się Mexico City (wcześniej odbyły się konferencje w Ottawie, Melbeurne, Sundval, Dżakarcie). Najwyższy więc czas, aby przedstawić osiągnięcia tej konferencji.

Redakcja

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

V Światowa Konferencja Promocji Zdrowia odbyła się w Meksyku, w dniach 5-9 czerwca 2000.

Głównymi organizatorami Konferencji byli: World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO/AMRO) oraz Ministerstwo Zdrowia Meksyku (Ministry of Health of Mexico).

Najważniejszym jej celem było ustalenie i ukazanie wpływu promocji zdrowia na wyrównywanie różnic w jakości życia. Organizatorzy Konferencji skupili się na trzech istotnych obszarach tematycznych:

1. Ukazanie, w jaki sposób promocja zdrowia wpływa na zdrowie i jakość życia, szczególnie w rozwijających się społecznościach,

2. Wzmocnienie pozycji zdrowia na wszystkich poziomach życia wspólnot ludzkich - międzynarodowym, narodowym, lokalnym,

3. Stymulacja współpracy na rzecz zdrowia wśród różnych sektorów i poziomów życia społeczeństw.

Program Konferencji zawierał dwa subprogramy, ministerialny i techniczny.

Program Ministerialny koncentrował się wokół realizacji dokumentu Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action, (Meksykańskie Ustalenia dla Promocji Zdrowia. Od Idei do akcji), podpisanego przez 86 ministrów zdrowia krajów uczestniczących w Konferencji, w tym i Polski. Był to rodzaj deklaracji politycznej, dotyczącej wspierania i umacniania promocji zdrowia w każdym z reprezentowanych krajów. Zawierał dwa główne punkty:

- Sprzyjanie promocji zdrowia we wszelkiego rodzaju działaniach na rzecz zdrowia na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym;

- Wspieranie tworzenia i ustalania narodowego planu działania, w celu monitorowania rozwoju promocji zdrowia na szczeblu krajowym i lokalnym.

Program Techniczny koncentrował się na ustaleniach Deklaracji Dżakarckiej z roku 1997 oraz stosowaniu zaleceń *World Health Assembly Resolution on Health Promotion* (z 1998 roku).

Praca odbywała się w sześciu sekcjach, obejmujących następujące obszary tematyczne:

□ Wzmacnianie baz danych, dokumentujących efektywność promocji zdrowia (Strengthening the Evidence Base for Health Promotion);

□ Zwiększanie inwestycji w promocję zdrowia (Increasing Investments for Health Development);

□ Promowanie społecznej odpowiedzialności za zdrowie (Promoting Social Responsibility for Health);

□ Zwiększanie możliwości społeczności lokalnych oraz wspieranie osób indywidualnych i społeczności (Increasing Community Capacity and Empowering Individuals and Communities);

□ Zabezpieczanie infrastruktur dla promocji zdrowia (Securing an Infrastructure for Health Promotion);

□ Reorientacja systemu zdrowotnego oraz usług, według kryteriów promocji zdrowia (Reorienting Health Systems and Services with

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Health Promotion Criteria).
Pod koniec Konferencji zaprezentowano dwa dokumenty:
Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action (Meksykańskie Ministerialne Stanowisko dla Promocji Zdrowia) oraz Framework for Countrywide Plans for Action. (Zarys Narodowych Planów Działania). Oba dokumenty mają służyć jako przewodniki dla ministrów zdrowia w poszczególnych krajach i pomóc w szerokim rozpoznawaniu determinantów zdrowia, a także w zapewnieniu obywatelom równości dostępu do zdrowia.
Osiągnięciem Konferencji było zwrócenie uwagi na zasoby, umożliwiające rozwój promocji zdrowia na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym, zawarte między innymi w sformułowaniu "nauka i sztuka" promocji zdrowia ("science and art" of health promotion).
Twórcy Konferencji podkreślali, iż spotkania na poziomie ministerialnym powinny być wsparte przede wszystkim działaniami praktycznymi. Do takich zaliczyć należy dokumentowanie efektywności działań promocji zdrowia oraz:
- kontynuowanie inwestycji na rzecz badań i ewaluacji, w celu lepszego rozumienia determinantów zdrowia,
- rozwój wskaźników, które są bardziej wrażliwe i ukierunkowane na zdrowie pozytywne (w opozycji do choroby), np. równość w zdrowiu, czy kryteriów krótkoterminowych interwencji,
- doskonalenie współpracy, partnerstwa oraz partycypacji wśród badaczy, pracowników służby zdrowia, urzędników oraz przedstawicieli społeczności lokalnych,
- identyfikacja praktycznych strategii, przydatnych dla pełniejszego rozwoju metod badawczych i ewaluacyjnych (np. organizowanie konferencji, sieci; wydawanie publikacji, periodyków; internet),
- wykorzystanie odpowiednich sposobów komunikowania osiągnięć, które będą społecznie i politycznie wzmacniały działania.

Przedstawione w czasie Konferencji prezentacje ukazały twórcze podejście w rozwiązywaniu problemów promocji zdrowia wielu przedstawicieli lokalnych społeczności. Proces, który pozwala na wypracowanie określonych technik działania i który umożliwia wpływ na istotne decyzje lub pozycję lidera w życiu lokalnych społeczności, jest dla promotorów zdrowia niezwykle istotny, i powinien być oparty na działaniach długofalowych, wzmacnianych, między innymi, poprzez:
- solidarność przez tworzenie sieci, partnerskich grup liderów i pracowników, w celu wzajemnego wspierania się,
- mobilizację zasobów (materialnych, finansowych, ludzkich), w celu zapewnienia dostępności promocji zdrowia na wszystkich szczeblach,
- rozwój możliwości lokalnych społeczności, poprzez dostęp do informacji, wspomaganie ze strony innych organizacji, czy oferowanie szkoleń,
- rozwój kompetencji liderów i promotorów zdrowia, poprzez edukację, wymianę doświadczeń, uzupełnianie kwalifikacji zawodowych,
- powoływanie sieci i stowarzyszeń promotorów zdrowia i liderów zdrowia, w celu wzajemnej pomocy i rozwoju. Tego rodzaju współpraca powinna unikać wąskiej profesjonalizacji, dając szansę włączenia się osobom z różnych dyscyplin.

Natomiast w celu wzmocnienia politycznych umiejętności oraz działań na rzecz promocji zdrowia, należy:
- stawiać na procesy demokratyzacyjne, które preferują decentralizację sił i odpowiedzialności za zdrowie,
- kontynuować społeczną i polityczną aktywność tam, gdzie należy wpływać na politykę władz, czy wzmacniać lokalne społeczności w pracy na rzecz własnego zdrowia,
- korzystać z systemu równości w dostępie do bezpośredniej pomocy informacyjnej w zakresie polityki zdrowia publicznego. Taki system ułatwia współpracę i pomoc dla organizacji rządowych, prywatnych, pozarządowych oraz samych społeczności,
- przekształcać systemy opieki zdrowotnej w kierunku promocji zdrowia i podstawowej opieki zdrowotnej,
- poprawić współpracę pomiędzy politykami, urzędnikami, badaczami i praktykami. Taka współpraca zapewni spójny system organizacji, informacji i oceny działań promocji zdrowia,
- kontynuować planowanie i strukturalizację obecnych zasobów promocji zdrowia, w celu pełniejszego wdrażania strategii promocji zdrowia oraz synchronizacji działań na różnych poziomach (lokalnym, krajowym, międzynarodowym).

oprac. L Kulmatycki i R. Niemierowska

ku Europie

Przedstawione w czasie Konferencji prezentacje ukazały twórcze podejście w rozwiązywaniu problemów promocji zdrowia wielu przedstawicieli lokalnych społeczności.

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

1. Przeznaczanie pieniędzy na ewaluację, to wyrzucanie ich w błoto.
ewaluacja PROMOTOR

2. Małe programy, o niskich kosztach nie powinny być ewaluowane.
ewaluacja PROMOTOR

3. Ewaluacją powinni zajmować się naukowcy.
ewaluacja PROMOTOR

4. Takie tam różne ewaluacje to robienie ludziom wody z mózgu.
ewaluacja PROMOTOR

5. Jeśli mam przeprowadzić dodatkowe zajęcia z młodzieżą, to najlepszą ewaluacją będzie ich satysfakcja.
ewaluacja PROMOTOR

6. Czy w skali społecznej coś ma sens, czy nie, można powiedzieć dopiero po dłuższym czasie.
ewaluacja PROMOTOR

7. Jakości zdrowia, czy jakości życia, w ogóle nie sposób ewaluować.
ewaluacja PROMOTOR

8. Ewaluacja jest zbyt czasochłonna i szkoda na to czasu.
ewaluacja PROMOTOR

9. Ewaluacja przy programach szkolnych nie ma sensu, gdyż za rok w tej szkole są już inne dzieci.
ewaluacja PROMOTOR

10. Po co słowo „ewaluacja" jesli możemy po prostu oceniać.
ewaluacja PROMOTOR

11. Jeśli sam planuję, sam realizuję i sam ewaluuję, to wtedy to ma sens.
ewaluacja PROMOTOR

12. Czy dany program ma wartość, mogą to powiedzieć tylko sami zainteresowani.
ewaluacja PROMOTOR

13. Jeśli są pieniądze na realizację programu, to 1/3 tej sumy powinna być przeznaczona na ewaluację.
ewaluacja PROMOTOR

14. Ewaluacja jest najważniejsza i powinna być decydująca.
ewaluacja PROMOTOR

15. Nie ma czym się przejmować, gdyż cała moja praca zawodowa jest ciągłą ewaluacją.
ewaluacja PROMOTOR

16. Różne instytucje wymagają ewaluacji, ale nic z tego nie wynika.
ewaluacja PROMOTOR

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)

Gra w karty

ewaluacja

PROMOTOR

W każdym z numerów dwumiesięcznika drukujemy zestawy kart do tematów rozmów, które warto poruszać w czasie sesji edukacji zdrowotnych. Można je organizować przede wszystkim w środowisku szkolnym, dla gup pacjentów lekarza rodzinnego czy w przychodniach. Swego czasu w jednym z pierwszych numerów opisywaliśmy te 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 kolejkę wypowiedzi dotyczących kolejnej karty.
7. Po przeczytaniu ostatniej karty lub upłynięciu 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

You created this PDF from an application that is not licensed to print to novaPDF printer (http://www.novapdf.com)