

Promocja zdrowia i jej aktualne kierunki aktywności i rozwoju. Meandry rozwoju promocji zdrowia

Health promotion and its current directions of activities and development

Jerzy B. Karski

Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie

Człowiek poświęcał zdrowiu wiele uwagi od najdawniejszych czasów. Według najwcześniejszych poglądów medyków i filozofów dalekowschodnich, zaburzenie równowagi w funkcjonowaniu ludzkiego organizmu - czyli choroba - powstaje w wyniku działania szeregu czynników, takich jak niewłaściwa dieta, brak snu, mała ruchliwość fizyczna ciała oraz niezgoda rodzinna lub społeczna (Capra, 1983).

Zdefiniowanie zdrowia stanowi nadal dość duży problem semantyczny. Definicja zdrowia podana przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ), która określa je jako „pozytywny stan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko nieobecność choroby lub niepełnosprawności” (ŚOZ 1946)¹⁾ niejednokrotnie była i jest poddawana krytyce jako „zbyt idealistyczna”, a nawet zbyt

ingerująca w osobiste sfery życia człowieka. Od czasu powstania wspomnianej definicji opublikowano szereg definicji autorskich, jednak definicja ŚOZ pozostała jako obiegowa i obowiązująca.

Współcześnie - jak łatwo dostrzec - zapytania dotyczące czynników prowadzących do utraty zdrowia pokrywają się w znacznej mierze z najstarszymi poglądami. Ciekawi więc fakt, iż pomimo poznania najważniejszych czynników warunkujących zdrowie tak dawno, tak niewiele udało się osiągnąć w dziedzinie pozyskiwania i utrzymywania go. Sytuację tę próbuje się usprawiedliwiać priorytetową i stale aktualną koniecznością zajmowania się chorobą - ludźmi chorymi, gdyż rzeczywiście obciążenie współczesnych społeczeństw chorobami jest bardzo duże. Powoduje to, iż na podejmowanie działań dotyczących utrzymania i potęgowania zdrowia nie ma już ani środków, ani czasu. Niekiedy w uzasadnieniu powstałych zaniedbań dodaje się jeszcze, że podczas gdy chorobę odczuwa

1) ŚOZ (1946) - Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia - Konferencja Międzynarodowa, Nowy Jork <http://www.yale.edu/lawweb/avalon/decade/decad051.htm>

się zwykle w sposób dolegliwy i wymierny, to zdrowia się nie czuje i jest ono jakby nieodczuwalne i niemierzalne. Jest to jeden z najistotniejszych czynników zwracających uwagę na konieczność równoległego i równie intensywnego podejmowania problematyki zdrowia i choroby, gdyż do optymalnego zaspokojenia potrzeb leczenia, inaczej określanego mianem medycyny naprawczej, nigdy nie dojdzie wobec stale rosnącego zapotrzebowania na medyczne świadczenia zdrowotne. Staje się więc oczywiste, iż jedyną drogą prowadzącą do zmniejszenia tego rodzaju zapotrzebowania jest poprawa ogólnej sytuacji zdrowotnej, a ta jest zależna tylko w pewnym stopniu (10-15%) od działań medycyny naprawczej. W głównej mierze sytuacja ta zależy od zmniejszenia zachorowalności i chorobowości (w tym i urazowości) poprzez powszechne i jak najdłuższe utrzymanie ludzi w zdrowiu i powiększaniu jego potencjału.

W tej sytuacji konieczne było powstanie i rozwój idei promocji zdrowia. U podłoża tej potrzeby znajdowały się cztery najważniejsze czynniki, do których należało znaczne obciążenie chorobami w skali globalnej, rosnące koszty związane z rozwojem techniki i technologii medycznych, starzenie się populacji i wzrost świadomości społecznej w sprawach możliwości pozyskiwania i utrzymania zdrowia. Promocja zdrowia została zdefiniowana na początku lat 80-ych ubiegłego stulecia (Karta Ottawska 1986)²⁾, jednak w toku jej rozwoju, początkowo jako ruchu społecznego, a następnie jako nauki,

tło zaistniałych zmian politycznych, społecznych i gospodarczych wymusiło jej modernizację (ŚOZ 1995)³⁾.

Za wydarzenie wyjściowe dla promocji zdrowia w skali globalnej uznaje się zwykle Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1977 roku. Jednak za wydarzenie prekursorskie należy uznać raport Lalonda „A New Perspective on the Health of Canadians” z 1974 roku, w którym autor wskazał na możliwość zmniejszenia zapotrzebowania na medyczne świadczenia zdrowotne poprzez programy promocji zdrowia i na konieczność zaangażowania się rządu w ich opracowanie i realizowanie. Po wydarzeniu tym nastąpiły następne, do których zaliczyć należy przede wszystkim międzynarodowe konferencje promocji zdrowia. Pierwsza z nich odbyła się w Ottawie (Kanada, 1986), a kolejne w Adelajdzie (Australia, 1988), Sundsvall (Szwecja, 1991), Dżakarcie (Indonezja, 1997), Meksyku (Meksyk, 2000) i Bangkoku (Tajlandia, 2005)⁴⁾. Każda z wymienionych konferencji wносиła nowe doświadczenia i potrzeby działania, które określano w odpowiednich deklaracjach lub stanowiskach. Są one dostępne w piśmiennictwie polskim (Karski, 2005) i zagranicznym (ŚOZ 2007)⁵⁾.

Dla konferencji w Bangkoku znamienne jest na przykład to, że wobec istniejącego problemu 3) ŚOZ (1995) - European Lubljana Conference Glossary: Promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia”.

4) Bangkok (2005) - Szósta Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia w Bangkoku (Tajlandia), 7-11 sierpnia 2005 r. (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>).

5) ŚOZ (2007) - Biuro ŚOZ Regionu Europejskiego: <http://www.euro.who.int>

2) Karta Ottawska (1986) - Pierwsza Międzynarodowa Konferencja na temat Promocji Zdrowia, Ottawa, Kanada (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).

lemu globalizacji wyznaczyła dla promocji zdrowia określone zadania, a jej uczestnicy zwrócili się do Organizacji Narodów Zjednoczonych o wzięcie pod uwagę korzyści z przygotowania Globalnego Układu na rzecz Zdrowia „Global Treaty for Health” (Bangkok 2005).

Obszary i zakresy działań na rzecz zdrowia. Kierunki działań lokalnych

Wobec szybkiego rozwoju promocji zdrowia jako dziedziny nauki, bardzo wcześnie zaistniała potrzeba określenia głównych kierunków aktywności własnej i współpracy międzydyscyplinarnej. Wstępne wskazania w tym zakresie zawarto w końcowym dokumencie konferencji w Ottawie, jakim jest „Karta Ottawska”, która mimo upływu dłuższego czasu od jej powstania, stanowi nadal manifest i „pakt” określający główne cele i zadania promocji zdrowia. W następnych latach ukształtowały się zasadnicze elementy składowe promocji zdrowia, do których należy edukacja zdrowotna, zapobieganie chorobom i urazom oraz lokalna polityka zdrowotna. Działania podejmowane w dziedzinie promocji zdrowia powinny być planowane i realizowane przede wszystkim na poziomie lokalnym, to znaczy tam gdzie człowiek żyje, pracuje, uczy się i odpoczywa, a więc w warunkach polskich głównie na poziomie samorządowym. Społeczność lokalna jest najlepiej zorientowana w zakresie własnych potrzeb i możliwości działania, dlatego też powinna brać udział w opracowywaniu i realizowaniu lokalnej polityki zdrowotnej. Na poziomach wyższych niż lokalne, a więc ponadsamorządowych, tj. regionalnym, krajowym, lub międzynarodowym, jest ona już re-

alizowana jako polityka zdrowia publicznego, którego integralną część stanowi promocja zdrowia. Synchronizacja i koordynacja polityki zdrowotnej na obydwu poziomach jest wskazana, choćby z tego względu, iż istnieje możliwość zbieżności tematycznej i problemowej i wówczas są większe szanse pozyskania środków finansowych na realizację lokalnej polityki zdrowotnej z puli programów polityki zdrowia publicznego. Niemniej zdarza się, iż lokalne potrzeby zdrowotne w mniejszym lub większym stopniu różnią się od uwzględnionych w polityce zdrowia publicznego i wówczas zachodzi potrzeba uwzględnienia w samorządowej polityce zdrowotnej w pierwszym rzędzie interesów lokalnych.

W toku współpracy międzydyscyplinarnej i międzysektorowej promocja zdrowia szybko pozyskała partnerów w takich dziedzinach nauki jak psychologia, socjologia, ekonomia, organizacja i zarządzanie, prawo czy etyka. W tych warunkach łatwo było dojść do oczywistego wniosku, iż najistotniejszymi dla skuteczności promocji zdrowia są uwarunkowania zdrowia (ŚOZ 1980)⁶⁾, które ulegają ciągłym zmianom ilościowym i jakościowym. W ostatnich latach, wśród ogółu czynników warunkujących utrzymanie i rozwój zdrowia, na czoło wysunęły się szczególnie społeczne uwarunkowania zdrowia (London College

6) ŚOZ (1980) - Według ŚOZ do uwarunkowań zdrowia należą: Kondycja psychofizyczna stosowna do płci i wieku; Możliwość korzystania z praw i swobód obywatelskich; Wykształcenie; Zatrudnienie; Warunki pracy; Warunki mieszkaniowe; Żywność i odżywianie; Poczucie bezpieczeństwa; Możliwość oszczędzania; Komunikacja i łączność z innymi ludźmi; Regeneracja sił, wypoczynek i rozrywka; Odpowiednia odzież.

Promocja zdrowia i jej aktualne kierunki aktywności i rozwoju.

Meandry rozwoju promocji zdrowia

2004)⁷⁾. Ułatwiło to zrozumienie, iż sektor ochrony zdrowia - mówiąc ogólnie - sama medycyna, nie jest i nie może być odpowiedzialna za stan zdrowia społeczeństwa. Umożliwiło to zrobienie następnego kroku, a mianowicie uznania konieczności dotarcia do świadomości polityków i decydentów i przekonania ich, iż zdrowie stanowi jeden z głównych zasobów państwa, że warunkuje rozwój społeczny i gospodarczy, gdyż tylko zdrowe społeczeństwo jest zdolne wytwarzać odpowiednie ilościowo i jakościowo dobra materialne i niematerialne.

Inspirujące działania międzynarodowe i krajowe

Promocja zdrowia jako integralna część zdrowia publicznego została uwzględniona w szeregu programów Światowej Organizacji zdrowia, Unii Europejskiej oraz w Polsce. ŚOZ poza organizacją wymienionych wyżej międzynarodowych, a niekiedy i krajowych konferencji na temat promocji zdrowia, niewątpliwie była prekursorem działań z zakresu promocji zdrowia, opracowując i rozpowszechniając wiele programów i projektów dotyczących promocji zdrowia. Wśród przykładów takich działań można wymienić określenie 21 celów zdrowotnych do realizacji od początku XXI wieku, wśród których dominują przede wszystkim zadania dla promocji zdrowia.

7) London College (2004). Według International Centre for Health and Society, University College in London (2004) do społecznych uwarunkowań zdrowia należą: Zróżnicowanie społeczne (*social gradient*); Stres; Rozwój we wczesnym okresie życia; Wykluczenie społeczne; Praca; Bezrobocie; Wsparcie społeczne; Uzależnienia; Żywność; Transport.

Rys. I: CELE ZDROWOTNE ŚOZ - „ZDROWIE 21”

1. Solidarność dla zdrowia krajów członkowskich Regionu Europejskiego.
2. Równość w zdrowiu.
3. Zdrowy start życiowy.
4. Zdrowie ludzi młodych.
5. Zdrowie ludzi starszych.
6. Poprawa zdrowia psychicznego.
7. Redukcja chorób zakaźnych.
8. Redukcja chorób niezakaźnych.
9. Redukcja urazów powstałych na tle wypadków i przemocy.
10. Zdrowe i bezpieczne środowisko.
11. Zdrowy styl życia.
12. Redukcja negatywnych skutków spożycia alkoholu, narkotyków i tytoniu.
13. Tworzenie siedlisk zdrowotnych.
14. Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie.
15. Zintegrowanie sektora zdrowia.
16. Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków.
17. Rozwój zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej.
18. Wiedza i badania naukowe na rzecz zdrowia.
19. Pozyskiwanie partnerów na rzecz zdrowia.
20. Polityka i strategia zdrowia dla wszystkich.

Reakcją ŚOZ na tworzenie i rozpowszechnienie różnych jakościowo programów promocji zdrowia było wprowadzenie oceny ich skutków zdrowotnych (Health Impact Assessment – HIA).

Rys. 2: ELEMENTY OCENY SKUTKÓW ZDROWOTNYCH (HIA)

- Rozważenie **dowodów** pozwalających przewidywać zależności pomiędzy polityką, programem lub projektem a zdrowiem populacji.
- Branie od uwagę **opinii**, doświadczenia i oczekiwań tych, których proponowana polityka, program lub projekt ma dotyczyć.
- Dostarczanie dodatkowych **informacji pozwalających zrozumieć** decydentom i społeczeństwu skutki polityki, programu lub projektu dotyczącego zdrowia.
- Przedstawienie propozycji **dostosowania/opcji** pozwalających na maksymalizację pozytywnych i minimalizację negatywnych skutków zdrowotnych.

Jeszcze inną reakcją wobec narastania problemu chorób przewlekłych związanego m.in. z wydłużeniem średniej oczekiwanej długości życia, było zainicjowanie przez ŚOZ w 2004 roku powstania Oksfordzkiego Przymierza dla Zdrowia (*The Oxford Health Alliance*), którego hasłem jest „równanie” $3 \times 4 = 50$ - co oznacza 3 czynniki ryzyka (tytoń, dieta, brak aktywności fizycznej), które powodują 4 choroby przewlekłe

(choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzycę, przewlekłe choroby płuc i niektóre nowotwory złośliwe), stanowiące łącznie 50% zgonów w skali globalnej (Oxford Vision 2004)⁸⁾.

Znaczącym działaniem na rzecz promocji zdrowia było powołanie przez Europejskie Biuro ŚOZ zespołu do opracowania projektu metody pozwalającej na ocenę wpływu określonych działań na zdrowie (Health Impact Assessment - HIA) (ŚOZ 1996)⁹⁾. Zasady tego projektu uległy szybkiemu rozpowszechnieniu, nie tylko na kontynencie europejskim, lecz także w skali globalnej.

Rys. 3: WARTOŚCI ISTOTNE DLA HIA

- Demokracja (*democracy*) - prawo ludzi do udziału w formułowaniu, wdrażaniu i ocenie polityki.
- Równość (*equity*) - zainteresowanie zarówno całościowym, jak i dystrybucją wpływu ocenianej polityki w obrębie populacji (wiek, płeć, status ekonomiczno-społeczny itp.).
- Zrównoważony rozwój (*sustainable development*) - zwracanie uwagi na wpływy długo- i krótkoterminowe.
- Etyczne korzystanie z dowodów (*ethical use of evidence*) - wnikliwe korzystanie z dowodów w aspekcie

8) Oxford Vision (2004) - program Oksfordzkiego Przymierza dla Zdrowia jest dostępny na stronie: <http://www.ephia.org>

9) ŚOZ (1996) - „HIA” - Definicja: Ocena wpływu na zdrowie stanowi kombinację procedur, metod i narzędzi - poprzez które polityka, program lub projekt może być oceniony pod względem potencjalnych skutków dla zdrowia populacji oraz dystrybucji tych skutków w obrębie populacji (<http://www.who.int/hial/en>).

ilościowym i jakościowym, uwzględniające różne dyscypliny naukowe i metodologie przy ocenie badanego wpływu.

Projektowi temu towarzyszy inny, dotyczący edukacji zdrowotnej, pogłębiający i poszerzający elementy edukacyjne dotychczasowych programów i modeli edukacji zdrowotnej. Działalność tego rodzaju została objęta terminem *health literacy* (Harvard School 1999)¹⁰⁾, którego tłumaczenie na język polski sprawia pewne trudności. Istnieją przynajmniej dwie możliwości opisowego zdefiniowania tej aktywności. Według Nutbeam (1998) jest to umiejętność poznawcza i społeczna umożliwiająca określenie motywacji i zdolności jednostek do uzyskania dostępu, zrozumienia i spożytkowania informacji w taki sposób, który pozwoli na promowanie i utrzymanie dobrego zdrowia. Natomiast w amerykańskim programie *Healthy People 2010* (USA 1996) *health literacy* definiuje się jako zdolność pozyskiwania, interpretowania i rozumienia podstawowych informacji dotyczących zdrowia i świadczeń zdrowotnych oraz umiejętność korzystania z nich w celu uzyskania poprawy zdrowia.

Unia Europejska na mocy Decyzji Nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 23 września 2002 r. przyjęła i wprowadziła program działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003-2008, którego głównymi celami i kierunkami działań jest poprawa informacji i wiedzy na rzecz rozwoju zdrowia publicznego; zwiększanie możliwości szybkiej odpowiedzi w sposób skoor-

10) Harvard School (1999) - Harvard School of Public Health, Health Literacy Studies (<http://www.hsph.harvard.edu/health literacy>).

dynowany na zagrożenia zdrowia oraz promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom, ukierunkowane na uwarunkowania zdrowia z uwzględnieniem wszystkich polityk i działań. Od 2008 roku obowiązuje kolejny program działań Wspólnoty na rzecz zdrowia, którego działania strategiczne zostały przedstawione w Decyzji Nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. Program ten obejmuje okres od 2008 do 2013 roku i stanowi kontynuację poprzedniego programu (2003-2008) na temat ochrony zdrowia w Europie. Główne kierunki działań określone dla tego programu to: poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, promocja zdrowia oraz gromadzenie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy na temat zdrowia.

W ślad za dokonaniem ŚOZ i UE, w Polsce opracowano i wprowadzono czwartą wersję Narodowego Programu Zdrowia (NPZ 2007)¹¹⁾. Program ten zawiera dwie główne grupy celów: strategiczne i operacyjne oraz dodatkowo operacyjne - dotyczące wybranych populacji i niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego. Zwrócenie uwagi na rolę tego ostatniego ma tu szczególnie pozytywne znaczenie.

Nowe i kontrowersyjne oblicza promocji zdrowia

Promocja zdrowia ulega stałemu

11) NPZ (2007) - Program został przyjęty na mocy uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Jest dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl>

11) University of Toronto (2003) - Center for Health Promotion, University of Toronto (<http://www.utoronto.ca>). USA (1996) - Healthy People 2010 (<http://www.health.gov/healthypeople>)

rozwojowi w skali europejskiej i światowej. Niekiedy przybiera ona jednak nie zawsze korzystne dla zdrowia formy.

Rys. 4: PRODUKTY I USŁUGI MARKETINGOWE

- artykuły i usługi odżywcze - *produkty suplementarne*
- napoje i żywność (np. produkty sojowe)
- produkty i usługi służące poprawie kondycji fizycznej
- opieka prewencyjna
- zabiegi na życzenie *voluntary medicine*, np. chirurgia kosmetyczna
- alternatywna opieka zdrowotna
- źródła informacji profesjonalnej, np. środki masowego przekazu
- zdrowie i poprawa samopoczucia poprzez turystykę; *wellness insurance*

Źródło: L. Payne, J. Kickbusch (2003)

Do takich można zaliczyć powstanie rynkowego i marketingowego charakteru promocji zdrowia, który rozwinął się zarówno w USA jak i w Europie (Payne, Kickbusch, 2003). Wprowadza się na rynek produkty i usługi poprawiające samopoczucie, niekiedy nawet rzeczywiście sprzyjające zdrowiu, które można obecnie podzielić na różne kategorie. Aktualnie, w nowoczesnym społeczeństwie, jesteśmy świadkami trendu komercjalizacji, prywatyzacji i indywidualizacji zdrowia. Jest to zjawisko z jednej strony pozytywne, a z drugiej wiążące się z paradoksem polegającym na tym, iż wbrew coraz większej dominacji spraw zdrowia, opieki zdrowotnej i lecznictwa w dyskusjach

politycznych, można dostrzec wycofywanie się państwa z dostarczania obywatelom świadczeń opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Wraz z rozwojem społecznym i naukowym powstają nowe środowiska i podejścia zmieniające zapamiętywania na problematykę dotyczącą zdrowia. Jednym z nich jest wprowadzenie pojęcia *health society* (Kickbusch, 2005), oznaczającego ekspansję problematyki zdrowotnej w każdy aspekt życia codziennego i polityki, stanowiącą zasadniczą składową wydatków gospodarstw domowych i rynkowych. Termin ten można przetłumaczyć jako „społeczeństwo ludzi zdrowych”, „w trosce o zdrowie społeczeństwa” lub „zdrowie dla społeczeństwa”.

Rys. 5: CHARAKTERYSTYKI *HEALTH SOCIETY*

- Radykalne przesunięcia w demografii, oczekiwanej długości życia i rosnącej populacji seniorów.
- Ekspansywny system zdrowotnej opieki medycznej, który stanowi coraz większy udział w PKB i dochodach jednostki.
- Rosnący rynek zdrowia dotyczący informacji, produktów i usług równoległe z penetracją w systemie opieki medycznej.
- Rosnąca pozycja zdrowia w dyskusjach na temat priorytetów społecznych i politycznych, o prawach i obowiązkach.
- Rosnące znaczenie zdrowia jako najważniejszego celu w życiu jednostki.
- Prawo do zdrowia jako kluczowy element nowoczesnego obywatelstwa.

W celu przybliżenia tej problematyki dodać należy, iż istnieje sześć zdefiniowanych charakterystyk nowego pojęcia *health society* - „społeczeństwa ludzi zdrowych”. Społeczeństwo ludzi zdrowych tworzy nowy krajobraz paradoksów. Reformy systemów opieki zdrowotnej, które mają prowadzić do większego zaangażowania i wzmocnienia konsumenta, równolegle dążą do zwiększonej prywatyzacji opieki zdrowotnej, co prowadzi do rosnącej nierówności w zdrowiu i dotyczy zarówno celów zdrowotnych jednostki jak i autonomii konsumenta wobec rynku, który oferuje rosnącą liczbę drogich produktów i usług.

W dążeniu do możliwie najpełniejszej realizacji celów i zadań promocji zdrowia opracowano zintegrowany model promocji zdrowia. Obowiązują w nim następujące zasady (University of Toronto 2003)¹²⁾:

- Promowanie zdrowia jest ukierunkowane na ludzi w dobrym i złym stanie zdrowia, tak więc i inicjatywy promocji zdrowia powinny obejmować nie tylko ludzi narażonych na ryzyko, lecz także ludzi pozostających pod potencjalną możliwością całego spektrum ryzyka, uwzględniając grupy ludności, takie jak np. dzieci, młodzież, kobiety, dorośli, seniorzy, pracownicy itp.
- Promowanie zdrowia wymaga licznych i współzależnych podejść (edukacja, obrona spraw zdrowia, społeczna polityka zdrowotna), zawsze mając na uwadze uwarunkowania zdrowia.

- Promowanie zdrowia odnosi się do takich zagadnień jak odżywianie, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, środowisko, czynniki fizyczne i społeczne oraz priorytety określone przez społeczności lokalne.

Promocja zdrowia populacji zgodnie założeniami omawianego modelu powinna uwzględniać trzy zakresy działań:

- pełen zakres uwarunkowań zdrowia - biorąc pod uwagę to **co** ma być przedmiotem działań
- całościową strategię działania jaka została wyartykułowana w Karcie Ottawskiej – jak podejmować takie działania
- różne poziomy działania - **z kim** działania mają być podjęte i realizowane.

Promocja zdrowia jest ukierunkowana zarówno na społeczności lokalne, jak i na jednostki. Aby uzyskać wpływ na stan zdrowia grupy lub populacji, konieczne jest połączenie działań na różnych poziomach.

Potrzeba utworzenia nowej polityki zdrowotnej

W powstałej sytuacji istnieje potrzeba utworzenia nowej polityki zdrowotnej. Społeczeństwo ludzi zdrowych stanowi nowe środowisko, które wymaga nowego rodzaju polityki zdrowotnej na krajowym, europejskim i globalnym poziomie. Polityka ta wymaga (Kickbusch, 2005):

- Wzięcia pod uwagę ciągłego procesu indywidualizacji i zróżnicowania - lecz nie poprzez zwiększenie delegowania spraw do jednostki,

12) University of Toronto (2003) - Center for Health Promotion, University of Toronto (<http://www.utoronto.ca>). USA (1996) - Healthy People 2010 (<http://www.health.gov/healthypeople>).

rodziny, społeczności lokalnej, ale poprzez ich wzmocnienie i ułatwienie wyborów, ich praw oraz ogólnej umiejętności odczytywania znaczenia zdrowia (*health literacy*).

- Uznania zwiększającej się „obecności zdrowia na rynku” - jako produktu i zobowiązania, a także zapewnienia bezpieczeństwa konsumenta, łącznie z przeciwdziałaniem wykluczeniu tych, którzy nie posiadają siły nabywczej.
- Konstruktywnej odpowiedzi na rosnące nierówności w zdrowiu wewnątrz i pomiędzy krajami, także w najbardziej rozwiniętych krajach świata.
- Uznania, iż podział na różne systemy działań na rzecz zdrowia i polityki (promocja zdrowia, zwalczanie i leczenie chorób, świadczenia opiekuńcze) staje się coraz bardziej niejasny i właściwym rozwiązaniem tego problemu jest ich zintegrowanie.

Spełnienie wymienionych wyżej wymogów z pewnością stworzy nowe i realne warunki dla uzyskania stopniowej poprawy stanu zdrowia zarówno w skali krajowej, jak i europejskiej.

Streszczenie

Zdrowiu człowiek poświęcał wiele uwagi od najdawniejszych czasów. Ciekawi jednak fakt, iż pomimo poznania najważniejszych czynników warunkujących zdrowie (niewłaściwa dieta, brak snu, mała ruchliwość fizyczna ciała oraz niezgoda ro-

dzinna lub społeczna) już w starożytności i uznawania ich również współcześnie - tak niewiele udało się osiągnąć w zakresie pozyskiwania i utrzymywania potencjału zdrowotnego. U podłoża rozwoju promocji zdrowia znajdowały się cztery najważniejsze czynniki: znaczne obciążenie chorobami, rosnące koszty związane z rozwojem techniki i technologii medycznych, starzenie się populacji i wzrost świadomości społecznej w sprawach możliwości pozyskiwania zdrowia. Promocja zdrowia, opierając się na partnerskiej współpracy środowisk medycznych ze środowiskami naukowymi w dziedzinie psychologii, socjologii i antropologii, ukierunkowała swoje działania na przedsięwzięcia pozwalające na względnie szybkie uzyskanie poprawy sytuacji zdrowotnej w regionach, w których ten rodzaj współpracy miał miejsce. Czynnikiem odgrywającym niezmiernie istotną rolę w rozwoju promocji zdrowia było zrozumienie znaczenia uwarunkowań zdrowia, które są rozlokowane we wszystkich sektorach społeczno-gospodarczych. Aktualnie do najważniejszych uwarunkowań zdrowia zalicza się uwarunkowania społeczne, a dotychczasową edukację zdrowotną znacznie poszerzono i nadano jej nazwę *health literacy*. Wobec znacznego rozpowszechnienia różnych jakościowo programów promocji zdrowia, wprowadzono i podkreślono znaczenie oceny ich skutków zdrowotnych (*health impact assessment*). Promocja zdrowia jako integralna część zdrowia publicznego została uwzględniona w szeregu programów Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej. Do głównych kierunków działania w promocji zdrowia zalicza się zapobieganie chorobom

i urazom, edukację zdrowotną oraz lokalną politykę zdrowotną. Lokalną, gdyż miejscem działania promocji zdrowia jest środowisko, w którym człowiek żyje, pracuje, uczy się i odpoczywa. Opracowywanie i realizacja ogólnej polityki zdrowia publicznego, w tym również promocji zdrowia w szerszej skali należy do wyższych szczebli administracji państwowej i samorządowej, stanowiąc program polityki zdrowotnej państwa, opierającej się na porozumieniu i współpracy międzynarodowej.

Słowa kluczowe: zdrowie, promocja zdrowia, polityka zdrowotna, uwarunkowania zdrowia

Summary

Concern of human being aimed at health had been existed since the dawn of time.

Interesting - however - is fact, that in spite of recognition of the most important determinants of health since the antiquity (inadequate diet, lack of sleep, physical immobility and family and social discord) and its acceptance nowadays - such little successes had been reached in the field of gathering and maintenance of health potential. In the foundation of health promotion development had been four most important factors: significant burden of diseases, increasing costs of medical technology progress, ageing of population and increasing social awareness in the sphere of health gathering. Health promotion basing on partnership and collaboration of medical environments mainly with scientific community of psychology, sociology and anthropology, directed

its activity on undertakings enabling relatively quick improvement of health situation within the regions, in which this kind of collaboration existed. Understanding of health determinants and its existence within all socio-economic sectors, as well as its significance for health, had been the most important factors for health promotion development. Currently, the social determinants of health have been classified as the most important health determining factors, and former health education had been significantly enlarged and named - health literacy. Facing distribution of various quality health promotion programmes around the world, the World Health Organization introduced health impact assessment principles. Health promotion as an integral part of public health had been recognized and included in many World Health Organization and the European Union projects and programmes. The health education, diseases prevention and local health policy create the main paths of health promotion activities. Term of "local" used to be adequately implemented, because local environment is the proper place for health promotion activity, it is place where a human being lives, works, learns and relax. Elaboration and implementation of general public health policy, including health promotion policy in larger scale, is a matter of higher levels of the state and local administration responsibility - creating programmes of the state health policy, basing on international agreements and cooperation.

Key words: health, health promotion, health policy, health determinants

Bibliografia

1. Capra F. (1983). The turning point. London: Fontana Paperbacks.
2. Karski J.B. (2005). Praktyka i teoria promocji zdrowia. Warszawa: Wyd. CeDeWu.
3. Kickbusch I.(2005). The Health Society: importance of the new policy proposal by the EU Commission on Health and Consumer Affairs. Health Promotion International, 20, 2: 101-103.
4. Nutbeam D. (1998). Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. Health Promotion International, 13, 1, 27- 44.
5. Payne L., Kickbusch I. (2003). The Wellness industry: facts, trends, and implications in the United States and Europe. Background report on wellness.