

UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO  
W POZNANIU  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU  
ZAKŁAD EDUKACJI

EDYTA KURZĘPA-HASAN

BRYTYJSKA POLITYKA W ZAKRESIE PROMOCJI  
ZDROWIA PO II WOJNIE ŚWIATOWEJ  
Studium porównawcze

Praca doktorska napisana  
pod kierunkiem  
Prof. dr hab. Michała Musielaka

Poznań 2009

Badania nad tematem pracy prowadziłam pod kierunkiem świętej pamięci prof. dr hab. Józefa Skrzypczaka, któremu w tym miejscu pragnę serdecznie podziękować za życzliwość i cierpliwość oraz udzielenie wsparcia i wielu cennych wskazówek w trakcie pisania niniejszej pracy

Edyta Kurzępa-Hasan

Panu prof. dr hab. Michałowi Musielakowi  
składam serdeczne podziękowania za pomoc  
i udzielenie wielu cennych  
wskazówek oraz życzliwość  
w trakcie pisania niniejszej pracy

Edyta Kurzępa-Hasan

Serdecznie dziękuję mojemu  
mężowi i całej rodzinie  
za pomoc i wsparcie przy pisaniu  
niniejszej pracy

Edyta Kurzępa-Hasan

Spis treści	Strona
Wstęp, cele pracy i metodologia badań.....	7
Spis skrótów.....	13
<b>1. Część teoretyczna.....</b>	<b>16</b>
1.1 Teoretyczne podstawy promocji zdrowia.....	16
1.1.1 Pojęcia: „zdrowie” i „zdrowie publiczne”.....	16
1.1.2 Przegląd wybranych definicji promocji zdrowia.....	30
1.1.3 Geneza i rozwój idei promocji zdrowia.....	36
1.1.3.1 Edukacja zdrowotna zagadnienie związane z promocją zdrowia.....	45
1.1.4 Wybrane podejścia do promocji zdrowia.....	49
1.2 Główne tendencje w rozwoju promocji zdrowia na świecie.....	53
1.2.1 Międzynarodowa polityka zdrowotna a promocja zdrowia.....	53
1.2.2 Kluczowe dokumenty i konferencje na temat promocji zdrowia.....	59
1.2.3 Promocja zdrowia w podejściu siedliskowym.....	72
<b>2. Część analityczna.....</b>	<b>80</b>
2.1 Brytyjska polityka w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia.....	80
2.1.1 Powstanie i przemiany Narodowej Służby Zdrowia w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.....	81
2.1.2 Rozwój zdrowia publicznego w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.....	87
2.1.3 Podział odpowiedzialności za promocję zdrowia i zarządzanie zdrowiem publicznym w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.....	97
2.1.3.1 Instytucje odpowiedzialne za kierowanie zdrowiem publicznym i promocją zdrowia w Irlandii Północnej.....	98
2.1.3.2 Instytucje i organizacje działające w zakresie promocji zdrowia i zdrowia publicznego w Szkocji.....	100

2.1.3.3 Organizacje zajmujące się działaniami w obszarze zdrowia publicznego w Walii.....	103
2.1.3.4 Organizacje zaangażowane w planowanie i kierowanie działaniami w zakresie promocji zdrowia i zdrowia publicznego w Anglii.....	104
2.1.4 Strategia działania w zdrowiu publicznym wobec nierówności w zdrowiu. ....	108
2.2 Wybrane zagadnienia związane ze zdrowiem społeczeństwa Wielkiej Brytanii po II wojnie światowej do czasów współczesnych.....	118
2.2.1 Zdrowie społeczeństwa brytyjskiego po II wojnie światowej do czasów współczesnych.....	120
2.2.2 Kształtowanie się współczynników umieralności w społeczeństwie brytyjskim.....	126
2.2.3 Kierunki wybranych działań profilaktycznych realizowanych w UK .....	135
2.2.4 Rozpowszechnienie picia alkoholu, palenia tytoniu oraz występowanie zakażeń wirusem HIV wśród populacji brytyjskiej.....	137
2.3 Realizacja strategii promocji zdrowia w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.....	148
2.3.1 Uczestnictwo społeczeństwa w działaniach promujących zdrowie.....	148
2.3.2 Szkoła promująca zdrowie oraz edukacja zdrowotna i seksualna w instytucjach edukacyjnych.....	153
2.3.3 Promocja zdrowia w opiece zdrowotnej .....	173
2.3.4 Promocja zdrowia w miejscu pracy.....	178
Wnioski i postulaty.....	189
Streszczenie.....	192
Summary.....	194
Załącznik 1 – spis tabel.....	196
Załącznik 2 – spis rycin.....	197
Bibliografia.....	198

## WSTĘP, CELE PRACY I METODOLOGIA BADAŃ

Niniejsza rozprawa doktorska poświęcona jest brytyjskiej polityce w zakresie promocji zdrowia po II wojnie światowej. Obszar badawczy obejmuje politykę wszystkich czterech krajów – Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej - tworzących Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, UK<sup>1</sup>) w zakresie polityki zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

Zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się rośnie liczba osób starszych, liczba chorób przewlekłych ciągle wzrasta. Wiele krajów rozwijających się nie uporało się z wszelkiego rodzaju epidemiami, wzrostem przemocy i ilością urazów. Zmiana stylu życia zwiększa stres, co przyczynia się do zwiększenia ilości chorób układu nerwowego, i to zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. W dobie łatwych podróży międzykontynentalnych, żaden kraj nie jest bezpieczny przed kolejnym ogniskiem SARS, ludzkiej grypy, czy też jeszcze niepoznanym do dziś nowym szczepem jakiejś choroby. Zmiany klimatyczne na całym świecie powodują nasilanie się katastrof naturalnych, jak chociażby tsunami w Azji, które było odpowiedzialne za śmierć blisko 300 tysięcy ludzi. Każdy kraj musi się zmierzyć z kilkoma czynnikami powodującymi śmiertelność, dlatego tak ważne staje się promowanie zdrowia.

Codziennie umierają miliony ludzi i są to zgony, którym przy odpowiedniej edukacji zdrowotnej dałoby się zapobiec. Galopująca urbanizacja zepchnęła blisko 3 miliardy ludzi do slamsów, przez co znacznie pogorszyło się ich zdrowie.

W dniu dzisiejszym należy skupić się na dzieciach i młodzieży. W wielu wypadkach stoją przed nimi o wiele większe wyzwania niż miały przed sobą poprzednie pokolenia. Miliardy ludzi na świecie jest niedożywionych i umierających z głodu. W większości przypadków, dzieci i młodzi ludzie, przegrywają na samym początku. Kraje rozwijające się muszą włożyć w działania w zakresie promocji zdrowia o wiele więcej wysiłku.<sup>2</sup>

Rozpoczynając opis i analizę rozwoju polityki w zakresie promocji zdrowia po 1945 roku nie można pominąć korzeni zdrowia publicznego (w którym przecież

---

<sup>1</sup> W niniejszej dysertacji będzie stosowany skrót: UK – The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland - Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, a także NHS – oznaczający National Health Service - Narodową Służbę Zdrowia.

<sup>2</sup> WHO (2005) *Global health promoton scaling up for 2015 – A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challnges for 2015*. WHO Secretariat Background Document for the 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand.

promocja zdrowia się zawiera). Początki zdrowia publicznego można zauważyć jeszcze w XIX wieku w UK. Mimo szeregu wydarzeń, jakie miały miejsce na wyspach brytyjskich niektóre zmiany wprowadzonych w XIX wieku ustaw zdrowia publicznego nastąpiły dopiero w latach współczesnych. Warto więc podkreślić w niniejszej rozprawie niektóre zasadnicze kwestie dla zdrowia publicznego, które miały miejsce jeszcze w XIX wieku.

W tym też czasie przywództwo w obszarze teoretycznego, jak i praktycznego podejścia do rozwiązywania trudnych problemów zdrowia publicznego należało do Wielkiej Brytanii.<sup>34</sup> Wykazano również „skłonność do działań interwencyjnych podejmowanych przez władze lokalne”.<sup>5</sup>

Narodowa Służba Zdrowia (*National Health Service*; NHS) powstała w 1948 roku, po wcześniejszym przyjęciu uchwały w 1946 roku<sup>6</sup>, a w Szkocji ustawy z 1947 roku (*National Health Service Scotland Act 1947*<sup>7</sup>). Ustawy te powstały dzięki publikacji w 1942 roku Raportu i Planu Beveridge`a. Raport określał zasady brytyjskiej polityki społecznej na najbliższe lata. W dokumentach tych choroba oraz brak możliwości działania w celu poprawy stanu zdrowia zostały określone, jako jeden z „gigantów zła socjalnego” i w ten sposób uzasadniony został imperatyw rozwiązywania problemów dotyczących ochrony zdrowia.

Polityczna jedność dla założenia NHS była zapoczątkowana podczas II wojny światowej, w tym też samym czasie podejmowane były inne inicjatywy „państwa opiekuńczego” w takich obszarach jak opieka społeczna, edukacja, czy warunki mieszkaniowe.

Opieka zdrowotna jest podstawowym prawem każdego człowieka, a zdrowie jest kluczowe dla społecznego, jak i ekonomicznego rozwoju.

Na znaczeniu zyskuje coraz bardziej sama promocja zdrowia, jako istotny element rozwoju zdrowotnego. Promocja zdrowia dzięki inwestycjom i działaniom odgrywa

---

<sup>3</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health Care Systems in Transition*. United Kingdom., s. 10

<sup>4</sup> „Czołowa przed II wojną światową pozycja gospodarcza i polityczna Wielkiej Brytanii została po wojnie zredukowana do skromnego wymiaru, wyznaczonego przez katastrofalne dla Anglii skutki wojny, stopniową likwidację dawnego imperium, awans dawnych kolonii brytyjskich do statusu państw niepodległych, a także zmiany zachodzące w układzie sił politycznych na świecie”. Cytata za: Zins H., (1995). *Historia Anglii*. Ossolineum, Wrocław-Warszawa, s. 353.

<sup>5</sup>Whitfield M., Smith A. (2002) *Changing Definitions of Public Health in the UK-Their Implications on Public Health Education in Practice*. *Zdrowie Publiczne*, 112, 2:149-151.

<sup>6</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health...op.cit.*, s. 5.

<sup>7</sup> The Lothian Health Service Archive. The National Health Service In Scotland. A new National Health Service, na stronie internetowej: <http://www.lhsa.lib.ed.ac.uk/histheal/nhs/index/html> (2006-11-11)



znaczącą rolę w zdrowiu ludności, wpływając na jego poprawę, na poziom świadomości zdrowotnej, prowadząc do zwiększenia poziomu socjalnego bytu ludności.

Przez ostatnie dwie dekady wiele krajów postanowiło zmienić kierunek swojej polityki w stronę bardziej demokratycznej. Spowodowane jest to zwiększoną aktywnością ludności, która chce mieć większy wpływ na politykę uprawianą przez państwo. Takie zmiany powodują potrzebę zmiany organizacji całej polityki zdrowotnej, tak by promocja zdrowia popierała wzmocnienie lokalnych środowisk. Obszary te wymagają dużej uwagi mogą bowiem przynieść bardzo duże korzyści wraz ze wzrostem demokratyzacji.<sup>8</sup>

Przedstawione wyżej, między innymi, fakty historyczne stanowiły podstawę i inspirację do napisania niniejszej pracy.

Główny cel pracy polegał na diagnozie<sup>9</sup> i rekonstrukcji rzeczywistości funkcjonowania polityki w zakresie promocji zdrowia w UK, konfrontacji teorii z praktyką promocji zdrowia oraz wyciągnięciu wniosków dla Polski.

Cele szczegółowe pracy zawierają się w następujących pytaniach:

1. Kiedy rozwinęła się promocja zdrowia i zdrowie publiczne w UK?
2. Czy działania polityczne w zakresie promocji zdrowia podejmowane przez kraje UK dążą w podobnym kierunku?
3. Jaki jest stopień rozwoju działań w obszarze polityki zdrowotnej w krajach UK?
4. Jakie instytucje w UK podejmują działania w zakresie promocji zdrowia i zdrowia publicznego?
5. Jakie strategie UK realizuje w walce z nierównościami w zdrowiu?
6. Jak przedstawia się stan zdrowia społeczeństwa brytyjskiego?
7. Jaki jest kierunek działań promocji zdrowia w UK?
8. Co z funkcjonowania brytyjskiej polityki w zakresie promocji zdrowia wynika dla Polski?

W rozprawie doktorskiej wykorzystano źródła pierwotne w postaci przede wszystkim dokumentów rządowych UK oraz dokumentów wydanych przez WHO (zobacz bibliografia s. 198), źródła wtórne i literaturowe obejmujące publikacje wydane

---

<sup>8</sup> Wspólny tekst zredagowany przez 450 uczestników z 78 krajów podczas 4 Międzynarodwej Konferencji Promocji Zdrowia (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Health Promotion International 12, 4, 261-264. (Edited text agreed by the 450 participants from 78 countries at the 4<sup>th</sup> International Conference on Health Promotion, New Players for a New Era- Leading Health Promotion into 21<sup>st</sup> Century, Jakarta, 21-25 July 1997)

<sup>9</sup> Diagnoza, jak pisze Ciechaniewicz - jest to rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy, jego tendencji rozwojowych w praktyce (...). Podaję za: Ciechaniewicz W. (2000) *Pedagogika*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 90.

począwszy od lat 70-tych XX wieku do początku XXI wieku, to jest do 2008 roku włącznie.

W pracy zostanie przeprowadzona analiza funkcjonowania brytyjskiej polityki w zakresie promocji zdrowia po II wojnie światowej, oparta na metodzie porównawczej<sup>10</sup> zaczerpniętej z pedagogiki porównawczej<sup>11</sup>.

Analiza porównawcza wymaga rygorów metodologicznych procedury badawczej, zawierających trzy fazy charakterystyczne dla tej dziedziny badań pedagogicznych:

- deskrypcji (opis zjawisk analizowanych porównawczo),
- interpretacji (tłumaczenia zjawisk analizowanych porównawczo),
- jukstapozycji (zestawienie informacji o tym samym zjawisku różnych układów rzeczywistości).<sup>12</sup>

W deskrypcji ujmuje się promocję zdrowia oraz zdrowie publiczne i ich przemiany na tle szerszej rzeczywistości. Opisywana<sup>13</sup> będzie dynamika zmian i ich uwikłania w procesy społeczne, polityczne i ekonomiczne. Prezentacja kontekstów i relacji stanowić będzie „tworzywo” dla interpretacji i jukstapozycji.<sup>14</sup>

Porównawczy aspekt pracy dotyczy przede wszystkim zestawienia struktury, formalnych podstaw i zasad funkcjonowania brytyjskiej polityki w zakresie promocji zdrowia (podział odpowiedzialności za zdrowie publiczne i promocję zdrowia, porównanie strategii nierówności w zdrowiu, zestawienie nauczania z zakresu edukacji seksualnej) oraz porównania danych statystycznych dotyczących stanu zdrowia populacji brytyjskiej.

---

<sup>10</sup> „Bardziej precyzyjne ustalenia zakresu zastosowań metody porównawczej, na przykład, w naukach społecznych jest dziełem dwóch socjologów-Durkheim E. i Webera M.. Niektórzy współcześni badacze skłonni są przypisywać Durkheimowi rolę pierwszego, który poprawnie i w sposób naukowy posłużył się metodą porównawczą. Wyróżnił on trzy obszary zastosowań metody porównawczej: a) porównanie społeczeństw ogólnie podobnych, lecz różniących się w pewnych aspektach, b) analiza różnic w jednym społeczeństwie w określonym punkcie czasu, c) porównanie społeczeństw ogólnie różnych, jednak mających pewne wspólne cechy.” Cytat za Pachociński R., (1995). *Pedagogika porównawcza*. TRANS HUMANA, Białystok, s. 166.

<sup>11</sup> „Pedagogika porównawcza-w ujęciu Beredaya G.Z.F. (jeden z największych autorytetów w pedagogice porównawczej, ur. 1920 r., uczonego polskiego pochodzenia) - nie jest współczesną historią wychowania lub subdyscypliną socjologii czy politologii, ale syntezą tych i innych dziedzin nauki (...).” Cytat za Pachociński R. (1995) *Pedagogika...op.cit.*, s. 16-17.

<sup>12</sup> Frątczak J. (1994) *Pedagogika porównawcza*. Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz, s. 43 oraz Wiloch T. (1970) *Wprowadzenie do pedagogiki porównawczej*. Warszawa, s. 85.

<sup>13</sup> Najprostszym sposobem opisu jest porównywanie danych statystycznych. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że wcześniej pedagogika porównawcza opierała się wyłącznie na takiej metodzie, podaję za: Gmerek T. (2007) *Spoleczne funkcje szkolnictwa w Finlandii*. Poznań-Leszno, s. 20

<sup>14</sup> Cyłkowska-Nowak M. (2000) *Spoleczne funkcje szkolnictwa w Japonii i Stanach Zjednoczonych. Studium z pedagogiki porównawczej*. Wyd. Edytor, Poznań-Toruń, s. 18.

Praca doktorska pod tytułem: „Brytyjska polityka w zakresie promocji zdrowia po II wojnie światowej” została podzielona na część teoretyczną złożoną z dwóch rozdziałów oraz na część analityczną, która składa się z trzech rozdziałów.

W pierwszym rozdziale części teoretycznej scharakteryzowano pojęcia „zdrowia”, „zdrowia publicznego” i „promocji zdrowia”, opisano genezę promocji zdrowia, więź łączącą promocję zdrowia z edukacją zdrowotną oraz zaprezentowano wybrane podejścia do promocji zdrowia.

Zdrowie publiczne i promocja zdrowia posiadają różne pochodzenie, a także wydarzenia, które je poprzedzają różnią się. We współczesnym świecie widziane są jako dwa komplementarne wobec siebie pojęcia, a obszary ich działań nakładają się na siebie.

Wszelkie rozważania na temat promocji zdrowia, w niniejszej rozprawie doktorskiej będą opierać się na definicji zaproponowanej przez WHO w 1993 roku, która określa promocję zdrowia jako: „działanie społeczne i polityczne na poziomie indywidualnym i zbiorowym, którego celem jest podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego stylu życia i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jest to proces aktywizacji społeczności lokalnych, polityków, profesjonalistów i laików, podejmowanej dla osiągnięcia trwałych zmian zachowań (redukcji zachowań będących czynnikami ryzyka i rozpowszechniania zachowań prozdrowotnych) oraz wprowadzania zmian w środowisku, które zmniejszałyby lub eliminowały społeczne i inne środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia”<sup>15</sup>, ponieważ oddaje ona najbardziej sens i zakres promocji zdrowia, choć może jest trochę nieporęczna ze względu na swoją długość.

Jedną z jej zalet jest podkreślenie czterech różnych poziomów jej działania. Są to poziom środowiskowy, społeczny, organizacyjny i indywidualny. Poziom środowiskowy, który wiąże się z oddziaływaniem na środowisko pracy i życia („zdrowe miasto”, „zdrowe miejsce pracy”). Poziom społeczny związany jest z oddziaływaniem na grupy społeczne, elementy jej struktury poprzez tworzenie i propagowanie zdrowych wzorów i standardów zachowań (poprzez reklamę, politykę fiskalną, ustawodawstwo, oraz działania edukacyjne). Tworzenie kultury sprzyjającej zdrowiu w środowisku pracy charakteryzuje poziom organizacyjny (instytucjonalny). Zmiana zachowań jednostek i kształtowanie ich zdrowego stylu życia określa poziom indywidualny<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Karczewski J. (2002) *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin, s. 23.

<sup>16</sup> Karczewski J. (2002) *Higiena...op.cit.*, s. 23-24.

Natomiast w drugim rozdziale części teoretycznej przedstawiono międzynarodową politykę zdrowotną oraz organizacje biorące udział w jej kształtowaniu. W rozdziale tym opisano kluczowe dokumenty dla rozwoju promocji zdrowia oraz międzynarodowe konferencje promocji zdrowia na świecie. Przedmiotem zainteresowania było również istotne dla promocji zdrowia podejście siedliskowe, stanowiące ważne otoczenie dla działań promocji zdrowia.

W pierwszym rozdziale części analitycznej przedmiotem analizy są: powstanie i przemiany NHS, od momentu jej powstania w 1948 roku do czasów obecnych, historia rozwoju działań w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia, podział odpowiedzialności za zdrowie publiczne i promocję zdrowia w UK oraz analiza i porównanie strategii zapobiegających nierównościom w zdrowiu.

W rozdziale drugim przedstawiono i porównano wybrane zagadnienia związane ze zdrowiem społeczeństwa UK po II wojnie światowej do czasów współczesnych. Analiza wybranych zagadnień zawiera następujące kwestie: kształtowanie się współczynników umieralności w społeczeństwie brytyjskim, wybrane działania prewencyjne - szczepienia i badania przesiewowe, rozpowszechnienie nadużywania alkoholu, palenia papierosów oraz występowania zakażeń wirusem HIV wśród populacji brytyjskiej.<sup>17</sup>

Wreszcie rozdział trzeci części analitycznej przedstawia podejścia do działań w zakresie promocji zdrowia, takie jak: zaangażowanie społeczeństwa w działaniach promujących zdrowie, zdrowie dzieci, szkoła promująca zdrowie oraz edukacja zdrowotna i seksualna w instytucjach edukacyjnych, promocja zdrowia w opiece zdrowotnej, a także promocję zdrowia w miejscu pracy oraz ostatnio przyjęte ustawy zakazujące palenia papierosów w Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej.

W zakończeniu rozprawy ujęto pewne wnioski płynące z analizy brytyjskiej polityki w zakresie promocji zdrowia. Wnioski stały się podstawą do sformułowania postulatów dla polityków, profesjonalistów ochrony zdrowia, naukowców i nauczycieli w Polsce.

---

<sup>17</sup> Rozdział drugi części analitycznej zawiera wykresy przedstawiające współczynniki dotyczące stanu zdrowia społeczeństwa brytyjskiego. Niektóre z wykresów zawierają dane jeszcze od 1901 roku, choć autorka pragnie podkreślić, że zainteresowaniem tej rozprawy jest okres od 1945 roku do 2005 roku.

## Spis skrótów

APHOs - Association of Public Health Observatories, Stowarzyszenie Obserwatoriów Zdrowia Publicznego

BMEGs - black and minority ethnic groups, czarni i grupy mniejszości etnicznych

CMO - Chief Medical Officer, Dyrektor ds. Medycznych

DfES - Department for Education and Skills, Ministerstwo Edukacji i Umiejętności

DGH – District General Hospital, Powszechny Szpital Okręgowy

DHSSPS - Department of Health, Social Services and Public Safety, Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Bezpieczeństwa Publicznego

DoH - Department of Health, Ministerstwo Zdrowia

ENHPS - European Network of Health Promotion Schools, Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie

FAO - Food and Agriculture Organization, Organizacja ds. Wyżywienia i Rolnictwa

FOREST - Freedom Organization for the Enjoy Smoking Tobacco, Organizacja dotycząca Prawa do Palenia Tytoniu

GATT - General Agreement on Tariffs and Trade, Porozumienie Ogólne w sprawie Cel i Handlu

GBP - Great Britain Pound Sterling, funt szterling

GEST - Grants for Education Support and Training, Granty Wsparcia Edukacji i Szkolenia

GP - general practitioner, lekarz ogólny

GRONI - General Register Office for Northern Ireland, Generalny Urząd Stanu Cywilnego Irlandii Północnej

GROS - General Register Office for Scotland, Generalny Urząd Stanu Cywilnego Szkocji

HA - health authorities, władze ds. zdrowia

HDA - Health Development Agency, Agencja Rozwoju Zdrowia

HEA - Health Education Authority, Wydział ds. Edukacji Zdrowotnej

HEC - Health Education Council, Rada Edukacji Zdrowotnej

HIV - Human Immunodeficiency Virus, Ludzki Wirus Upośledzenia Odporności

HM Treasury - Her Majesty's Treasury, Ministerstwo Finansów

HPA - Health Protection Agency, Agencja Ochrony Zdrowia

HSC - Health and Safety Commission, Komisja ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa

ICD - International Classification of Diseases, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób  
IAEA - International Atomic Energy Agency, Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej  
ILO - International Labour Organization, Międzynarodowa Organizacja Pracy  
INIsPHO - Ireland and Northern Ireland`s Population Health Observatory, Obserwatorium Zdrowia Populacji Irlandii Północnej i Republiki Irlandzkiej  
IUHPE - International Union for Health Promotion and Education, Międzynarodowy Związek Promocji Zdrowia i Edukacji  
LHCCs - Local Health Care Co-operations, Lokalne Związki Opieki Zdrowotnej  
MGPH - Ministerial Group on Public Health, Grupa Ministerialna ds. Zdrowia Publicznego  
NHS - National Health Service, Narodowa Służba Zdrowia  
NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence, Krajowy Instytut ds. Zdrowia i spraw Klinicznych  
NISRA - Northern Ireland Statistics and Research Agency, Agencja Naukowo-Statystyczna Irlandii Północnej  
NPHS - National Public Health Service, Krajowa Służba Zdrowia Publicznego  
OH - Occupational Health, medycyna pracy  
ONS - Office for National Statistics, Krajowy Urząd Statystyczny  
PCT - Primary Care Trust, Instytucja ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
PHIS - Public Health Institute for Scotland, Szkocki Instytut Zdrowia Publicznego  
PHO - Public Health Observatory, Obserwatorium Zdrowia Publicznego  
PSE - Personal and Social Education Framework, Zarys Edukacji Osobistej i Społecznej  
RAWP - Resource Allocation Working Party, Grupa Przydzielająca Środki Finansowe  
RHA - Regional Health Authority, Regionalne Władze ds. Zdrowia  
RSE - Relationships and Sexuality Education, edukacja seksualna i w zakresie więzi  
SCOTH - Scientific Committee on Tobacco, Komitet Naukowy ds. Tytoniu  
Scot PHO - Scotland Public Health Observatory, Szkockie Obserwatorium Zdrowia Publicznego  
UK - United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej  
UKACR - United Kingdom Association of Cancer Register, Brytyjskie Stowarzyszenie Rejestru Nowotworów

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization,  
Organizacja Narodów Zjednoczonych ds. Oświaty, Nauki i Kultury

UNICEF - United Nations International Children`s Emergency Fund, Fundusz Narodów  
Zjednoczonych Pomocy Dzieciom

UNO – United Nations Organization, Organizacja Narodów Zjednoczonych

WCFH - Welsh Centre for Health, Walijskie Centrum Zdrowia

WHA - World Health Assembly, Światowe Zgromadzenie Zdrowia

WHO - World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia

WHP - Workplace Health Promotion, Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy

## 1. CZĘŚĆ TEORETYCZNA

### 1.1 Teoretyczne podstawy promocji zdrowia.

#### 1.1.1 Pojęcia: „zdrowie” i „zdrowie publiczne”.

Najlepiej jest być pięknym, młodym i bogatym oraz oczywiście zdrowym, choć na to ludzie nie zwracają uwagi tak długo, jak im tego zdrowia nie zaczyna brakować. Jakże słowa fraszki Jana Kochanowskiego dobitnie oddają częste traktowanie zdrowia:

*Szlachetne zdrowie,  
Nikt się nie dowie  
Jako smakujesz,  
Aż się zepsujesz [...]*

Jan Kochanowski, fraszka: „Na zdrowie”

Zdrowia, które oznacza pełną jedność ciała, nieobecność bólu i cierpienia, czyli poziom, stan odpowiedniego działania organizmu – słowem: „niezauważalny organizm”. Jednak stan ten jest odbierany za najwłaściwszy i pożądaný, chociaż niezauważalny tak długo, jak trwa.<sup>18</sup>

Problem definicji zdrowia i wiedzy o nim ukształtowały się wyraźnie w dwóch przedziałach czasowych. Pierwszy przedział od starożytności do lat czterdziestych XX wieku, w którym zdrowie ewidentnie było definiowane brakiem choroby, a drugi przedział to czasy nowoczesne i ponowoczesne.<sup>19</sup>

Jak dalej pisze Malinowski, przełomem w rozumieniu zdrowia można uznać wypowiedź Sigerista, a mianowicie:

„Zdrowym może być człowiek, którego cechuje harmonijny rozwój fizyczny i psychiczny, i który dobrze adoptuje się do otaczającego go środowiska społecznego.”<sup>20</sup>

W interesujący sposób „uznawania osoby za zdrową lub chorą” przedstawił Talcott Parsons, jako socjolog „postrzegał człowieka w kategorii zachowań jednostki”, która

---

<sup>18</sup> Kuński H. (2000) *Promowanie zdrowia*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 20-23.

<sup>19</sup> Malinowski A. (2000) *Waleologia - nauka o promocji zdrowia*, [w:] *Auksologia a promocja zdrowia. Tom 2*. Jopkiewicz A., Polska Akademia Nauk w Krakowie, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Kielce, s. 317.

<sup>20</sup> Tamże, s. 317.



ma do spełnienia wiele „ról społecznych” w swoim życiu. Zgodnie z tym poglądem zdrową jest ta osoba, która może bez problemów i zakłóceń wypełniać te role, a chorą jest osoba nie mogąca tych zadań wykonać, której „stan uniemożliwia pełne wywiązywanie się z tychże ról”.<sup>21</sup>

Albo: *zdrowie to pelen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny a nie tylko brak choroby czy kalectwa*- pojęcie „zdrowia” według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization - WHO) z 1946 roku.<sup>22</sup> Tej definicji zdrowia towarzyszyło zaraz w następnym akapicie, określone w Konstytucji WHO *prawo do zdrowia* w brzmieniu: „Korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnic rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych”<sup>23</sup>.

Definicja ta do dnia dzisiejszego jest definicją obowiązującą na świecie, chociaż postęp w wiedzy w zakresie nauk biologicznych i medycznych spowodował, że pojawiły się kolejne modyfikacje, nie zmieniające jednak istotnego sensu definicji pierwotnej. Pojęcie dobrostanu fizycznego to krótko mówiąc wszystkie te czynniki związane ze środowiskiem fizycznym (powietrze, woda, gleba, żywność, środowisko pracy, środowisko zamieszkania). Zakres dobrostanu fizycznego obejmuje badanie i ocenę wpływu tych czynników na zdrowie populacji. Zakres pojęcia dobrostanu psychicznego obejmuje istotną sferę życia każdego człowieka (depresje i nerwice o różnej etiologii, które dotyczą znacznego odsetka populacji świata, będąc w konsekwencji przyczyną zaburzeń somatycznych). Natomiast konflikty społeczne, bezrobocie, pogłębiające się rozwarstwienie majątkowe powodujące frustracje, rzutujące na stan zdrowia –stanowią zakres pojęcia dobrostanu społecznego<sup>24</sup>.

Takie ujęcie zdrowia nie całkowicie pasuje promotorom zdrowia, „gdyż nie stopniuje pozytywnego stanu samopoczucia”, który stanowi zasadniczy element tej definicji „i zakłada ono, że zdrowie jest pewnym stanem idealnym”, „pozbawione elementów opisujących je”. Zdaniem promotorów zdrowia, przez fakt i punkt odniesienia, jakim dla promocji jest aktywność jej samej, powinno się zdrowie definiować tak, „aby

---

<sup>21</sup> Szewczyk T. (2000) *Edukacyjne i ekologiczne konteksty promocji zdrowia* [w:] Promocja zdrowia. *Konteksty społeczno-kulturowe*. Głowacka M.D., Wyd. Wolumin, Poznań, s. 180.

<sup>22</sup> Tamże s.180 oraz Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W. (1994) *Promocja zdrowia*. Sanmedia, Warszawa, s.17, a także Nosko J. (2005) *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne – aspekty historyczno kulturowe*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, S. 234, oraz również Karczewski J. (2002) *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin, s.11.

<sup>23</sup> Nosko J. (2005) *Zachowania...*op.cit., s.234.

<sup>24</sup> Karczewski J. (2002) *Higiena...*op.cit., s.11.

definicja oddawała dynamikę zmian jego stanu, żeby przyjmowała całościowe traktowanie zdrowia osobniczego i publicznego oraz, aby akcentowała jego humanistyczny charakter, odnosząc kategorię „zdrowie” do kontekstu kulturowego”.

WHO wskazała pod koniec 1970 roku dwanaście czynników warunkujących zdrowie. Są to:

- pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich,
- możliwość zatrudnienia i praca w odpowiednich warunkach,
- dobre warunki mieszkaniowe,
- utrzymanie kondycji psychofizycznej stosownej do płci i wieku,
- uzyskanie odpowiedniego wykształcenia,
- odpowiednie zaopatrzenie w żywność,
- odpowiedni stan odżywiania,
- poczucie bezpieczeństwa,
- możliwość gromadzenia oszczędności,
- komunikacja i łączność z innymi ludźmi,
- możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki,
- dostępność odpowiedniej odzieży”.<sup>25</sup>

W odpowiedzi na pozytywne uwarunkowania zdrowia powstała lista dwunastu negatywnych czynników wpływających na zdrowie:

- brak pracy i złe stosunki w miejscu pracy,
- nadmierny i wzmożony wysiłek fizyczny w pracy,
- narażenie na substancje szkodliwe w czasie pracy,
- wyczerpujący charakter pracy,
- zagęszczenie i nieodpowiednie wyposażenie mieszkania,
- częste przypadki wandalizmu w miejscu pracy,
- udział w wypadku drogowym w ostatnim okresie,
- brak aktywności fizycznej w wolnym czasie,
- palenie tytoniu,
- nadużywanie alkoholu,
  - nadmierne spożywanie pokarmów,
  - nieprawidłowe odżywianie.

---

<sup>25</sup> Karski J.B. (2000) *Promocja zdrowia*. Wyd. CedeWu, Warszawa, s. 20 oraz Bik B. (1996) *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Poździoch S., Ryś A.. Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, s. 252.

Jednocześnie czynniki te zebrano w cztery grupy elementów wpływających na utrzymanie zdrowia jednostki:

- styl życia (stanowiący 50% ogółu wpływów),
- środowisko (ok. 20%),
- cechy genetyczne (też ok. 16%),
- opieka zdrowotna (ok. 10%)<sup>26</sup>.

Karski z kolei pisze, że na poziom zdrowia społeczeństwa wpływają czynniki demograficzne, stan i jakość opieki zdrowotnej, w tym sanitarnej i styl życia obywateli. Z pewnością czynniki warunkujące zdrowie stanowią podstawowe znaczenie i odnośnik w działaniach podejmowanych na rzecz promocji zdrowia. Zdrowie jest z całą pewnością sprawą odpowiedzialności jednostki, bo jest ściśle osobistą wartością, zaletą i obejmuje z jednej strony podejmowane przez ludzi zachowania prozdrowotne, z drugiej eliminowanie zachowań zagrażających zdrowiu.

Środowiska etno-kulturowe różnie zdrowie definiują, tak jak „samo zdrowie” zróżnicowane jest w ujęciu historycznym i przestrzeni geograficznej. Według Malinowskiego zdrowie, jest więc kategorią biologiczną, historyczną, społeczną i obyczajowo-kulturową zawsze umieszczoną w realiach czasoprzestrzeni. Zdrowie stanowi proces tworzenia się i zachowania optymalnych struktur i funkcji biologicznych, fizjologicznych i psychologicznych, które to gwarantują człowiekowi możliwie długie życie. W świetle tej definicji można powiedzieć, że promocja zdrowia stanowi: „zabezpieczenie maksymalnego przedłużenia aktywności życiowych przy optymalnych warunkach działalności i pracy, społecznej aktywności przy zachowaniu i rozwoju funkcji biologicznych.”<sup>27</sup>

Rozwój myśli na tematy związane ze zdrowiem ma wieloletnią historię. Obecnie przyjmuje się, że istnieją trzy główne podejścia do uzyskiwania poprawy bądź podnoszenia potencjału zdrowotnego: leczenie, zachowanie (styl życia) oraz rozwój społeczno<sup>28</sup>-środowiskowy i rozwój zdrowia. Podejścia w różny sposób określają kwestie dotyczące zdrowia i działań, jakie są konieczne dla uzyskania poprawy zdrowia. Leczenie będzie skupiać się na problemach wynikających z typu choroby (nadciśnienie, nowotwory itp.), na procesie chorobowym i możliwych interwencjach

---

<sup>26</sup> Dolińska-Zygmunt G. (1996) *Behavioralne wyznaczniki zdrowia- zachowania zdrowotne*, [w:] *Elementy psychologii zdrowia*. Dolińska-Zygmunt G., Acta Universitatis Wratislaviensis No 1818, s. 33 oraz dane wg Instytutu Medycyny Amerykańskiej Akademii Nauk.

<sup>27</sup> Malinowski A. (2000) *Waleologia ...op.cit.*, s. 315.

<sup>28</sup> Raeburn J., Akerman M., Chuengsanitinsup K., Mejia F., Oladepo O. (2007) *Community capacity building and health promotion in a globalized world*. Health Promotion International 21, S1, 84-90.

medycznych. Podejście skoncentrowane na zachowaniu dotyczy dążenia do redukcji ryzyka, na zmianie indywidualnych zachowań zdrowotnych. Ostatnie podejście społeczno-środowiskowe i rozwój zdrowia dotyczy podstawowych uwarunkowań zdrowotnych takich jak środowisko psychologiczno-społeczne (brak wsparcia społecznego, niska samoocena), społeczno-ekologiczne, fizyczne (warunki życia społecznego i środowiska mających wpływa na stan zdrowia, a na które jednostka ma niewielki wpływ bądź żaden), które mogą tworzyć warunki dla pozyskiwania zdrowia bądź jego utraty. Można powiedzieć, że wszystkie podejścia są odpowiednie przy właściwej alokacji środków, przy dokonywaniu stosownych wyborów polityk. Najważniejsze jest zapewnienie żeby nie wszystkie środki były lokowane jedynie w leczenie. Niezbędne jest także długookresowe inwestowanie w obszerniejszą infrastrukturę<sup>29</sup>.

Interesujące były, jak pisze Malinowski A., poglądy Karola Wojtyły na temat zdrowia w jego dziele: „*Teologia ciała*” z 1983 roku, w którym K. Wojtyła stwierdza, iż człowiek w walce z otoczeniem poprawia własne umiejętności psychiczne i fizyczne, zyskując wiedzę i świadomość, że „natura człowieka nie jest postacią finalną”, której nie można ulepszyć, lecz że jest „zadana” do ciągłego kształtowania.

W tym miejscu warto przytoczyć List Episkopatu Polski dotyczący zagrożeń zdrowia i sportu, w którym stwierdza się, że:

*„ Zdrowie nie jest darem niebios danym nam raz na zawsze. Nad jego zachowaniem i pomnażaniem należy pracować nieustannie, wykorzystując wszystkie wiodące do tego celu drogi i możliwości, od szeroko pojętego wychowania zdrowotnego po właściwie pojęty sport i turystykę (...) Dla ratowania zdrowia publicznego potrzebna jest wręcz nowa filozofia społeczna, potrzeba chwili wymaga daleko idących przeobrażeń nie tylko systemowych i organizacyjnych, lecz przede wszystkim intelektualnych i nowych zachowań społeczeństwa, wymaga moralnego budowania nowej obyczajowości. Pragniemy przypomnieć każdemu człowiekowi, że Bóg dając mu ciało nałożył jednocześnie obowiązek jego ochrony i zachowania w dobrej kondycji”.*<sup>30</sup>

Zdrowiem, dobrym zdrowiem cieszy się ten, kto z poczucia obowiązku lub nie, dba o zdrowie. Oczywiście wychowanie zdrowotne, co za tym idzie prawidłowe zachowania zdrowotne i styl życia są podstawą zdrowia. Zachowania prozdrowotne, prawidłowy styl życia są też głównymi elementami promocji zdrowia.

---

<sup>29</sup> Karski J.B. (2006) *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Wyd. CeDeWu, s. 23.

<sup>30</sup> Malinowski A. (2000) *Waleologia...op.cit.*, s. 312.

Odmienne określenie proponują eksperci Europejskiego Biura WHO z roku 1984, choć nie przeciwstawne poprzedniemu. Ich zdaniem *zdrowie* można określić jako wartość za pomocą, której jednostka/społeczeństwo mogą realizować się, swoje ambicje i potrzebę satysfakcji, jak również zmieniać się i radzić sobie ze światem zewnętrznym. Zdrowie pojmowane jest jako wartość, nie jako cel; wartość, którą należy zdobywać i pielęgnować. Według tej definicji zdrowie stanowi nieodłączny elementem codzienności, z którego można czerpać siły, energię i osiągać satysfakcję z życia.<sup>31</sup>

Inaczej, aczkolwiek bardzo ciekawie rozumiał zdrowia Rene' Dubos, mianowicie: „Dla człowieka zdrowie oznacza coś więcej niż stan, w którym organizm dopasował się do fizykochemicznych warunków otoczenia, dzięki odpowiedniemu działaniu biernych mechanizmów fizjologicznych; zdrowy człowiek przedstawia osobowość zdolną do twórczego znajdowania dla siebie wyrazu”. To znaczy, że „zdrowie” Dubos pojmował nie tylko jako brak choroby, również jako pewne predyspozycje osobowości, „zespół cech” człowieka, które pozwalałyby mu na „uzewnętrznianie” umiejętności, „zdolności kreatywnych i osiągnięcie szczęścia, w procesie przystosowania się do przyszłości”.<sup>32</sup>

Warto dodać definicję Marcina Kasprzaka (znanego polskiego higienisty), który zdrowiem nazywa „taki stopień przystosowania biologicznego, psychologicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych dla niej warunkach”.<sup>33</sup>

W obszarze zdrowia wymienia się zazwyczaj następujące modele zdrowia: biomedyczny, holistyczny i ekologiczny, w których sposób definiowania pojęcia zdrowia może stanowić większe lub mniejsze dopełnienie pojęcia promocji, promowania zdrowia.

Biomedyczny model wyrósł z filozofii Kartezjusza i Newtona opierającej się na redukcjonistycznym wzorze człowieka, który wyraża się wyłącznie w cielesnym postrzeganiu człowieka.<sup>34</sup> Ponadto Kartezjusz, wprowadzając ściśle rozgraniczenie ciała od umysłu uważał, że ciało jest maszyną złożoną z odosobnionych elementów tworzących całość i powiązanych względnie nieskomplikowanymi relacjami. Model ten spostrzega zdrowie w braku zakłóceń mechanizmów biologicznych, tzn., że zdrowie

---

<sup>31</sup> Kuński H. (2000) *Promowanie....op. cit. ....*, s. 20-23.

<sup>32</sup> Szewczyk T. (2000) *Edukacyjne....op. cit.*, s. 180.

<sup>33</sup> Marcinkowski T. (1988) *Medycyna społeczna XIX-XX wieku*, [w:] Brzeziński T., *Historia medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, s. 466.

<sup>34</sup> Dolińska-Zygmunt G. (2000) *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*, Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa, s. 11.

jest pewnym stanem optymalnego funkcjonowania organizmu, a choroba zakłóceniem tego stanu, co może oznaczać naruszenie normalnej struktury i funkcji biologicznych. Jak pisze Melosik Z., model biomedyczny cechuje daleko idący redukcjonizm; uważa on, że „koncentrując się na coraz to mniejszych fragmentach ciała, współczesna medycyna traci z oczu samego pacjenta, jako istotę ludzką”; traktuje człowieka jakby „funkcjonował on w sposób całkowicie mechaniczny”. Z. Melosik, pisze dalej o drugim poglądzie na ten model, w którym Illich I. (jeden z najbardziej znanych krytyków kultury współczesnej) skupił się na społecznych przejawach oraz konsekwencjach biomedycznej koncepcji ciała i zdrowia; mówiąc o „medykalizacji życia” w społeczeństwie współczesnym i profesjonalizacji podejścia do zdrowia i ciała; „społeczeństwo przekazało lekarzom wyłącznie prawo do określania, co konstytuuje chorobę, kto jest lub mógłby być chory i jak należy postępować wobec takich ludzi”. W modelu tym grozi także „uprzedmiotowienie” pacjenta, często staje się on „dodatkiem do diagnoz i wyników badań”<sup>35</sup>.

Myślenie racjonalne, analityczne zostaje uzupełnione myśleniem syntetyzującym, holistycznym o zdrowiu, o rzeczywistości w sposób systemowy. Holistyczny paradygmat zrodził się z „nowej świadomości” ludzi drugiej połowy XX wieku, m.in. o życiu przyrody i myśli ludzkiej, a jego początki pamiętają medycynę chińską oraz nauki medycznej szkoły Hipokratesa. Model holistyczny wyrasta z systemowego oglądu rzeczywistości, systemowego obrazu żywych organizmów i natury człowieka<sup>36</sup>. Nurt ten nawiązuje do nurtu humanistycznego i ekologicznego medycyny. Systemowy znaczy w kategoriach procesów. Zdrowie przez to rozumie się jako intensywny proces skierowany na przywracanie nieustannie zakłócanej równowagi organizmu, przy ciągle zmieniających się warunkach wewnętrznych i zewnętrznych<sup>37</sup>, w relacjach człowiek-środowisko w procesie równowagi dynamicznej.<sup>38</sup> W ujęciu holistycznym ważną rolę odgrywa „świadomość aktywna” człowieka decydująca o wyborze aktywnego sposobu życia, poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia i za leczenie podczas choroby.<sup>39</sup> Właśnie w myśleniu kategoriami promocji zdrowia, według Szewczyka, podkreśla się istotę i „konieczność zrozumienia”, czyli świadomości i „aktywnego podjęcia indywidualnej odpowiedzialności każdego człowieka” za swoje

---

<sup>35</sup> Cytat za Melosik Z. (1999) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Wyd. Edytor Toruń-Poznań, s. 8.

<sup>36</sup> Dolińska-Zygmunt G. (1996) *Behawioralne wyznaczniki...op.cit.*, s. 33.

<sup>37</sup> Dolińska-Zygmunt G. (2000) *Podmiotowe ...op.cit.*, s. 13.

<sup>38</sup> Malinowski A. (2000) *Waleologia...op.cit.* ..., s. 319.

<sup>39</sup> Tamże, s. 319.

zdrowie oraz wagę roli opieki zdrowotnej, jaką odgrywają i sprawują grupy wsparcia społecznego i nieprofesjonalistów.

Podstawowym założeniem ekologicznego modelu zdrowia jest uznanie faktu istnienia złożonych powiązań/relacji między człowiekiem i jego środowiskiem. W ramach tego modelu podstawową rolę odgrywa koncepcja człowieka daleko wykraczająca poza dualistyczną wizję Kartezjusza. W tej koncepcji człowiek to „cała osoba, umysł i ciało, członek rodziny, społeczeństwa i kultury”. Przy założeniu istnienia różnorodnych oddziaływań, którym zdrowie człowieka podlega, specjalną uwagę nadaje się z jednej strony, dążeniu do samorealizacji, zaspokajania własnych potrzeb i aspiracji, a z drugiej strony takim czynnikiem, które związane są funkcjonowaniem człowieka w społeczeństwie (konieczność pełnienia określonych ról). Model ten przesuwa nacisk z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie<sup>40</sup>.

Zapleczem dla koncepcji promocji zdrowia jest ekologiczny model zdrowia tzw. „mandala zdrowia”. Centrum mandali stanowi człowiek, na którego oddziałują różne systemy i czynniki warunkujące promowanie zdrowia.<sup>41</sup> Model ten przedstawia rycina nr 1. Za twórców schematu przedstawiającego ten model przyjmuje się Hancock`a i Perkins`a.

W opracowaniu ekologicznego modelu zdrowia opierano się głównie na koncepcji zdrowia Dalekiego Wschodu i wykorzystano niektóre elementy modelu Lalonde`a (ryc. nr 2 przedstawia model Lalonde`a).

W ekologicznym modelu zdrowia zwrócono uwagę na cztery pola zdrowia: styl życia, środowisko, organizację opieki zdrowotnej i czynniki biologiczne<sup>42</sup>. Fakt wyróżnienia i wskazania na styl życia i środowisko, jako decydujących elementów warunkujących zdrowie było nowością nawet na miarę rewolucji.<sup>43</sup>

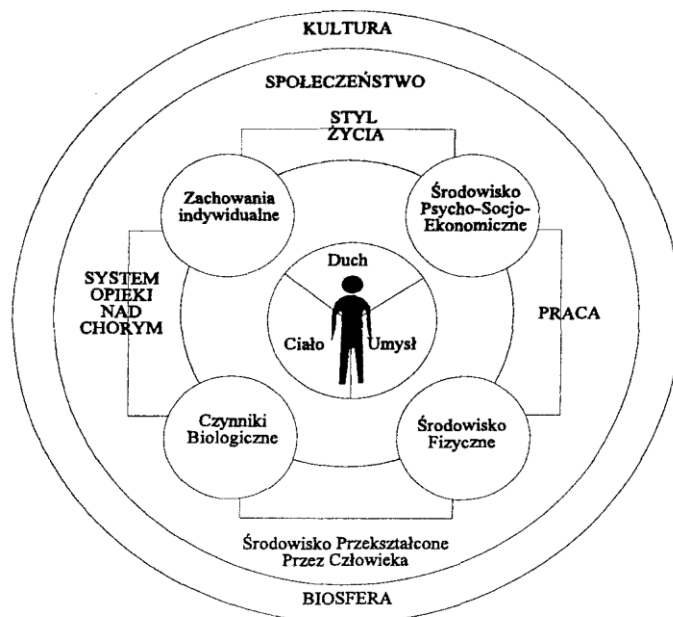
---

<sup>40</sup> Słońska Z. (1994) *Promocja Zdrowia-zarys problematyki*. *Promocja Zdrowia*, Nauki Społeczne i Medycyna. Rocznik I, Numer 1-2, s. 37-52, a także McDowell I., Spasoff A., Kristjansson B. (2004) *On the Classification of Population Health Measurements*. *American Journal of Public Health*, 94, 3, 388-393 oraz podaję za Słońska Z. (1994), Kickbusch I. (1990) *Health Promotion –the move towards a new public health*, [w:] *Health promotion. A resource book*. Red. Anderson R., Kickbusch I., World Health Organization, Copenhagen.

<sup>41</sup> Bik B., Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A., Szczerbińska K. (1996) *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*. Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 215, a także Bik B. (1996) *Koncepcja....op.cit.*, s. 254 oraz Leger L. (2006) *Health Promotion and Health Education In Schools-Trends, Effectiveness and Possibilities. Research report*. Royal Automobile Club of Victoria, s. 1-3.

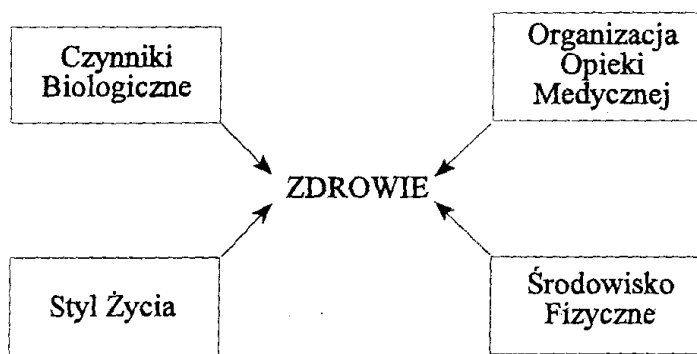
<sup>42</sup> Indulski J., Jethon Z., Dawydzik Z.T. (2000) *Zdrowie Publiczne*. Łódź, s. 333.

<sup>43</sup> Bik B. (1996) *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Poździech S., Rys A., Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, s. 253-4.



Rycina nr 1. Mandala zdrowia – model ekosystemu zdrowia.

Źródło: Poździoch S., Ryś A. (1996) *Zdrowie Publiczne. Wybrane Zagadnienia*. Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, s. 254.



Rycina nr 2. Model „pól zdrowia” według M. Lalonde.

Źródło: Bik B. (2001) *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Poździoch S., Ryś A., Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, s. 214.

Bazując właśnie na koncepcji Lalonde zidentyfikowano w Kartce Ottawskiej w 1986 roku pięć obszarów działania i zadania promocji zdrowia<sup>44</sup>, którymi są:

- „budowanie polityki prozdrowotnej państwa,

<sup>44</sup> Kickbusch I. (1996) *Tribute to Aaron Antonovsky-`what creates health`*. Health Promotion International, 11, 1, 5-6 oraz Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1.



- tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu,
- wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia,
- wzmacnianie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,
- reorientacja służby zdrowia”.<sup>45</sup>

Rozróżnienie pojęcia „zdrowie jednostki” od „zdrowia publicznego” można odnaleźć sięgając już połowy XIX wieku. Miało to miejsce w 1848 roku w Anglii, gdzie po raz pierwszy została wydana ustawa o zdrowiu publicznym (Public Health Act).

Zdrowie zbiorowości jest pojęciem abstrakcyjnym, a można je badać i oceniać tylko pośrednio, w oparciu o epidemiologię, socjomedycynę czy biostatystykę lub też inne techniki. Największe zastosowanie mają tzw. negatywne mierniki opierające się na takich zjawiskach:

- częstość występowania chorób (zachorowalność),
- umieralność ogólna lub proporcjonalna (z powodu określonej choroby do ogólnej liczby zgonów),
- umieralność noworodków i niemowląt, śmiertelność (zgony z powodu danej choroby do liczby osób cierpiących na tę chorobę),
- średnie trwanie życia itd.

Analiza tych zjawisk wraz z odróżnieniem i podziałem na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy miejsce pracy daje możliwość przybliżenia ogólnego stanu zdrowia zbiorowości. Prowadzenie przez dłuższy czas analiz daje nie tylko wgląd na ogólny stan zdrowia zbiorowości (pogarszający się lub ulegający poprawie), ale także dają możliwość zaobserwowania niektórych zjawisk zachodzących w społeczeństwie. Mówi się również o pozytywnych miernikach (np. tzw. Quality of life – ilość lat życia przeżytych bez choroby lub bez niesprawności).<sup>46</sup>

WHO proponuje stosowanie następujących wskaźników (w ramach analiz koszt – efektywność i w ramach prowadzonych programów zdrowia):

- liczba lat życia zyskanych dzięki programowi (a liczba przypadków śmiertelnych),
- liczba lat w dobrym stanie zdrowia (a liczba przypadków patologii, która może być leczona),

---

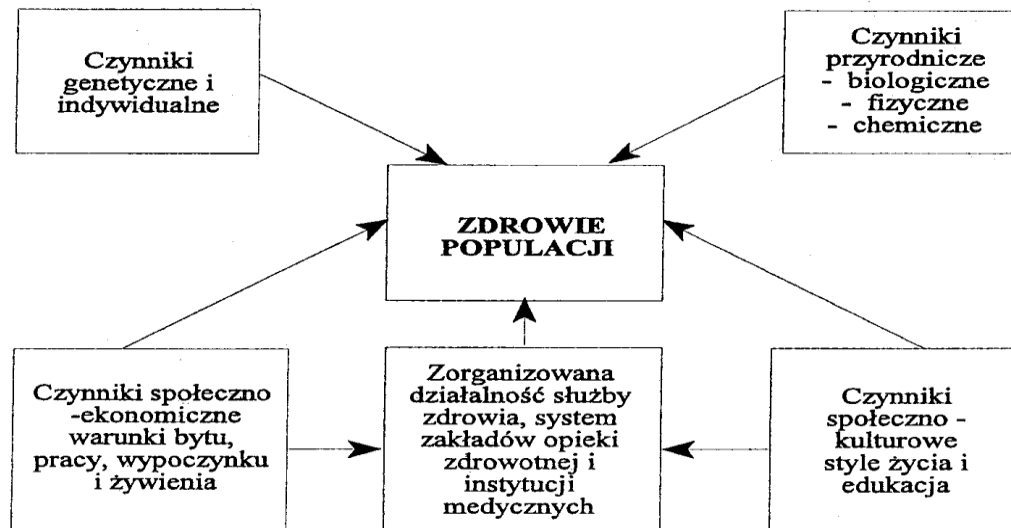
<sup>45</sup> Levin L.S., Zigilo E. (1986) *Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice*. Health Promotion International, 11, 1 (33-39) oraz Awofeso N. (2004) *What's New About New Public Health*. American Journal of Public Health, 94, 5 (705-709).

<sup>46</sup> Poździoch S., Ryś A. (1996) *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, s. 42-43.

- lata przydatności życiowej (a liczba patologii, która może być leczona, lecz pozostawiających następstwa i powikłania po chorobie).<sup>47</sup>

Jak wiadomo zdrowie determinowane jest przez wiele zjawisk mających najrozmaitsze źródła. Oprócz tych wcześniej już wymienionych grup czynników warunkujących zdrowie (pozytywnych, jak i tych negatywnych), Poździuch przedstawia dwa podziały czynników według różnych kryteriów. Rycina nr 3 przedstawia najważniejsze grupy czynników wpływających na zdrowie.

Kształt schematu przedstawionego na rycinie nr 4 został zaproponowany przez grupę francuskich naukowców (M. Manciaux, J.P. Deschamps, J. Monnier, J. Fabry i inni), którzy odmiennie zilustrowali wpływ czynników na stan zdrowia jednostki i populacji, porządkując je w sześć grup.



Rycina nr 3. Czynniki wpływające na stan zdrowia populacji.

Źródło: Poździuch S., Ryś A. (1996) *Zdrowie Publiczne. Wybrane Zagadnienia*, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, s. 44.

<sup>47</sup> Tamże, s. 42-43.



Rycina nr 4. Czynniki wpływające na stan zdrowia.

Źródło: Poździej S., Ryś A. (1996) *Zdrowie Publiczne. Wybrane Zagadnienia*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków, s. 45.

Dyskusje, rozważania nad zakresem pojęciowym zdrowia publicznego są nadal żywe. Dotyczą głównie zdrowia publicznego jako nowej dziedziny wiedzy oraz jako działań ukierunkowanych na zdrowotność publiczną.

Zdaniem czołowego historyka zdrowia publicznego G. Rosena, w Europie prekursorem koncepcji zdrowia publicznego jest Johan Peter Frank, dyrektor generalny Zarządu Zdrowia Publicznego Austrii. W 1779 roku określił zdrowie publiczne jako: „sztukę ochrony człowieka i towarzyszących mu zwierząt przed konsekwencjami zagęszczenia na ziemi [...], a w szczególności jako sztukę umacniania ich cielesnych odporności, żeby móc bez chorób z powodu złych fizycznych mocy, odsuwając je jak najdalej od siebie, możliwie najpóźniej ulegać ich działaniu”<sup>48</sup>.

Winslow C.E.A. (profesor zdrowia publicznego w szkole medycznej Uniwersytetu w Yale) sformułował w 1920 roku bardzo nowoczesną definicję zdrowia publicznego, niewiele odbiegającą od obecnie przyjętych. Definicję kładącą nacisk na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, wczesne rozpoznanie i leczenie, na znaczeniu

<sup>48</sup> Wojtczak A. (1992) *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*. *Zdrowie Publiczne* 103, 3, 117-132.

organizacji opieki zdrowotnej oraz przypisuje organizację opieki zdrowotnej mechanizmom społecznym. Wg Winslowa: „zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarstwa ukierunkowanych na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”<sup>49</sup>.

Jedną z wielu nowszych definicji zdrowia publicznego (podobną bardzo do poprzedniej) określa je, jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa”<sup>50</sup>, jest to jedna z wielu nowszych definicji, którą Donald Acheson (Komitet Achesona – Acheson Committee) zaproponował w swoim raporcie o stanie zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii. Promocja zdrowia pozostaje, więc w ścisłej zależności ze zdrowiem publicznym.<sup>51</sup>

Raport Lalonde, o którym była już wcześniej mowa, zawiera niezwykle ważne wnioski dla dalszego rozwoju zdrowia publicznego, a mianowicie: potrzebę stanowczej zmiany w sposobie podejścia do spraw zdrowia i jego uwarunkowań; konieczność uznawania jednostkowych zachowań i stylu życia jako podstawowych źródeł chorób i śmierci; bezsporną wagę współpracy międzysektorowej na rzecz ochrony zdrowia; nie przypisywanie edukacji zdrowotnej głównej roli w procesie ochrony zdrowia; potrzeba a wręcz konieczność ogromnego wsparcia istniejących wysiłków służących poprawie stanu zdrowia.<sup>52</sup>

W praktyce zdrowie publiczne oznacza zespół działań nastawionych na pokonywanie problemów zdrowotnych zbiorowości, co w konsekwencji powinno doprowadzić do jego poprawy. Wiedzę zdrowia publicznego wykorzystuje się do budowania programów i strategii zdrowotnych, a związek jego z innymi dyscyplinami naukowymi jest ogromny, co przedstawia rycina nr 5.

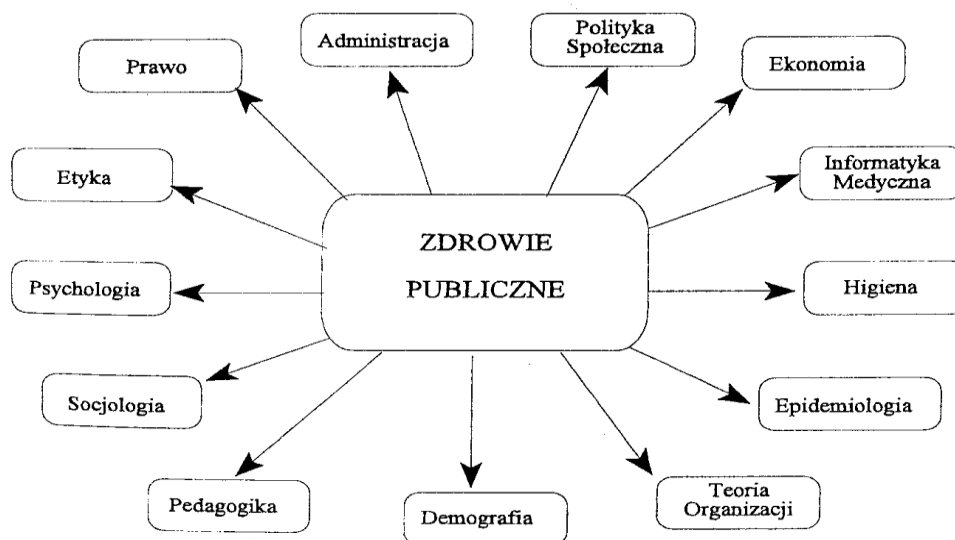
---

<sup>49</sup> Wysocki M.J., Miller M. (2004) *Nowe Zdrowie Publiczne*, [w:] *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*. Pod red. Nosko J.. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera, s. 145 oraz Wojtczak A. (1992) *U źródeł ...op.cit.*, s. 117-132.

<sup>50</sup> Wanless D. (2004) *Securing Good Health for the Whole Population*. Final Report, s. 26.

<sup>51</sup> Bik B., Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A., Szczerbińska K. (1996) *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*. Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 207-209.

<sup>52</sup> Tamże, s. 207-208.



Rycina nr 5. Niektóre dyscypliny nauki a zdrowie publiczne.

Źródło: Poździoch S., Ryś A. (1996) *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków, s. 47.

W opublikowanym w 1976 roku raporcie Komisji Fundacji Milbank dotyczącym kształcenia kadr dla potrzeb zdrowia publicznego, zdrowie publiczne jest określone jako: zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania zdrowia ludziom. Programy, świadczenia i instytucje z nimi związane ukierunkowane są na zapobieganie chorobom oraz na potrzeby zdrowotne populacji jako całości. Działania z zakresu zdrowia publicznego zmieniają się w miarę zmian technologii i wartości społecznych, lecz cele pozostają niezmiennymi (zredukowanie wskaźnika przedwczesnych zgonów, chorobowości itp.) Zdrowie publiczne stanowi w świetle tej definicji połączenie działań praktycznych, dyscypliny naukowej oraz instytucji społecznych<sup>53</sup>.

Występuje jeszcze określenie „nowe zdrowie publiczne”, które jest najszerszym integrującym podejściem do ochrony zdrowia i promowania zdrowia, odnoszącym się zarówno do społeczeństwa jako całości, jak i do jednostki. Opiera się ono na „zbilansowanych świadczeniach zapobiegawczych: sanitarnych, środowiskowych, w zakresie zdrowia publicznego, skoordynowanych w szerokim wymiarze ze świadczeniami leczniczymi, rehabilitacyjnymi oraz opieką długoterminową”; stawia to wymóg sporządzenia odpowiednich programów na poziomie krajowym, regionalnym

<sup>53</sup> Wojtczak A. (1992) *U źródeł ...op.cit.*, s. 117-132.

czy samorządowym, a także współpracy organizacji pozarządowych. Ich wspólnym kierunkiem działania jest kreowanie prozdrowotnych warunków życia<sup>54</sup>.

Zdrowie publiczne niezależnie czy zarządzane jest przez struktury systemu zdecentralizowanego czy scentralizowanego, potrzebuje całościowego, systemowego podejścia, gwarantując osiągnięcie zaplanowanych celów i specjalnych zadań. W realizacji tych założeń uczestniczą różne podmioty: rząd, ministerstwo, naukowcy, profesjonaliści zdrowia publicznego, instytucje ubezpieczeniowe, firmy farmaceutyczne i medyczne, przedsiębiorstwa publiczne i prywatne, przemysł rolno-spożywczy, media, sport, przemysł rozrywkowy. Dobrze zdefiniowany zakres odpowiedzialności za zdrowie i wsparcie finansowe, kompetentne zarządzanie, polega na zastosowaniu metody koszt-korzyść i prowadzeniu monitoringu (planowania, zarządzania i ewaluacji osiągniętych celów zdrowotnych)<sup>55</sup>.

Podsumowując w poszukiwaniu skutecznych metod rozwiązywania globalnie występującego kryzysu zdrowotnego zostaje powtórnie odkryte zdrowie publiczne nazywane od tej pory nowym zdrowiem publicznym „New Public Health”.

### 1.1.2 Przegląd wybranych definicji promocji zdrowia.

Dla lepszego zrozumienia idei promocji zdrowia należałoby rozpocząć od tłumaczenia angielskiego słowa *promotion* – przyczynianie się, zachęcanie, sprzyjanie, popieranie, ożywanie, krzewienie, lansowanie, które w stosunku do zdrowia daje głębsze rozpoznanie idei promocji zdrowia.<sup>56</sup>

Wielość znaczeń nadawanych promocji zdrowia stwarza ryzyko, że promocja zdrowa stanie się niezrozumiała. Według K. Tonesa (1990) „promocja zdrowia zawiera/łączy wszystkie środki zamierzone do promowania zdrowia i obchodzenia się z chorobami.... Główną cechą promocji zdrowia jest niewątpliwie znaczenie polityki

---

<sup>54</sup> Nosko J. (2005) *Zachowania zdrowotne...op.cit.*, s. 259-260.

<sup>55</sup> Tamże, s. 259-260.

<sup>56</sup> Kuński H. (2000) *Promowanie...op.cit.*, s. 14.

zdrowia publicznego z jej potencjałem dla osiągnięcia zmian społecznych jak legislacja, podatki i pozostałe formy inżynierii środowiskowej”<sup>57</sup>.

Definicji „promocji zdrowia” jest bardzo wiele, a pomimo to, niektórzy autorzy podają kilka powodów, dla których definiowanie i opisywanie promocji zdrowia jest nadal trudne, ponieważ promocja zdrowia:

- jest pojęciem całościowym i obejmuje wiele aspektów i interesów, które toczą się w różnych kombinacjach/ na różnych poziomach np. jednostka – grupa - społeczeństwo/ lokalny – regionalny – narodowy,
- różni się w poszczególnych krajach zarówno pod względem kulturowym, społecznym, jak i politycznym,
- pozycja jej jak każdej nowej idei jest nieustabilizowana, co może powodować włączanie jej to przez edukatorów, polityków czy naukowców do swoich odrębnych polityk, koncepcji,
- obciążona jest złożonością zdrowia przez pozostawanie w ścisłej relacji z nim,
- obejmuje wiele pojęć pochodzących nie tylko z kręgu tradycyjnej opieki zdrowotnej.<sup>58</sup>

W literaturze na temat promocji zdrowia można napotkać wiele propozycji rozumienia tego pojęcia, które w swej różnorodności zachowują podobną treść o umacnianiu i rozwoju zdrowia.

Najpowszechniej znana jest definicja promocji zdrowia sformułowana przez WHO i zapisana w Karcie Ottawskiej, przyjętej na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia (Ottawa 1986 rok). Definicja ta określa promocję zdrowia jako: „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania”<sup>59</sup>. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego zarówno jednostka jak grupa muszą umieć określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radzić sobie z wyzwaniem swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian. Dlatego zdrowie należy rozpatrywać w kategoriach zasobu, na którym człowiek opiera się w swoim codziennym życiu, a nie traktować jedynie jako cel, do którego zmierza. Zdrowie to koncepcja pozytywna, kładąca nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak i na sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i

---

<sup>57</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health promotion. Foundations for practice*. Bailliere Tindall, London, s. 77.

<sup>58</sup> Bik B., Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A., Szczerbińska K. (1996) *Wybrane zagadnienia...* op.cit., s. 14-15.

<sup>59</sup> Tang Kwok-Cho, Beaglehole R., O’Byrne D. (2005) *Policy and partnership for health promotion - addressing the determinants of health. Editorials*. Bulletin of the World Health Organization, 83, 12, 884.

społecznym. W związku z tym odpowiedzialność za rozwijanie działań promujących zdrowie spada nie tylko na służbę zdrowia, lecz spoczywa ona również na tych wszystkich dziedzinach aktywności społecznej, które wywierają wpływ na zdrowy styl życia i szeroko pojmowane dobre samopoczucie wszystkich członków społeczeństwa”<sup>60</sup>.

Promocja zdrowia według Lalonde (1974) to strategia „ukierunkowana na informację, wpływanie i wspieranie zarówno jednostek jak i organizacji, aby mogły mieć większe poczucie odpowiedzialności i być bardziej aktywnymi w sprawach dotyczących zdrowia fizycznego i psychicznego”<sup>61</sup>.

Jak stwierdza Dolińska-Zygmunt, takie ujęcie uwydatniło znaczenie behawioralnych uwarunkowań zdrowia, głównie stylu życia i zachowań zdrowotnych.

W definicji tej zwanej europejską podstawowe znaczenie ma aktywność osób i grup uczestniczących w podejmowaniu różnych działań na jego rzecz.

Sformułowana przez Greena i Kreutera w 1991 roku inna definicja, zwana kolokwialnie amerykańską, brzmi: „promocja zdrowia jest połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego, sprzyjających zdrowiu”. Co oznacza, że edukacja wspierana z różnych stron ma na celu ułatwienie rozwoju zachowań prozdrowotnych czy zdrowych stylów życia<sup>62</sup>.

Jak pisze I. Kickbusch, „promocja zdrowia jest procesem zmian społecznych służących rozwojowi ludzi: w procesie tym uczestniczy wiele podmiotów, wykorzystywana jest międzydiscyplinarna wiedza w sposób profesjonalny, metodologiczny i twórczy”<sup>63</sup>.

Z kolei K. Tones i J. Green zaproponowali bardzo proste równanie określające promocję zdrowia<sup>64</sup>:

---

<sup>60</sup> World Health Organization Office for Europe (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion* (dokument dostępny na: <http://www.euro.who.int>) oraz Gniazdowski A., (1995). *Rola wybranych czynników psychospołecznych w procesie wdrażania promocji zdrowia w Polsce*. Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna. Rocznik II, Nr 7, 22-28.

<sup>61</sup> Wysocki M.J., Miller M. (2004) *Nowe Zdrowie Publiczne*, [w:] *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*. Pod redakcją Nosko J.. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera, s. 146 oraz Karski J.B. (2006) *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Warszawa, s.196, a także Lalonde M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada Information.

<sup>62</sup> Bik B., Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A., Szczerbińska K. (1996) *Wybrane zagadnienia...*op.cit., s. 15-16.

<sup>63</sup> Kickbusch I. (1997) *Think health: what makes the difference*. Health Promotion International, 4, 265-272.

<sup>64</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health promotion...*op.cit., s. 98-99.



„Promocja zdrowia = edukacja zdrowotna + polityka publiczna sprzyjająca zdrowiu”

W ich rozumieniu promocja zdrowia jest więc działaniem obejmującym edukację zdrowotną z szeroko pojmowaną polityką zdrowia publicznego.

R. Grossmann i K. Scala, określają promocję zdrowia jako “sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk”. Autorzy ci podkreślają, że w społeczeństwie nie ma odrębnego systemu dla zdrowia i że powinno ono być w organizacji każdego systemu społecznego. Dlatego ważną kwestią w podejściu do promocji zdrowia jest podejście siedliskowe (miejsce, w którym ludzie żyją, uczą się lub pracują)<sup>65</sup>.

Podjęmowano wiele prób definiowania promocji zdrowia, opisujących działania promocyjne dla zdrowia w odniesieniu do jednostki, grupy społecznej czy całej populacji. Celowym wydaje się zaprezentowanie tych definicji, których twórcy pochodzą z różnych środowisk zawodowych i zamieszkują różne regiony świata, dlatego że ich treści stanowią pewne uzupełnienie najpowszechniejszej z nich. Zatem niektóre definicje głoszą, że promocja zdrowia:

- jest procesem umożliwiającym tworzenie zunifikowanej koncepcji sposobów i warunków życia w celu zachowania zdrowia (Kickbush);<sup>66</sup>
- to zbiór zasad ogólnych o działaniu ludzi, a nie dla ludzi. Ma koncentrować się na społeczeństwie lokalnym. Skierowane jest na bliskie, ale i na dalsze czynniki mające wpływ na zdrowie, które stanowi pozytywną wartość. A opiera się na daleko idącym współdziałaniu jednostki i grup (Nutbeam);
- to działania, które swym zasięgiem obejmują całą populację, poprzez ingerowanie promocji zdrowia we wszystkie sektory społeczne, dzięki powszechnemu udziałowi publicznemu (Wenzel);<sup>67</sup>
- stanowi zintegrowane działanie na różnych poziomach, które wpływa na stosunki pomiędzy zdrowiem i ekonomią, zdrowiem i środowiskiem, zdrowiem i społeczeństwem, wreszcie zdrowiem i jednostką; więc promocja zdrowia w rozumieniu tej definicji zajmuje się takimi problemami jak: żywność, budowa mieszkań, palenie

---

<sup>65</sup> Nosko J. (2005) *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne-aspekty historyczno-kulturowe*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, s. 241.

<sup>66</sup> Bik B. (1996) *Wybrane zagadnienia promocji...*op.cit.,s. 15-16.

<sup>67</sup> Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B. (1994) *Promocja zdrowia...*op.cit., s. 22.

tytoniu, nadużywania alkoholu, leków oraz umiejętności pokonywania trudności życia codziennego czy współistnienia w społeczeństwie (Nocka i Abelin);<sup>68</sup>

- jest podejmowaniem wysiłków w celu poprawy zdrowia i samopoczucia w obszarze wszystkich czterech dziedzin zdrowia (fizycznym, społecznym, psychologicznym i osobniczym) (Perry i Jessor)<sup>69</sup>;

- opisywana jest w kontekście powszechnych ram planowania oraz podejmowania decyzji; przez co można ją potraktować jako czterostopniową sekwencję aktywności, którymi są ocena sytuacji, identyfikacja potrzeb i celów, konkretyzacja planu działań służącego realizacji celów; realizacja tzn. wdrożenie, kierowanie i monitorowanie planu oraz ocena rezultatów (Rein).<sup>70</sup>

Promocja zdrowia jest również działaniem zmierzającym w kierunku realizacji przynajmniej dwunastu uwarunkowań dobrego samopoczucia, do których należą wymienione w pierwszym podrozdziale, pozytywne czynniki warunkujące zdrowie.<sup>71</sup>

Mówi się także o promocji zdrowia ludzi przewlekle chorych, w przypadku których również istnieje możliwość „umacniania zdrowia fizycznego i psychicznego o nie terapeutycznym bezpośrednio charakterze, które pozwalając na bardziej efektywną konfrontację z chorobą daje im szansę dłuższego przeżycia lub co najmniej polepszenia jakości życia, które im pozostało (w przypadku ludzi nieuleczalnie chorych). Jednak jak autor zauważa, „prozdrowotna zmiana zachowań, czy inaczej – stylu życia” wydaje się nie pozostawać „wyłącznie kwestią swobodnej decyzji poszczególnych ludzi”, pozostaje bowiem kwestia spełnienia dodatkowych warunków związanych ze środowiskiem zewnętrznym.

Promocja zdrowia, jak mówi inna definicja prezentowana przez American Journal of Health Promotion, „jest nauką i sztuką pomagania ludziom w dążeniu do optymalnego zdrowia poprzez zmianę stylu życia”<sup>72</sup>. Jednak w latach 80-tych XX wieku zaczęto krytycznie spostrzegać i oceniać model promocji zdrowia zorientowany na zmianę stylu życia. Obecnie bardziej bierze się pod uwagę istnienie nierówności społecznych w osiągnięciu zdrowia, podkreśla się czynniki społeczne i środowiskowe oraz ograniczenia z nimi związane.

---

<sup>68</sup> Malinowski A. (2000) *Paleologia – nauka o promocji zdrowia*, [w:] *Auksologia a promocja zdrowia*. Jopkiewicz A., KTN, Kielce, s. 311.

<sup>69</sup> Perre C.L., Jessor R. (1985) *The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug and abuse*. Health Education Quarterly, 12, 2, 169-184.

<sup>70</sup> Bik B. i in. (1996) *Wybrane zagadnienia...op.cit.*, s. 17.

<sup>71</sup> Bik B. (1996) *Koncepcja...op.cit.*, s. 252.

<sup>72</sup> Karczewski J. (2002) *Higiena ...op.cit.*, s. 23.

Warto w tym miejscu podać jedną z nowszych definicji (zawartą w raporcie WHO z 1993 roku) określającą promocję zdrowia jako: „działanie społeczne i polityczne na poziomie indywidualnym i zbiorowym, którego celem jest podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego stylu życia i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jest to proces aktywizacji społeczności lokalnych, polityków, profesjonalistów i laików, podejmowany dla osiągnięcia trwałych zmian zachowań (redukcji zachowań będących czynnikami ryzyka i rozpowszechniania zachowań prozdrowotnych) oraz wprowadzania zmian w środowisku, które zmniejszałyby lub eliminowały społeczne i inne środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia”<sup>73</sup>.

Przegląd wybranych definicji promocji zdrowia prezentuje równocześnie różnorodność i bogactwo „rynsztunku” promocji zdrowia. Definicje wzajemnie dopełniają się, „eksponując różne aspekty, co z resztą wskazuje na zróżnicowany sposób rozumienia promocji zdrowia”. Fakt istnienia wielu definicji promocji zdrowia z pewnością „spowodowane jest próbą zrozumienia tego wieloaspektowego pojęcia postrzeganego jako „strumień różnorodności”. Promocja zdrowia będąc związaną, jak pisze Tones, z WHO-wską definicją zdrowia, z pojęciem dobrostanu, jest w dalszym ciągu koncepcją pozostającą otwartą na różnorakie interpretacje.<sup>74</sup> Warto jednak pamiętać, że zbyt wiele znaczeń nadawanych promocji zdrowia powoduje ścieranie się specyficznego charakteru, przez co może ona zatracić głębszy sens<sup>75</sup>.

Jest takie określenie zawarte w deklaracji II Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, brzmi ono następująco: „by uczynić wybór tego, co zdrowe, wyborem łatwym”. Bez wątplenia określenie to mogłoby stanowić puentę dla tego rozdziału.

Wszelkie rozważania i informacje na temat promocji zdrowia, w dalszej części pracy będą opierać się na definicji zaproponowanej przez WHO w 1993 roku (wyżej opisanej), ponieważ oddaje ona sens i zakres promocji zdrowia, choć może jest trochę nieporęczna ze względu na swoją długość. Jedną z jej zalet jest podkreślenie czterech różnych poziomów działania promocji zdrowia. Są to poziom środowiskowy, społeczny, organizacyjny i indywidualny. Poziom środowiskowy, który wiąże się z oddziaływaniem na środowisko pracy i życia („zdrowe miasto”, „zdrowe miejsce

---

<sup>73</sup> Tamże, s. 23.

<sup>74</sup> Bik B. i in. (1996) *Wybrane zagadnienia...*op.cit., s. 223.

<sup>75</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health ...op.cit.*, s. 77.

pracy”). Poziom społeczny związany z oddziaływaniem na grupy społeczne/elementy jej struktury poprzez tworzenie i propagowanie zdrowych wzorów i standardów zachowań (poprzez reklamę, politykę fiskalną, ustawodawstwo, oraz działania edukacyjne). Tworzenie kultury sprzyjającej zdrowiu w środowisku pracy (instytucje jako ośrodki promujące zdrowie: „szkoła promująca zdrowie”, „miejsce pracy promujące zdrowie” charakteryzuje poziom organizacyjny (instytucjonalny). Zmiana zachowań jednostek i kształtowanie ich zdrowego stylu życia określa poziom indywidualny<sup>76</sup>. Z tą definicją najbardziej autorka pracy utożsamia się, najlepiej jej zdaniem oddaje charakter współczesnej promocji zdrowia.

### 1.1.3 Geneza i rozwój idei promocji zdrowia.

Od wieków uwagę człowieka zaprzęta myśl o umacnianiu zdrowia i zapobieganiu chorobom, co znaczy, że idea promocji zdrowia posiada długą tradycję, której korzenie sięgają czasów starożytnych. Wszak już w kulturach Chin, Egiptu i Indii znane były wskazania wywodzące się z nawyków i zwyczajów ludowych oraz religijnych, które miały na celu ochronę życia i zdrowia ludzi, opierając się głównie na zasadach utrzymywania czystości ciała, prawidłowości żywienia, odpowiednio długiego snu i odpoczynku.

Natomiast w greckiej medycynie V i VI wieku podkreślano, że podstawową sprawą w leczeniu jest nie terapia, lecz troska o zdrowie, w sensie jego umacniania i ochrony. Łączono tryb życia, a w szczególności sposób odżywiania i aktywność fizyczną z elementami warunkującymi zdrowie.<sup>77</sup>

Praktyka medyczna w starożytności była rozumiana jako pomoc siłom natury w „zdrowieniu”, a działania służące jego umacnianiu prawdopodobnie nie były uświadomione w dzisiejszym znaczeniu. Podejmowane formy aktywności mające poprawiać stan zdrowia i zapobiegać chorobom przybierały charakter przepisów religijnych, obyczajowych czy rytualnych.

---

<sup>76</sup> Karczewski J. (2002) *Higiena ...op.cit.*, s. 23-24.

<sup>77</sup> Dolińska –Zygmunt G. (2000) *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. PAN, Warszawa, s. 16 oraz Brzeziński T. (1988) *Historia medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Medycznych, Warszawa, s. 238-241.

Egipcjanie na przykład byli narodem przestrzegającym określone normy i zasady higieny, a na wszystko była wyznaczona konkretna pora. Poczawszy od modlitwy i posiłków na nauce i kąpieli skończywszy. Istnieją dowody, że w starożytnym Egipcie dostrzegano rolę wody i ludzkich wydaliny w rozwoju niektórych chorób. W związku, z czym stosowano oczyszczanie wody przez filtrację, a wydaliny usuwano. Często, aby zapobiec chorobom stosowano: "lewatywy, upusty krwi ( tzw.,„krwi zepsutej”)", środki wymiotne, moczopędne i napotne, picie wody filtrowanej (miało to zapobiegać przenoszeniu niektórych chorób).<sup>78</sup>

Jak podaje Brzeziński w starożytnych Chinach wierzono w to, że „choroba przenika przez usta”, co poparte było zasadą sformułowaną przez Konfucjusza, że: „jeśli człowiek nie zachowuje porządku i umiaru w regularnym odżywianiu i pracy, choroba zabija go”. Zgodnie z tą zasadą bardzo przestrzegano zasad prawidłowego odżywiania. Długo panowało przekonanie, że przyczyną rozprzestrzeniania się chorób są zanieczyszczenia atmosfery (miazmaty) przez wyziewy stojących wód i bagien, pozostałości po wylewach rzek, gnilne opary ze zwłok ludzkich i zwierzęcych, bo aż do czasów Hipokratesa. Teoria o miazmatach przetrwała, aż do XIX wieku a ostatnim jej wielkim epigonem uważany jest Max Pettenkofer (1818-1901), jeden z najbardziej zasłużonych higienistów drugiej połowy XIX w.

Reasumując, Karski stwierdza, że w starożytności ukształtowały się dwa główne nurty zdrowia publicznego. Pierwszy dotyczył warunków środowiskowych z naciskiem na higienę otoczenia, a w drugim można się doszukać elementów współczesnej promocji zdrowia, ponieważ był skoncentrowany wokół prozdrowotnego stylu życia.

Jednak u schyłku starożytności dochodzi do upadku troski o zdrowie. Ważniejsze stają się wartości duchowe i mistyczne, a ból i wyniszczenie fizyczne urasta do rangi ideału.<sup>79</sup>

Medycyna średniowieczna nie ma konkretnych osiągnięć. Mówi się, że były to czasy застоju. Dominuje pogląd, że umiejętność leczenia chorób i zapobiegania im było w wiekach średnich mniejsze niż w starożytności .

---

<sup>78</sup> Brzeziński T. (1988) *Historia...op.cit.*, s.238-242 oraz Leowski J. (2000) *Problemy zdrowotne i sposoby ich rozwiązywania*, [w:] *Promocja zdrowia*. Karski J. B., Wyd. IGNIS, Warszawa, s. 43-93, a także Karski J. B. (1999) *Promocja zdrowia*. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, s. 19-39.

<sup>79</sup> Roman E. (2000) *Szkoła promująca zdrowie-możliwości i zagrożenia*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno kulturowe*. Głowacka M. D., Wydawnictwo Wolumin, Poznań, s. 229.

Zasady, które wiodły prym w starożytności, a „w okresie średniowiecza nie znalazły szerokiego uznania, powróciły w okresie renesansu.

Franciszek Bacon (XVII w.) poprzez swoje prace filozoficzne przyczynił się do usunięcia wielu przesądów i prymitywnego poglądu na świat w czasach odrodzenia. W dziedzinie medycyny odróżnia leczenie od działań na rzecz umacniania zdrowie. W swojej rozprawie „Wiedza o życiu i śmierci” traktuje o wstrzemięźliwości, zdrowych pokarmach i ćwiczeniach fizycznych.

Duży wpływ na rozwój medycyny mieli: Kartezjusz (XVI-XVII w.) – jego ogólna teoria medyczna: choroba-uszkodzenie maszyny, uzdrowienie-naprawa uszkodzenia; człowiek jako mechanizm, a zachodzące w nim procesy jako zjawiska mechaniczne; Vesalius (XVII w. prekursor nowoczesnej anatomii) i Harvey (XVI-XVII w.) - odkrywcy zasad krążenia oraz Leeuwenhock (XVII-XVIII w.) twórca mikroskopu.

Na koniec równie zasłużony lekarz włoskiego pochodzenia Ramazzini, ojciec medycyny pracy. Niemniej jednak przełomowym wydarzeniem XVIII wieku w profilaktyce było zastosowanie szczepienia ochronnego przeciwko ospie dzięki metodzie lekarza angielskiego pochodzenia Edwarda Jennera.<sup>80</sup>

W XIX wieku sytuacja zaczęła diametralnie ulegać zmianie, spowodowana wzrostem postępu technologicznego i rozwojem cywilizacji. Kraje europejskie zaczęły przykładać większą wagę poprawie warunków sanitarnych i warunków pracy. Potwierdzeniem rosnącego zainteresowania władz zdrowiem ludności była wydana w Anglii (1848r.) ustawa o zdrowiu publicznym ( Public Health Act ) traktująca m.in. o jakości wody pitnej, usuwaniu odpadów, czystości powietrza i jakości żywności.<sup>81</sup>

Takie słynne postacie, jakimi byli: Max Joseph Pettenkofer, twórca nowoczesnej higieny oraz Pasteur i Robert Koch, twórcy mikrobiologii, zaznaczyli swoją obecność w czasach szybkiego postępu i również wpłynęli pozytywnie na rozwój medycyny i profilaktyki

Po raz pierwszy w XIX wieku użyto terminu „medycyna społeczna”, którą „można zdefiniować jako inspirowaną medycznie działalność na rzecz zdrowia w szerszej skali”. W Polsce promotorem medycyny społecznej był m.in. Karol Marcinkowski.

Johann Peter Frank (1745-1821) profesor fizjologii i chorób wewnętrznych, opracował sześciotomowe dzieło pod tytułem: „System einer vollstandigen medizinschen

---

<sup>80</sup> Kirschner H. (1999) *Promocja zdrowia na tle medycyny społecznej*, [w:] *Promocja zdrowia*. Karski J.B., Wydawnictwo IGNIS, Warszawa, s. 72-83.

<sup>81</sup> Poździejch S., Ryś A. (1996) *Zdrowie...op.cit.*, s. 45.

Pollizei” (System całkowitej policji lekarskiej - polityki administracji wewnętrznej), które według J. Karskiego może być traktowane jako pierwszy szczegółowy przykład i wzór medycyny społecznej. Podejmuje w nim takie tematy jak:”politykę ludnościową państwa, postuluje potrzebę przedstawiania świadectwa zdrowia przed zawarciem małżeństwa i zapewnienie obywatelom pomocy w chorobie, porusza zagadnienie higieny szkolnej i nauczanie zgodnie z potrzebami zdrowia, zwalczania alkoholizmu, zaopatrzenie w wodę i usunięcie nieczystości, kontroli nad prostytutką” oraz proponował wprowadzenie dodatków rodzinnych.

Do 1918 roku Polacy nie posiadali własnego państwa i pomimo trudnej sytuacji „działały Towarzystwa kierowane przez nieprzeciętne jednostki”, które przyczyniły się do ogólnej poprawy warunków zdrowotnych. Duże zasługi miało Towarzystwo Higieniczne (skupiające lekarzy wielu specjalności) w krzewieniu zdrowia dzieci i młodzieży poprzez organizowanie kolonii, akcji „kropla mleka”, zakładanie ogrodów (ogrody im. Raua) służących wychowaniu fizycznemu. Ponadto wspomina się o wystawie higienicznej jaką zorganizowano w Warszawie (1887r.), pierwszą w Europie, co stanowiło prawdziwe posunięcie w kierunku promocji zdrowia.

Po I wojnie światowej powstawały ruchy np. ruch ludowy „Wici” i szkoły, które podejmowały pewne działania w promowaniu zagadnień zdrowotnych. Przyczynił się do tego m.in. dr Stanisław Kopczyński były członek Towarzystwa Higienicznego oraz inicjator i redaktor historycznego dziś podręcznika Higieny Szkolnej. Powstawały ośrodki zdrowia nastawione na działalność higieniczną, oświatową i wychowawczą.

W działaniach na polu medycyny społecznej w latach 20-tych XX wieku zasłynął Marcin Kacprzak, jego zasługą było uchwalenie ustawy o publicznej służbie zdrowia (rozszerzoną o podstawową opiekę zdrowotną z naciskiem na świadczenie jej biednym), w przededniu II wojny światowej.

W latach 60-tych XX wieku upowszechnił się w Polsce termin „medycyna społeczna”, odpowiadając w znacznym stopniu określeniu „zdrowie publiczne” (public health), używanemu w wielu krajach Europy Zachodniej, zaś w nim miejsce swoje posiadała promocja zdrowia. Medycynę społeczną charakteryzuje rozpatrywanie zagadnień zdrowotnych w makroskali: badanie stanu zdrowia ludności i jego uwarunkowań, analiza występujących trendów sytuacji zdrowotnej i jej prognozowanie, ocena efektywności poszczególnych działań na rzecz zdrowia, wyznaczanie kierunków

ochrony zdrowia stosowanie do aktualnych potrzeb społecznych i możliwości ich zaspokojenia.<sup>82</sup>

Promocja zdrowia przekazuje wiedzę jednym ludziom przez innych ludzi o funkcjonowaniu organizmu, naturalnych potrzebach i sposobach ich realizacji, a więc o zachowaniach prozdrowotnych zarówno tych korzystnych, jak i antyzdrowotnych, niekorzystnych dla zdrowia. Wywodzi się z obserwacji życia codziennego oraz licznych przekazów historycznych pisanych (np. papirusy egipskie, Stary Testament). Podstawowy zakres wiadomości o zdrowiu, jego pielęgnowaniu rodzice przekazują swoim dzieciom, starsze pokolenia młodszym, nawet w bardzo prymitywnych plemionach Nowej Gwinei i Ameryki Płd. Dodatkowo w społeczeństwach bardziej zorganizowanych zajmują się tym np. czarownicy, znachorzy czy szamani, a w tzw. cywilizowanych społecznościach działania na rzecz zdrowia są o wiele bardziej skomplikowane, a zajmują się nimi wykwalifikowane osoby, często lekarze, szerzej pracownicy opieki zdrowotnej, politycy, socjolodzy, czy osoby stanu duchownego.<sup>83</sup>

Biorąc pod uwagę współczesny pogląd, że promocja zdrowia nie jest „czystą” gałęzią medycyny, lecz dziedziną nauki ściśle współdziałającą z medycyną to niewątpliwie za prekursora promocji zdrowia można uznać higienę (pochodzi od greckiego słowa *hygieinos* – zdrowy lub od imienia mitologicznej bogini zdrowia – Higien), która również zachowuje pewną autonomię. Szeroko pojmowana higiena zawierała główne założenia zdrowotno – profilaktyczne Hipokratesa (460 – 377 roku p.n.e.), dotyczyła w znacznej mierze praktycznych zaleceń głównie żywienia i gimnastyki. Promocja zdrowia często określana jest córką higieny. Higiena wciąż zachowuje swoje prawa w dzisiejszych czasach i należałoby podkreślić, że wpływ polskich uczonych na jej kształt był znaczny. Karski stwierdza, że higiena to prekursorka promocji zdrowia, mając nadzieję, że pogodzi to nawet tych, którzy myślą o dzisiejszej promocji zdrowia nie inaczej jak o synonimie higieny.

Skupienie uwagi na zdrowiu i jego związkach ze światem zewnętrznym, dokumentowanie zdrowia jednostek i populacji oraz analizy jednostek chorobowych przeprowadzanych przez epidemiologów, od lat 40-tych XX wieku pokazywały, że w walce z chorobami bierze udział przede wszystkim medycyna lecznicza, która nadmiernie obciąża finansowo i ekonomicznie również kraje wysokorozwinięte. Wiele

---

<sup>82</sup> Kirschner H. (1999) *Promocja zdrowia...op.cit.*, s. 71-83 oraz Brzeziński T. (1988) *Historia...op.cit.*, s. 474-475.

<sup>83</sup> Jabłoński L. (1998) *Sanologia*. Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Warszawa, s. 132.



organizacji społecznych, a w tym WHO rozpowszechniały wiadomości na temat panującej sytuacji prowadząc akcję informacyjną, w której szczególną uwagę zwracała na fakt, że to właśnie działania w medycynie zapobiegawczej mogą zasadniczo zmniejszyć konieczność kosztownej diagnostyki i leczenia chorób.

Koncepcja łącznego pojmowania zagadnień profilaktyki i promocji zdrowia pojawiła się już w klasycznym podziale profilaktyki opartym na modelu Caplana z 1964 roku, który podzielił profilaktykę na trzy fazy: pierwsza faza (pierwotna) skierowana na zdrowie, druga faza (wtórna) z celem wykrywania wczesnych objawów choroby i leczeniem oraz trzecia faza określana rehabilitacyjną.<sup>84</sup>

Trudnym zadaniem wydaje się być określenie w jakim stopniu prewencja jest działaniem odrębnym od promocji zdrowia. W dyskusjach analizujących ten problem wyłaniają się dwa stanowiska. Pierwsze wyklucza działania prewencyjne z promocji zdrowia, a drugie włącza je do tych działań. Wiąże się to z różną konceptualizacją zdrowia przez przeciwników łączenia tych dwóch działań, według których punktem wyjścia dla promocji jest zdrowie, a dla prewencji choroba. Natomiast zwolennicy drugiego stanowiska są zdania, że prewencja, która ma zadanie zapobiegania chorobom u osób zdrowych, wchodzi w zakres promocji zdrowia. Wobec tego niemożliwe wydaje się ściśle odgraniczenie od siebie działań promocyjnych i prewencyjnych.<sup>85</sup>

Nie ma zastrzeżeń, że Kanada jako pierwszy kraj podjęła działania z zakresu promocji zdrowia (we współczesnym rozumieniu promocji zdrowia). Marc LaLonde, 1 maja 1974 roku, zaproponował parlamentowi kanadyjskiemu dokument pod nazwą „Nowa perspektywa dla zdrowia Kanadyjczyków” (A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document).<sup>86</sup>

Karski pisze, że możliwość poprawy poziomu zdrowia społeczeństwa mniejszymi nakładami i w tańszy sposób niż jak to się dzieje poprzez działania medycyny leczniczej, spodobała się ministrom, odpowiedzialnym za finanse i zdrowie, którzy natychmiast ją podchwycili. Bardzo szybko idea ta stała się również dziedziną priorytetową w Australii.

Natomiast samo użycie terminu „promocja zdrowia” i określenie działań w kierunku promocji zdrowia miało miejsce podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 1978 roku w Alma-Ata. Bardzo krytycznie oceniono strategiczny kierunek rozwoju

---

<sup>84</sup> Grębowski R., Kirschner H., Januszko T. (1997) *Promocja zdrowia*, [w:] *Medycyna zapobiegawcza i środowiska*. Pod red. Jethon Z., PZWL, Warszawa, s. 30-32.

<sup>85</sup> Dolińska –Zygmunt G. (2000) *Podmiotowe...op.cit.*, s. 70-75.

<sup>86</sup> Karski J. (1999) *Promocja...op.cit.*, s. 19-20.

medycyny leczniczej. Postanowiono położyć większy nacisk w kierunku działań prozdrowotnych na szeroką skalę, na podstawie wcześniej dokonanych badań i analiz, które wykazały zatrważający i permanentnie pogarszający się globalnie stan zdrowia społeczeństw. W zdecydowanej formie zwrócono uwagę na konieczność skierowania informacji i części finansów na cele zapobiegawcze i promujące zdrowie. Przypomniano, że głównym celem opieki zdrowotnej i państw jest ochrona zdrowia a nie tylko leczenie chorób.

W 1984 roku Biuro WHO Regionu Europejskiego w Kopenhadze wydało „Dokument dyskusyjny”, w którym określono próbną definicję, projekt i program posunięć w zakresie polityki promocji zdrowia.

Promocja zdrowia stała się jednym z czterech głównych kierunków Europejskiej Strategii Zdrowia. Pozostałe kierunki to: zapobieganie chorobom i występowaniu czynników ryzyka w otoczeniu; zapewnienie powszechnie dostępnych i odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych przede wszystkim w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną; wdrażanie zmian polityki zdrowotnej, organizacji opieki zdrowotnej oraz jej ekonomizacji wraz z oceną technologii medycznej i reorientacją kształcenia kadr i informacji”.<sup>87</sup>

Innym ważnym elementem biorącym udział w powstaniu i określaniu promocji zdrowia jest dokument pod tytułem: „Aby osiągnąć zdrowie dla wszystkich: zakres działań dla promocji zdrowia” (Achieving Health for All: Framework for Health Promotion) wydany przez rząd kanadyjski w 1986 roku.

W dokumencie tym mówi się m.in. o potrzebie współpracy różnych dziedzin polityki o zasięgu wielosektorowym i strategii promocji zdrowia. Chodzi tu na przykład o obronę środowisk wspierających zdrowie, umożliwianie społeczeństwom i jednostkom uzyskanie pełnego rezerwuaru zdrowotnego.

Bez wątpienia pierwszorzędne znaczenie także i dzisiaj dla promocji zdrowia ma powstała w 1986 roku podczas Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie (Kanada) tzw. Karta Ottawska (Ottawa Charter), która stanowi „Konstytucję” promocji zdrowia.<sup>88</sup>

Później odbyły się jeszcze kolejne konferencje dotyczące promocji zdrowia również o zasięgu ogólnoświatowym, których owocem były odpowiednie deklaracje, programy i stanowiska. Miały one miejsce w Adelajdzie (Australia 1989) i w Sundsvall (Szwecja

---

<sup>87</sup> Karski J., Słońska Z., Wasilewski B. W. (1994) *Promocja...op.cit.*, s. 26.

<sup>88</sup> Tamże, s. 26.

1991), w Dżakarcie (Indonezja 1997),<sup>89</sup> w Meksyku (2000) i Bangkoku (2005)<sup>90</sup>; szerzej o ustaleniach podczas konferencji w rozdziale następnym.

WHO przedstawiła szkic zasad dla promocji zdrowia, jako część ich zaangażowania w „Zdrowiu dla Wszystkich”:

- sprawiedliwość,
- upoważnianie,
- społeczne uczestnictwo,
- wielosektorowa współpraca,
- nacisk na podstawową opiekę zdrowotną.<sup>91</sup>

Można powiedzieć, że o pojawieniu się promocji zdrowia zdecydowała potrzeba stworzenia idei łączącej ludzi, wierzących i rozumiejących, że promowanie zdrowia wymaga przeprowadzania pewnych zmian w stylu życia. Niewątpliwie promocja zdrowia jest także odpowiedzią na niektóre problemy gospodarcze i społeczne krajów uprzemysłowionych. Jednak dopiero w latach 90-tych XX wieku, termin „promocji zdrowia” został powszechnie zaakceptowany również w Polsce.

Promocja zdrowia kształtowała się na przestrzeni wielu lat i stanowi ona punkt centralny nowej filozofii zdrowia i życia. To właśnie dzięki „ruchowi nowego zdrowia publicznego”, który został zapoczątkowany w latach 70-tych XX wieku, promocja zdrowia zawdzięcza przyspieszenie rozwoju.

Promocja zdrowia nie rozwijała się, więc w próżni. Miała z pewnością oparcie w ruchu „nowego zdrowia publicznego”. Relacje zachodzące pomiędzy zdrowiem publicznym i promocją zdrowia przedstawia rycina nr 6<sup>92</sup>.

Z ryciny wynika, że promocja zdrowia wyłoniła się z edukacji zdrowotnej, która jest efektem „ruchu zdrowia publicznego” rozwijającego się na przełomie XIX-XX wieku. Przyspieszenie rozkwitu promocji zdrowia ma miejsce w latach 70-tych, a usamodzielnienie obserwuje się w latach 90-tych.

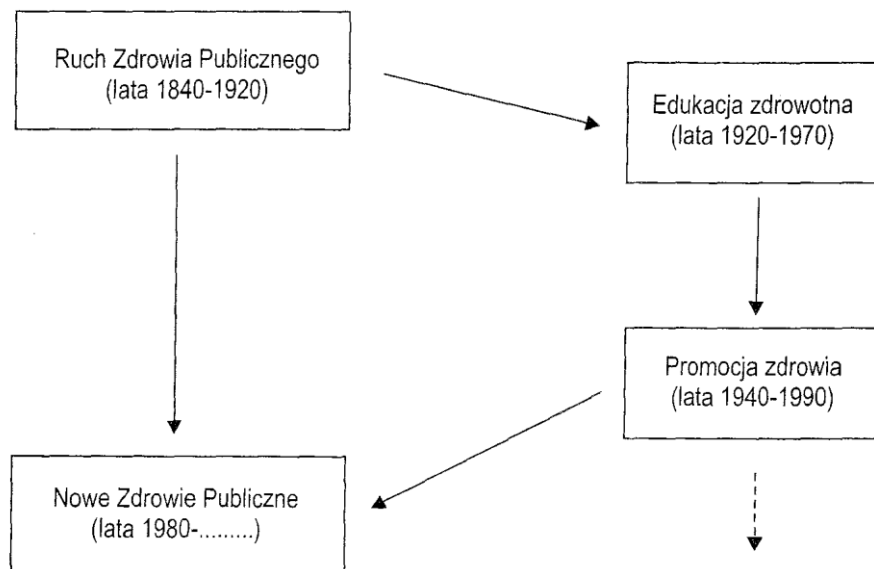
---

<sup>89</sup> Bik B. (1996) *Koncepcja promocji...op.cit.*, s. 258-261.

<sup>90</sup> Karski J. (2006) *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa, s. 33-37.

<sup>91</sup> WHO (1985) *Targets for health for all*. Copenhagen, World Health Organization oraz Naidoo J., Wills J. (2005) *Public Health and Health Promotion developing practice*. Bailliere Tindall, London, s. 13.

<sup>92</sup> Bik B. (1996) *Wybrane zagadnienia...op.cit.*, s. 208-210.



Rycina nr 6. Rozwój i wzajemne relacje zdrowia publicznego - promocji zdrowia.

Źródło: Bik B. (2001) *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane Zagadnienia*. Poździoch S., Ryś A., Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków, s. 210.

Promocja zdrowia w radykalny sposób staje się ważniejsza w nowoczesnych działaniach na rzecz zdrowia. Kraje tworzą coraz to lepsze strategie działania wspierające zdrowie, przy współpracy wielosektorowej na różnych poziomach.

Analizując to wszystko autorka uważa, że edukacja zdrowotna wchodzi w skład promocji zdrowia natomiast promocja zawiera się w obszernych działaniach nowego zdrowia publicznego. Edukacja zdrowotna stanowi nieodłączny element promocji zdrowia<sup>93</sup>, ale zanim jednak doszło do określenia czym jest promocja zdrowia, świat przeżył okres fascynacji edukacją uznawaną wtedy za jedyną skuteczną metodę upowszechniania zachowań prozdrowotnych.

<sup>93</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health...op.cit.*, s. 76.

### 1.1.3.1 Edukacja zdrowotna zagadnienie związane z promocją zdrowia.

Edukacja zdrowotna ma długą tradycję, wyrosła z nauk medycznych, przede wszystkim higieny i medycyny społecznej, i do lat siedemdziesiątych XX wieku wiodącą rolę odgrywali w niej lekarze. Wzrastała świadomość konieczności doprowadzenia do zmiany społecznej polegającej na upowszechnianiu zachowań prozdrowotnych. Zmiana podejścia do zdrowia i czynników je warunkujących, spowodowały znaczące zmiany w koncepcji edukacji zdrowotnej. Do najbardziej charakterystycznych zmian należą holistyczne podejście do zdrowia, z naciskiem na zdrowie psychospołeczne; de-medycalizacja edukacji zdrowotnej i włączenie się do jej realizacji przedstawicieli nauk społecznych; przesunięcie akcentów z przekazywania wiedzy na kształtowanie umiejętności (w tym umiejętności życiowych<sup>94</sup> i kompetencji do działania<sup>95</sup>; przesunięcie akcentów z nauczania (z angielskiego teaching) na uczenie się (z ang. learning)). Przypisywanie edukacji dominującego znaczenia z jednej strony wynikało z przeświadczenia, że formalne instytucje edukacyjne, w szczególności szkoły, stanowią siłę napędzającą innowacyjne myślenie i zmiany, z drugiej strony z faktu, że większość zachowań i postaw zdrowotnych ma swoje korzenie w dzieciństwie i młodości.<sup>96</sup>

Edukacja zdrowotna stanowi nieodłączny element promocji zdrowia. Edukacja jest to proces, podczas którego ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych. Głównym celem jej jest wpływanie na zachowania zdrowotne jednostki i grup dzięki zwiększaniu lub korekcie ich wiedzy, poprzez kształtowanie postaw i umiejętności pozytywnie wpływających na zdrowie. Edukacja nie jest tylko procesem przekazywania teorii, lecz zachodzi ona wtedy, gdy osoba edukowana wykorzystuje wiedzę w sposób użyteczny dla siebie (myśli, zastanawia się, dokonuje wyborów, podejmuje decyzje i działania wpływające na stan swojego zdrowia, styl życia).<sup>97</sup>

---

<sup>94</sup> Woynarowska B. (2003) *Rozwijanie umiejętności życiowych w edukacji szkolnej*. Lider numer specjalny, s. 9-12.

<sup>95</sup> Jansen B.B. (1994) *Środowiskowa edukacja zdrowotna-wprowadzenie i podstawowe założenia*. Lider, 4, 3-4.

<sup>96</sup> Słońska Z. (1994) *Promocja zdrowia-zarys problematyki*. Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna, 1, 1-2, 37-52 oraz Macdonald G. (1992) *Health promotion and sustainable development*. Health Promotion International, 7, 2, 71-73.

<sup>97</sup> Woynarowska B., Sokołowska M. (1994) *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*, Wyd. Hera, Warszawa, s. 10.

Dla edukacji zdrowotnej zdrowie to jakość życia, która związana jest z pięcioma głównymi elementami:

- zdrowie społeczne (zdolność zgodnego współdziałania z ludźmi i środowiskiem; posiadanie udanych związków międzyludzkich),
- zdrowie psychiczne (zdolność uczenia się; zdolności intelektualne człowieka),
- zdrowie emocjonalne (umiejętność kontrolowania emocji, aby osoba mogła swobodnie wyrażać emocje w odpowiednim momencie i wyrażała je właściwie; zdolność nie wyrażania emocji, gdy byłoby to nie na miejscu),
- zdrowie duchowe (wiara w pewną jednoczącą siłę, dla niektórych będzie to natura, dla innych prawa naukowe bądź siła nadprzyrodzona)
- zdrowie fizyczne (zdolność wykonywania zwykłych codziennych obowiązków bez nadmiernego zmęczenia; „biologiczna integralność jednostki”).

Elementy te muszą być zintegrowane ze sobą i wyważone, aby mogły wpłynąć na osiągnięcie wysokiego poziomu „dobrego samopoczucia”.

Koncepcja edukacji zdrowotnej jako wyzwalającej opiera się na założeniu, że ludzie mogą być uwięzieni, zniewoleni przez takie czynniki, jak niska samoocena, brak umiejętności podejmowania decyzji, brak wsparcia społecznego oraz poczucie bezsilności. Oprócz tego do przyczyn braku kontroli należy również niski poziom wiedzy i zrozumienia tematów zdrowotnych. Celem, więc edukacji zdrowotnej może być wyzwolenie ludzi, aby mogli podejmować decyzje oparte na własnych potrzebach i interesach, o ile nie wywierają one negatywny wpływ na innych. A zatem edukacja zdrowotna powinna zostać tak zaprojektowana, aby pomagać ludziom zrozumieć motywy ich własnych zachowań oraz poprawiać swój wizerunek.<sup>98</sup>

Dzisiaj pojęcie edukacji zdrowotnej jest bezpośrednio związane z oświatą zdrowotną i wychowaniem zdrowotnym. W teorii i praktyce można spotkać się z różnymi stanowiskami odnośnie treści i zakresu oświaty oraz wychowania zdrowotnego, jako często odmiennymi. Co do celu nie ma już większych wątpliwości, określając go mianem kultury zdrowotnej.<sup>99</sup> Jednakże drogi wiodące do wychowania zdrowotnego i oświaty zdrowotnej, strategia z nimi związana oraz rezultaty uruchamianych procesów nie są przejrzyste i przysparzają często wielu nieporozumień. Termin „oświata zdrowotna” ma charakter interdyscyplinarny dając jej treść i formę. Natomiast termin „wychowanie” odnosi się do młodego pokolenia oraz osób starszych, bowiem

---

<sup>98</sup> Pike S., Froster A. (1998) *Promocja zdrowia*. Wyd. Czelej, Lublin, s. 138.

<sup>99</sup> Charońska E., Janus B., Szczepka M. (1993) *Nauczanie zdrowia*. Warszawa, s. 7.

wychowankami są wszyscy przez całe życie; zmieniają się jedynie rodzaje instytucji i treści wychowania; maleje czynnik adaptacji, a wzrasta rola twórczego myślenia, działania.<sup>100</sup>

Tematem edukacji zdrowotnej, podobnie jak promocją zdrowia zajmuje się WHO. Zagadnienie edukacji zdrowotnej było częścią przemówienia Dyrektora Generalnego WHO Hiroshi`ego Nakajima; przemówienie to otwierało Konsultacje na temat „Strategii Wprowadzania w Szkole Wszechstronnych Programów Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia” zorganizowane przez WHO, UNESCO, UNICEF 25-29 listopad 1991 r. w Genewie, które brzmiało:

*„Zdrowa i wykształcona populacja dzieci to zdrowa i pomyślna przyszłość [...]. Współczesna, pełna edukacja zdrowotna uwzględnia holistyczne podejście do zdrowia i wykorzystuje wszelkie okoliczności dla uczenia o zdrowiu i działaniach na rzecz zdrowia. Edukacja ta dokonuje się w domu, szkole i społeczności lokalnej. Ważną rolę odgrywają środki masowego przekazu. Podstawą właściwego planowania w edukacji zdrowotnej jest współpraca między różnymi sektorami, a zwłaszcza zdrowia i oświaty”.*<sup>101</sup>

Inne brzmienie definicji edukacji zdrowotnej zaproponował znany kanadyjski teoretyk promocji zdrowia L.W. Green, która mówi, że „edukacja zdrowotna może być zdefiniowana jako zespół zaplanowanych przedsięwzięć (przeżyć uczących się), które mają ułatwić jednostce podjęcie dobrowolnych działań sprzyjających zdrowiu”<sup>102</sup>.

Edukacja dąży do upodmiotowienia (wzmacniania) jednostek, które dzięki temu mogą zmieniać swój styl życia (upodmiotowione jednostki mogą tworzyć upodmiotowione społeczności). Tylko w ten sposób można oczekiwać zmiany społecznej, do której dąży się w promocji zdrowia.

Rozwój edukacji zdrowotnej stał się także możliwy w tamtym czasie dzięki lawinowemu rozwojowi badań i będącej ich efektem wzrostu wiedzy na temat roli zachowań własnych jednostek dla ich zdrowia. Miał miejsce wręcz rewolucyjny postęp, gdy chodzi o techniczne środki przenoszenia i upowszechniania informacji<sup>103</sup>.

Edukacja jest jednym z najsilniejszych upodobań dla zdrowia. Coraz częściej programy umiejętności czytania i pisania włączają kwestie zdrowotne, ponieważ są

---

<sup>100</sup> Pike S., Froster A. (1998) *Promocja...*op.cit., s. 138.

<sup>101</sup> Woynarowska B. (2003) *Rozwijanie umiejętności życiowych w edukacji szkolnej*. Lider numer specjalny, s. 3.

<sup>102</sup> Indulski J., Jethon Z., Dawydzik L.T. (2000) *Zdrowie Publiczne*. Łódź, s. 321-323.

<sup>103</sup> Tamże, s. 321-323.

istotnie związane z codziennym życiem ludzi. Trwająca zmiana warunków sprawia, że tradycyjna wiedza o zdrowiu staje się niewystarczająca i we wszystkich społecznościach jest stała potrzeba rozwijania nowej wiedzy o zdrowiu - w spojrzeniu na nowe zagrożenia, leczenie i nowe sposoby podtrzymywania zdrowia. Uczenie się o zdrowiu staje się niezbędnym elementem w trakcie życia<sup>104</sup>.

W nowej wersji słownika promocji zdrowia wprowadzono termin „odczytywanie zdrowia” (z ang. health literacy), który stanowi rozwinięcie terminu „rozwijanie umiejętności osobniczych” (z ang. developing health skills) rozpowszechnionego w Karcie Ottawskiej: informacje i wiedza na temat zdrowia, zrozumienie społecznych elementów zdrowia, umiejętności negocjowania ze środowiskiem, zrozumienie i wyważenie ryzyka/niebezpieczeństwa indywidualnych i społecznych zachowań, umiejętność radzenia sobie i umiejętność korzystania z dobrodziejstw opieki zdrowotnej, i przejścia z fatalistycznego akceptowania problemów zdrowotnych w kierunku wdrażania na temat zdrowia<sup>105</sup>.

Jak podaje Karski J.<sup>106</sup>, określenie „odczytywania zdrowia” jest używane od przynajmniej 30 lat. Badania naukowe oparte na tej definicji wykazały, że niedostateczne odczytywanie zdrowia funkcjonalnego stanowi dużą przeszkodę w edukowaniu pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz może stanowić duży koszt dla opieki zdrowotnej przez niewłaściwe stosowanie leków. Współcześnie umiejętność „odczytywania zdrowia” dotyczy także posiadania umiejętności odczytywania informacji umieszczonych w broszurach, na tablicach, wykresach, korzystania z komputera, aby osoby korzystające z nich mogły odnieść uzyskane informacje i wiedzę do siebie i postrzeganych objawów oraz ustosunkować się do wskazań dotyczących zmiany stylu życia. Umiejętność „odczytywania zdrowia” określa się również jako kluczowe zagadnienie zdrowia publicznego, a więc i promocji zdrowia<sup>107</sup>.

„Odczytywanie zdrowia” oznacza więcej niż zdolność czytania broszur, bo dzięki poprawie dostępu do informacji zdrowotnych i możliwości ich skutecznego spożytkowania ma zasadnicze znaczenie dla zwiększania możliwości działania<sup>108</sup>.

---

<sup>104</sup> Kickbusch I. (1997) *Think health: what makes the difference*. Health Promotion International, 12, 4, 265-272.

<sup>105</sup> Tamże, s. 265-272.

<sup>106</sup> Karski J.B. (2003) *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wyd. CeDeWu, Warszawa., s. 63-64.

<sup>107</sup> Kickbusch I. (2001) *Health literacy: addressing the health and education divide*. Health Promotion International, 16, 4, 289-297.

<sup>108</sup> Tones K. (2002) *Health literacy: new wine In old bottles*. Health Promotion International, 17, 3, 287-290.



Problematyka promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej staje się jednym z priorytetów do osiągnięcia, do których należy dążyć na poziomie organizacji państwowych i międzynarodowych. Niestety ich rozwój jest ograniczony rozwojem ekonomicznym społeczeństw, ale należy podejmować wspólne wysiłki w kierunku zmniejszania tych ograniczeń.

#### 1.1.4 Wybrane podejścia do promocji zdrowia.

Model jest abstrakcyjnym wyobrażeniem rzeczywistości. Modele są generowane przez rozpoznawanie kryteriów, które rządzą praktyką, takimi jak „cele” i „stopień kontroli”. Z tego miejsca możliwe jest zidentyfikowanie możliwości do działania.

Stosowanie modeli może być pomocne, ponieważ to pobudza do myślenia teoretycznego, i wyrasta z nowych strategii i sposobów działania. Pomaga ustalić hierarchię pierwszeństwa i umiejscawiać bardziej lub mniej pożądane typy interwencji<sup>109</sup>.

Liczba modeli promocji zdrowia w literaturze uległa namnożeniu, czasem pokrywając się, z niewielką zgodnością w kwestii terminologii albo podstawowych kryteriów. J. Naidoo i J. Wills (1994) na temat promocji zdrowia, opisuje kilka modeli promocji zdrowia.

Jednym z nich jest model powszechnie akceptowany przez pracowników opieki zdrowotnej, zaproponowany przez A. Tannahill. Mówi się w nim o trzech pokrywających się strefach aktywności: edukacji zdrowotnej, ochronie zdrowia i prewencji.

W modelu innego autorstwa (K. Tones) promocja zdrowia jest kompletnym procesem „zdrowszej polityki publicznej” i edukacji zdrowotnej. Edukacja zdrowotna składa się z dwóch brzegów: edukacji i informacji, mających umożliwić jednostkom podejmowanie wyborów. Obok tego edukacja zdrowotna ustanawia porządek i podwyższa świadomość potrzeby nacisku na „zdrowszą politykę publiczną”. Model zakłada, że oba brzegi są konieczne. Zmiany w społecznym środowisku osiągnięte

---

<sup>109</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health...op.cit.*, s. 92-92.

przez zdrowszą politykę publiczną spowodują zmiany w jednostkach. A z drugiej strony wsparcie jednostek jest także niezbędne dla wdrożenia środowiskowych zmian. Upodmiotowienie (empowerment; wcześniej wspomiane), jako przeciwne do prewencji czy podejścia radykalno-politycznego jest najważniejszym celem w modelu Tones'a. Określenie „empowerment” trudno przetłumaczyć na język polski; upodmiotowienie (empowerment) oznacza tu, że ludzie uzyskują możliwości własnego działania oraz zdolność i moc do kontrolowania własnego zdrowia i środowiska. W tym współczesnym modelu główny akcent położony jest na aktywność jednostek i społeczności, dobrowolność, swobodę decyzji i wyborów, działanie na rzecz zdrowia na poziomie indywidualnym i środowiskowym<sup>110</sup>.

Potrzeba wprowadzenia kontekstów kulturowych i społecznych do promocji zdrowia „wydaje się nieunikniona”. Wiąże się ona również z coraz większą krytyką „jednostronnego charakteru” biomedycznego modelu ciała i zdrowia.<sup>111</sup>

W ramach koncepcji socjologicznych Z. Melosik rozróżnia kilka podejść do zagadnienia zdrowia i promocji zdrowia: funkcjonalizm strukturalny, teoria reprodukcji ekonomicznej i kulturowej, teoria krytyczna, fenomenologia, pragmatyzm, poststrukturalizm.<sup>112</sup>

Podejścia te charakteryzują się odmiennym sposobem interpretacji zdrowia, promocji zdrowia i społeczeństwa, właściwym dla siebie.

Na przykład w perspektywie funkcjonalizmu strukturalnego promocja zdrowia będzie polegała na propagowaniu racjonalnych zachowań zdrowotnych, które odpowiadają normom i zaleceniom wypracowanym przez lekarzy. Nie oczekuje się od jednostki większej refleksji w tej sferze, jednostce pozostaje podporządkowanie się.<sup>113</sup> Występuje tu wytwarzanie przez społeczeństwo również mechanizmów akceptacji pożądanych zachowań zdrowotnych i odwrotnie dezaprobaty dla zachowań niewłaściwych. Jednostki traktowane są jak aktorzy, którzy występują na scenie społecznej jako „obiekty” wzajemnie się przystosowujące i oceniające pod kątem tego przystosowania. W tym ujęciu człowiek jest tylko aktorem odgrywającym swoją rolę według z góry narzuconego scenariusza.<sup>114</sup>

---

<sup>110</sup> Naidoo J., Wills J., (1994). *Health ..op.cit.*, s. 97-99 oraz Poland B.D., Green W.L., Rootman I., (2000). *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Sage Publications, s. 8.

<sup>111</sup> Melosik Z., (1999). *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, Wyd. Edytor, Toruń-Poznań, s. 8.

<sup>112</sup> Tamże, s. 10-21.

<sup>113</sup> Tamże, s. 11.

<sup>114</sup> Parsons T. (1972) *Szkice z teorii socjologicznej*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, s. XLIX.

W teorii reprodukcji ekonomicznej i kulturowej zdrowie jest towarem, który można kupić i sprzedać. A osoby pochodzące z grup o niskim statusie ekonomicznym nie mogą sobie pozwolić „na zdrowie”, dlatego że nie pozwalają im na to posiadane środki, a raczej ich brak. W świetle tej teorii, kategoria zdrowia jest ściśle związana z narzucaniem, przez grupy dominującej całemu społeczeństwu, akceptowanych przez siebie norm w zakresie zdrowia oraz zdrowego stylu życia. Innymi słowy podstawę reprodukcji społecznej stanowi nacisk na przekonania, wartości i styl życia elity, a ponadto nagradzanie tych, którzy posiadają kompetencje typowe dla tych klas. Niemniej jednak należy zauważyć, że w ostatnich czasach społeczeństwo konsumpcji prowadzi do zniesienia różnic między kulturą „wysoką” i niską; coraz częściej przejmowane są, przez grupy dominujące, sposoby odżywiania i inne elementy stylu życia dotychczas „zarezerwowanych” dla grup podporządkowanych.<sup>115</sup>

Natomiast poststrukturalizm nie popiera tradycji postrzegania ciała jako „systemu mięśni, kości, nerwów i organów, które stanowią transhistoryczną i transkulturową całość”, jak to miało miejsce w renesansie. [...] determinizm biologiczny utrudnia postrzeganie ciała w kontekstach kulturowych i społecznych. W związku z tym podejście poststrukturalne podejmuje problem kulturowych sposobów konstruowania i przekształcania ciała”. To, co uważane jest za „zdrowe” w jednym czasie, miejscu i kulturze traci taki status w innym miejscu i epoce.<sup>116</sup>

Na koniec warto wspomnieć o wynikowym modelu promocji zdrowia wg D. Nutbeam<sup>117</sup>, w którym jasno przedstawia się różnice w podejściach i wynikach.

Wyniki społeczne i zdrowotne uwiadcniają końcowy efekt interwencji medycznych i zdrowotnych (zwykle wyrażone są w wynikach osobniczych lub społecznych: śmiertelności, chorobowości, jakości życia, równości itp.).

Bezpośrednie wyniki zdrowotne (wyniki zdrowotne i społeczne) związane z określonymi zachowaniami: palenie papierosów, aktywność fizyczna, które obejmują wyniki zdrowego stylu życia; bezpośrednie wyniki zdrowotne i społeczne są wyrażone poprzez: śmiertelności, chorobowości i niepełnosprawności. Wyniki w obszarze pośrednim dla zdrowia dotyczą zdrowego środowiska (fizycznego, społecznego i

---

<sup>115</sup> Melosik Z. (1999) *Ciało...op.cit.*, s. 12-14.

<sup>116</sup> Tamże, s. 19-20.

<sup>117</sup> Nutbeam D. (2000) *Health promotion effectiveness-the question to be answered*, [w:] *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. 2<sup>nd</sup> Brussels-Luxemburg, International Union of Health Promotion and Education: 1-11.

ekonomicznego) oraz wyniki udzielanych świadczeń (efektywność tych świadczeń, dostęp do odpowiednich świadczeń) oraz wyniki dotyczące zmian w stylach życia.

Wyniki działań promujących zdrowie mogą modyfikować czynniki osobnicze, społeczne i strukturalne. A dotyczą głównie wyników związanych z umiejętnością „odczytywania zdrowia”, społecznym działaniem i oddziaływaniem oraz „zdrowotną polityką publiczną”.

Wynikowy model promocji zdrowia prezentuje również pożądane wyniki bezpośrednich działań promocji zdrowia (edukacji, ułatwiania i wspierania)<sup>118</sup>.

Niektóre opisane wyżej koncepcje mogą być postrzegane (w pewnym stopniu), jako komplementarne wobec siebie. Niektóre koncepcje mają charakter analityczny, inne zaś przedstawiają określoną ideologię społeczną, która bezpośrednio opowiada się za określonym sposobem promowania zdrowia.

Następny rozdział zawiera opis tendencji rozwoju działań w obszarze promocji zdrowia na świecie. W tym wybrane dokumenty w zakresie promocji zdrowia oraz rozwój siedliskowego podejścia do promocji zdrowia.

---

<sup>118</sup> Nutbeam D. (1998) *Evaluating health promotion-progress, problem and solution*. Health Promotion International 13, 1, 27-44.

## 1.2 Główne tendencje w rozwoju promocji zdrowia na świecie.

### 1.2.1 Międzynarodowa polityka zdrowotna a promocja zdrowia.

Od czasu zaadoptowania Karty Ottawskiej, promocja zdrowia stała się przewodnim i istotnym komponentem polityki zdrowotnej na świecie.

Od początku XXI wieku zdrowie publiczne stanowi główne zainteresowanie krajów rozwiniętych i rozwijających się. Angażuje społeczności lokalne, polityków, organy odpowiedzialne za podejmowanie decyzji, laików, popularne ruchy/stowarzyszenia i organizacje wolontariuszy, przedsiębiorstwa i wiele innych podmiotów.

Szereg członków WHO rozwinęło innowacyjne, wielosektorowe działania zdrowotne oparte na zasadach promocji zdrowia i podejściach, które zwracają uwagę na szereg determinantów zdrowia. Wszystkie regiony WHO na różne sposoby angażują się w promocję zdrowia, rozwijając swoje własne strategie, przewodniki i szkice realizowania działań w tym zakresie.<sup>119</sup>

Ponad 20 lat temu Biuro WHO Regionu Europejskiego przedstawiło do dyskusji zbiór koncepcji i zasad działania dla promocji zdrowia. Jeszcze ważniejszym dokumentem z dzisiejszej perspektywy jest Karta Ottawska. W sumie wydarzenia te zainicjowały sporo działań promocyjnych dla zdrowia w wielu krajach. Zostały wdrożone różne inicjatywy, dzięki którym kraje nabierają doświadczeń w tym zakresie. Określone grupy społeczne tj. ludzie starsi, ludzie młodzi, kobiety, ludzie migrujący, niepełnosprawni i ludzie przewlekle chorzy są zaangażowani w różne działania zmierzające w kierunku poprawy i większej kontroli nad ich zdrowiem. Projekty i programy są prowadzone w różnych siedliskach społecznych, jak: w miastach, szkołach, miejscach pracy oraz instytucjach opieki zdrowotnej.

Główne kierunki działań określają również konferencje promocji zdrowia, podczas których uczestnicy zajmują określone stanowiska, ustalając w ten sposób sprawy priorytetowe dla promocji zdrowia.

W latach 90-tych XX wieku uwaga wielu rządów zaczęła koncentrować na docenianie znaczenia docierania do konkretnych osób i grup poprzez siedliska i sektory,

---

<sup>119</sup> WHO (2005). *Global health promotion saling up for 2015. – A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015.* WHO Secretariat Background Document for the 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand, s. 1-16.

którymi są miasta, szkoły, instytucje opieki zdrowotnej i miejsca pracy. W 2000 roku dotychczasowe trendy w rozwoju promocji zdrowia na świecie okazały się niezbędne do zachowania, podkreślając głównie potrzebę przejścia od słów do działań, zareagowania na globalny trend w kierunku masowych zmian społecznych.

Na różnice występujące w sytuacji zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi krajami mają wpływ trzy następujące czynniki:

- zmiany demograficzne (wzrost liczby ludności, większy wskaźnik populacji starzejącej się, co z kolei ma wpływ na wzrost populacji wymagającej długotrwałej opieki medycznej);
- postęp cywilizacyjny i technologiczny (nowocześniejsze procedury diagnostyczne i lecznicze w medycynie, przyspieszony rozwój nauk medycznych i działań medycznych, niestety niosący ze sobą wzrost kosztów różnych procedur, czasem nieodwracalne zmiany w środowisku, jak również nowe zagrożenia dla stanu zdrowia);
- rzeczywistość ekonomiczna (powodująca brak możliwości wzrostu nakładów na działalność zdrowotną równą tempu zmian demograficznych i technologicznych).

Zdeterminowanie polityki zdrowotnej przez te trzy czynniki stanowi duże wyzwanie dla wszystkich do wzmoczonych prac nad poprawą systemu ochrony zdrowia.<sup>120</sup>

Kierunki w rozwoju promocji zdrowia określa polityka zdrowotna państw oraz działalność wielu organizacji ( m.in. WHO, Unii Europejskiej).

Polityka zdrowotna realizowana jest co najmniej w następujących wymiarach:

- lokalna polityka zdrowotna,
- regionalna polityka zdrowotna,
- krajowa polityka zdrowotna,
- międzynarodowa polityka zdrowotna.

Nowoczesna i efektywna polityka zdrowotna powinna objawiać się skoordynowanymi działaniami w skali kraju i świata; takie też stanowisko znajduje się w wielu dokumentach prawnych, międzynarodowych (np. praca G. Walt, z bardzo wymownym tytułem „Polityka zdrowotna. Wprowadzenie do procesu i władzy. Narody, rządy i agencje międzynarodowe - kto prowadzi politykę i jak jest ona realizowana” - „Health policy. An introduction to process and power. People, governments and

---

<sup>120</sup> Leowski J. (1999) *Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe*, [w:] *Promocja zdrowia*. Karski J., Wyd. IGNIS, Warszawa, s. 44-45.

international agencies - who drives policy and how it is made”, opublikowana w 1994 roku).<sup>121</sup>

Politykę zdrowotną świata realizuje wiele organizacji międzynarodowych, które tworzone są przez poszczególne państwa czy regiony świata. Do jej stałego rozwoju w dużej mierze przykładają się liczne organizacje międzynarodowe, pozarządowe.

Oprócz WHO odgrywającej główną rolę w tworzeniu polityki zdrowotnej, istnieje Organizacja Narodów Zjednoczonych (*United Nations Organization*; UNO) mająca znaczący wpływ w budowaniu polityki zdrowotnej świata. WHO współpracuje z wieloma organizacjami międzynarodowymi, instytucjami i agendami: Organizacją Narodów Zjednoczonych, Międzynarodową Organizacją Pracy (*International Labour Organization*; ILO); Organizacją Narodów Zjednoczonych ds. Oświaty, Nauki i Kultury (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*; UNESCO); Organizacją ds. Wyżywienia i Rolnictwa (*Food and Agriculture Organization*; FAO); Międzynarodową Agencją Energii Atomowej (*International Atomic Energy Agency*; IAEA); krajami, które zawarły Porozumienie Ogólne w sprawie Cel i Handlu (*General Agreement on Tariffs and Trade*; GATT); Międzynarodowym Bankiem Rozwoju oraz Bankiem Światowym itd.<sup>122</sup>

Polityka zdrowotna prowadzona przez WHO odnosi się do postanowień przyjętych w jej Konstytucji z 1946 roku, które mówią, że zadaniem organizacji jest doprowadzenie „wszystkich społeczeństw do najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia”.

W jednej z preambuł do tej Konstytucji, dodano stwierdzenie, że zdrowie jest jednym z głównych praw każdego człowieka, i dalej, że zdrowie społeczeństw stanowi warunek pokoju i bezpieczeństwa, co uzależnione jest w dużej mierze od współpracy wszystkich krajów.

Dla osiągnięcia takiego celu zostały określone pewne zadania dla organizacji i są one zapisane w artykule 2 Konstytucji WHO:

- kierownicze działania w sferze zdrowia o zasięgu międzynarodowym,
- stworzenie i podtrzymywanie współpracy pomiędzy państwami członkowskimi UNO (administracjami rządowymi, instytucjami specjalistycznymi, organizacjami pozarządowymi i wieloma innymi),

---

<sup>121</sup> Cytata za: Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (2001) *Zdrowie...op.cit.*, s. 167-168.

<sup>122</sup> Tamże, s. 170.

- organizowanie i udzielanie odpowiedniej pomocy krajom członkowskim w celu stałego podnoszenia jakości opieki zdrowotnej,
- ustalenie i rozwijanie działań administracyjnych i technicznych (serwisu statystycznego i analiz epidemiologicznych),
- organizowanie wspólnych działań z instytucjami specjalistycznymi, wpływających na polepszenie warunków mieszkaniowych, żywienia, warunków pracy, higieny i środowiska naturalnego,
- popieranie działań na rzecz zdrowia rozwijanych przez wszelkiego rodzaju organizacje naukowe,
- ustalenie i wypracowanie wspólnych konwencji, porozumień, rekomendacji i zarządzeń dotyczących różnych działań w dziedzinie ochrony zdrowia i aspektów międzynarodowych,
- wspieranie działań wpływających na ciągły postęp w sferze ochrony zdrowia matki i dziecka,
- prowadzenie działań w kierunku rozwoju higieny psychicznej i „harmonijnych stosunków międzyludzkich”,
- rozwijanie i popieranie badań naukowych w ochronie zdrowia,
- doskonalenie działalności programów kształcenia personelu opieki medycznej potrzebnych dla opieki zdrowotnej,
- zbieranie, analiza oraz wymiana informacji w sferze zdrowotności,
- wypracowanie i rozwijanie norm międzynarodowych w dziedzinie substancji farmaceutycznych i produktów biologicznych,
- wspieranie i podejmowanie także innych form aktywności w dziedzinie ochrony zdrowia czy zdrowotności publicznej, które są niezbędne dla realizacji celów organizacji.<sup>123</sup>

Właśnie te zadania mają służyć w osiągnięciu najważniejszego celu organizacji, jakim jest dążenie do zapewnienia możliwie najlepszego poziomu zdrowia wszystkim członkom społeczności i narodów dzięki upowszechnianiu, uświadamianiu oraz urzeczywistnianiu prawa do zdrowia oraz ciągłemu postępowi w opiece zdrowotnej.

Organizacja Narodów Zjednoczonych ds. Oświaty, Nauki i Kultury (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*; UNESCO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych Pomocy Dzieciom (*United Nations International Children's*

---

<sup>123</sup> Tamże, s. 170-171.



*Emergency Fund*; UNICEF) wspólnie z WHO rozwijały wiele programów dotyczących ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, także Organizacja ds. Wyżywienia i Rolnictwa (*Food and Agriculture Organization*; FAO) w dalszym ciągu realizowała działania w zakresie zdrowia. Mówi się o inicjatywie ze strony FAO w związku z przygotowaniem kodeksu związanego z pestycydami, który został przyjęty rezolucją podczas Konferencji organizowanej przez FAO w 1985 roku. Apeluje się w nim do państw i rządów, producentów i handlowców, organizacji ekologicznych czy konsumenckich, a jego celem jest rozpowszechnianie działań ku bezpiecznemu używaniu pestycydów.

Ogromne wsparcie dla programów zdrowotnych i globalnej strategii zdrowotnej mają konwencje i zalecenia Międzynarodowej Organizacji Pracy. Wiele wspólnych działań tych organizacji i wspólnych programów skierowanych jest na stały rozwój ochrony zdrowia, opieki zdrowotnej oraz higieny w miejscu pracy.

Poza tym inne organizacje czy instytucje, które powstały dla odmiennych celów niż wspieranie i rozwijanie problemów ochrony zdrowia, na przykład takich jak Bank Światowy, coraz częściej angażują się w politykę zdrowotną. Ten właśnie bank często w ostatnich latach finansował liczne programy zdrowotne na świecie; razem ze WHO oraz UNICEF przygotował raport (opublikowany w 1993 roku) o zdrowotnej sytuacji na świecie i problemach, które wymagają jak najszybszego rozwiązania. Wskazuje się w raporcie na priorytetowe działania oraz określa podstawowe programy do realizacji, są to m.in.:

- program rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej,
- program szczepień,
- program opieki zdrowotnej dla dzieci,
- program antyalkoholowy i antynikotynowy,
- program przeciwko AIDS,
- program planowania rodziny,
- program poprawy warunków żywienia.<sup>124</sup>

Globalnie WHO wzmacniała promocję zdrowia przez wiele rezolucji przyjętych przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (*World Health Assembly*; WHA). Ostatnio w 2004 roku ratyfikowano Konwencję dot. Kontroli Tytoniu (*Framework Convention on Tobacco*), przyjęto rezolucję dotyczącą Promowania Zdrowych Stylów Życia (*Promotion of Health LifeStyles*; WHA 57.17), czy też Globalną Strategię dot. Diety,

---

<sup>124</sup> Tamże, s. 179-182.

Aktywności Fizycznej i Zdrowia (*Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*; WHA 57.17) oraz program dotyczący problemów spowodowanych przez nadmierną konsumpcję alkoholu (*Public Health Problems*; WHA 58.26).

Od 1950 roku znaczącą rolę w rozwijaniu edukacji zdrowotnej odgrywa Międzynarodowa Unia ds. Promocji Zdrowia i Edukacji (*International Union for Health Promotion and Education*; IUHPE) i bardzo wyraźnie od 1993 roku także w promocji zdrowia. IUHPE koncentruje specjalistów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, i jest pomocna w realizowaniu sprawnego działania koncepcji promocji zdrowia, podtrzymywania i obszernego rozpowszechniania dowodów i wiedzy na ten temat. Organizacja i jej członkowie są siłą napędową w udoskonalaniu działań promocji zdrowia.<sup>125</sup> Stowarzyszenie to ma na celu poprawę zdrowia ludzi na całym świecie poprzez edukację, społeczne działania i rozwój polityki zdrowia publicznego. IUHPE blisko współpracuje z WHO, UNESCO, UNICEF żeby oddziaływać i ułatwiać rozwój strategii i projektów promocji zdrowia. Misją IUHPE jest promować globalnie zdrowie i wносить wkład w osiąganiu równości i sprawiedliwości w zdrowiu w każdym kraju i pomiędzy nimi na całym świecie.<sup>126</sup>

Jest wiele programów w zakresie zdrowia publicznego zrealizowanych i nadal realizowanych przez Unię Europejską. Można wymienić takie jak: Wspólnotowy program zwalczania nowotworów ukierunkowany na zmianę stylów życia; Wspólnotowy program zwalczania AIDS i innych chorób zakaźnych; Wspólnotowy program promocji zdrowia obejmujący działania w zakresie promocji zdrowia, informacji, edukacji i szkolenia, uwarunkowań zdrowia itd.<sup>127</sup>

Kluczowy atrybut dla promocji zdrowia stanowi aktywność i autonomia podmiotów działających; ponieważ nie można realizować promocji zdrowia, jeśli te podmioty nie są uwzględnione tak w teorii, jak i w praktyce polityki zdrowotnej.<sup>128</sup>

Ogromne znaczenie polityki zdrowotnej państwa dla realizacji promocji zdrowia znajduje wiele uzasadnień. Właściwe decyzje polityczne gwarantują równość w dostępie do zasobów istotnych dla zdrowia. Obecnie nie ma wątpliwości, że niemożliwe jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia bez dostępu do takich podstawowych zasobów, jak: żywność, mieszkanie, odpowiednia i satysfakcjonująca praca oraz odzież.

---

<sup>125</sup> Global health promotion scaling up...op.cit., s. 1-16.

<sup>126</sup> Tones K. (2000) *Collaboration between Health Education Research and the International Union for Health Promotion and Education*. Health Promotion International 15, 3, 241-248.

<sup>127</sup> Nowacki W. (2001) *Kompetencje Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego*. Zdrowie Publiczne 111, 5-6, 333-338.

<sup>128</sup> Karski J., Słońska Z., Wasilewski B. (1994) *Promocja zdrowia*. Sanmedia, Warszawa, s. 39.

Model realizowanej przez państwo polityki zdrowotnej decyduje o możliwości wdrożenia idei promocji zdrowia nie tylko z tego powodu, że umożliwia lub uniemożliwia działania wielosektorowe na rzecz zdrowia, ale także dlatego, iż kreuje sprzyjające lub niesprzyjające warunki dla społecznego uczestnictwa.<sup>129</sup>

Promocja zdrowia w pełnym rozumieniu możliwa jest jedynie w ramach takiego modelu polityki zdrowotnej, który zapewnia prozdrowotny charakter polityki państwa nie tylko w sektorze zdrowia, ale również w pozostałych sektorach państwowych oraz na wszystkich szczeblach zarządzania.

### 1.2.2 Kluczowe dokumenty i konferencje na temat promocji zdrowia.

Pierwszym kluczowym dokumentem dla promocji zdrowia jest wcześniej wspomniany, raport Lalonde (1974) „New Perspective on the Health of Canadians”. Wskazał on na fakt, jako pierwszy, że inne czynniki poza obszarem działań medycyny i opieki zdrowotnej, posiadają znaczący wpływ na zdrowie.<sup>130</sup> Karski (2006) pisze, że „w dokumencie zawarte jest skojarzenie każdej przyczyny z instrumentem jakim posługuje się odpowiednia polityka. To jest: zmiana stylu życia ze zdolnością do przekonywania; ochrona środowiska z legislacją; biologia człowieka z metodą badań naukowych; oraz organizacja opieki zdrowotnej z reorganizacją.

Później, bo w 1979 roku w Stanach Zjednoczonych ogłoszony został raport „Healthy People: The Surgeon’s General Report on Health Promotion and Disease Prevention”, który określa promocję zdrowia w kategoriach zmian stylu życia. Podkreślono fakt, że umieszczanie promocji zdrowia i działań zapobiegających chorobom, na jednym poziomie, prowadzi do różnych interpretacji roli promocji zdrowia.<sup>131</sup>

---

<sup>129</sup> Hancock T. (1990) *Mandala of Health: a model of the human ecosystem*, [w:] *Health Promotion. A resource book*. Anderson R., Kickbusch I., WHO Regional Office for Europe Copenhagen, s. 120-137.

<sup>130</sup> Wysocki J., Charońska E. (2006) *Rola promocji zdrowia w systemie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie*. Pod red. M.D. Głowackiej, Poznań, s. 24 oraz Karski J. (2006) *Postępy...op.cit.*, s. 32.

<sup>131</sup> Tamże, s. 32.

<sup>131</sup> Tamże, s. 32.

Wspominana także wcześniej Karta Ottawska (1986) – obszernie zdefiniowała koncepcję zdrowia i promocji zdrowia, uwarunkowania zdrowia oraz określiła ważne do dzisiaj obszary działania dla promocji zdrowia.

Traktat z Maastricht (zwłaszcza artykuł nr 129 dotyczący zapobiegania chorobom, „poprzez promocję badań naukowych dotyczących przyczyn powstawania i szerzenia się chorób”) z 1992 roku oraz późniejszy Traktat z Amsterdamu ze znowelizowanym artykułem 129 w sprawie wdrażania bardziej efektywnej polityki zdrowotnej UE, także są znaczące dla rozwoju promocji zdrowia. Podkreślono, że działalność UE w zakresie zdrowia publicznego nie będzie zamykać się wyłącznie w profilaktyce chorób.<sup>132</sup>

Najnowszym dokumentem WHO, w którym szczegółowo został określony program działań w zakresie promocji zdrowia na XXI wiek, jest deklaracja „Zdrowie 21”. Zawiera ona 21 celów polityki zdrowotnej krajów członkowskich WHO. Deklaracja Zdrowia została przyjęta przez światową społeczność zajmującą się problematyką zdrowotną na XXXI Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 roku, m.in. poprzez te słowa:

*”My, kraje członkowskie WHO, potwierdzamy nasze poparcie dla zasady zawartej w jej Konstytucji, która głosi, że jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej jest najwyższy możliwy do uzyskania standard zdrowia; i aby tak się stało, potwierdzamy wartość i godność każdej osoby oraz równe prawa, jednakowe obowiązki i wspólną odpowiedzialność wszystkich za zdrowie.”*<sup>133</sup>

„Zdrowie 21” to modyfikacja poprzednich 38 zadań „Zdrowia dla Wszystkich w 2000 roku”. Poprzednia deklaracja została przyjęta rezolucją nr 30.43 podczas XXX Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 1977 roku. W niej oto przyjęto cel, że do roku 2000 mieszkańcy wszystkich krajów świata osiągną taki poziom życia, który zapewni im radość w zdrowiu i pełną możliwość korzystania z niego, dając w ten sposób możliwość produktywniej pracy oraz pełnię uczestnictwa w życiu społecznym.<sup>134</sup> W 1998 roku zmodyfikowano zadania w ramach „Zdrowia 21”, dostosowując je do aktualnych potrzeb zdrowotnych, zmieniając 38 zadań na 21.

---

<sup>132</sup> Nowacki W. (2001) *Kompetencje ...op.cit.*, s. 333-338.

<sup>133</sup> [www.parpa.pl/sub=7&check=0](http://www.parpa.pl/sub=7&check=0) (Tłumaczenie Karski J., Koronkiewicz A., Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia-Ośrodek Współpracy z Europejskim Biurem Regionalnym WHO)

<sup>134</sup> Czupryna A. i in. (2001) *Zdrowie...op.cit.*, s. 171-172.

„Zdrowie 21” oferuje twórcom polityki na wszystkich poziomach i we wszystkich sektorach możliwość dostrzeżenia celu społecznego. Bez niego twórcy ci mogą łatwo „stracić z oczu realny świat”, tym samym poddając się czynnikom społecznym.<sup>135</sup>

Głównym i jednym ze stałych zadań polityki „Zdrowie 21” dla Regionu Europejskiego WHO jest wykorzystanie całego potencjału zdrowia dla wszystkich. Wymienia się dwa główne cele:

- promocja i ochrona zdrowia ludzi w ciągu całego ich życia,
- zmniejszenie występowanie chorób i urazów, a także złagodzenie cierpień z ich powodu.

Warto także wspomnieć o trzech podstawowych wartościach, jakie stanowią etyczne fundamenty założeń „Zdrowia 21”:

- zdrowie, jako podstawowe prawo człowieka,
- równość w zdrowiu i solidarność w działaniu na rzecz zdrowia wewnątrz krajów i pomiędzy nimi a także ich mieszkańców,
- uczestnictwo w stałym rozwoju dziedziny zdrowia i odpowiedzialność za efekty działalności jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych.

Istnieją cztery podstawowe strategie działań, które zostały określone do zapewnienia zgodnego z obecnymi osiągnięciami naukowymi, politycznymi, gospodarczymi i społecznymi, odpowiedniego i „zrównoważonego przebiegu procesu „Zdrowia 21”:

- strategie wielosektorowe w celu ukierunkowania na uwarunkowania zdrowia, biorąc pod uwagę fizyczną, ekonomiczną, społeczną, kulturową i odpowiednią do płci perspektywę rozwoju oraz zapewnienie właściwej oceny oddziaływania na rodzinę,
- programy nastawione na pozytywny wynik zdrowotny i inwestowanie w rozwój ochrony zdrowia i opiekę kliniczną,
- zintegrowana i zorientowana na rodzinę i społeczność lokalną, podstawowa opieka zdrowotna, wspierana przez elastyczny i odpowiedni system zapewnienia świadczeń szpitalnych,
- uczestnictwo w procesie rozwoju zdrowia, angażujące odpowiednich partnerów dla zdrowia w domu, szkole i pracy oraz na poziomie społeczności lokalnej i kraju,

---

<sup>135</sup> Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku (2001) Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Fundacja Zdrowia Publicznego, Warszawa-Kraków, s. 218.

oraz promowanie wspólnego podejmowania decyzji, wdrażania i rozliczania podjętych działań.”<sup>136</sup>

Zadania dla „Zdrowia 21” sformułowano tak, aby odzwierciedlały potrzeby całego Regionu Europejskiego oraz zawierały sugestie dotyczące poprawy sytuacji. Dwadzieścia jeden zadań polityki zdrowia dla wszystkich może być przydatne także jako narzędzie do pomiaru postępów w rozwoju i ochronie zdrowia oraz w obniżaniu ryzyka zdrowotnego.<sup>137</sup>

W założeniach „Zdrowia dla Wszystkich” zostały zawarte również mechanizmy służące selekcji trudnych decyzji, właściwej alokacji zasobów, popierania tych, których działania sprzyjają zdrowiu i odwrotnie, przeciwstawiania się tym, których działania są szkodliwe dla zdrowia. Są to mechanizmy, które muszą być dostosowane pod względem ogólnych wartości do różnych środowisk, jakie reprezentują kraje członkowskie i nie są one przypisane konkretnym sektorom, czy organizacjom.<sup>138</sup>

Zbiorowe doświadczenie europejskich Krajów Członkowskich WHO Regionu Europejskiego stworzyło „Zdrowie 21”. Regionalne podejście do zdrowia dla wszystkich (oraz doświadczenie nagromadzone w ciągu ostatnich 15 lat) osiągnęło „wyniki zdrowotne” „w formie podstaw dla ambitnych zamierzeń w rozwijaniu polityki i programowania dostarczanych świadczeń zdrowotnych”. „Zdrowie 21” na wiek XXI (stanowi, więc udoskonalenie wcześniejszych 38 regionalnych zadań zdrowia dla wszystkich<sup>139</sup>) określa 21 zadań oraz dostarcza praktycznych i długoterminowych programów, nowych wyzwań, są to:

1. Cel – Solidarność dla zdrowia w Regionie Europejskim.
2. Cel – Równość w zdrowiu.
3. Cel – Zdrowy start do życia.
4. Cel – Zdrowie ludzi młodych.
5. Cel – Zdrowie ludzi starszych.
6. Cel – Poprawa zdrowia psychicznego.
7. Cel – Redukcja chorób zakaźnych.

---

<sup>136</sup> WHO (1999) *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen (European Health for All Series; No. 6), s. 3-4 oraz Karski J., Koronkiewicz A. (tłumaczenie i opracowanie tekstu) *Zdrowie 21*. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia-Ośrodek Współpracy z Europejskim Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

<sup>137</sup> [www.parpa.pl...op.cit](http://www.parpa.pl...op.cit).

<sup>138</sup> *Zdrowie 21...op.cit.*, s. 218.

<sup>139</sup> World Health Organization *Targets for Health for All (1985)* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. *European Health For All Series*, No.1 oraz Kickbusch I. (1997) *Think health...op.cit.*, s. 265-272.

8. Cel – Redukcja chorób niezakaźnych.
9. Cel – Redukcja urazów powstałych na tle wypadków i przemocy.
10. Cel – Zdrowe i bezpieczne środowisko fizyczne.
11. Cel – Zdrowy tryb życia.
12. Cel – Redukcja szkodliwych skutków spożywania alkoholu, narkotyków i tytoniu.
13. Cel – Tworzenie „siedlisk” zdrowotnych.
14. Cel – Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie.
15. Cel – Zintegrowanie sektora zdrowia.
16. Cel – Zarządzanie na rzecz jakości opieki zdrowotnej.
17. Cel – Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków.
18. Cel – Rozwijanie zasobów ludzkich dla zdrowia.
19. Cel – Wiedza i badania naukowe na rzecz zdrowia.
20. Cel – Zdobywanie partnerów dla spraw zdrowia.
21. Cel – Polityki i strategie zdrowotne.<sup>140</sup>

Ustalone cele powinny być włączone w proces przygotowania polityki zdrowotnej Krajów Członkowskich Regionu Europejskiego, a także powinny zostać przyjęte przez większe europejskie organizacje, czy instytucje. Do realizacji celów zaproponowano szereg strategii zdrowia publicznego, promocji zdrowia itp. Podejmuje się również kwestię wsparcia tych działań ze strony Biura Światowej Organizacji Zdrowia.<sup>141</sup>

„Zdrowie 21” stoi przed ogromnym wyzwaniem poprawy stanu zdrowia społeczeństw, a ogromnym ponieważ w wielu krajach nie poświęca się zbyt wiele sprawom zdrowia, poza niezbędną uwagą i dystrybucją koniecznych środków. Dlatego też to od nas, społeczeństw będzie zależało jak bardzo się postaramy w kwestii uwolnienia środków finansowych, ludzkiej energii, a przede wszystkim także tworzenia inicjatyw w celu poprawy zdrowia. Strategia ta objawia się także „obietującymi możliwościami na przyszłość”<sup>142</sup>, dlatego warto ponosić wysiłki w celu jej realizacji.

Dokument „Zdrowie 21” zakłada między innymi, że (pokłada się w nim głęboką wiarę) wdrożenie programu antytytoniowej Karty Madryckiej z 1998 roku oraz plan działania o nazwie „Europa wolna od dymu tytoniowego” doprowadzi do poprawy zdrowia i

---

<sup>140</sup> WHO (1999) *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen (European Health for All Series; No. 6), s. 3-4.

<sup>141</sup> Tamże, s. 3-4.

<sup>142</sup> Zdrowie 21. Zdrowie dla Wszystkich w XXI wiek (2001) Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Fundacja Zdrowia Publicznego Warszawa-Kraków, s. 218.

korzyści ekonomicznych. Podwyższone podatki na produkty tytoniowe oraz większa dostępność środków terapeutycznych, a także rozszerzenie stref bezdymnych i zakaz reklam czy sponsorowania produktów tytoniowych, zredukują roczną śmiertelność o 2 mln osób w najbliższych 20 latach. Europejska Karta dot. Alkoholu (Paryż, 1995) oraz europejski plan przeciw - alkoholowy, określają główne strategie zdrowia publicznego i związanego z tym leczenia. Dotyczą one opodatkowania napojów alkoholowych, zwalczania reklamy i „krypto” reklamy oraz leczenie chorób związanych z niebezpieczną dla zdrowia konsumpcją alkoholu.

Wszystkie kraje członkowskie powinny zapewnić, że ich polityki i programy będą realizowały strategię Karty Europejskiej.

Dokument nowej polityki „Zdrowia dla Wszystkich” (Health for All) dla Regionu Europejskiego jest więc wynikiem rozpowszechnionych konsultacji z państwami członkowskimi i organizacjami. Strategia skupia się na sprawiedliwości możliwej do osiągnięcia poprzez solidarność, na determinantach zdrowia i na odpowiedzialności za wyniki zdrowotne. Podkreśla się w niej konieczność osiągania lepszego zdrowia ludzi i wzmocnienia podejść wielosektorowych.

Podtrzymania na narodowym poziomie oryginalnej orientacji rozwiniętej w Ottawie i polityce WHO można zobaczyć na przykład w szwedzkim raporcie opublikowanym w 2001 roku przez Swedish National Committee for Public Health (parlamentarna komisja założona w 1997 roku)<sup>143</sup>. Zidentyfikowano w nim parę głównych obszarów dotyczących promocji zdrowia i determinantów zdrowia: wzmacnianie społecznego kapitału; zapewnienie, żeby dzieci rosły w satysfakcjonującym środowisku; poprawa warunków miejsca pracy; kreowanie satysfakcjonującego środowiska fizycznego; stymulowanie zwyczajów życia promujących zdrowie; rozwijanie satysfakcjonującej infrastruktury dla kwestii zdrowia. Podobnie Narodowy Program Stanów Zjednoczonych „Healthy People 2010” obejmuje cele związane ze środowiskami wspierającymi.<sup>144</sup>

Szczególnie intensywny rozwój oraz kierunek promocja zdrowia zawdzięcza przede wszystkim szerokim dyskusjom uczestników Międzynarodowych Konferencji na ten temat. Owocem spotkań podczas konferencji było sformułowanie między innymi:

---

<sup>143</sup> Swedish National Committee for Public Health (2000) *Health on Equal Terms-National Goals for Public Health*. Stockholm, Sweden: Ministry of Health and Social Affairs.

<sup>144</sup> Tamże



celów, kierunków oraz strategii działań w promocji zdrowia, łącznie ze stworzeniem polityki zdrowia publicznego oraz określeniem priorytetów w promocji zdrowia.

Do tej pory odbyło się sześć Międzynarodowych Konferencji Promocji Zdrowia:

- Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia: Ottawa (Ontario, Kanada), 1986 rok<sup>145</sup>,
- Druga Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia: Adelajda (Australia), 1988 rok,
- Trzecia Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia: Sundsvall (Szwecja), 1991 rok,
- Czwarta Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia: Dżakarta (Indonezja), 1997 rok,
- Piąta Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia: Meksyk (Meksyk), 2000 rok,
- Szósta Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia: Tajlandia (Bangkok), 2005 rok<sup>146 147</sup>.

Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia odbyła się 17-21 listopada 1986 roku w Ottawie (Ontario, Kanada). Ta konferencja była przede wszystkim reakcją na rosnące oczekiwania w stosunku do nowego zdrowia publicznego. Dyskusja skupiała się na potrzebach krajów uprzemysłowionych, ale uwzględniała podobne sprawy we wszystkich pozostałych regionach. Kierunek konferencji opierał się i czerpał z następujących dokumentów: Deklaracji w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w Alma-Acie (Declaration on Primary Health Care at Alma-Ata), na celach zawartych w dokumencie WHO „Zdrowia dla Wszystkich” i debacie Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly) na temat międzysektorowego działania dla zdrowia.<sup>148</sup>

Konferencja została zorganizowana przez Ministerstwo Zdrowia Kanady, Kanadyjskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego oraz WHO. Efektem prac 38 krajów podczas konferencji było opracowanie „Karty Ottawskiej dla Promocji Zdrowia” (Ottawa

---

<sup>145</sup> Kickbusch I. (2003) *Models for population health. The contribution of the WHO to a New Public Health and Health Promotion*. American Journal of Public Health 93, 3, 383-388.

<sup>146</sup> <http://www.medicalnewstoday.com/medicalnews.php?newsid=29035> (2006-11-11)

<sup>147</sup> <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/index.html> (2006-07-24)

<sup>148</sup> Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1 oraz Tang Kwok-Cho, Beaglenhole R., O'Byrne D. (2005) *Policy...op.cit.*, s. 884.

Charter for Health Promotion), o której była już mowa wcześniej w rozdziale pierwszym. Jest to do dzisiaj najważniejszy dokument programowy promocji zdrowia.

Uczestnicy konferencji zobowiązali się do: przesunięcia w kierunku obszaru zdrowszej polityki publicznej i zabezpieczenia jasnej polityki zobowiązań do zdrowia i sprawiedliwości we wszystkich sektorach; przeciwdziałania naciskom odnośnie szkodliwych produktów, niezdrowym warunkom życia i środowisk oraz złemu odżywianiu.

Promocja zdrowia w Karcie Ottawskiej identyfikuje się również z takimi trzema kierunkami działań:

- umożliwienie działań niezbędnych dla rozwijania potencjału zdrowotnego, niwelowanie różnic w stanie zdrowia oraz jednakowa możliwość osiągnięcia pełnego dobrostanu zdrowia,
- obrona warunków koniecznych do utrzymania zdrowia; poznanie potrzeb zdrowotnych oraz uświadomienie roli czynników wpływających na stan zdrowia,
- oraz pośredniczenie w godzeniu różnych interesów na korzyść celu nadrzędnego, czyli ochrony zdrowia; koordynacja współpracy wielu instytucji, agencji czy sektorów, które reprezentują rozmaite czasem odmienne interesy.

Kierunki te mają być realizowane i rozwijane przez specjalistów promocji zdrowia, promotorów i edukatorów zdrowia, odpowiednio wykształconych. Rola ich przy tych zadaniach polegać ma na wspieraniu ludzi w działaniach na rzecz zdrowia (np. negocjacja zmian środowiskowych na korzyść ochrony zdrowia); na podnoszeniu stopnia świadomości, poziomu wiedzy czy pomoc w tworzeniu indywidualnych strategii radzenia sobie z różnymi problemami zdrowotnymi; na pośredniczeniu i łączeniu rozmaitych interesów (np. wywieranie wpływu na lokalną politykę zdrowotną w postaci grup nacisku, prowadzenie kampanii w mediach). Specjaliści ci potrzebują być pełnymi partnerami w negocjowaniu alokacji zasobów, ustalaniu priorytetów i celów.

Druga Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia odbyła się 5-9 kwietnia 1988 roku w Adelajdzie (Australia). Na nowo zdefiniowano politykę publiczną służby zdrowia. Ustalenia podjęte podczas konferencji zawarto w „Rekomendacjach” (Adelaide Recommendation), z których wynikają następujące priorytetowe zadania:

- popieranie działań na rzecz zdrowia kobiet,
- popieranie jakości żywności i odżywiania,
- ograniczenie zużycia tytoniu i alkoholu,

- tworzenie środowisk wspierających zdrowie.

Konferencja określiła politykę zdrowia publicznego jako zdecydowane działanie na rzecz zdrowia i równości w nim. Działanie, którego celem jest tworzenie środowisk wspierających zdrowie. Wskazała także na konieczność włączenia do działań na rzecz zdrowia całego społeczeństwa oraz potrzebę zmiany sposobu myślenia o zdrowiu i promocji zdrowia.<sup>149</sup>

Trzecia Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia miała miejsce w Sundsvall (Szwecja) między 9-15 czerwca 1988 roku i została zorganizowana przez Kraje Skandynawskie, WHO oraz Program Ochrony Środowiska UN. Po raz pierwszy zebrała się na niej równa liczba uczestników zarówno z krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się. Uczestnicy z 81 krajów pracowali w grupach tematycznych nad następującymi problemami<sup>150</sup>:

- żywność i rolnictwo,
- miejsce zamieszkania i środowisko lokalne,
- edukacja,
- praca i zatrudnienie,
- społeczne poparcie i opieka,
- źródła energii i transport.

Podczas konferencji zostało ustalone wspólne „stanowisko” uczestników, w którym podkreślono jak ważne jest to, żeby politycy i decydenci, działający na wszystkich poziomach i we wszystkich sektorach gospodarczo-społecznych, tworzyli sojusze na rzecz zdrowia - zdrowego środowiska i sprawiedliwości społecznej. Wskazano też, że zagadnienia dotyczące zdrowia, rozwoju człowieka i środowiska nie mogą być oddzielane, ponieważ rozwój to lepsza jakość życia i tym samym zdrowia, lecz przy równoczesnym zachowaniu właściwego środowiska życia. Uczestnicy konferencji zaapelowali do społeczności międzynarodowej o zorganizowanie nowych mechanizmów odpowiedzialności za zdrowie nas wszystkich.<sup>151</sup>

Po tej konferencji, ale jeszcze przed kolejną, miało miejsce ważne wydarzenie, w wyniku którego powstała deklaracja „Bogota Declaration” w 1992 roku. Deklaracja

---

<sup>149</sup> Second International Conference on Health Promotion Adelaide, South Australia 5-9 April. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy (WHO/HPR/HEP/95.2) (Dostępny na <http://www.who.int>)

<sup>150</sup> The Sundsvall Handbook „We can do it”, from the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991 oraz Bik B. (1996) *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie...op.cit.*, s. 238.

<sup>151</sup> Czupryna A., Poździejch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (2001) *Zdrowie ...,op.cit.*, s. 241.

uwypatnia związku pomiędzy zdrowiem i rozwojem oraz nawołuje do wznowienia zaangażowania w zakresie solidarności i równości w zdrowiu<sup>152</sup>.

Deklaracja nawołuje, podobnie jak inne organizacje, do: koordynacji wśród wszystkich sektorów i instytucji; zachęcania społeczeństwa obywatelskiego do uczestnictwa w działaniach; pełnej integracji spraw dotyczących zdrowia kobiet; umożliwiania dialogu przy korzystaniu z różnych form wiedzy o zdrowiu i tradycji.<sup>153</sup>

Następna konferencja promocji zdrowia odbyła się w Jakarcie (Indonezja) 21-25 czerwca 1997 roku. Po raz pierwszy odbyła się w kraju rozwijającym się – Indonezji, pod hasłem: „Nowi gracze dla nowej ery”<sup>154</sup>.

Rezultatem, także i tej konferencji była Deklaracja Jakardzka, która zawiera główne kierunki i zadania promocji zdrowia dla globalnie nowych wyzwań XXI wieku. Deklaracja zawiera pięć głównych ustaleń ważnych dla zdrowia oraz istotnych dla społeczeństw wkraczających w nową erę:

- promocja zdrowia jest kluczową inwestycją ,
- uwarunkowania zdrowia – jako nowe wyzwania,
- promocja zdrowia powoduje zmiany,
- konieczne są nowe działania,
- priorytety promocji zdrowia w XXI wieku.

Deklaracja przedstawia promocję zdrowia jako te wszelkie działania i inwestycje, które wpływają na zdrowie, jego uwarunkowania i pozyskiwanie oraz rozwój i zwiększenie kontroli nad nim.

Nowe wyzwania, jeżeli chodzi o uwarunkowania zdrowia to wszelkie te czynniki począwszy od podstawowych określonych jeszcze w Karcie Ottawskiej. Wśród nich największym problemem jest ubóstwo, jakie zagraża zdrowiu milionom ludzi na świecie. Zmiany demograficzne stanowią również coraz większy problem wielu krajów na świecie, są to m.in. wzrost liczby ludzi starszych. Są też inne problemy np. narkomania, wzrost aktów przemocy, czy po prostu (a raczej aż) niechęć do zmiany zachowań na prozdrowotne. Nowymi wyzwaniami dla promocji zdrowia są też powracające choroby (gruźlica, malaria), czy pojawienie się nowych chorób

---

<sup>152</sup>Health Promotion: Achievements and Lessons Learned from Ottawa to Bangkok. 138<sup>th</sup> Session of the Executive Committee. Pan American Organization. World Health Organization Washington, D.C., USA, 19-23 June 2006.

<sup>153</sup> Tamże

<sup>154</sup> The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 4th International Conference on Health Promotion „New Players for New Era”, Jakarta, 21-25 July 1997 oraz Bik B. (2001) *Koncepcja...op.cit.*, s. 242.

infekcyjnych oraz rozpowszechnianie się chorób psychicznych, które wymagają od promocji zdrowia nowego podejścia i szybkiej reakcji.

Promocja zdrowia jest praktycznym podejściem w osiągnięciu równości w zdrowiu. Tak też potwierdzają to liczne badania naukowe i analiza przypadków o skuteczności promocji zdrowia, która może zwiększać potencjał zdrowia, wpływać na zmianę stylu i warunków życia (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych, również determinujących zdrowie). Najistotniejszym elementem w powodzeniu wszelkich działań w promocji zdrowia jest jednak powszechne uczestnictwo ludzi, odpowiednio przygotowanych w kierunku podejmowania decyzji w sprawach zdrowia.

W obliczu nowych problemów promocja zdrowia musi stwarzać nowe formy działania, wykorzystywać wszystkie swoje możliwości, które tkwią w różnych organizacjach rządowych, pozarządowych oraz sektorach publicznych i prywatnych. Ważną sprawą jest przekroczenie pewnych tradycyjnych granic między tymi sektorami i organizacjami, czyli ogólnie mówiąc współpraca i jeszcze raz współpraca, opierająca się na zasadzie równości.

W wyniku tej konferencji wyodrębniono pięć priorytetowych spraw promocji zdrowia, mianowicie:

- promowanie społecznej odpowiedzialności za zdrowie ludzi,
- wzrost inwestycji podejmowanych dla poprawy zdrowia,
- zwiększanie współpracy i partnerstwa dla zdrowia,
- zwiększanie oddziaływania środowisk lokalnych, ich możliwości oraz wzmocnienie jednostek,
- oraz zapewnienie infrastruktury dla promocji zdrowia.

Deklaracja z Jakarty wzywa wszystkie rządy do podejmowania inicjatyw do organizowania sieci współpracy na rzecz promocji zdrowia oraz ich finansowego wspierania. Uczestnicy konferencji popierają stworzenie globalnej sieci wspierającej porozumienie na rzecz promocji zdrowia oraz wzywają WHO do objęcia roli przewodniej w tym porozumieniu.<sup>155</sup>

Owoce Piątej Konferencji Promocji Zdrowia w mieście Meksyku (Meksyk, 2000<sup>2</sup>) była „Deklaracja” uczestników i „Stanowisko Ministerialne na temat Promocji Zdrowia”.

---

<sup>155</sup> The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 4th International Conference on Health Promotion „New Players for New Era”, Jakarta, 21-25 July 1997 (dokument dostępny także na: <http://www.who.int>) oraz Karski J. (2006) *Postępy ...op.cit.*, s. 35.

Deklaracja zawiera m. in.:

- uznanie promocji zdrowia za fundamentalny priorytet i umieszczenie jej w politykach i programach lokalnych, regionalnych, krajowych i międzynarodowych,
- podjęcie wiodącej roli w zapewnianiu aktywnego udziału wszystkich sektorów i społeczeństwa obywatelskiego we wdrażaniu działań promujących zdrowie, które rozszerzają oraz wzmacniają partnerstwo dla zdrowia,
- wspieranie przygotowań do planowych działań krajowych w zakresie promocji zdrowia, a jeśli to konieczne korzystanie z ekspertyz WHO i jej partnerów; plany te mogą być różne w zależności od kontekstu krajowego, ale będą rezultatem uzgodnionej struktury działań w trakcie piątej konferencji,
- ustanowienie i wzmacnianie krajowych i międzynarodowych sieci promujących zdrowie,
- wspieranie, agend Narodów Zjednoczonych, aby czuły się odpowiedzialne za wpływ ich przedsięwzięć na zdrowie.<sup>156</sup>

Kolejna Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia miała miejsce w Tajlandii (Bangkok) w dniach 7-11 sierpnia 2005 roku, była poświęcona kwestii określonej w następującym tytule: „Polityka i partnerstwo w działaniu: odniesienie do uwarunkowań zdrowia”. Konferencja była ostatnią, jak do tej pory, z serii konferencji od Ottawy.

Konferencja, jej prace opierały się na dwóch najważniejszych zasadach: (1) „sprawiedliwości społecznej i równości w stanie zdrowia i (2) respektowaniu różnorodności, godności i praw człowieka”<sup>157</sup>.

Uczestnicy konferencji skupiali się przede wszystkim na problemach i wyzwaniach dotyczących spraw globalizacji, środowiska, urbanizacji, polityki i demografii, „obciążenia chorobami”, postępami technologii, a także roli państwa w ochronie zdrowia.

Określone zostały kluczowe zadania żeby promocja zdrowia:

- stała w centrum globalnie rozwijających się działań,
- stanowiła podstawowy obowiązek dla wszystkich rządów,
- stała się kluczowym interesem społeczności i społeczeństwa<sup>158</sup>.

---

<sup>156</sup> Karski J. (2006) *Postępy ...op.cit.*, s. 36-37.

<sup>157</sup> Tamże, s. 201-202.

<sup>158</sup> <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/index.html>; (2006-07-24)

Dążąc do tego, aby promocja zdrowia była podstawowym obowiązkiem rządów oraz „stała się integralną częścią rozwoju politycznego i społeczno-gospodarczego, rządy powinny wykorzystać całościowo możliwości, aby:

- zająć się społecznymi i ekonomicznymi przyczynami ubóstwa, złego stanu zdrowia i nierówności,
- zapewnić, aby były brane pod uwagę implikacje zdrowotne wszystkich polityk i przepisów wydawanych przez rząd,
- wzmacniać promowanie zdrowia we wszystkich sektorach,
- opracować odpowiednie przepisy prawa sprzyjające promowaniu współpracy pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym oraz współpracy między wszystkimi sektorami społeczno-gospodarczymi,
- uzyskać poprawę w zakresie nadzoru i śledzenia pojawiających się zagrożeń zdrowia w skali światowej.
- inwestować w badania naukowe w dziedzinie promocji zdrowia i zastosowanie ich wyników w praktyce”<sup>159</sup>.

Zgodnie z tłumaczeniem treści Deklaracji (Tajlandia, Bangkok, 2005) wykonanym przez J. Karskiego, „kształtując postawę wobec globalizacji przyjęto, iż globalizacja z jednej strony otwiera nowe możliwości partnerstwa, a z drugiej strony osłabia kontrolę rządu nad rosnącą liczbą uwarunkowań zdrowia oraz naraża jednostki i społeczności lokalne wszystkich krajów na szybkie zmiany społeczne”<sup>160</sup>.

Zarówno w krajach rozwiniętych i tych jeszcze rozwijających się rośnie liczba osób starszych i wskaźniki chorób przewlekłych stale się podnoszą. Wiele rozwijających się krajów nadal walczy z chorobami zakaźnymi, urazami i przemocą. Zmieniające się warunki życia i stylu życia przyczyniają się do stresu i zwiększają zagrożenie chorobami psychicznymi. W dobie łatwych podróży międzykontynentalnych, żaden kraj nie jest bezpieczny przed kolejnym ogniskiem SARS, ludzkiej grypy czy też jeszcze nie poznanych do dziś nowym szczepom jakiegóż choroby. Codziennie umierają miliony ludzi i są to zgony, których przy zastosowaniu odpowiednich działań dałoby się uniknąć<sup>161</sup>.

---

<sup>159</sup> Karski J. (2006) *Postępy...op.cit.*, s. 201-203.

<sup>160</sup> Treść przetłumaczonej Deklaracji znajduje się w: Karski J. (2006) *Postępy...op.cit.*, s. 201-210.

<sup>161</sup> Global health promotion saling up for 2015. – A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. WHO Secretariat Background Document for the 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand August 2005, s. 1-16.

### 1.2.3 Promocja zdrowia w podejściu siedliskowym.

Największą uwagę wśród działań podejmowanych na rzecz wzmocnienia środowisk wspierających zdrowie powinno być skierowane na organizowanie i stwarzanie odpowiednich warunków społeczeństwu lokalnemu do działań na rzecz zdrowia, na popieranie i rozwijanie postaw prozdrowotnych. Bardzo ważnymi działaniami, na które należałoby zwrócić także uwagę są: rozwijanie wiedzy i umiejętności w promowaniu zdrowia własnego i innych oraz na wzrost jakości życia obywateli.

Promocja zdrowia w praktyce działa efektywniej, kiedy umiejscowiona jest w kontekście życia ludzkiego, pracy, nauki czy świadczeń zdrowotnych, stąd celowe jest koncentrowanie się na „siedliskach” (nazwa pochodząca od WHO); dzięki czemu możliwe stają się działania, obserwacje i pomiar skutków w określonych normach. „Siedliska” są to miejsca, w których społeczności są ze sobą powiązane wewnętrznie tworząc bardzo mocne więzi; mogą to być mieszkańcy małego miasteczka, wsi, osiedla, szkoły, miejsca pracy<sup>162</sup> itp., ogólnie mówiąc siedliska umiejscowione są w kontekście życia ludzkiego.<sup>163</sup>

Według Karskiego (1999) „siedliska” mogą być określane również jako organizacje, reprezentujące jednostki społeczne i dzięki swym strukturom, i funkcjom są rozpoznawane. Jak dalej autor pisze, z tego punktu widzenia promocja zdrowia będąc działaniem interwencyjnym poprzez podejście siedliskowe, powinna podejmować swoje działania na podstawie wyników badań w zakresie teorii organizacji.

Specjaliści zajmujący się promocją zdrowia, teorią i jej organizacją (np. R.Grossman, K. Scala, L. Baric) na świecie uważają, że działania promocji zdrowia podejmowane w siedliskach dają największe korzyści i efekty. Organizacja stanowi podstawowy elementu podejścia siedliskowego.

Do najważniejszych czynników siedliska istotnych w promocji zdrowia należą obszar zamieszkania (cecha wspólna dla kategorii społeczności: miasteczka, osiedla, wsi); w ramach tego obszaru można określić parę czynników mających znaczenie dla promocji zdrowia, będą to:

---

<sup>162</sup>Wojnarowska B. (1999) *Siedliskowe podejście w promocji zdrowia i jego realizacja w praktyce*. [w:] *Promocja zdrowia*. Karski J.B., Wyd. IGNIS, Warszawa, s. 367.

<sup>163</sup>Wenzel E. (1997) *A comment on settings In health promotion*. Internet Journal of Health Promotion. Articles/1997/1 (dostępny na <http://www.rhpeo.org>)



- położenie geograficzne i klimat: klimat górzysty wiąże się z dłuższymi i ostrzejszymi zimami, a lato jest krótkie i chłodne; klimat nadmorski to ciepłe zimy, a lato dłuższe; inne warunki panują na pojezierzu, gdzie zimy i lata są zwykle łagodne; natomiast na terenie równinnym panuje długie i upalne lato, a krótkie, lecz ostre zimy. Klimat i ukształtowanie terenu wiążą się z gęstością zaludnienia. Ważnym jest też to, czy dla osób zamieszkałych na innym terenie, dany teren będzie na tyle atrakcyjny, aby wykorzystywać go do własnych celów zdrowotnych (np. w ramach dni wolnych),
- lokalizacja zakładów produkcyjnych: ma to wpływ na tworzącą się tam infrastrukturę (w pobliżu powstają osiedla, przedszkola, szkoły, samorządy lokalne i inne instytucje); na takim obszarze zamieszkują przeważnie ludzie w wieku produkcyjnym, którzy często mają wyższe wykształcenie,
- zanieczyszczenie środowiska: wiąże się to z rodzajem produkcji, a co za tym idzie wpływ substancji powstających jako produkt uboczny, wpływających na stan środowiska oraz na rodzaj występujących na danym obszarze problemów zdrowotnych (chorób),
- wskaźniki epidemiologiczne; informują o problemach zdrowotnych w danym regionie,
- odrębności kulturowe, obyczajowe i językowe różnicują społeczność zamieszkującą dany obszar od społeczności na innym terenie,
- struktura zatrudnienia: rodzaj pracy, charakterystyka zawodów wykonywanych na danym terenie, poziom wykształcenia są to cechy ważne dla dopełnienia obrazu siedliska; zwykle tereny, gdzie panują dobre warunki rolne nie są wysoko zurbanizowane, a co za tym idzie gęstość zaludnienia będzie miała niski wskaźnik,
- dane demograficzne: liczba ludności w określonym przedziale wiekowym; na takim rolnym obszarze będzie wysoka liczba ludzi starszych, niska zaś będzie liczba ludzi w wieku produkcyjnym i młodzieży, odwrotna sytuacja dotyczy środowisk miejskich ze szkołami, uczelniami,
- poziom życia mieszkańców; dochody są wyznacznikiem poziomu życia, stanu zdrowia, na ich wpływ mają także m.in. rodzaj pracy, charakter zatrudnienia. Od zasobów finansowych rodzin zależy sposób odżywiania, stan sanitarny mieszkań czy sposób organizowania czasu wolnego,

- zwyczaje żywieniowe; sposób odżywiania również zależy od obszaru zamieszkania, zasobów finansowych, tradycji.<sup>164</sup>

Bardzo istotnym elementem w podejściu siedliskowym do promocji zdrowia jest fakt, że społeczeństwo zamieszkujące dany teren najczęściej zna swoich przedstawicieli we władzach oraz zna problemy występujące na danym obszarze i chce mieć wpływ na zmiany, które jego dotyczą. Cechy siedliska ulegają ciągłym przemianom i każde siedlisko jest specyficzne, jedyne w swoim rodzaju.

Należy angażować społeczeństwo do działań prozdrowotnych, to bowiem jest głównym elementem promocji zdrowia. Trzeba zaprzestać traktowania ludzi tylko jako biernych uczestników, obserwatorów programów zdrowotnych, lecz zrobić wszystko by stali się oni aktywnymi współtwórcami w procesie kształtowania zdrowia społeczeństwa lokalnego. Poglądy na temat możliwości i ról społecznych na przykład w tworzeniu nowych postaw i form aktywności wobec urzeczywistnionych potrzeb społeczeństwa czy wobec możliwości, jakimi dane społeczeństwo powinno dysponować, uległo przemianie w procesie postępu technicznego i przemian społecznych.<sup>165</sup>

Aby zrealizować plany i zamierzenia w dziedzinie promocji i poprawy zdrowia WHO zaprojektowała oraz rozpowszechniła wiele projektów, które następnie zostały zaadoptowane do warunków istniejących w danym kraju. Do działań na rzecz zdrowia włączyły się jednostki, społeczności lokalne oraz określone siedliska. Wśród tych projektów można wymienić: „Zdrowe Miasto”, „Zdrowe Miejsce Pracy”, „Szkołę Promującą Zdrowie” zwane przez Barica projektami społecznymi (health promoting community projects), projekt „Szpital Promujący Zdrowie” zaliczany do systemów opieki zdrowotnej promujących zdrowie (health promoting health care system) oraz szereg pokrewnych projektów jak „Szpital Przyjazny Dziecku”.<sup>166</sup>

Według wskazań WHO, obecnie we wszystkich wdrażanych programach promocji zdrowia (na poziomie krajowym, regionalnym czy lokalnym) dominują następujące zagadnienia społeczne:

- miejsce zamieszkania (ponieważ niebezpiecznie rośnie poziom urbanizacji, a co za tym idzie zmniejszenie terenów uprawnych),

---

<sup>164</sup> Kapliński A.K., Łysiak M.R., Pęcińska T.S. (2003) *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce. Fachowy poradnik dla zarządzających szpitalem, przychodnią, ośrodkiem zdrowia i inną jednostką opieki medycznej*. Wyd. VERLAG DASHOFER, część 13, rozdział 2, podrozdział 3.2, s. 1-4.

<sup>165</sup> Karski J.B. (1999) *Promocja...op.cit.*, s. 23-24.

<sup>166</sup> Woynarowska B. (1999) *Siedliskowe ...op.cit.*, s. 369.

- rodzina (która to doznaje coraz to większych zmian w swojej tradycyjnej strukturze, w rolach i odpowiedzialności),
- praca (w której pojawiają się nowe zagrożenia oraz nowe wzorce),
- starzenie się populacji (związanej z wydłużaniem się czasu trwania życia, zmniejszeniem liczby narodzin oraz wzrostem zależności od innych),
- przemoc (rosnąca liczba agresji, przemocy – wzrostem liczby jej ofiar),
- rynek (nastawiony na ostrą konsumpcję, prywatyzację),
- porozumiewanie się („porozumiewania się ludzi między sobą doznających radykalnych zmian w zakresie przekazywania informacji i technik uczenia się”).<sup>167</sup>

Pierwszym projektem WHO był projekt pod nazwą „Zdrowe Miasta” (Healthy Cities). I choć już w starożytności możemy doszukać się idei zdrowego miasta, to jednak dopiero w 1984 roku w Toronto powstała najbardziej przejrzysta i czytelna wizja zdrowego miasta. Projekt ten nosił nazwę „Zdrowe miasto Toronto”, którego elementy Biuro WHO Regionu Europejskiego opracowało na cele właśnie projektu „Zdrowe Miasta”. Na początku 11 miast europejskich uczestniczyło w tym projekcie, potem już przekroczył on granice regionu europejskiego, wkraczając do Kanady, USA, Australii, Ameryki Łacińskiej oraz Chin i Egiptu.

Głównym celem projektu jest wprowadzenie idei promocji zdrowia oraz strategii „Zdrowia dla Wszystkich” (rozwinętej we wczesnych latach osiemdziesiątych XX wieku) na poziomie lokalnym.<sup>168</sup> Natomiast zasadnicze kierunki działań niezbędne do osiągnięcia celu projektu są określone w oryginalnym projekcie WHO. Wymienia się pośród nich między innymi takie działania, jak:

- wspieranie rozwoju fizycznego i społecznego miasta oraz zwracanie uwagi na wzajemne zależności ze środowiskiem,
- zintegrowanie życia miast z problemami zdrowotnymi, kulturowymi, ekologicznymi i ekonomicznymi dzięki „zaangażowaniu działań społecznych ich mieszkańców”,
- oraz wpisaniu działań na rzecz zdrowia do spraw priorytetowych w dziedzinie polityki i spraw społecznych w danym mieście itd.

<sup>167</sup> Karski J.B. (1999) *Promocja...op.cit.*, s. 113.

<sup>168</sup> Goumans M., Sprigett J. (1997) *From Project: „Healthy Cities” as a mechanism for policy change for health?*. Health Promotion International, 12, 311-322.

Projekt WHO „Healthy Cities” jest dążeniem do wywierania wpływu na poziomie lokalnym.<sup>169</sup> Celem projektu było zwiększenie świadomości „gdzie i jak zdrowie jest kreowane i żeby wpływać na instytucje (również te tradycyjnie odpowiedzialne za zdrowie) w rozwijaniu strategii, dzięki której wspólnie stworzą środowisko wspierające zdrowie”.<sup>170</sup>

Celem projektu jest angażowanie polityków w całej Europie poprzez budowanie grupy nacisku na zdrowie publiczne na poziomie lokalnym realizujących w ten sposób cele „Zdrowia 21”.<sup>171</sup>

Wyniki projektu „Zdrowe Miasto” wywierają istotny wpływ na rozwój podejścia siedliskowego do promocji zdrowia. W 1996 roku był to temat Światowego Dnia Zdrowia.

Oto cele II fazy oficjalnego projektu WHO/EURO:

- tworzyć wspólne sieci miast europejskich żeby pomagać i wspierać wdrażanie wysiłków „Zdrowia dla Wszystkich” (Health for All) na poziomie lokalnym,
- przesuwać sprawy zdrowia na wyższe szczeble agend politycznych,
- przesuwać zdrowie w centrum zainteresowania agencji publicznych i integrować aspekty zdrowotne w ekonomice, kulturze i życia miast,
- rozwijać działania/ politykę zdrowego miasta,
- wzmacniać rozwój środowisk wspierających (środowiska fizyczne i społeczne),
- kreować działania dla zdrowia,
- ułatwiać rozwój sieci i umiejętności komunikacyjnych,
- wymieniać wiedzę (także wiedze specjalistyczną).

Główne zasady projektu:

- współpraca międzysektorowa,
- uczestnictwo społeczne,
- sprawiedliwość.<sup>172</sup>

---

<sup>169</sup> Tsouros A. (1995) *The WHO Healthy Cities Project: State of the art and future plans*. Health Promotion International 10, 133-141.

<sup>170</sup> Milio N. (1986) *Promoting Health through Public Policy* Canadian Public Health Association, Ottawa.

<sup>171</sup> De Leeuw E. (1999) *Healthy Cities: Urban social entrepreneurship for health*. Health Promotion International 14, 3, 261-270.

<sup>172</sup> WHO (1988) *Healthy Cities Project: Five Year Planning Framework*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization oraz Kickbusch I. (2003) *Models for population health. The Contribution of the WHO to a New Public Health and Health Promotion*. American Journal of Public Health 93, 3, 383-388, a także Tsouros A.D., Dowding G., Thompson J., Dooris M. (1998) *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, s. 14-18.

W dotychczasowej praktyce promocji zdrowia wypracowano bardzo interesującą i efektywną formułę organizacyjną, dzięki której może odbywać się współpraca „jednoimiennych siedlisk”, które wdrażają własne programy promocji zdrowia. Określa się je mianem „sieci”, na przykład sieci szkół promujących zdrowie czy sieci szpitali promujących zdrowie. Sieci sprzyjają podejmowaniu wspólnych przedsięwzięć w tej dziedzinie, stwarzają warunki do wymiany informacji i doświadczeń oraz są źródłem nowych pomysłów.<sup>173</sup>

Europejska Sieć Szkół Promujących Zdrowie (European Network of Health Promotion Schools, ENHPS) zapoczątkowała koncepcję „szkół promujących zdrowie”. Od początku 1992 roku większość krajów europejskich przyłączyła się do sieci. Ewaluacja przeprowadzona w 15 krajach członkowskich Unii Europejskiej pokazała, że koncepcja ENHPS pomyślnie motywuje wdrażanie wszechstronnych planów zdrowia w szkołach. Podobne pozytywne rezultaty powiązane z rozwojem projektów zdrowych szkół wyłoniły się w innych krajach.<sup>174</sup>

Innym przykładem jest realizacja projektu „Zdrowie w więzieniach”. Inicjatywa ta została podjęta przez Europejskie Biuro WHO w 1997 roku. Projekt skupił się w pierwszej kolejności na problemach zdrowotnych więźniów, na przykład: nadużywanie leków, zdrowie psychiczne oraz choroby zakaźne, w tym HIV/AIDS. Projekt koncentrował się na zdrowiu więźniów, ale również na zdrowiu pracowników służby więziennej.

Bardzo specyficznym siedliskiem dla pewnych grup ludzi jest ulica. Osoby takie są zmarginalizowane i wyłączone społecznie, jak bezdomni, narkomani. Jednym ze sposobów dotarcia do tych ludzi, głównie z edukacją zdrowotną w kierunku zagrożeń zdrowia, na które są narażeni jest nawiązanie z nimi bezpośredniego kontaktu w ich środowisku, czyli na ulicy. Rosnąca potrzeba dotarcia do tych ludzi spowodowała wypracowanie nowej formy komunikowania się z nimi poprzez dobrze wyszkolonych tzw. socjalnych pracowników ulicznych (z ang. street workers)<sup>175</sup>.

We wszystkich siedliskach kluczową intencją ma być zdobycie „politycznego” zaangażowania w poprawianiu zdrowia całej organizacji (podejście systemowe). Projekty siedlisk mają „zarażać” wyobraźnią wielu „aktorów” w wielu krajach.

---

<sup>173</sup> Indulski J., Jethon Z., Dawydzińska L. (2000) *Zdrowie...op.cit.*, s. 346.

<sup>174</sup> Turunen H., Tossavainen K., Verito H. (2004) *How can critical incidents be used to describe health promotion in the Finnish European Network of Health Promoting Schools?*. *Health Promotion International* 19, 4, 419-427.

<sup>175</sup> Tamże, s. 346.

Sposoby podejścia do ewaluacji programów siedlisk szkicuje się w wielu publikacjach<sup>176</sup>. Takie projekty spełniają kryteria dla „obiecujących” interwencji rozpoznanych przez raport amerykańskiego Instytut Medycyny (Institute of Medicine). WHO sformułowała pięć generalnych zasad promocji zdrowia, które powinny być przestrzegane w realizacji promocji zdrowia, by przynosiła ona założone efekty zdrowotne. Programy (projekty) promocji powinny więc:

- „być adresowane możliwie do wszystkich grup składających się na daną zbiorowość, do której skierowany jest program,
- być ukierunkowany na główne, występujące w niej zagrożenia zdrowia,
- łączyć różne metody i podejścia, gdy chodzi o sposób realizowania założonych celów programu,
- włączać członków zbiorowości do aktywnego uczestnictwa w planowaniu i wdrażaniu programu (zasada partycypacji społecznej),
- być traktowane jako integralna część całego życia zbiorowości, a nie głównie czy wyłącznie jako działalność czysto medyczna”<sup>177</sup>.

W pierwszej zasadzie zwraca się uwagę na równe szanse, a w drugiej zaleca, by promocja zdrowia była dostosowana do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych członków społeczeństwa. Zgodnie z trzecią zasadą zastosowanie różnych metod w programie promocji zdrowia, zwiększa szansę jego skuteczności (stosunkowo najmniej efektywne są programy zorientowane na samej edukacji zdrowotnej). Zasada czwarta, dotyczy partycypacji społecznej w przygotowaniu i wdrażaniu programu promocji zdrowia, i jest wtedy gwarancją dostosowania treści/celów programu do potrzeb danej zbiorowości, motywuje, mobilizuje do aktywnego udziału w jego realizacji. Ostatnia piąta zasada zwraca uwagę na niebezpieczeństwo wystąpienia nadmiernej medykalizacji programu. Chodzi tu o ograniczenie programu do zagadnień czysto medycznych, ponieważ powinien być traktowany w powiązaniu ze wszystkimi istotnymi składowymi całego życia zbiorowości.<sup>178</sup>

Rozwój polityki jest dynamicznym procesem angażującym szereg osób związanych ze sobą poprzez sieci działań, decyzji i motywacji. Polityka nie jest decyzją, polityka jest tworzona poprzez negocjacje pomiędzy uczestnikami. Polityka,

---

<sup>176</sup> Nutbeam D. (1998) *Evaluating health promotion-progress, problem and solution*. Health Promotion International 13, 1, 27-44, a także Kiskusch I. (2003) *Models for ...op.cit.*, 383-388.

<sup>177</sup> Cytat za Indulski J., Jethon Z., Dawydzika L. (2000) *Zdrowie ...op.cit.*, s. 346 oraz Karczewski J. (2002) *Higiena...op.cit.*, s. 25-26.

<sup>178</sup> Indulski J., Jethon Z., Dawydzika L. (2000) *Zdrowie...op.cit.*, s. 346.

dlatego nie jest końcowym produktem, ale dynamicznym systemem różnych kroków bez rozróżnienia pomiędzy polityką rozwoju i wdrożenia. Większość z tego, co zdarza się w systemie politycznym jest nieustającą pracą nad uporczywymi kwestiami i każdy epizod jest częściowo tworzony przez naturę organizacji zaangażowanych, mechanizmy i procesy organizacyjne.<sup>179</sup>

Działania w zakresie promocji zdrowia powinny spotykać się w większym stopniu z zaangażowaniem polityków. Strategie promocji zdrowia zależą więc od wsparcia różnego typu środowisk: politycznego, taktycznego i ekonomicznego.<sup>180</sup>

Inicjatywy i działania w dziedzinie promocji zdrowia rozprzestrzeniły się na cały świat. Miejscem narodzin nurtu promocji zdrowia jest Kanada, niezmienny lider w działaniach w promocji zdrowia w skali światowej.

Na gruncie europejskim, to WHO Regionu Europejskiego zainicjowała szereg projektów, które z pomyślnością realizowane są do dziś.

Dalsza część pracy prezentuje brytyjską politykę w zakresie promocji zdrowia od momentu zakończenia II wojny światowej do czasów współczesnych. Opis i analiza działań podejmowanych przez wszystkie kraje UK rozpocznie się od charakterystyki systemu opieki zdrowotnej, Narodowej Służby Zdrowia (National Health Service-NHS), później nastąpi analiza stanu zdrowia całej populacji brytyjskiej z uwzględnieniem wszystkich czterech krajów Zjednoczonego Królestwa. Dalsze kwestie będą dotyczyły narodowych programów zdrowia publicznego w walce z nierównościami zdrowotnymi, szczególnych działań promocji zdrowia podejmowanych w celu poprawy zdrowia i działań skierowanych do grup populacji. W pracy znajdzie się także opis struktury organizacyjnej zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej oraz przykłady dobrych praktyk rozwijanych na gruncie lokalnym.

---

<sup>179</sup> Goumans M., Sprigett J., (1997). *From Project...op. cit.*, 311-322.

<sup>180</sup> Leewu E. (2005) *Who gets what: politics, evidence and health promotion*. *Health Promotion International* 20, 3, 211-212.

## 2. CZĘŚĆ ANALITYCZNA

### 2.1 Brytyjska polityka w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

Ruch zdrowia publicznego w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (*The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*)<sup>181</sup> zaczął rozwijać się w latach 40-tych XIX wieku. Warunki sanitarne XIX-wiecznych miast przemysłowych wywierały nacisk na reformy, które promowałyby zdrowie publiczne.

Edwin Chadwick autor „Prawa Ubogich” (*Poor Law*), poinformował w 1842 roku, że doświadczenia ludzi ubogich związane z problemami zdrowotnymi są głównie wynikiem złych warunków sanitarnych i higienicznych w domu oraz w pracy.

Większość z XIX-wiecznych reformatorów społecznych zachowania ubogiej części populacji przypisywała jej warunkom socjalnym. Przestępstwa, niepokój i „moralne zdeprawowanie” miały swoje korzenie w przepelnieniu oraz nędzy.

W ciągu XX wieku również wystąpiły przykłady legislacji, która wywarła głęboki wpływ na zdrowie publiczne. Brytyjczycy, na przykład, twierdzą, że czuli się najzdrowsi podczas II wojny światowej, kiedy gwałtowna potrzeba racjonowania żywności spowodowała ograniczone przyjmowanie cukrów i tłuszczu.<sup>182</sup>

Polityka zdrowotna, polityka zdrowia publicznego, nowe zdrowie publiczne oraz promocja zdrowia to słowa kluczowe poruszane w tym rozdziale, niezbędne do scharakteryzowania działań w zakresie promocji zdrowia. Opis brytyjskiej opieki zdrowotnej, w której NHS sprawuje główną rolę, stanowi niezbędny wstęp do dalszej charakterystyki zdrowia publicznego i promocji zdrowia w UK.

---

<sup>181</sup> W dalszej części dysertacji stosowany będzie skrót UK powszechnie oznaczający the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.

<sup>182</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health...op.cit.*, s. 71-73.



### 2.1.1 Powstanie i przemiany Narodowej Służby Zdrowia w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

W UK najważniejszą rolę w dostarczaniu usług w zakresie opieki zdrowotnej odgrywa Narodowa Służba Zdrowia (*National Health Service*; NHS). NHS została założona 5 lipca 1948 roku<sup>183</sup> i obecnie jest największą organizacją w Europie. WHO oceniła NHS jako jeden z najlepiej prosperujących i wpływowych modeli organizowania zdrowia na świecie, choć oczywiście potrzebne są pewne udoskonalenia wynikające również z wymagań płynących wraz z XXI wiekiem.<sup>184</sup> NHS stanowi wzorzec przejścia przez państwo pełnej odpowiedzialności za opiekę zdrowotną społeczeństwa, udostępniając wszystkim obywatelom możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych.<sup>185</sup>

Podstawą do utworzenia fundamentalnych zasad NHS była uchwała z 1946 roku<sup>186</sup> (w Szkocji ustawa NHS z 1947 roku - *NHS (Scotland) Act*<sup>187</sup>), która powstała dzięki publikacji z 1942 roku Raportu i Planu Beveridge'a. Określał on zasady brytyjskiej polityki społecznej na najbliższe lata. W dokumentach tych choroba oraz brak możliwości działania w celu poprawy stanu zdrowia zostały określone jako: „jeden z przejawów „gigantów zła socjalnego” i w ten sposób uzasadniony został imperatyw rozwiązania problemów dotyczących ochrony zdrowia”.<sup>188</sup>

Polityczna jednomyślność dla założenia NHS była zapoczątkowana podczas wojny, w tym też samym czasie podejmowane były inne inicjatywy „państwa opiekuńczego” (*welfare state*) w takich obszarach jak opieka społeczna, edukacja, warunki mieszkaniowe. Niemniej jednak nie wszystkie grupy były w pełni jednomyślne. Zwłaszcza pracownicy służby zdrowia początkowo byli przeciwni niektórym proponowanym elementom nowo założonego NHS. The Royal College - gremium profesjonalistów, które reprezentuje różne grupy pracowników ochrony zdrowia składających się z konsultantów (starszych specjalistów) i lekarzy ogólnych (*general*

---

<sup>183</sup> Ham C., Brommels M. (1994) *Health care reforms in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom*. Health Affairs 13, 5, 106-119.

<sup>184</sup> [www.nhs.uk/england/AboutTheNhs/Default.cmsx](http://www.nhs.uk/england/AboutTheNhs/Default.cmsx) (2006-04-27)

<sup>185</sup> Ham C., Brommels M. (1994) *Health ...op.cit.*, 106-119.

<sup>186</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health Care Systems in Transition*. United Kingdom, s. 5.

<sup>187</sup> The Lothian Health Service Archive. The National Health Service in Scotland. A new National Health Service, na stronie internetowej <http://www.lhsa.lib.ed.ac.uk/histheal/nhs/index/html> (2006-11-11)

<sup>188</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health ...op.cit.*, s. 6.

*practitioners; GPs*), było mocno przeciwne jakiegokolwiek utracie zawodowej autonomii.<sup>189</sup> Chcieli utrzymać niezależność z dala od biurokratycznej ingerencji, a ich koncentracja umiejscowiona była w tym miejscu instytucji ochrony zdrowia, gdzie byłoby poza kontrolą lokalnego rządu. Ówczesny Minister Zdrowia, Aneurin Bevan, dzięki sprawnym negocjacjom otrzymał wsparcie pracowników służby zdrowia w zakładaniu centralnie funkcjonującego rządu NHS z licznymi ustępstwami wymagań zawodowej autonomii. W ten sposób GPs osiągnęli przyzwolenie na niezależną działalność jako kontrahenci w obrębie NHS. GPs zachowali prawo do prywatnej praktyki obok równoległej pracy w NHS. Te warunki w większości pozostały niezmiennione do czasów obecnych.

W 1962 roku stworzono plan pod nazwą „*Hospital Plan*”, powstał on w wyniku kłopotów związanych z eskalacją kosztów NHS oraz z ograniczonymi funduszami, które były o wiele niższe niż potrzeby medyczne<sup>190</sup>. Zaproponowano więc jeden główny fundusz na następne 10 lat oraz przedstawiono koncepcję powszechnego szpitala okręgowego (*district general hospital, DGH*). DGH oznaczał zaplanowany dostęp do zabezpieczenia szpitalnego ( oznaczało to, że od 600 do 800 łóżek mogło obsługiwać wszystkie ogólne medyczne potrzeby populacji liczącej od 100 000 do 150 000 osób). Wzór tego zabezpieczenia szpitalnego przetrwał do czasów współczesnych.

Najważniejszą zasadą NHS jest powszechny dostęp do pełnego zakresu medycznie uzasadnionych potrzeb zdrowotnych, które obejmują świadczenia zapobiegawcze, podstawową opiekę zdrowotną, świadczenia specjalistyczne i konsultacyjne, leczenie szpitalne, leki w opiece otwartej i zamkniętej, leczenie psychiatryczne i zaburzeń psychicznych, rehabilitacje oraz świadczenia stomatologiczne. Zasada uniwersalnej dostępności związana jest z tworzeniem publicznych środków finansowych, a więc są to podatki ogólne. Natomiast ubezpieczenia są śladowym udziałem pacjentów w finansowaniu NHS.<sup>191</sup>

Współczesna struktura organizacyjna NHS, szczególnie główne jej elementy wywodzą się z większych zmian, które zostały wprowadzone w 1973 roku przez ustawę „*NHS Act of 1973*”. Ustawa ta wprowadziła nową hierarchię kierownictwa i system kontroli.

---

<sup>189</sup> Godber G. (1988) *Family practice in the National Health Service: a mid-life crisis?* Journal of the Royal College of General Practitioners 38, 315, 145-148.

<sup>190</sup> Ludbrook A. (1988) *Funding the National Health Service*. Journal of the College of General Practitioners 38, 315, 437-438.

<sup>191</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health...op.cit.*, s. 6.

Nowa struktura zaczęła funkcjonować w 1974 roku (ministerstwo – regiony – dystrykty); dystrykty w 1977 roku stały się najsilniejszym szczeblem w zarządzaniu NHS, którymi kierowały zespoły ludzi określone później jako „władze zdrowotne” (*health authorities*).<sup>192</sup>

Niemalże od samego początku funkcjonowania nowego systemu zaczęły pojawiać się problemy. Niektóre z nich leżały poza zasięgiem kontroli NHS, przykładowo zakończenie w połowie lat 70-tych utrzymującego się wzrostu wydatków „państwa opiekuńczego” (*welfare state*) w najbardziej uprzemysłowionych krajach świata. Wzrost cen ropy oraz ogólnoświatowa recesja ekonomiczna prowadziła do cofnięcia wydatków publicznych. Sytuacja ta doprowadziła do rosnącego nacisku na budżet NHS i stało się jasne, że nowy system ze swoją złożoną strukturą był uciążliwy (powolne podejmowanie decyzji oraz kosztowne zarządzanie). W rezultacie w 1976 roku założono Królewską Komisję Merrison`a (*Merrison Royal Commission*), której przewodniczył właśnie sir A. Merrison.

W tym czasie wierzono, że zróżnicowanie w stanie zdrowia różnych klas społecznych (najwyższa klasa społeczna miała najniższy wskaźnik śmiertelności, zaś najniższa klasa miała najwyższy wskaźnik śmiertelności) mogłoby ulec zmniejszeniu, o ile bariery finansowe w opiece zdrowotnej zostałyby usunięte. Ku zaskoczeniu Komisja Merrisona odkryła, że zróżnicowanie w poziomie śmiertelności klas społecznych zwiększa się, chociaż ogólny wskaźnik śmiertelności wykazywał tendencję spadkową (późniejszy raport „*Black Report*” wykazał, że jest to spowodowane czynnikami socjoekonomicznymi).

Inne ważne wydarzenie jeszcze w latach 70-tych, to kwestia sprawiedliwego podziału środków publicznych między różnymi regionami kraju. Aż do początku 1970 roku podział środków opierał się na wcześniejszych alokacjach z mniejszymi poprawkami w szczególnych okolicznościach. Powodowało to znaczące nierówności pomiędzy regionami, dlatego w 1975 roku powstała grupa przydzielająca środki finansowe „*Resource Allocation Working Party*” (RAWP). Miała ona za zadanie stworzyć formułę dla alokacji środków na sprawiedliwych zasadach. W 1976 roku grupa ta stworzyła formułę<sup>193</sup>, która opierała się na zdrowotnych potrzebach populacji danego regionu (zgodnie z wielkością populacji, wiekiem, z uwzględnieniem płci i

---

<sup>192</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health ...op.cit.*, s. 6.

<sup>193</sup> Birch S., Maynard A. (1987) *Regional distribution of family practitioner services: implications for National Health Service equity and efficiency*. Journal of the Royal College of General Practitioners 37, 305, 537-539.

poziomu chorobowości populacji danego regionu). Formuła RAWP została przyjęta, i chociaż wprowadzono później kilka zmian, pozostała ważną podstawą dla alokacji środków wewnątrz NHS.<sup>194</sup>

W latach 80-tych opublikowano raport Griffitha, który zaproponował w nim wprowadzenie zasad zarządzania stosowanych w biznesie do NHS. Natomiast dwa lata później amerykański wybitny znawca problematyki opieki zdrowotnej w skali międzynarodowej Alain Enthoven zaprezentował swój raport, w którym zaproponował wprowadzenie w określonym zakresie, mechanizmów rynkowych do systemu publicznego. To właśnie na podstawie opinii Enthoven'a oraz innych amerykańskich ekspertów, że najlepszą receptą na polepszenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest zastąpienie biurokracji państwa przez mechanizmy rynkowe, w 1991 roku rząd Margaret Thatcher podjął decyzję o przeprowadzeniu reformy.<sup>195</sup>

Istota reformy dotyczącej NHS i opieki społecznej z 1990 roku (*NHS and Community Care Act 1990*) polegała na wprowadzeniu przez państwo rynku niezależnych i konkurujących ze sobą świadczeniodawców usług zdrowotnych, przy czym państwo nadal było źródłem finansów publicznych dla ochrony zdrowia (chodziło, więc o zastosowanie mechanizmów rynkowych do dystrybucji finansów publicznych; reforma weszła w życie 1 kwietnia 1991 roku).<sup>196</sup> W tym samym czasie oprócz wprowadzenia mechanizmów rynkowych do NHS, powstała Karta Praw Pacjenta, a wkrótce potem opublikowano dokument „Zdrowie Narodu” (*The Health of the Nation*). W dokumencie tym sformułowano listę priorytetowych działań zdrowotnych i program ich realizacji.<sup>197</sup> Jednak nie osiągnięto zapowiadanych pozytywnych zmian w funkcjonowaniu NHS, a negatywne rezultaty odczuwane przez społeczeństwo były powodem wycofania się z wprowadzonych już zmian przez kolejny rząd reprezentowany przez Partię Pracy, na czele którego stał Tony Blair.

Partia Pracy po dojściu do władzy w maju 1997 roku od razu zabrała się za modernizację NHS. Wprowadzając „zintegrowaną opiekę zdrowotną”, pozostawiała jedynie te elementy mechanizmów rynkowych, które się sprawdziły. Na przykład te

---

<sup>194</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health...op.cit.*, s. 7.

<sup>195</sup> Ham C., Brommels M. (1994) *Health...op.cit.*, 106-119.

<sup>196</sup> Leowski J. (2004) *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*. Wyd. CeDeWu, Warszawa, s. 129-130 oraz Ham C., Brommels M., (1994). *Health...op.cit.*, 106-119, a także Włodarczyk C., Poździej S. (2001) *Systemy zdrowotne*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 119, jak również Leowski J. (2001) *Ochrona Zdrowia w krajach OECD u progu XXI stulecia. Część I. Procesy reform lat 1990-tych*. *Zdrowie Publiczne* 111, 3, 178-183, oraz Włodarczyk C. (2003) *Reformy zdrowotne*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 112.

<sup>197</sup> Tamże, s. 112.

regulujące relacje pomiędzy nabywcą świadczeń a świadczeniodawcą. Rząd laburzystowski zamierzał nie tylko odrzucić niesprawdzone zasady rynku wewnętrznego, ale sformułować zasady przywództwa, które zastąpiłyby wcześniejszy zestaw narzędzi administracyjnych i rynkowych. W rezultacie powstał dokument pod nazwą „Plan NHS” (*NHS Plan*). W realizacji tego planu miało pomóc pięć mechanizmów. Stworzono standardy dotyczące jakości i dostępności do opieki zdrowotnej oraz stałe nadzorowane, których wyniki podlegałyby ocenom wykorzystywanych później w sprawach organizacyjnych i personalnych (kwestie odpowiedzialności, badanie opinii, kary dyscyplinarne).

Wprowadzane reformy miały zwiększać jakość opieki zdrowotnej i umożliwiać lekarzom ogólnym (*general practitioners, GPs*) oraz innym profesjonalistom wpływanie na charakter usług dostarczanych pacjentom.

Proces reform kładł nacisk polityczny na sektor podstawowej opieki zdrowotnej w NHS.<sup>198</sup>

UK ma wysoko rozwinięty system podstawowej opieki zdrowotnej, dostarczanej przez lekarzy ogólnych i towarzyszący personel medyczny: pielęgniarki, położne, wizytatorów zdrowia (*health visitors*).

Ponad 99% populacji jest zarejestrowana u lekarzy ogólnych, którzy umożliwiają 24-godzinny dostęp do świadczeń zdrowotnych i szereg usług diagnostycznych, prewencyjnych, leczniczych. Pacjenci sami wybierają swojego lekarza według miejsca zamieszkania. Lekarze ogólni w razie potrzeby kierują pacjentów do lekarzy specjalistów, pełnią bowiem rolę tzw. „*gatekeeperów*”<sup>199</sup> („otwierają dostęp” do opieki medycznej drugiego stopnia, która stanowi najważniejszy element NHS). Pacjenci nie mają więc bezpośredniego dostępu do innych specjalistów chyba, że w sytuacjach zagrożenia życia.

Pielęgniarki i inni profesjonaliści medyczni są zaangażowani w świadczenie podstawowej opieki medycznej. Pielęgniarki są zwykle zarejestrowane jako pielęgniarki ogólne (*general nurses*), a tzw. „*practice nurses*” są zatrudniane przez lekarzy ogólnych. Odpowiedzialne są za realizację wielu zadań począwszy od kierowanie działaniami promocji zdrowia poprzez programy walki z chorobami chronicznymi, programy szczepień, czy ocenę zdrowia osób starszych. Wymienia się jeszcze:

---

<sup>198</sup> Ham C., Brommels M. (1994) *Health...op.cit.*, 106-119.

<sup>199</sup> Marinker M. (1988) *The referral system*. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 38, 487-491.

pielęgniarki okręgowe (*district nurses*), pielęgniarki środowiskowe (*community nurses*), wizytatorów zdrowia (*health visitors*), położne (*midwives*), fizjoterapeutów, terapeutów zdrowia zawodowego (*occupational therapists*), którzy mogą pracować w szpitalach, w poradniach lekarskich, a także prowadzić wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską w domach pacjentów. Położne natomiast zobowiązują się do opieki nad kobietami w ciąży, porodem oraz dziećmi do 28 dnia życia. Następnie rolę w sprawowaniu opieki nad rodziną i dziećmi przejmują wizytatorzy zdrowia. Udzielają porad, a ich ogólne zainteresowanie skoncentrowane jest na profilaktyce i promocji zdrowia.

W UK prywatna opieka jest w bardzo małym stopniu finansowana. Wynika to z faktu, że opinie świadczeniobiorców wykazują wysoki poziom satysfakcji z usług lekarzy ogólnych, oprócz długiego okresu oczekiwania. Powstają jednakże centra dla ludzi zapracowanych, gdzie konsultacja medyczna kosztuje ok. 35 GBP, choć tworzone są jeszcze na małą skalę.<sup>200</sup>

Farmaceuci natomiast przede wszystkim dostarczają lekarstw i realizują recepty przepisywane przez lekarzy ogólnych. Rozwijane są rządowe projekty dostarczania porad pacjentom przez farmaceutów (głównie w kwestii stosowania leków).

Świadczenia dentystyczne zapewniane są przez lekarzy dentystów (*general dental practitioners*), którzy mają umowy ze swoimi lokalnymi władzami zdrowotnymi. Niestety na niektórych obszarach pacjenci napotykają na trudności w uzyskaniu leczenia finansowanego przez NHS i muszą korzystać z leczenia prywatnego. Dlatego plany rządu koncentrują się także na redukcji nierówności w stanie zdrowia uzębienia populacji i przezwycięzeniu trudności w dostępie do leczenia finansowanego przez NHS.<sup>201</sup>

Nowością było powołanie w 1997 roku w Anglii stanowiska Ministra Zdrowia Publicznego odpowiedzialnego za rozwój i realizację krajowych strategii zdrowia.

UK, jak każdy kraj na świecie, dąży do poprawy poziomu opieki zdrowotnej. Ma to oczywiście związek z wymaganiami stawianymi przez populację. Podobnie środki masowego przekazu podnoszą społeczne oczekiwania tego, co medycyna może dostarczać. Przemiany demograficzne związane ze strukturą wieku populacji dostarczają informacji o znaczącej i rosnącej liczbie ludzi w wieku powyżej 85 roku życia.

---

<sup>200</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health...op.cit.*, s. 53-57.

<sup>201</sup> Tamże, s. 53-57.

Podobnie jak w wielu krajach na całym świecie, reformy zdrowotne w UK pod koniec ostatniego wieku skupiały się na poprawie efektywności wewnątrz sektora zdrowotnego, jak szacowanie działalności klinicznych (takich jak: liczba leczonych pacjentów, okres pozostawania pacjenta w szpitalu, koszt leczenia pacjenta itd.). W połowie lat 90-tych jasne stało się, że brytyjska NHS była wydajna na każdym poziomie. Było również jasne, że pomimo względnie wydajnego systemu opieki zdrowotnej ogólny stan zdrowia populacji w porównaniu z wieloma krajami Europy był relatywnie gorszy. NHS, aby poprawić zdrowie narodu musi współpracować z innymi agencjami publicznymi zajmującymi się opieką społeczną, polityką środowiskową, edukacją, mieszkalnictwem czy transportem publicznym. Wspólna polityka wszystkich tych instytucji mająca wpływ na styl życia (palenie, dietę itp.), edukację, zatrudnienie, mogłaby znacznie poprawić status zdrowia i jakość życia populacji.<sup>202</sup>

### 2.1.2 Rozwój zdrowia publicznego w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Początku rozwoju zdrowia publicznego należy doszukiwać się jeszcze w XIX wieku. Mimo szeregu zmian, jakie miały miejsce na wyspach brytyjskich niektóre zmiany wprowadzonych w XIX wieku ustaw zdrowia publicznego nastąpiły dopiero w czasach współczesnych. Myślę, że warto więc podkreślić niektóre zasadnicze kwestie dla zdrowia publicznego, które miały miejsce jeszcze w XIX wieku.

Geneza zdrowia publicznego w UK, jak podaje European Observatory on Health Care Systems, ma swój początek w XIX wieku, kiedy przyjęto główne ustawy parlamentu dotyczące zagadnień zdrowia publicznego. W tym też czasie przywództwo do rozwiązywania trudnych problemów zdrowia publicznego należało do Wielkiej Brytanii.<sup>203</sup> Wykazano na wyspie „skłonność do działań interwencyjnych podejmowanych przez władze lokalne”.<sup>204</sup>

---

<sup>202</sup> Whitfield M.,Smith A. (2002) *Changing...op.cit.*, s. 149-151.

<sup>203</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health ...op.cit.*, s. 10.

<sup>204</sup> Whitfield M.,Smith A. (2002) *Changing...op.cit.*, s. 149-151.

Ewaluacja koncepcji zdrowia publicznego w UK może być śledzona poprzez epidemie różnych chorób, przede wszystkim cholery, która występowała w Wielkiej Brytanii między 1832 rokiem, a 1855 rokiem.<sup>205</sup> Epidemie były „czynnikami przyspieszającymi ogólnopństwowy charakter działań zapobiegawczych w Wielkiej Brytanii”.<sup>206</sup>

Ważnym wydarzeniem w XIX-wiecznej Wielkiej Brytanii było wydanie raportów Chadwicka (1800-1894) (sekretarz komisji powołanej przez rząd do zbadania funkcjonowania systemu pomocy w ramach prawa ubogich „*Poor Law Commission*”). Chadwick w swoich raportach podkreślał m.in. powody rozprzestrzeniania się chorób wśród klas pracujących (nieodpowiednia jakość wody do picia, brud, zanieczyszczenie powietrza, brak kanalizacji oraz znaczne zagęszczenie), a stworzona przez niego „mapa sanitarna” wykazywała, że w zagęszczonych rejonach przypadki chorób oraz zgony mają najwyższy poziom oraz, że im niższa warstwa społeczna tym niższy jest wiek osób zmarłych.

Między innymi dzięki niemu w 1837 roku powstał Główny Urząd Rejestracyjny i był to przełomowy moment w historii zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii.

W wyniku badań opublikowanych w raportach Chadwicka utworzono Komisję do Spraw Zdrowia Miast (*Health of Towns Commission*). Rozpoczęły się też wtedy działania, które miały charakter pozarządowy. Rezultatem tych działań było powstanie w 1844 roku Stowarzyszenia Zdrowych Miast (*Metropolitan Health of Town Associations*), które wydawały samodzielne rozporządzenia w sprawach poprawy stanu sanitarnego.

W dniu 21 sierpnia 1848 roku uchwalona została ustawa o zdrowiu publicznym (*Public Health Act*). Pomysłodawcą projektu tej ustawy był Chadwick. W ustawie położono nacisk na zwiększenie roli samorządów lokalnych oraz zalecano tworzenie władz zdrowia publicznego (na zasadzie dobrowolności). Na szczeblu lokalnym wprowadzono stanowisko tzw. medycznego urzędnika ds. zdrowia (medical officer of health), zwanego inaczej inspektorem sanitarnym.<sup>207</sup>

W Szkocji od 1871 roku zdrowie publiczne stało się specjalnością medyczną, kiedy Generalna Rada Medyczna (*General Medical Council*) wprowadziła dyplomy specjalisty w tym zakresie. Od tamtej pory zdrowie publiczne stało się dziedziną nauki

---

<sup>205</sup> Tamże, s. 149-151.

<sup>206</sup> Indulski J., Jethon Z., Dawydzika L. (2000) *Zdrowie...op.cit.*, s. 34.

<sup>207</sup> Tamże, s. 34-38.



blisko związaną z medycyną. W Szkocji mianowani wyżsi urzędnicy medyczni powinni byli posiadać dyplom specjalisty z zakresu zdrowia publicznego.

Stanowisko medycznego urzędnika ds. zdrowia przez większość XX wieku utrzymywało się na poziomie lokalnym.

W samej Szkocji w 1897 roku również przyjęto ustawę o zdrowiu publicznym „Public Health Act”. Niektóre części ustawy, które nie zostały wyparte przez późniejsze ustawodawstwo, pozostały niezmienione (w 1945 roku w Szkocji ponownie przyjęto ustawę dotyczącą zdrowia publicznego).<sup>208</sup>

Punktem zwrotnym w ustaleniu granic władzy i odpowiedzialności lokalnych władz w kwestiach sanitarnych była ustawa zdrowia publicznego (*Public Health Act*) rządu brytyjskiego w 1875 roku. Żadne większe zmiany dotyczące tej ustawy nie były przeprowadzane przez ponad 60 lat.

Ogólnie pomiędzy 1848 i 1890 przyjęto 17 ustaw, które miały swoje odbicie w zdrowiu publicznym.

Tabela poniżej przedstawia zarys ogólnych obszarów funkcjonowania zdrowia publicznego oraz przykłady ustawodawstwa.<sup>209</sup>

---

<sup>208</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health...op.cit.*, s. 10-11 oraz Scottish Executive. Department of Health. Public Health and Substance Misuse Division (2006) *Public Health Legislation in Scotland: A Consultaion*. Scotland, s. 3.

<sup>209</sup> The Scottish Parliament (2002) *The Information Centre. Public Health in Scotland*. Research Briefing, s. 11.

Tabela nr 1. Obszary zdrowia publicznego wraz z przykładami ustawodawstwa.

Obszary zdrowia publicznego	Powiązane ustawodawstwo
Kontrola ogólnego środowiska	Ustawa odnośnie czystego powietrza z 1965 roku (Clean Air Act); Ustawa dotycząca dostarczania wody z 1980 roku (Water Scotland Act); Ustawa dotycząca odpadków z 1983 roku (Litter Act).
Prewencja i łagodzenie chorób	Ustawa dotycząca żywności i specyfików dodawanych do żywności z 1956 roku (Food and Drugs-Scotland Act); Ustawa Narodowej Służby Zdrowia z 1972 i 1978 roku (National Health Service Act-Scotland); Ustawa dotycząca zdrowia zwierząt z 1968 roku (Animal Health Act); Ustawa dotycząca norm żywności z 1999 roku (Food Standards Act).
Kontrola chorób zakaźnych i zaraźliwych (control of infections and contagious diseases)	Ustawa Zdrowia Publicznego z 1945 roku (Public Health Act-Scotland); ustawa w zakresie żywności i specyfików dodawanych do niej z 1956 roku (Food and Drugs-Scotland); ustawa w sprawie imigracji z 1971 roku (Immigration Act); Ustawa kontroli AIDS z 1987 roku (AIDS-Control Act).
Tworzenie warunków sanitarnych	Ustawa dotycząca kanalizacji z 1968 roku (Sewerage Scotland Act); ustawa w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa w pracy z 1974 roku (Health and Safety at Work Act); ustawa o samorządach z 1982 roku (Civic Government Scotland Act); ustawa w zakresie rządu lokalnego i planowania z 1982 roku (Local Government and Planning Scotland Act).
Przepisy dotyczące niebezpiecznych zawodów	Ustawa w zakresie uboju zwierząt z 1980 roku (Slaughter Animals Scotland Act); ustawa dotycząca zdrowia i bezpieczeństwa w pracy z 1974 roku.

Opracowano na podstawie źródła: The Scottish Parliament (2002) *The Information Centre. Public Health in Scotland. Research Briefing*, s. 11.

Na przełomie XIX-XX wieku osiągnięto szereg sukcesów, dotyczyły one przykładowo: poprawy zaopatrzenia w wodę i rozwiązania problemu kanalizacji, sprzątania ulic, poprawy środowiska życia i pracy oraz higieny osobistej.

Znaczący udział w tych osiągnięciach odegrali medyczni urzędnicy ds. zdrowia, ponieważ właśnie na ich rosnącej władzy i efektywności działań przez nich podejmowanych opierała się struktura silnej legislacji.

Specyficzne brytyjskie podejście do kształcenia lekarzy specjalistów, których rola polegała nie tylko na medycznej ocenie zagrożeń zdrowotnych populacji, lecz również na umiejętności uwzględniania innych czynników w działalności kontrolnej, zapobiegawczej i promującej, zostało uwydatnione m.in. przez możliwość uzyskania dyplomu w zakresie zdrowia publicznego.<sup>210</sup>

W pewnych kwestiach wydaje się być oczywiste, że rządowe działania są najbardziej efektywne, jednostka samodzielnie nie mogłaby wpływać w znaczący sposób na zmiany społeczne. W Londynie w grudniu 1952 roku w wyniku powstania tzw. „smogu”, z powodu którego zginęło przynajmniej 4 tys. ludzi, doszło do społecznego protestu. Przekonało to rząd do przyjęcia ustawy dotyczącej czystego powietrza (*Clean Air Act 1956 UK*). Ustawa po raz pierwszy kontrolowała domowe i przemysłowe źródła zanieczyszczeń.<sup>211</sup>

W wyniku wprowadzenia ustawy w latach 1956 - 1971 emisje dymów z gospodarstw domowych spadły z około 1,35 milionów ton na rok do 0,55 mln ton na rok, a emisje dymów przemysłowych z około 1 mln ton do około 0,1 mln.<sup>212</sup>

Ważnym wydarzeniem dla zdrowia publicznego był w 1962 roku raport The Royal College of Physicians na temat palenia tytoniu. Wartość jego była tym większa, gdyż oznaczała zmiany w obrębie medycyny społecznej oraz profesji medycznej w powojennej Wielkiej Brytanii. Raport miał ogromne znaczenie w historii „polityki palenia”, a raczej „polityki NIE-palenia”. Lekarze zobowiązali się do apelowania do społeczeństwa i rządu w sprawach zdrowia jednostek. Zdrowie publiczne w ramach polityki społecznej umacniało się, rządy zaczęły przyjmować odpowiedzialność za doradzanie społeczeństwu w kwestii zdrowia.

Media zaczęły odgrywać istotną rolę, bo dzięki nim lekarze mogli w większym stopniu oddziaływać na społeczeństwo. Także same media stały się głównym miejscem debat

---

<sup>210</sup> Indulski J., Jethon Z., Dawydzińska L. (2000) *Zdrowie...op.cit.*, s. 34-38.

<sup>211</sup> Centre for History in Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2002) *The Big Smoke: Fifty Years After The 1952 London Smog- a commemorative conference*. LSHTM.

<sup>212</sup> Jochelson K. (2005) *Nanny...op.cit.*, s. 3.

na temat zdrowia publicznego; z jednej strony, kampanie mass-mediów były coraz ważniejsze jako strategie oraz zaczęły skupiać się na roli indywidualnych czynników ryzyka dla zdrowia poprzez naciski na zmianę zachowań; natomiast z drugiej strony kontrola a nawet zakaz reklam (np. dotyczących palenia papierosów) uważano za najważniejszą strategię zdrowia publicznego.<sup>213</sup>

W 1984 roku Sekretarz Stanu ds. Zdrowia powołał grupę badawczą (pod kierownictwem Acheson`a), aby rozważyła przyszłe funkcje i zadania zdrowia publicznego. W raporcie zidentyfikowano kilka głównych problemów, którymi były m.in.:

- brak informacji odnośnie zdrowia populacji,
- brak nacisku na promocję zdrowia oraz prewencję chorób,
- brak jasnego podziału odpowiedzialności i roli lekarzy zdrowia publicznego,
- brak odpowiedzialności za kontrolę chorób zakaźnych.<sup>214</sup>

W 1985 roku Walia opracowała program społeczny „Bicie Serca Walii” (*Heartbeat Wales*) w celu uświadamiania społeczeństwu możliwości redukcji czynników wpływających na rozwój chorób serca. W latach 1985-1990 zaobserwowano modyfikację zagrożeń dla chorób serca. Niektóre kluczowe elementy działania w programie zostały podjęte także przez resztę krajów UK [na przykład program „W Trosce o Twoje Serce” (*Look After Your Heart*) w 1987 roku w Anglii, czy „Bicie Serca Yorkshire” (*Heartbeat Yorkshire*) w 1988 roku].<sup>215</sup> Dzięki tym samym środkom przeznaczonym na wdrażanie „*Heartbeat Wales*” zrealizowano serię programów telewizyjnych we współpracy dwóch telewizji BBC i HTV. Przykładowo program „Don`t Break Your Heart, Fit for Life” (co w wolnym tłumaczeniu oznacza: „Nie łam swojego serca, dopasuj się do życia”) oraz program zrealizowany przez BBC „Quit and Win”. Ten ostatni wspierał zaprzestanie palenia tytoniu oraz zajmował się oznakowaniem żywności (poprzez naklejane na żywność nalepek) i edukacją odnośnie prawidłowego odżywiania.<sup>216</sup> W trakcie realizacji programu zauważono istotną redukcję

---

<sup>213</sup> Berridge V. (2007) *Medicine and the Public: The 1962 Report of the Royal Collages of Physicians and the New Public Health*. Bulletin of the History of Medicine 81, 1, 286-311.

<sup>214</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health...op.cit.*, s. 10.

<sup>215</sup> Nutbeam D., Smith C., Murphy S., Catford J. (1993) *Maintaining evaluation designs in long term community-based health promotion programmes: Heartbeat Wales case study*. Journal of Epidemiology Community Health 47, 2, 127-133 oraz Smith C., Nutbeam D. (1990) *Assessing non-response bias: a case study from the 1985 Welsh heart health survey*. Health Education Research 5, 3, 381-386.

<sup>216</sup> Tudor-Smith C., Nutbeam D., Moore L., Catford J. (1998) *Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental comparison of results from Wales and a matched reference area*. British Medical Journal 316, 818-822.

w rozpowszechnieniu palenia i poprawę dokonywanych wyborów odnośnie odżywiania.<sup>217</sup>

W 1988 roku w Szkocji utworzono departamenty medycyny społecznej i mianowano dyrektora ds. medycznych (*Chief Area Medical Officer; CAMO*). CAMO oraz specjaliści medycyny społecznej zatrudniani byli na szczeblu władzy lokalnej do prowadzenia porad medycznych w kwestii zdrowia publicznego. Kiedy medycyna społeczna rozwinęła się i stała się rozpoznawana jako specjalność medyczna, CAMOs zaczęli używać dodatkowego tytułu - Dyrektorzy Zdrowia Publicznego (*Directors of Public Health*).

W połowie lat 90-tych XX wieku oblicze zdrowia publicznego w UK zmieniło się. Udział społeczeństwa, redukcja przestępczości, programy edukacyjne dotyczące stylu życia dzieci i rodzin stały się dobrze znanymi programami zdrowia publicznego. Zaczęto skupiać się na kształceniu kadry zdrowia publicznego i na poprawie zdrowia publicznego poprzez rozwój i realizację programu społecznego „Pewny Start” (*Sure Start*).<sup>218</sup> „Sure Start” dążył do wsparcia fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego i społecznego rozwoju dzieci oraz młodych ludzi poprzez integrację wczesnej edukacji, opieki pediatrycznej i zdrowotnej oraz wsparcia dla rodzin. Druga inicjatywa „*Sure Start Plus*” miała na celu wspieranie nastolatków, które zaszły w ciążę (w wieku 17 lat lub mniej), jak również nastolatków wykazujących duże ryzyko zajścia w ciążę. Wsparcie polegać miało na pomocy w poprawie stanu zdrowia, dobrego samopoczucia, a także wspieraniu nastoletnich rodziców w celu kontynuacji nauki.<sup>219</sup>

Nową sposobnością dla rozwoju zdrowia publicznego było wprowadzenie w 1990 roku ustawy dotyczącej NHS i opieki społecznej (*NHS and Community Care Act 1990*). W lipcu 1992 roku opublikowano rządową strategię: „Zdrowie Narodu” (*The Health of the Nation*)<sup>220</sup>, której celem było podkreślenie znaczenia promocji zdrowia w porównaniu z medycyną naprawczą. Strategia zachęcała także władze zdrowotne do podejmowania bardziej zdecydowanej roli, przede wszystkim podtrzymywania i poprawy zdrowia populacji lokalnej. W dokumencie zidentyfikowała pięć priorytetowych obszarów dla zredukowania umieralności i chorobowości, np. z

---

<sup>217</sup> Smith C., Moore L., Roberts C., Catford J. (1994) *Health-related behaviours in Wales, 1985-1990*. *Health Trends* 26, 1, 18-21.

<sup>218</sup> Whitfield M., Smith A. (2002) *Changing...op.cit.*, s. 149-151.

<sup>219</sup> Wanless D. (2004) *Securing Good Health for the Whole Population. Final Report*. London: HM Treasury and Department of Health.

<sup>220</sup> Whitelaw S., McKeown K., Williams J. (1997) *Global health promotion models: enlightenment or entrapment?* *Health Education Research* 12, 4, 479-490.

powodu: chorób serca i zawału, nowotworów, chorób psychicznych, infekcji przenoszonych drogą płciową oraz wypadków. Ustalono równocześnie 25 jakościowych celów do osiągnięcia redukcji wskaźników umieralności i chorobowości. Był to pierwszy strategiczny plan w UK. Strategia jednak pomimo znacznego kroku poczynionego do przodu, była krytykowana za położenie zbyt dużego nacisku na indywidualne zachowania jako wytłumaczenie złego stanu zdrowia i za niedocenywanie czynników socjalnych w powstawaniu nierówności zdrowotnych.<sup>221</sup> Badanie przeprowadzone przez komisję parlamentarną dotyczącą efektywności kosztowej strategii „Zdrowie Narodu” wykazało, że wydatki w 1996 roku na promocję zdrowia wyniosły 3 miliony GBP, 45 milionów GBP na edukację zdrowotną, 73 miliony GBP na opłacenie kosztów poniesionych przez lekarzy ogólnych związanych z realizacją promocji zdrowia, 90 milionów na jednostki promocji zdrowia funkcjonujące w obrębie NHS. Wydatki te w latach 1994 – 1995 stanowiły mniej niż 1% rocznego budżetu NHS.<sup>222</sup>

Kontrakty dla lekarzy ogólnych w 1990 roku, miały na celu zwiększenie ich roli, podobnie jak i innych profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze zdrowia publicznego poprzez oferowanie finansowych motywacji dla osiągnięcia celów związanych z programami szczepień ochronnych i prowadzeniem testów przesiewowych w kierunku różnych chorób. Następnie wprowadzono system powiązanych opłat dla promocji zdrowia i programów chorób przewlekłych. Programy te obejmowały rejestrację, zbiór danych oraz porady; podtrzymywanie rejestracji dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, chorobą układu krążenia i udarem, uzależnionych od nikotyny, monitorowanie diety i aktywności fizycznej, przeprowadzanie corocznego badania kontrolnego osób powyżej 75 roku życia oraz prowadzenie testów przesiewowych dla nowotworów klatki piersiowej i innych.

Opłacanie lekarzy ogólnych za realizację zadań w zakresie promocji zdrowia obejmuje zarządzanie programami promocji zdrowia i kierowanie programami dotyczącymi chorób przewlekłych, dostarczania sprawozdań za osiągnięte cele w zakresie programu szczepień ochronnych dzieci, testów przesiewowych oraz testów cytologicznych.<sup>223</sup>

Ówczesne inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego opublikowane zostały w lipcu 1999 roku w brytyjskim dokumencie rządowym: „Ratując Życia: Nasz Zdrowszy

---

<sup>221</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health ...op.cit.*, s. 10-11.

<sup>222</sup> Speller V., Learmonth A., Harrison D. (1997) *The search for evidence of effective health promotion*. British Medical Journal 315, 361-363.

<sup>223</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health ...op.cit.*, s. 91.

Naród” (*Saving Lives: Our Healthier Nation*). Dokument ten zbudowano na wcześniejszej rządowej strategii „Nasz Zdrowszy Naród” (*Our Healthier Nation*) z 1998 roku i przedstawiono w nim przyszłe rządowe strategie dla polityki zdrowia publicznego. Strategia ta zastąpiła także wcześniejszą narodową strategię „Zdrowie Narodu”<sup>224</sup>, obejmując poprawę celów dla czterech kluczowych obszarów: choroby nowotworowe, choroby układu krążenia i udar, wypadki oraz zdrowie psychiczne.<sup>225</sup> Jest w niej wyraźne odesłanie do siedlisk jako celów poprawy zdrowia populacji z większym naciskiem położonym na determinanty zdrowia: społeczne i środowiskowe oraz w szczególności na redukcję nierówności w zdrowiu. Uwzględniła również wpływ nędzy, bezrobocia, zanieczyszczenia powietrza oraz złych warunków mieszkaniowych.

Cechą nowego podejścia do działań w zakresie zdrowia publicznego jest uwzględnienie współpracy między rządem centralnym, lokalnymi władzami zdrowotnymi, lokalnym rządem, organizacjami dobroczynnymi i sektorem zdrowia. Dzięki tej współpracy mają być przeprowadzane programy poprawy zdrowia (*health improvement programmes*; HimPs<sup>226</sup>) pod kierownictwem wydziału zdrowotnego. Dodatkowo zostało utworzonych 26 ośrodków działań zdrowotnych (*Health Action Zones*; HAZs) (są one obecne w każdym kraju UK; stanowią kluczową cechę rządowej polityki zdrowia publicznego), które są jednostkami zlokalizowanymi w obszarach objętych szczególną troską i szczególnym rodzajem działań zdrowotnych, gdzie występuje socjalne i ekonomiczne ubóstwo. Utrzymywane są z funduszu centralnego, a rola ich polega na poprawie stanu zdrowia we współpracy z lokalnymi partnerami związanymi ze zdrowiem, mieszkalnictwem i zatrudnieniem.<sup>227</sup> Najważniejszą cechą nowego podejścia jest nacisk na poprawę zdrowia biedniejszej części populacji i zmniejszenie luk w zdrowiu (skupiając swoje programy na obszernych determinantach zdrowotnych, jak - bezrobocie, warunki mieszkaniowe, oraz na pojedynczych kwestiach takich jak dieta, narkotyki, nadużywanie alkoholu, zdrowie psychiczne) przez współpracę pomiędzy agencjami i aktywną partycypację społeczną. Praca każdego

---

<sup>224</sup> Nutbeam D., Wise M. (1996) *Planning for Health for All: international experience in setting health goals and targets*. Health Promotion International 11, 3, 219-226 oraz Mechanic D. (1995) *The Americanization of the british National Health Service*. Health Affairs 14, 2, 51-67, a także Hampton J.R. (1993) *The health of the nation's research and development*. British Medical Journal 307, 78-79 oraz Speller V., Evans D., Head M.J. (1997) *Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK*. Health Promotion International 12, 3, 215-224.

<sup>225</sup> Gabbay J. (1998) *Our healthier nation*. British Medical Journal. Editorials 316, 487-488.

<sup>226</sup> Green J., Tones K. (1999) *For debate. Towards a secure evidence base for health promotion*. Journal of Public Health Medicine 21, 2, 133-139.

<sup>227</sup> European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health ...op.cit.*, s. 26, 59-60.

ośrodka - HAZs jest realizowana według planu działania stworzonego wokół priorytetowych potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych przez nich obsługiwanych.<sup>228</sup>

Funkcjonują także ośrodki działalności sportowej (*Sports Action Zones*) dążące do korzyści płynących z uprawiania sportu przez społeczeństwo i dla społeczności znajdujących się w niekorzystnym położeniu („ubogich społeczności”), ośrodki działalności zawodowej (*Employment Action Zones*) zwrócone do ludzi długo przebywających na bezrobociu, wspierając ich w poszukiwaniu pracy i osiągnięciu oraz podtrzymaniu niezależności, a także ośrodki działalności edukacyjnej (*Education Action Zones*), które skierowane są na podwyższanie poziomu wykształcenia i wychowania przez tworzenie partnerstwa z lokalnymi przedsiębiorstwami, rodzicami i całym społeczeństwem.<sup>229</sup>

Oprócz wyżej wymienionych funkcjonują również ośrodki wnoszące swój wkład w poprawę jakości życia ludzi szczególnie narażonych, znajdujących się w niekorzystnym położeniu, zwane w wolnym tłumaczeniu „ośrodkami zdrowo żyjącymi” (*Healthy Living Centres*).<sup>230</sup>

Wszystkie wymienione inicjatywy skoncentrowane są na grupach ludzi najbardziej wrażliwych i narażonych w społeczeństwie (choć nie tylko) oraz na redukowaniu nierówności zdrowotnych i społecznych.

Strategia zdrowotna dla Walii „Lepsze Zdrowie - Lepsza Walia” (*Better Health-Better Wales*) ukazała się w 1998 roku, kładąc największą wagę na:

- korzyści zdrowotne i sposób ich osiągnięcia,
- lepszą współpracę między lokalnymi świadczeniodawcami zdrowotnymi i społecznymi,
- podnoszenie lokalnych możliwości w odniesieniu do lokalnych specjalistów promocji zdrowia,
- wspieranie działań społecznych w kierunku poprawy zdrowia, warunków życia i szans życiowych.

W 2004 roku UK przyjęło ustawę (*United Kingdom`s Health Protection Agency Act 2004*) ustanawiającą Agencję Ochrony Zdrowia (*Health Protection Agency*) jako pozarządową organizację, stworzoną w celu poprawiania zdolności UK w walce z

---

<sup>228</sup> Department of Health, Social Services and Public Safety (2004) *Review of the Public Health Function in Northern Ireland*. Final Report, s. 56-59.

<sup>229</sup> Wanless D. (2004) *Securing...op.cit.*

<sup>230</sup> Tamże



chorobami zakaźnymi i innymi zagrożeniami, włączając w zakres jej obowiązków - odpowiedzialność za terroryzm chemiczny, biologiczny, radiologiczny i nuklearny (chemical, biological, radiological, nuclear; CBRN).<sup>231</sup>

Także w 2004 roku w UK przyjęto plan poprawy NHS (*NHS Improvement Plan*), kładący nacisk na potrzebę większego skupienia na zapobieganiu złemu stanowi zdrowia oraz w 2005 roku plan działania w zakresie zdrowego odżywiania, zdrowia i aktywności fizycznej. Oba plany podkreślały potrzebę poszukiwania, badania „innovacyjnych sposobów” wspierających stosowanie lepszej diety i aktywności fizycznej, szczególnie wśród kobiet z niższych klas społecznych<sup>232</sup>.

We własnej wersji planu NHS dla Walii, dotyczącego poprawy zdrowia (*NHS Plan, Improving Health for Wales*) został położony większy nacisk na zdrowie publiczne, niż w planie angielskim. Najważniejszą kwestią w obu planach stanowiło podejście podkreślające znaczenie współpracy kluczowych partnerów.

### 2.1.3 Podział odpowiedzialności za promocję zdrowia i zarządzanie zdrowiem publicznym w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Podział odpowiedzialności za promocję zdrowia i utrzymanie zdrowia publicznego w UK utrzymuje się wokół różnych poziomów wewnątrz Ministerstwa Zdrowia i NHS.

Na poziomie rządu centralnego odpowiedzialność za zdrowie publiczne ponosi Minister Zdrowia Publicznego. Podlega mu kilka departamentów odpowiadających za szczególne zagadnienia, np. przedsięwzięcia związane z przeciwdziałaniem paleniu tytoniu, czy z bezpieczną żywnością. Główna odpowiedzialność ministra leży w rozwoju i realizacji ogólnokrajowych strategii zdrowia. Rząd Blair'a był pierwszym, który mianował ministra odpowiedzialnego za zdrowie publiczne.

---

<sup>231</sup> Scottish Executive. Department of Health. Public Health and Substance Misuse Division (2006) *Public...op.cit.*, s. 7.

<sup>232</sup> Fisher B., Dowding D., Pickett K.E., Fylan F. (2007) *Health promotion at NHS breast cancer screening clinics in the UK*. Health Promotion International 22, 2, 137-145.

Również na poziomie rządu centralnego dyrektor ds. medycznych (*Chief of Medical Officer*)<sup>233</sup> (w obrębie Ministerstwa Zdrowia) prowadzi niezależne poradnictwo w kwestiach zdrowia publicznego. Porady obejmują obserwację stanu zdrowia populacji, kontrolę chorób cywilizacyjnych, zagrożenia środowiskowe oraz zarządzanie głównymi wypadkami. Dyrektor publikuje także coroczne raporty (*annual report of the Chief Medical Officer*) o stanie zdrowia publicznego oraz obszarach wymagających jego poprawy.

W dalszej kolejności występują lokalne władze ds. zdrowia (*health authorities*, HAs) i każda lokalna władza ds. zdrowia ma departament zdrowia publicznego, którym kieruje dyrektor zdrowia publicznego<sup>234</sup>. Do ich zadań należy opracowywanie rocznych raportów odnośnie stanu zdrowia populacji lokalnej oraz strategii poprawy jej zdrowia. Większość lokalnych władz ds. zdrowia wewnątrz departamentów zdrowia publicznego posiada także departament promocji zdrowia.

W latach 90-tych XX wieku departamenty zdrowia publicznego odegrały ważną rolę w rozwoju lokalnych strategii zdrowia i prowadziły ocenę potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia populacji dla władz lokalnych w procesie dzielenia środków na poszczególne regiony.<sup>235</sup>

Tam gdzie departamenty zaczęły rozwijać współpracę, ułatwiającą spójność, wpływy ich stały się znaczące we wspieraniu międzyresortowych inicjatyw.

#### 2.1.3.1 Instytucje odpowiedzialne za kierowanie zdrowiem publicznym i promocją zdrowia w Irlandii Północnej.

Główną rolę w rozwoju zdrowia publicznego w Irlandii Północnej odgrywa Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Bezpieczeństwa Publicznego (*Department of Health, Social Services and Public Safety*; DHSSPS), które zarządza środkami finansowymi na utrzymanie i rozwój zdrowia, opieki społecznej (w przybliżeniu około 3 milionów GBP). Ministerstwo rozwija szereg działań i strategii nawiązujących do

---

<sup>233</sup> Możemy uznać, że odpowiednikiem CMO w Polsce jest Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej.

<sup>234</sup> Ham C., Brommels M. (1994) *Health...op.cit.*, 106-119.

<sup>235</sup> Tamże, s. 57-59.

opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego (np. konsumpcja tytoniu i alkoholu, aktywność fizyczna, odżywianie i zdrowie seksualne).

Ministerstwo ściśle współpracuje z podobnymi ministerstwami i ich wydziałami w Wielkiej Brytanii oraz ponosi odpowiedzialność za wdrażanie narodowej polityki na rynku lokalnym.

Rola dyrektora ds. medycznych (*Chief Medical Officer; CMO*) w zdrowiu publicznym wiąże się z poradnictwem i konsultacjami prowadzonymi dla ministra w sprawach związanych ze świadczeniami zdrowotnymi i zdrowiem populacji. Obecnie CMO ma istotną, przewodnią rolę w zdrowiu publicznym w Irlandii Północnej.

W Irlandii Północnej funkcjonują cztery wydziały opieki zdrowotnej i społecznej obejmujące: północną, południową, wschodnią i zachodnią część Irlandii Północnej (*Health and Social Services Boards: Northern, Southern, Western, Eastern*). W każdym wydziale jest departament zdrowia publicznego, którym kieruje dyrektor zdrowia publicznego. Do kompetencji każdego dyrektora należy reagowanie na szczególne potrzeby zdrowotne lokalnej populacji. Wydziały prowadzą wielodyscyplinarne programy, np. program zespołów opieki zdrowotnej (*Programme for Care teams*) dotyczący zdrowia psychicznego, fizycznego, spraw macierzyństwa i zdrowia dzieci.

W Irlandii Północnej dyrektorzy zdrowia publicznego kierują i realizują politykę zdrowia publicznego na swoich obszarach geograficznych. Niektóre obowiązki dyrektorów zdrowia publicznego obejmują rozwój i realizację lokalnych strategii zdrowia, rozwój i realizację lokalnych strategii promocji zdrowia, a także ocenę potrzeb zdrowotnych, nadzór, obserwację oraz kontrolę chorób zakaźnych.<sup>236</sup>

W 2000 roku po powstaniu Grupy Ministerialnej ds. Zdrowia Publicznego (*Ministerial Group on Public Health; MGPH*) opublikowano dokument „Inwestując w Zdrowie” (*Investing for Health*). Przedstawiono w nim potrzebę partnerskiego podejścia do zdrowia wszystkich sektorów rządowych, lokalnych społeczności, gremiów sektora publicznego, organizacji dobroczynnych, partnerów społecznych itp. Grupa MGPH kierowana przez Ministra Zdrowia postrzegana jest jako decydująca grupa w oddziaływaniu na zdrowie publiczne poprzez współpracę z wieloma organizacjami. Dodatkowo cele strategiczne ustanowione przez grupę ministerialną są wdrażane przez obszary aktywności zdrowotnej (*Health Action Zones*), organizacje współpracujące przy realizacji programu „*Investing for Health*” i inne partnerstwa.

---

<sup>236</sup> Tamże, s. 31.

### 2.1.3.2 Instytucje i organizacje działające w zakresie promocji zdrowia i zdrowia publicznego w Szkocji.

Infrastrukturę zdrowia publicznego w Szkocji oraz mechanizmy zdrowia publicznego tworzy wiele organizacji. Niemniej jednak główne znaczenie mają ludzie działający w następujących instytucjach:

1. Departamencie Zdrowia Rządu Szkockiego na czele z dyrektorem i dyrektorem ds. medycznych (*Scottish Executive Health Department; Chief Medical Officer*); dyrektor ds. medycznych jest głównym doradcą szkockiego rządu i zajmuje się bezpośrednio rozwojem polityki zdrowotnej w Szkocji oraz odpowiedzialny jest za implementację strategicznego dokumentu: „Poprawiając Zdrowie w Szkocji. Wyzwanie” (*Improving Health in Scotland. The Challenge*) (2003).<sup>237</sup>
2. Szkockim Instytucie Zdrowia Publicznego (*Public Health Institute for Scotland, PHIS*); PHIS został stworzony w lipcu 2000 roku w odpowiedzi na dokument rządowy dotyczący funkcjonowania zdrowia publicznego „*Review of Public Health Function*”. Przekazano jemu zadanie przewodzenia w zdrowiu publicznym w Szkocji. Celami jego są ochrona i poprawa zdrowia społeczeństwa Szkocji poprzez współpracę z istotnymi agencjami i organizacjami w celu zwiększenia świadomości zdrowotnej Szkotów. Pomoc w formułowaniu polityki zdrowia publicznego oraz zwiększenie efektywności dążeń w zakresie zdrowia publicznego. Instytut Zdrowia Publicznego jest odpowiedzialny za zabezpieczanie danych w kwestiach zdrowia publicznego. Korzysta m.in. z informacji zdrowotnych podawanych przez profesjonalistów z różnych dziedzin w środkach masowego przekazu. Krajowe i lokalne projekty pomagają w zabezpieczaniu danych z obu poziomów dając wymiar krajowy i obraz lokalny.<sup>238</sup>
3. Wydziale Edukacji Zdrowotnej (*Health Education Board for Scotland; HEBS*), który powstał 1 kwietnia 1999 roku i jest specyficznym wydziałem wewnątrz NHS. HEBS jest głównym krajowym gremium ds.

---

<sup>237</sup> Department of Health, Social Services and Public Safety (2004) *Review...op.cit.*, s. 56-59 oraz Scottish Executive (2003) *Improving Health in Scotland. The Challenge*. Edinburgh.

<sup>238</sup> The Chartered Society of Physiotherapy (2005) *Public Health in Scotland. A guide to the public health agenda*. Information Paper, PA 63/Version 1, Member Networks and realizations, s. 2-3.

edukacji zdrowotnej w Szkocji. HEBS odpowiada za edukację zdrowotną bazującą na polityce i regulacjach wydanych przez WHO. Instytucja ta jest przywódcą w rozwoju promocji zdrowia w Szkocji.<sup>239</sup>

4. Wydziałach Narodowej Służby Zdrowia i Departamentach Zdrowia Publicznego (*NHS Boards and Public Health Departments*). Departamenty Zdrowia Publicznego zastąpiono 15 wydziałami zdrowia.
5. Departamentach Promocji Zdrowia (*Health Promotion Departments*); departamenty są umiejscowione wewnątrz NHS. Występuje wiele części wspólnych między pracą Departamentów Zdrowia Publicznego i Departamentów Promocji Zdrowia. Specjaliści promocji zdrowia wywodzą się z różnych dyscyplin i większa część ich pracy bazuje na współpracy ze społeczeństwem i kluczowymi agencjami.
6. Lokalnych Związkach Opieki Zdrowotnej (*Local Health Care Co-operatives ; LHCCs*); powstały w kwietniu 1999 roku w celu poprawy zdrowia lokalnej populacji i świadczonych usług<sup>240</sup>, współpracują ze specjalistami zdrowia publicznego (*Public Health Practicioners*), którzy pracują także wewnątrz LHCC. LHCC składa się z lekarzy ogólnych (*General Practicioners*) i innych profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej, którzy współpracują w celu poprawy zabezpieczenia świadczeń i opieki dla lokalnej społeczności<sup>241</sup>.

W Szkocji 1 kwietnia 2003 roku powstał specjalny wydział do spraw poprawy zdrowia w obrębie NHS pod nazwą *Special Health Board - NHS Health Scotland*. Stanowi ona szczególne zrzeszenie dwóch istniejących instytucji (wyżej wspomnianych) *Health Education Board Scotland* (HEBS) oraz *Public Health Institute of Scotland* (PHIS).

Dodatkowo w obrębie szkockiej NHS funkcjonuje 15 wydziałów zdrowia zwanych *Health Boads*.<sup>242</sup> Na ich czele stoi dyrektor zdrowia publicznego, stanowisko funkcjonujące także w Anglii, Walii i Irlandii Północnej, (w Szkocji pełniący również rolę dyrektora administracyjnego ds. medycznych – *Chief Administrative Medical*

---

<sup>239</sup> Tamże, s. 2.

<sup>240</sup> Baradaran H.R., Jamieson J., Gardee R., Knill-Jones R.P. (2006) *Scottish survey of diabetes services for minority ethnic groups*. BMC Health Services Research 6:130.

<sup>241</sup> Stanowiska lekarzy zdrowia publicznego zostały wykreowane w rezultacie rekomendacji przedstawionych w przeglądzie pielęgniarskim („Nursing for Health” opublikowany przez Scottish Execuitve w 2001 roku) dotyczącym współdziałania w realizacji funkcji zdrowia publicznego w Szkocji. Głównie są odpowiedzialni za przeprowadzenie i współdziałanie w realizacji zagadnień zdrowia publicznego.

<sup>242</sup> Baradaran H.R., Jamieson J., Gardee R., Knill-Jones R.P. (2006) *Scottish survey ...op.cit.*, 6:130.

*Officer*). W wydziałach zdrowia zatrudniani są konsultanci z zakresu medycyny, specjaliści zdrowia publicznego, konsultanci oraz pielęgniarki w zakresie kontroli chorób zakaźnych i zdrowia środowiskowego.

Dyrektor zdrowia publicznego w swojej podwójnej roli, bo także jako dyrektor administracyjny ds. medycznych ma do spełnienia, a właściwie oczekuje się od niego rocznego raportu, w którym przedstawi zaobserwowane potrzeby zdrowotne lokalnej populacji.

Wydziały zdrowia mają wiele statutowych funkcji i obowiązków (na przykład kontrola chorób zakaźnych). Niemniej głównymi celami wydziałów są prewencja chorób i promocja zdrowia przez:

- udzielanie niezależnych, medycznych i epidemiologicznych porad departamentom zdrowia,
- współpracę z kluczowymi agencjami (ostatnich latach rosnące skupienie na partnerstwie doprowadziło do rozwoju narzędzia oceniającego wpływ różnych działań na zdrowie pod nazwą „*Health Impact Assessment*”<sup>243</sup>).

Odkąd opublikowano strategię „*W Kierunku Zdrowszej Szkocji*” (*Towards a Healthier Scotland*)<sup>244</sup> komisje NHS rozważały istnienie organizacji zdrowia publicznego dostarczającej napędu dla poprawy zdrowia lokalnej społeczności.

W maju 2001 roku szkocki rząd wydał informacje dla przewodniczących i szefa zarządu NHS na temat tego, jak wprowadzać strategię „*Nasze Narodowe Zdrowie: Plan do Działania. Plan do Zmiany*” (*Our National Health: A Plan for Action. A Plan for Change*).<sup>245</sup> Jedno z zobowiązań przedstawionych w dokumencie brzmiało: „w każdym obszarze NHS, istniejące oddzielne programy poprawy zdrowia: „*Health Improvement Programmes*” i „*NHS Trust Implementation Plans*” powinny zostać zastąpione przez pojedynczy, całościowy dokument „*Lokalny Plan Zdrowia*” (*Local Health Plan*).<sup>246</sup>

---

<sup>243</sup> „*Health Impact Assessment*” może być definiowany jako „ kombinacja procedur czy metod, przez które proponowana polityka, program czy projekt może być oceniony, jako potencjalne efekty/skutki wpływu na zdrowie populacji i dystrybucja tych efektów w obrębie populacji.” „*Health Impact Assessment*” jest coraz bardziej rozpoznawany jako znaczące narzędzie zdrowia publicznego. Uznaje się, że prawie wszystkie części polityki socjalnej będą miały wpływ na zdrowie populacji, i dążą do szacowania kluczowych polityk, ażeby ocenić potencjalny wpływ na zdrowie.

<sup>244</sup> Scottish Office (1999) *Towards a Healthier Scotland – A White Paper on Health*. The Stationery Office.

<sup>245</sup> Scottish Executive (2000) *Our National Health: A Plan for action, a plan for change*. NHS Scotland.

<sup>246</sup> Bindman A.B., Weiner J.P., Majeed A. (2001) *Primary Care Groups In The United Kingdom: Quality And Accountability*. *Health Affairs* 20, 3, 132-145.

Szkockie Ministerstwo Zdrowia przedstawiło zarys nowego planu dla poprawy zdrowia pod nazwą: „Odbudowanie Naszej NHS” (*Rebuilding Our National Health Service*).<sup>247</sup> Ministerstwo oczekuje teraz współpracy z władzami lokalnymi i społeczeństwem dla rozwoju planów poprawiających zdrowie w każdym obszarze lokalnej władzy. Wydziały zdrowia rozwinęły 18 nowych witryn internetowych zaadresowanych do obszaru promocji zdrowia, dostępnych dla wszystkich i ukierunkowanych na całą populację. Jedną z nich jest na przykład strona internetowa [www.healthscotland.com](http://www.healthscotland.com) dotycząca zdrowego stylu życia z oddzielnym działem na temat aktywności fizycznej.

### 2.1.3.3 Organizacje zajmujące się działaniami w obszarze zdrowia publicznego w Walii.

W Walii najważniejszą rolę w zdrowiu publicznym odgrywają dwie organizacje. Pierwszą z nich jest Krajowa Służba Zdrowia Publicznego (*National Public Health Service*; NPHS). Założona, aby dostarczać porad i przewodników związanych ze zdrowiem publicznym dla lokalnych wydziałów zdrowia. Finansowana jest przez NHS i zarządzana przez Dyrektora ds. Medycznych.

Drugą organizacją, o której należy wspomnieć jest Walijskie Centrum ds. Zdrowia (*Welsh Centre for Health*; WCFH), które jest niezależnym gremium (niemniej Narodowe Zgromadzenie Walii ma możliwość tworzenia regulacji odnośnie funkcjonowania WCFH), działającym w celu poprawy zdrowia publicznego i redukcji nierówności w zdrowiu. WCFH odpowiedzialne jest również za promowanie i wspieranie wielodyscyplinarnych szkoleń oraz kontynuowanie rozwoju kariery.

Kadra pracownicza w obu tych instytucjach pochodzi z wielodyscyplinarnych profesji, nie tylko typowo medycznych.

NPHS i WCFH doceniły znaczenie i siłę współpracy. WCFH blisko współpracuje z organizacjami takimi jak „Agencja ds. Standardów Żywności” (*Food Standards Agency*), czy „Agencja ds. Środowiska” (*Environment Agency Wales*). W celu zachęcania do realizacji określonych programów innych organizacji i grup

---

<sup>247</sup> NHS Scotland (2001) *Rebuilding our National Health Service. Guidance to NHS Chairs and Chief Executives for implementing Our National Health. A plan for action, a plan for change.* Scottish Executive Health Department.

profesjonalistów pracujących w kierunku poprawy zdrowia populacji w Walii oraz monitorowania tych działań.<sup>248</sup>

2.1.3.4 Organizacje zaangażowane w planowanie i kierowanie działaniami w zakresie promocji zdrowia i zdrowia publicznego w Anglii.

W Anglii istnieje szereg organizacji zaangażowanych w planowanie, zarządzanie i wdrażanie interwencji na polu poprawy zdrowia publicznego:

1. Ministerstwo Zdrowia, Komisja ds. Inspekcji Opieki Społecznej (*Commission for Social Care Inspection*), Komisja Opieki Zdrowotnej (*Healthcare Commission*) i Komisja Rewizyjna, które kontrolują zainteresowanie NHS i lokalnego rządu wydajnością w stosunku do wyników interwencji zdrowia publicznego i ich efektywnością; Wydział Zdrowia Publicznego (*Faculty of Public Health*), który określa standardy dla profesji w zakresie zdrowia publicznego i specjalistów zdrowia publicznego; Instytut Zdrowia Środowiskowego (*Chartered Institute of Environmental Health*), który określa standardy dla specjalistów z obszaru zdrowia środowiskowego; Agencja Ochrony Zdrowia (*Health Protection Agency; HPA*), która przyjmuje obowiązki w zakresie: nadzoru chorób, kontroli zakażeń i planowania działań w stanach wyjątkowych; agencja składa się z grup tworzonych na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym, w celu dostarczania porad i wsparcia gremiom publicznym. Zespoły HPA na poziomie lokalnym i regionalnym są zarządzane przez dyrektora regionalnego (funkcjonuje 39 zespołów lokalnych)<sup>249</sup>.
2. Krajowy Instytut ds. Zdrowia i spraw Klinicznych (*National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE*) jest niezależną organizacją odpowiedzialną za dostarczanie informacji na temat promocji zdrowia, profilaktyki i leczenia chorób; Instytut dostarcza informacji w trzech obszarach zdrowotnych: zdrowia publicznego, technologii medycznych oraz praktyki klinicznej.
3. Stowarzyszenie Obserwatoriów Zdrowia Publicznego (*Association of Public Health Observatories; APHO*)<sup>250</sup>, ułatwia współpracę między lokalnymi

---

<sup>248</sup> Hunter D.J. (2004) *Public Health Function Review In Northern Ireland. The Policy Context*. University of Durham. School for Health, s. 34-35 oraz Department of Health, Social Service and Public Safety, (2004). *Review...op.cit.*, s. 56-59.

<sup>249</sup> Department of Health, Social Services and Public Safety (2004). *Review...op.cit.*, s. 62-64.

<sup>250</sup> Strona internetowa Association of Public Health Observatories <http://www.apho.org.uk>.



jednostkami *Public Health Observatories* (PHOs) i ich odpowiednikami w Walii, Szkocji i Irlandii Północnej. Zwykle zatrudnia małą liczbę pracowników. Lokalne jednostki zaangażowane są w analizę, rozpowszechnianie informacji w kluczowych kwestiach zdrowia publicznego (rozpowszechniają dobrą praktykę i pomagają skoordynować działania). PHOs są częścią regionalnych grup zdrowia publicznego (*Regional Public Health Group*) pod kierownictwem regionalnego dyrektora zdrowia publicznego. PHOs blisko współpracują ze sobą. Przykładem może być współpraca regionu północnego i zachodniego Anglii w sprawie infekcji przenoszonych drogą płciową<sup>251</sup>.

4. Stowarzyszenie Dyrektorów Zdrowia Publicznego zajmuje się promocją i ochroną interesów dyrektorów zdrowia publicznego w obrębie struktur NHS.
5. Rejestr Specjalistów Zdrowia Publicznego (*UK Voluntary Register for Public Health Specialists*) został stworzony dla specjalistów zdrowia publicznego, posiadających porównywalne umiejętności i doświadczenia, mających zdolność do pracy na strategicznym stanowisku lub na poziomie stanowisk kierowniczych.<sup>252</sup>

W Anglii na poziomie lokalnym funkcjonują instytucje ds. podstawowej opieki zdrowotnej (*Primary Care Trust*; PCT), które są częścią NHS, zapewniające dostarczanie i poprawę świadczeń zdrowotnych, świadczeń socjalnych. Każde Primary Care Trusts (trzymają 75% budżetu NHS) obsługuje od ok. 150.000 do 200.000 osób); na ich czele stoi dyrektor zdrowia publicznego, który jest odpowiedzialny za zdrowie populacji na obszarze, w którym pełni swoją funkcję. PCT są odpowiedzialne nie tylko za poprawę zdrowia populacji lokalnej, dostarczanie świadczeń opieki zdrowotnej, ale również zlecenie opieki specjalistycznej. Coraz więcej dyrektorów zdrowia publicznego zostaje wyznaczonych do pełnienia wspólnego stanowiska w zakresie zdrowia publicznego, które obejmuje PCT i władze lokalne (*local authority*). Każdy zatrudniony dyrektor ma wsparcie niewielkiego zespołu, choć w mniejszych PCT dyrektorzy mogą działać samodzielnie. W niektórych miejscach PCT i władze lokalne dzielą się zasobami na realizację zadań w zakresie zdrowia publicznego albo promocji zdrowia.

---

<sup>251</sup> Department of Health, Social Services and Public Safety (2004). *Review...op.cit.*, s. 66.

<sup>252</sup> Care Services Improvement Partnership (CSIP) (2007) *The role of public health on supporting the development of integrated service*. Integrated Care Network, s. 9.

Niekiedy obie te instytucje współpracują ze sobą i wtedy mogą być nazywane „*Healthy Living Team*” (co w wolnym tłumaczeniu oznacza: „Zdrowo Żyjący Zespół”).<sup>253</sup>

Mianowanie dyrektorów zdrowia publicznego spowodowało, że stanowiska te mogą obejmować następujący profesjonaliści: pielęgniarki, dentyści, urzędnicy do spraw zdrowia środowiskowego (zdrowia publicznego i społecznego), edukatorzy zdrowia i menedżerowie zdrowotni (*NHS managers*).<sup>254</sup>

W ciągu ostatnich kilku lat profesjonaliści zdrowia publicznego w PCTs rozwinęli sieci zdrowia publicznego w celu dzielenia się specjalistyczną wiedzą i zasobami. Efektywność sieci jest zróżnicowana w zależności od obszaru. Coraz częściej sieci stają się organizacją nie tylko dla profesjonalistów zdrowia publicznego pracujących w PCTs, ale pełnią szeroką gamę funkcji w celu połączenia profesjonalistów pracujących na poziomie władz lokalnych, wydziałach ds. edukacji i organizacjach społecznych.<sup>255</sup>

Dyrektorzy zdrowia publicznego blisko współpracują z Regionalnymi Agencjami Rozwoju (*Regional Development Agencies*) i Londyńskim Regionalnym Zgromadzeniem (*London Regional Assembly*). Regionalne Agencje Rozwoju zajmują się koordynacją pracy nad regionalnym i ekonomicznym rozwojem, szczególnie wokół poprawy produktywności i podwyższania umiejętności. Natomiast Londyńskie Regionalne Zgromadzenie jest jedynym z bezpośrednio wybieranych regionalnych zgromadzeń, analizującym pracę burmistrza i podejmującym planowanie.

W obrębie każdego regionu funkcjonują Obserwatoria Zdrowia Publicznego (*Public Health Observatories*; PHOs), które wykonują analizę danych, monitorują i nadzorują działania krajowych i regionalnych działań politycznych. Każde z dziewięciu PHOs prowadzi politykę w poszczególnych obszarach (tab.2).<sup>256</sup>

---

<sup>254</sup>Department of Health, Social Services and Public Safety (2004) *Review...op.cit.*, s. 62-64 oraz Whitfield M., Smith A. (2002) *Changing ...*, *op.cit.*, s. 149-151.

<sup>255</sup>Care Services Improvement Partnership (CSIP) (2007) *The role...op.cit.*, s.10.

<sup>256</sup>Tamże, s.10 oraz Association of Public Health Observatories. *Intelligent health choices*, (2006). APHO looks forward to 2007. Acluin Research and Resource Centre (ARRC). The University of York, Heslington, York YO 10 5DD, s. 6.

Tabela nr 2. Obserwatoria Zdrowia Publicznego w Anglii, obszary ich działań oraz organizacje z nimi współpracujące.

Obserwatoria Zdrowia Publicznego	Obszary prowadzonych działań	Organizacje współpracujące
Wschodnie Midlands PHO	Żywność i odżywianie (Food & Nutrition); choroby nerek (renal disease); ciężce nastolatki;	Information Centre for Health and Social Care; National Centre for Health Outcomes Development; UK Association of Cancer Registers-UKACR, National Cancer Registration Advisory Group-NCRAG
Region Wschodni PHO	Podstawowa opieka; zdrowie populacji wiejskiej (Primary Care; Rural Health);	Healthcare Commission
Londyńskie PHO	Czarnoskórzy i mniejszości etniczne (Black and Etnick Minorities); tytoń; nierówności zdrowotne;	National Institute for Health and Clinical Excellence; Audit Commission; Centre for Public Scrutiny
Północno-Wschodnie PHO	Zdrowie psychiczne; zdrowie więźniów; Europa i kwestie międzynarodowe;	National Patient Safety Agency
Północno-Zachodnie PHO	Nadużywanie narkotyków, alkoholu; przestępczość i przemoc; zdrowie uzębienia	Health Protection Agency; National Treatment Agency
Południowo-Wschodnie PHO	Aktywność fizyczna; otyłość; transport; choroby serca; udar;	Office for National Statistics; National Screening Committee
Południowo-Zachodnie PHO	Zdrowie seksualne; urazy; mieszkalnictwo (warunki mieszkaniowe) (housing);	Różne departamenty rządowe
Zachodnie Midlands PHO	Nowotwory; starsi ludzie;	
Yorkshire i Humber	Dzieci i młodzi ludzie; cukrzyca.	NHS Research and Development; Centre for Public Scrutiny; Audit Commission; Department of Health

Opracowano na podstawie źródła: Care Services Improvement Partnership (CSIP) (2007) *The role of public health on supporting the development of integrated service. Integrated Care Network*, s. 10 oraz Association of Public Health Observatories. *Intelligent health choices* (2006) APHO Looks Forward to 2007. Acluin Research and Resource Centre (ARRC). The University of York, Heslington, York YO 10 5DD, s. 6.

W Anglii funkcjonuje dziewięć Obserwatoriów Zdrowia Publicznego (PHO). Każde PHO rozwija specjalistyczną wiedzę w szczególnych obszarach. PHO funkcjonują również w Irlandii Północnej, Szkocji i Walii (odpowiednio - INISPHO, ScotPHO i Wales Centre for Health). PHO otrzymują środki finansowe na realizację swoich zadań z ministerstwa zdrowia.

W Walii i Szkocji PHOs są także finansowane przez departamenty zdrowia. W całej Irlandii, i chodzi tu zarówno o Irlandię Północną jak i Republikę Irlandii, Public Health Observatories mieszczą się w obrębie Instytutu Zdrowia Publicznego (*Institute of Public Health in Ireland*). Jest to więc gremium reprezentujące całą Irlandię, a podstawowe środki otrzymuje z dwóch ministerstw zdrowia.<sup>257</sup>

Specjaliści zdobywają wiedzę i podejmują szereg działań w kierunku poprawy zdrowia społeczeństwa brytyjskiego. Działania mogą być skierowane do konkretnych grup ludzi oraz specyficznych obszarów. Podejmowane przez rząd Zjednoczonego Królestwa działania w kierunku walki z nierównościami w zdrowiu odnoszą się między innymi do grup ludzi szczególnie narażonych oraz obszarów, w których konieczna jest poprawa zdrowia.

Złożoność przyczyn nierówności w zdrowiu powoduje, że należy zastosować podejście wielosektorowe oraz zaangażować całe społeczeństwo. Nierówności w zdrowiu stanowią coraz częściej odrębny obszar polityki zdrowia publicznego.

#### 2.1.4 Strategia działania w zdrowiu publicznym wobec nierówności w zdrowiu.

Rząd UK odpowiedzialność za zdrowie przekazał organom ustawodawczym każdego z czterech krajów: angielskiemu parlamentowi (*Westminster Parliament*), szkockiemu parlamentowi (*Scottish Parliament*), zgromadzeniu Walii (*Welsh Assembly*) oraz zgromadzeniu Irlandii Północnej (*Northern Ireland Assembly*). Pozwala to na współpracę wszystkich krajów Zjednoczonego Królestwa w walce z nierównościami zdrowotnymi, spowodowanymi przez społeczne determinanty zdrowia. Tworząc cele nieznacznie różniące się w każdym kraju można jednak koordynować politykę zdrowotną w skali całego państwa.

Działania prowadzone przez rząd brytyjski wykazały, że czynniki socjoekonomiczne i środowisko społeczne oraz fizyczne są głównymi przyczynami nierówności w zdrowiu.<sup>258</sup> Czynniki te wpływają na warunki życia i pracy jednostek,

---

<sup>257</sup> Tamże, s. 6.

<sup>258</sup> Smith G.D., Morris J. (1994) *Increasing inequalities in the health of the nation*. British Medical Journal 309, 1453-1454.

choć ich efekt łagodzony jest przez lokalne społeczne działania. Ostatecznie wszystkie te czynniki wpływają na zachowania zdrowotne, które jednostki przyjmują, szczególnie te zachowania, które negatywnie wpływają na zdrowie (palenie tytoniu, uboga dieta, brak aktywności fizycznej, nadmierne spożywanie alkoholu i nieodpowiednie zachowania seksualne).

Problem wieloaspektowości i złożoności przyczyn nierówności w zdrowiu wymaga podejmowania działań na poziomie wielu sektorów. Wszelkie działania w tym zakresie muszą uwzględniać wpływ czynników makro-środowiskowych (np. dochód, edukacja), czynników środowiska fizycznego i socjalnego, jak również zachowań antyzdrowotnych czy nierównego dostępu do opieki zdrowotnej.

Irlandia Północna ma zorganizowaną ogólną politykę zdrowia publicznego odnośnie zmagania się z podstawowymi determinantami nierówności w zdrowiu. Ta struktura polityki zdrowia publicznego odnośnie nierówności w zdrowiu przedstawiona jest w strategii „Inwestowanie dla Zdrowia” (*Investing for Health*)<sup>259</sup>. Obszary działania obejmują radzenie sobie z nędzą i społecznym wykluczeniem, edukację, zdrowie psychiczne i emocjonalne, dobre samopoczucie, środowisko życia i pracy, nieszczęśliwe wypadki zgonów i urazy, tworzenie wyborów zdrowszych stylów życia. Strategia ta składa się także z innych międzyrządowych inicjatyw, jak na przykład z planu działania ukierunkowanego na społeczne potrzeby (*Targeting Social Needs- New TSN*)<sup>260</sup>.

Anglia jest jedynym krajem z oddzielną, wszechstronną polityką odnośnie do walki z nierównościami w zdrowiu. Z kolei Szkocja działania dotyczące nierówności w zdrowiu adresuje do swojej ogólnej polityki zdrowia publicznego oraz do innych działań politycznych.

Polityka dotycząca społecznego włączenia i społecznej sprawiedliwości skupia się na prawach człowieka i jego godności, których zdrowie stanowi tylko małą część. Niemniej jednak dotyczą one podstawowych powodów nierówności w zdrowiu takich jak: niski dochód, bezrobocie, warunki mieszkaniowe, bezdomność i społeczne wykluczenie.

---

<sup>259</sup> Ministry for Health and Social Services and Public Safety (2002) *Investing for Health*. Belfast, Northern Ireland Assembly.

<sup>260</sup> Department of Health Social Services and Public Safety (2001) *New TSN Action Plan for the period April 2001 – March 2003*. Belfast, Northern Ireland Assembly.

Wskaźnik średniej oczekiwanej długości życia w krajach rozwiniętych pokazuje stabilną poprawę<sup>261</sup> w ciągu ostatnich lat. Niemniej poprawa nie dotyczy wszystkich grup populacji, co gorsza w niektórych krajach te nierówności w zdrowiu pomiędzy grupami danej populacji pogłębiają się. Kwestia ta była rozważana na poziomie międzynarodowym. Na konferencji w Ałma-Acie w 1978 roku (*Declaration of Alma-Ata in 1978*), stwierdzono, że „istniejące duże nierówności w statusie zdrowia ludzi [...] są politycznie, społecznie i ekonomicznie nie do przyjęcia”.<sup>262</sup>

Jednym z najbardziej znaczących brytyjskich dokumentów poruszających kwestię nierówności w zdrowiu i umieszczających ją w centrum polityki społecznej był raport Black`a (Black Report)<sup>263</sup> z 1980 roku. Koncepcja, że nędza i złe zdrowie były ze sobą powiązane nie była nowa. Black przedstawił dowody, że materialny niedostatek był główną przyczyną złego zdrowia i zgonów.<sup>264</sup>

Następny raport Black`a ukazał, że nierówności w zdrowiu uległy pogorszeniu w UK. Zasugerowano, że te nierówności w zdrowiu nie były rezultatem niepowodzeń systemu opieki zdrowotnej, lecz były spowodowane przez inne nierówności społeczne, które wpływały na zdrowie, a więc: dochód i zatrudnienie, edukacja, jakość warunków mieszkaniowych, dieta, środowisko pracy. Dodatkowo Black wywnioskował, że zachowania zdrowotne są ograniczane przez czynniki strukturalne i środowiskowe, nad którymi ludzie żyjący w niedostatku nie mają kontroli.<sup>265</sup>

WHO w swoim pierwszym dokumencie „Zdrowie dla Wszystkich” (*Health for All*)<sup>266</sup> również podkreśla znaczenie nierówności w zdrowiu. WHO zauważa, że aktualne różnice w statusie zdrowia między krajami i między grupami społecznymi wewnątrz krajów powinny być zredukowane przynajmniej o 25%, dzięki poprawie warunków życia narodów i grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu.

W 1998 roku podczas 51 Światowego Zgromadzenia Zdrowia ponownie zwrócono szczególną uwagę na redukcję nierówności w zdrowiu i znaczenie działań w tym obszarze.<sup>267</sup>

---

<sup>261</sup> The World Health Report (2002) *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization.

<sup>262</sup> Declaration of Alma-Ata (1978) [w:]: *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*, 6-12 September 1978. World Health Organization.

<sup>263</sup> Black D. (1980) *Inequalities in Health. The Black Report*, DHSS.

<sup>264</sup> Smith G.D., Morris J. (1994) *Increasing...op.cit.*, 1453-1454.

<sup>265</sup> Tamże, 1453-1454.

<sup>266</sup> Health for all targets (1993) *The health policy for Europe*. September 1991 Copenhagen, World Health Organization.

<sup>267</sup> World Health Assembly. Fifty-first World Health Assembly (1998) *Health-for-all policy for the twenty-first century*. WHO.

Ukierunkowanie na kwestie sprawiedliwości w zdrowiu było konsekwentnie podnoszone w strategii „Zdrowie 21” Regionu Europejskiego. W drugim celu tej strategii dla Regionu Europejskiego podkreśla się różnice w zdrowiu pomiędzy grupami socjoekonomicznymi wewnątrz krajów, które powinny być zredukowane poprzez rzeczywistą poprawę zdrowia grup o niekorzystnym położeniu.<sup>268</sup>

W 1998 roku w raporcie Achesona dotyczącego nierówności w zdrowiu „Niezależne Badanie w kierunku Nierówności w Zdrowiu” (*Independent Inquiry into Inequalities in Health*),<sup>269</sup> stwierdza się, że mimo wzrostu dobrobytu w Anglii, różnice zdrowotne pomiędzy klasami społecznymi od 1980 roku pogłębiły się. Spowodowane to było głównie przez szybszą poprawę wskaźnika zdrowia w grupach bardziej zasobnych.<sup>270</sup>

Obecna strategia dotycząca odżywiania w Walii, nosząca nazwę „Żywność i Dobrostan” (*Food and Well-being*)<sup>271</sup>, ma podtytuł: „Zmniejszyć nierówności poprzez strategię odżywiania w Walii” (*Reducing inequalities through a nutrition strategy for Wales*). Celem tej strategii jest poprawa odżywiania w całej Walii. A w ogólnym założeniu zredukować ma nierówności w zdrowiu właśnie poprzez poprawę odżywiania w najbardziej narażonych grupach. Dla tej strategii zostały określone dwa poziomy grup priorytetowych. Pierwszy poziom to grupa obejmująca ludzi z niskim dochodem oraz takie grupy, jak: mniejszości narodowe, ludzi starszych, niemowlęta, dzieci i młodych ludzi. Drugi poziom obejmuje kobiety w wieku reprodukcyjnym (czy kobiety wychowujące dzieci), szczególnie kobiety w ciąży oraz mężczyzn, zwłaszcza w średnim wieku.<sup>272</sup>

Anglia, jak zostało to wyżej wspomniane, jest jedynym krajem z zupełnie oddzielną polityką w obszarze redukcji nierówności w zdrowiu. Strategia walki w tej kwestii wdrażana jest od 1997 roku, kiedy to do władzy doszli politycy z Partii Pracy. Działania w obszarze redukcji nierówności w zdrowiu rozpoczęły się wraz z wprowadzeniem raportu Achesona. Raport potwierdził, że nierówności w zdrowiu wzrastały i stworzył rekomendacje do działania.<sup>273</sup> Program do działania (*Programme*

---

<sup>268</sup> World Health Organization (1999) *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen. WHO.

<sup>269</sup> Acheson D. (1998) *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London, The Stationery Office.

<sup>270</sup> Watt G. (2001) *Policies to tackle social exclusion*. British Medical Journal 323, 175-6.

<sup>271</sup> Food Standards Agency, Wales (2003) *Food and Well Being. Reducing inequalities through a nutrition strategy for Wales*. Cardiff, Welsh Assembly.

<sup>272</sup> Food Standards Agency, Wales (2003) *Food...op.cit.*, Welsh Assembly.

<sup>273</sup> Acheson D. (1998) *Independent...op.cit.*

for Action)<sup>274</sup> został opublikowany w 2003 roku, celem poddania publicznym konsultacjom.<sup>275</sup> Także Ministerstwo Finansów przeprowadziło ocenę nierówności w zdrowiu (*Cross-Cutting Review*).<sup>276</sup>

W raporcie na temat nierówności w zdrowiu „*Cross-Cutting Review*” z 2003 roku określa się ilościowo nierówności w różny sposób.<sup>277</sup> Różnice w stanie zdrowia pomiędzy grupami socjoekonomicznymi<sup>278</sup> (podział na grupy społeczne jest opisany w podrozdziale o stanie zdrowia – 2.2.1) opisywane są na kilka sposobów, np. poprzez: oczekiwaną średnią długość życia, gdzie różnica pomiędzy I klasą społeczną (najbardziej zasobną) i V klasą społeczną wynosi średnio 7,4 lat dla mężczyzn i 5,7 lat dla kobiet; śmiertelność noworodków, gdzie stwierdza się 4 zgony na 1 000 żywych urodzeń w I klasie społecznej i 8,1 na 1 000 żywych urodzeń w V klasie społecznej; ryzyko wystąpienia nieszczęśliwych wypadków, zgonu u dzieci, gdzie ryzyko to występuje 16 na 100 000 w I kl. społecznej w porównaniu z 83 na 100 000 w V kl. społecznej.

Według raportu żeby móc sprawnie stawiać czoło nierównościom w zdrowiu powinno włączać się je do wszystkich programów priorytetowych. W tym celu identyfikuje on pięć obszarów działań:

1. W walce z nierównościami zdrowotnymi raport sugeruje działania takie jak: redukcję nędzy poprzez zmiany w systemie podatków i zasiłków; poprawę poziomu edukacji wśród dzieci znajdujących się w najgorszym położeniu; redukcję występowania ciężarów wśród nastolatek i poprawę opieki przedporodowej, macierzyńskiej oraz opieki nad dziećmi wśród grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu i z mniejszości etnicznych.
2. Następnym obszarem kluczowym dla działań jest uporanie się z najpoważniejszymi przyczynami zgonów poprzez: prowadzenie działań o zaprzestanie palenia tytoniu; programy testów przesiewowych; wzrost

---

<sup>274</sup> Department of Health (2003) *Tackling Health Inequalities. A Programme for Action*. London, UK Government.

<sup>275</sup> Department of Health (2002) *Tackling Health Inequalities. Consultation on a plan for delivery*. London, UK Parliament.

<sup>276</sup> Department of Health (2002) *Tackling Health Inequalities. 2002 Cross-Cutting Review*. London, UK Parliament.

<sup>277</sup> Department of Health (2002) *Tackling Health Inequalities. Summary of the 2002 Cross-Cutting Review*. London, UK Parliament.

<sup>278</sup> Coulter A. (1987) *Lifestyles and social class: implications for primary care*. Journal of the Royal College of General Practitioners 37, 305, 533-536.



aktywności fizycznej; redukcję nieszczęśliwych wypadków, szczególnie wśród grup narażonych.

3. Poprawa dostępu do instytucji użyteczności publicznej i infrastruktury poprzez: zapewnienie usług dostępnych dla wszystkich; uwzględnianie barier językowych, kulturowych; poprawienie usług świadczonych przez podstawową opiekę zdrowotną w miastach oraz na obszarach rolniczych; poprawienie dostępu do zdrowej żywności.
4. Wzmacnianie znajdującego się w niekorzystnym położeniu społeczeństwa poprzez: odnowienie współpracy między sąsiadującymi obszarami, na których występuje nędza, obejmującej działania skupiające się na zatrudnieniu, przedsiębiorstwach, przestępczości, edukacji zdrowotnej, mieszkalnictwie, promocji środowisk, w których ludzie czują się bezpiecznie.
5. Wspieranie interwencji adresowanych do np.: grup mniejszości etnicznych, ludzi starszych, ludzi bezdomnych, więźniów, uchodźców i ludzi szukających azylu oraz ludzi z przewlekłymi zdrowotnymi bądź psychicznymi problemami.<sup>279</sup>

Program ten kierowany jest przez Ministerstwo Zdrowia, ale wspierany przez wiele departamentów rządowych, jak: Biuro Wicepremiera (Office of the Deputy Prime Minister); Ministerstwo Finansów (HM Treasury); Ministerstwa Handlu i Przemysłu, Pracy i Emerytury, Transportu, Środowiska, Żywności i Spraw Rolnych, Kultury, Mediów i Sportu, Edukacji i Umiejętności oraz Spraw Konstytucyjnych (Departaments for Trade and Industry, Work and Pensions, Transport, Environment, Food and Rural Affairs, Culture, Media and Sport, Education and Skills and Constitutional Affairs).<sup>280</sup>

Podobnie polityka zdrowia publicznego w Irlandii Północnej obejmuje współpracę wielu departamentów, np. wspomniana wcześniej strategia „Inwestowanie dla Zdrowia”<sup>281</sup>, w realizację której zaangażowanych jest jedenaście departamentów. Kierownictwo nad wdrażaniem strategii objęło Ministerstwo Zdrowia, Świadczeń Społecznych i Bezpieczeństwa Publicznego (Department of Health, Social Services and Public Safety).

Strategia programu do działania („*Programme for Action*”) obejmuje następujące pola:

- wspieranie rodzin i matek z dziećmi,

---

<sup>279</sup> Department of Health (2002) *Tackling...op.cit.*

<sup>280</sup> Department of Health (2003) *Tackling...op.cit.*

<sup>281</sup> Ministry for Health Social Services and Public Safety (2002) *Investing...op.cit.*

- wspieranie angażujących się w realizację strategii jednostek i społeczeństwa,
- prowadzenie profilaktyki schorzeń, dostarczanie efektywnego leczenia i opieki,
- szacowanie podstawowych determinantów zdrowia.

Są one ukazywane przez realizację pięciu celów:

- profilaktykę skierowaną ku redukcji czynników ryzyka związanych z nierównościami w zdrowiu oraz zwracanie się ku podstawowym przyczynom złego zdrowia,
- dostarczanie stosownych świadczeń w odpowiedzi na potrzeby populacji znajdującej się w niekorzystnym położeniu,
- kierowanie specyficznych interwencji w stronę napotykanym potrzeb, szczególnie w obszarach opornych na zmiany,
- wspieranie działań płynących z centrum przez jasno określone strategie oraz efektywne zarządzanie nimi,
- dostarczanie działań na poziomie lokalnym i odpowiadanie krajowym standardom poprzez urozmaicenie podejmowanych działań.<sup>282</sup>

Program ten to szczegółowa strategia działań wraz z uwzględnieniem czasu jaki należałoby poświęcić na ich realizację. Program opisuje kluczowe akcje i cele dla każdego działania. Na przykład problem dotyczący wspierania rodzin i dzieci („*Supporting Families and Children*”) zawiera strategię działania, która zakłada osiągnięcie celu poprzez wzajemną współpracę wszystkich departamentów. Lista ról każdego z departamentów mieści się w trzech obszarach działań: macierzyństwo i zdrowie dziecka, poprawa szans życiowych dzieci i młodych ludzi oraz redukcja cięż wśród nastolatków i wsparcie nastoletnich matek<sup>283</sup>.

Z kolei Walia koncentruje się na różnicach geograficznych.<sup>284</sup> Także Szkocja bierze pod uwagę rolę położenia geograficznego analizując sytuację u siebie i Anglii.<sup>285</sup> Dla przykładu, w latach 1998-2000, różnice w oczekiwanej średniej długości życia dla mężczyzn w East Dunbartonshire i Glasgow wynosiły średnio 7,4 lat. Ostatni raport stworzony przez grupę pracującą nad mierzaniem nierówności w zdrowiu (*Measuring Inequalities in Health Working Group*)<sup>286</sup> także podkreśla wyższy współczynnik przedwczesnych zgonów we wszystkich grupach społecznych w porównaniu z Anglią. Dodatkowo, nierówności w zdrowiu pomiędzy grupami najbardziej zasobnymi i

<sup>282</sup> Department of Health (2003). *Tackling...op.cit.*

<sup>283</sup> Tamże

<sup>284</sup> Chief Medical Officer, Wales (2002) *Health in Wales: Chief Medical Officer's Report 2001-02*. Cardiff, The National Assembly for Wales.

<sup>285</sup> Measuring Inequalities in Health Working Group (2003) *Inequalities...op.cit.*

<sup>286</sup> Tamże

najbardziej ubogimi są wyższe dla Szkocji, niż dla Anglii. Szkocki raport odnośnie nierówności w zdrowiu sfinansowany przez rząd został napisany przez Zespół ds. Polityki Promocji Zdrowia (*Health Promotion Policy Unit*) i Instytut Zdrowia Publicznego w Szkocji (*Public Health Institute of Scotland*).

Kraje Zjednoczonego Królestwa identyfikują w walce z nierównościami w zdrowiu grupy ludzi społecznie wyłączone. W całym Królestwie najsłabszym zdrowiem cechują się populacje imigrantów.<sup>287</sup> Irlandia Północna podkreśla potrzeby ludzi bezdomnych, zaś Anglia skupia się także na nierównościach w zdrowiu wśród więźniów.

W Anglii szacuje się, że największy odsetek chorób występuje wśród najbardziej ubogich i dotyczy to 30-40% populacji<sup>288</sup>. Dlatego, aby podtrzymać redukcję nierówności w zdrowiu i osiągnąć założone cele, należy wszelkie działania naprawcze oprzeć właśnie na tej grupie.<sup>289</sup>

Szkocja i Walia problem nierówności w zdrowiu chcą rozwiązywać w ramach swojej ogólnej polityki oraz innych lokalnych działań politycznych. Przykładem może być w Szkocji strategia dotycząca zdrowia związanego z zachowaniami seksualnymi (*Scotland's sexual strategy*)<sup>290</sup> i strategia aktywności fizycznej (*Scotland's physical activity strategy*),<sup>291</sup> zaś w Walii strategia „Lepsze Zdrowie – Lepsza Walia” (*Better Health-Better Wales*) (1999), w której również rozpoznano problem dotyczący zdrowia związanego z zachowaniami seksualnymi.<sup>292</sup>

Przerwanie „cyklu” nierówności w zdrowiu i zniesienie ubóstwa już od wczesnych lat jest bardzo ważne. Dlatego wiele wskaźników, które zostały zidentyfikowane skupiają się na zdrowiu dzieci. Zdrowie płodu w okresie życia wewnątrzmacicznego, palenie tytoniu przez matki podczas ciąży, niska urodzeniowa masa ciała, karmienie piersią i umieralność niemowląt, są brane pod uwagę w ocenie nierówności zdrowotnych. Występują znaczne różnice pomiędzy klasami społecznymi w związku ze stanem uzębienia u dzieci oraz nieszczęśliwymi wypadkami wśród dzieci.

---

<sup>287</sup> Scottish Executive (2004) *Delivering for Scotland's Gypsies/ Travellers*. Edinburgh.

<sup>288</sup> Department of Health (2003) *Tackling...op.cit.*

<sup>289</sup> Tamże

<sup>290</sup> Sexual Health Strategy Referency Group and Project Team (2003) *Enhancing Sexual Wellbeing in Scotland. A Sexual Health and Relationships Strategy Proposal*. Edinburgh, Scottish Executive.

<sup>291</sup> Physical Activity Task Force (2003) *Let's Make Scotland More Active. A Strategy for physical activity*. Edinburgh, Scottish Executive.

<sup>292</sup> National Assembly for Wales circular No:11/02 (2002) *Sex and Relationship Education in Schools*. (dokument dostępny także na: <http://www.healthschool.org.uk>).

Wykorzystuje się także dane odnośnie poziomu aktywności fizycznej w szkołach i poza nią.

Wszystkich kraje UK zaangażowane są w zmniejszenie ubóstwa o połowę do 2010 roku wśród dzieci. Natomiast do 2020 roku planuje się zupełne wykorzenienie ubóstwa.

Ciąże nastolatek, wskaźnik nieszczęśliwych wypadków i niedoszłe samobójstwa zostały zidentyfikowane jako istotne wskaźniki dotyczące młodych ludzi w walce z nierównościami w zdrowiu. Anglia i Irlandia Północna w swoich działaniach obejmują także zdobywanie edukacji na różnych etapach życia młodych ludzi.

Wśród dorosłych jako wskaźniki stosuje się również znajomość poziomu konsumpcji warzyw i owoców, poziomu otyłości oraz proporcje osób palących tytoń. Mogą być również stosowane - samoocena stanu zdrowia, liczba osób niepełnosprawnych, czy ocena zdrowia psychicznego.

Umieralność z powodu głównych chorób, jak choroby serca, czy nowotwory dostarczają także ważnych danych odnośnie nierówności w zdrowiu. Inne wskaźniki dla dorosłych obejmują: wskaźnik bezrobocia wśród specyficznych grup, możliwości kształcenia, umiejętności pisania i czytania, śmiertelność z powodu nieszczęśliwych wypadków oraz uczestnictwo w programach rehabilitacji/ przywrócenia do normalnego stanu po zażywaniu narkotyków.

Wśród ludzi starszych we wszystkich krajach stosuje się współczynniki umieralności z powodu chorób przewlekłych. Anglia bierze także pod uwagę poziom szczepień przeciw grypie i liczbę starszych ludzi żyjących samotnie.

Bardziej ogólne wskaźniki dotyczą jakości warunków mieszkaniowych, niedoboru opału, jakości powietrza w miastach oraz danych o poziomie włamań.

Wreszcie jako ważny uznaje się wskaźnik dostępu do usług opieki zdrowotnej, szczególnie usług podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci.

Jak widać Anglia, Walia, Szkocja i Irlandia Północna biorą pod uwagę różnorodne dane, które są użyteczne w ocenie stanu zdrowia.<sup>293</sup> Dane te zostały zidentyfikowane w politykach tych krajów, jak na przykład te zaproponowane w raporcie „Nierówności w Zdrowiu” (*Inequalities in Health*).<sup>294</sup>

---

<sup>293</sup> Department of Health (2003) *Tackling...op.cit.* oraz Ministry for Health Social Services and Public Safety (2002) *Investing...op.cit.*

<sup>294</sup> Measuring Inequalities in Health Working Group (2003) *Inequalities...op.cit.*

Kwestia ubóstwa jest szeroko podejmowana w polityce społecznego włączenia i społecznej sprawiedliwości we wszystkich krajach UK. Polityka społecznego włączenia i społecznej sprawiedliwości skupia się na prawach i godności człowieka, a polityka nierówności w zdrowiu w dążeniu do poprawy tegoż zdrowia. Niemniej obie polityki są ze sobą powiązane.

Kraje Zjednoczonego Królestwa realizują wspólne cele wdrażając wymienione strategie. Na przykład program Irlandii Północnej, który ukierunkowany był na potrzeby społeczne (*Targeting Social Needs*) z 1991 roku i 1993 roku. Wspólne cele realizowane są także w omawianym wcześniej angielskim programie do działań (*Programme for Action*), czy strategii tworzenia lepszej Szkocji (*Building a Better Scotland*) z 2003 roku albo też w programie, który stawia wyzwania zdrowiu społeczeństwa walijskiego (*Health Challenge Wales*) z 2002 roku.

Wszystkie kraje UK współpracują ze sobą w celu zredukowania nierówności w zdrowiu, uwzględniając w swoich działaniach wpływ czynników społecznych na zdrowie.

Rozwój biomedycyny w XX wieku z jednej strony doprowadził, przede wszystkim w świecie zachodnim, do spadku umieralności niemowląt, pokonania wielu nieuleczalnych chorób, a z drugiej strony zmienił i zmienia wzorce zachowań społecznych i kulturowych. Wzorce zachowań kulturowych „uległy szczególnie głębokim przeobrażeniom pod wpływem wartości eksponowanych przez zmedykalizowaną kulturę, która czyni z medycyny element systemu biowładzy, dającej moc zachowywania przy życiu lub wtrącania w śmierć”.<sup>295</sup>

Jak można przekonać się w tym rozdziale stan zdrowia stanowi źródło i podstawę pracy w dziedzinie zdrowia publicznego. Dlatego też następny rozdział zawierać będzie analizę wybranych zagadnień związanych ze stanem zdrowia społeczeństwa brytyjskiego.

---

<sup>295</sup> Musielak M. (2005) *Dylematy społeczne i etyczne eugenistów polskich okresu międzywojennego*, [w:] *Konteksty społeczno-kulturowe zdrowia i medycyny*. Pod red. Musielaka M., Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, s. 9.

## 2.2 Wybrane zagadnienia związane ze zdrowiem społeczeństwa Wielkiej Brytanii po II wojnie światowej do czasów współczesnych.

Stan zdrowia ludności wyraża się zwykle poprzez dane, które opisują współczynniki umieralności i chorobowości. Innym ważnym wyznacznikiem stanu zdrowia są dane opisujące warunki zdrowotne, w jakich jednostka żyje. Są to determinanty zdrowia. Do bezpośrednich czynników determinujących zdrowie należą np.: palenie tytoniu, sposób odżywiania, aktywność fizyczna czy spożywanie alkoholu. Wśród pośrednich determinant zdrowia wyróżnia się warunki ekonomiczne, społeczno-demograficzne, poziom wykształcenia oraz środowisko.<sup>296</sup>

Źródła informacji o stanie zdrowia populacji mogą być bezpośrednie i pośrednie. Do tych pierwszych należą przede wszystkim dane uzyskiwane z celowo planowanych badań (masowe badania przeglądowe, bilanse zdrowia dzieci i młodzieży, planowane naukowe badania epidemiologiczne). Nie są one jednak stosowane na skalę masową ze względu na wysoki koszt ich realizacji.

Wśród pośrednich źródeł informacji o stanie zdrowia wymienić można dane demograficzne i dane z rutynowej sprawozdawczości służby zdrowia.<sup>297</sup>

Do najistotniejszych danych demograficznych dla ochrony zdrowia należą: spis ludności oraz ewidencja bieżąca stanu ludności. Należy podkreślić, że takie cechy jak płeć, wiek i stan cywilny stanowią minimum demograficzne i muszą być uwzględnione we wszystkich spisach ludności. Oprócz tego do najważniejszych cech demograficznych ludności zaliczamy: rok urodzenia, miejsce urodzenia, podstawowe źródło dochodu gospodarstwa domowego, miejsce zamieszkania, poprzednie miejsce zamieszkania, obywatelstwo, narodowość, wykształcenie, sieroctwo, inwalidztwo, dzietność kobiet, przyczyna migracji, charakterystyka dojazdów do szkół i pracy.

Natomiast takie fakty wynikające z naturalnego ruchu populacji, jak urodzenia, zgony, małżeństwa, rozwody oraz ruchu wędrownego ludności (zmiana miejsca zamieszkania) dostarczają informacji do ewidencji bieżącej.

Z medycznego punktu widzenia istotną rolę odgrywają także cechy struktury ludności. Na przykład znajomość liczebności populacji pozwala na prawidłowe

---

<sup>296</sup> Karski J.B. (1999) *Promocja...op.cit.*, s. 48.

<sup>297</sup> Jabłońska-Chmielewska A. (1999) *Dokumentacja medyczna w analizie epidemiologicznej*, [w:] *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Pod red. Jabłoński L., FOLIUM, Lublin, s. 95.

zarządzanie, planowanie sieci instytucji oraz kadr profilaktyczno-lecznicych czy sanitarno-epidemiologicznych. Znajomość struktury jest niezbędna przy planowaniu działań zabezpieczania ochrony zdrowia, ponieważ populacja „młoda” ma inne potrzeby, a inne populacja w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym (wg WHO i UN populację uważa się za „młodą”, kiedy osoby powyżej 65 roku życia nie stanowią więcej niż 4% populacji, za dojrzałą kiedy populacja powyżej 65 roku życia stanowi 4-7% całej populacji i za „starą”, kiedy więcej niż 7% populacji stanowią ludzie powyżej 65 roku życia).

Płeć w populacji jest także ważna, gdyż wpływa na rodzaj i intensywność zapadalności na określone choroby, na urlopy macierzyńskie, czy na absencję w pracy. Często strukturę płci i wieku populacji ujmuje się wspólnie.

Ważnymi cechami struktury ludności są także: stan cywilny, migracje, urbanizacja, urodzenia, umieralność w tym umieralność niemowląt, klasyfikacja i nazewnictwo zgonu. Są to bardzo istotne cechy w medycynie, które wpływają na ocenę stanu zdrowia populacji.<sup>298</sup>

Zarówno za małą, jak i zbyt dużą liczbą urodzeń niekorzystnie wpływa na ocenę stanu zdrowia, ale szczególnie obciążająca chociażby ze względów możliwości ekonomicznych jest duża liczba urodzeń. Ze względu na fakt, że w niektórych krajach informacje na temat urodzeń nie są zbierane dokładnie, nie mamy dokładnych informacji na temat tego ile odbywa się porodów dziennie, miesięcznie i rocznie na świecie.

W wielu krajach głównymi i jedynymi ogólnie dostępnymi danymi o sytuacji zdrowotnej populacji są statystyki zgonów, oparte o standaryzowane świadectwa zgonów. W skład świadectwa wchodzi dane o przyczynie zgonu, wieku, płci, miejscu urodzenia i zamieszkanu. Przyczyny zgonów podlegają klasyfikacji na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów.<sup>299</sup>

Dane potrzebne do celów opracowań epidemiologicznych powinny być zbierane w sposób rzetelny, charakteryzować się wiarygodnością i zastosowaniem porównywalnych kryteriów diagnostycznych oraz dostępnością.

---

<sup>298</sup> Jabłońska-Chmielewska A. (1999) *Podstawowe wiadomości o demografii lekarskiej*, [w:] *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Pod red. Jabłoński L., FOLIUM, Lublin, s. 41-53 oraz Jabłońska-Chmielewska A. (1999) *Dokumentacja ...op.cit.*, s. 95-100.

<sup>299</sup> Tamże, s. 99-100.

### 2.2.1 Zdrowie społeczeństwa brytyjskiego po II wojnie światowej do czasów współczesnych.

Potrzeba opisanego stanu zdrowia społeczeństwa Anglii i Walii, Szkocji i Irlandii Północnej wydaje się niezwykle istotna w świetle faktu, że promocja zdrowia, czy szerzej „nowe zdrowie publiczne”, które ją obejmuje ma za zadanie wpływać na poprawę poziomu zdrowia, jak również oceniać jego stan.

W 2005 roku populacja Wielkiej Brytanii ogółem liczyła ok. 60,2 milionów, przy czym populacja samej Angli liczyła ponad 50,4 mln<sup>300</sup>. Poniższa tabela (nr 3) przedstawia liczebność populacji w latach 1951 - 1991.

Tabela nr 3. Liczebność populacji Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej w latach 1951-1991.

Rok	UK	Anglia i Walia	Szkocja	Irlandia Płn.
1951	50,290	43,815	5,102	1,373
1961	52,807	46,196	5,184	1,427
1971	55,928	49,152	5,236	1,540
1981	56,352	49,634	5,180	1,538
1991	57,808	51,099	5,107	1,601
2005	60,209	53,390	5,094	1,724

Opracowano na podstawie źródła: Hicks J., Allen G., (1999). *A Century of Change Trends in UK Statistics since 1900*. House of Common Library. Social and General Statistics Section. Research paper 99/11, s. 6 oraz strona internetowa: [www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=6](http://www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=6), (struktura populacji Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej).

Zmiany w strukturze populacji spowodowane są przez cztery czynniki: liczbę narodzin i zgonów, liczbę imigrantów (jednostki osiedlające się w danym kraju) oraz emigrantów (jednostki opuszczające swój kraj ojczysty). Są więc dwa czynniki, w wyniku których liczba populacji może spadać bądź wzrastać. Pierwszy to przyrost naturalny, a drugi to „migracja końcowa” („net migration”), którą daje nam różnica

<sup>300</sup> Liczebność populacji Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, dane z 2005 roku. Źródło: strona internetowa: [www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=6](http://www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=6) ( styczeń 2006)



między liczbą imigrantów a emigrantów. Między 1995 rokiem a 2001 rokiem populacja Szkocji spadła o 1%, podczas gdy populacja całego UK wzrosła o 2,2%. W tym czasie żaden inny kraj Europy nie zaznał spadku liczebności populacji.<sup>301</sup>

Wielką Brytanię charakteryzuje społeczeństwo starzejące się. Jest to spowodowane obniżaniem się obu współczynników: płodności i umieralności. To z kolei jest powodem obniżania się proporcji populacji w wieku poniżej 16 roku życia i wzrastania populacji w wieku powyżej 65 roku życia. Każdego roku począwszy od 1945 roku, oprócz 1976 roku, wskaźnik urodzeń był wyższy niż zgonów. Ta sytuacja trwała tak aż do późnych lat 90-tych XX wieku. I choć nadal istniał przyrost naturalny, to migracje stanowiły (i dalej stanowią) coraz to większy i najważniejszy czynnik zmian zachodzących w populacji.<sup>302</sup>

Przez ostatnie pięćdziesiąt lat zaszły znaczące zmiany w proporcjach ludzi starszych. Liczba populacji w wieku 50 lat i więcej w UK wzrosła o 45 % od 1951 roku do 2003 roku. W 1951 roku populacja w wieku 50 lat i więcej reprezentowała 43 %, a w wieku 85 lat i więcej tylko 1,6 %. Natomiast w 2003 roku te dwie grupy wiekowe reprezentowały odpowiednio 37,8 % i 5,5 %. Liczba starszych kobiet przewyższa liczbę starszych mężczyzn. W 1951 roku na 77 mężczyzn przypadało 100 kobiet w wieku 50 lat. Natomiast w 2003 roku wśród populacji w wieku 50 lat na 85 mężczyzn przypadało 100 kobiet. W 2003 roku w grupie wiekowej 85 lat i więcej na 100 kobiet przypadało tylko 40 mężczyzn, zaś w 1951 roku na 45 mężczyzn przypadało 100 kobiet. Jednak bardzo duży wpływ na wysokość tych wskaźników (przede wszystkim liczbę mężczyzn) miały obydwie wojny światowe.<sup>303</sup>

W Szkocji w 1950 roku oczekiwana długość życia przy urodzeniu dla kobiet wynosiła 68,7 lat, a dla mężczyzn 64,4 lat. W 1995 roku wzrosła dla kobiet do 77,6 lat, a dla mężczyzn do 72,1 lat. Wyższe wskaźniki oczekiwanej długości życia występowały w Anglii i Walii, bo w 1950 roku wynosiły dla kobiet 70,6 lat, a dla mężczyzn 66,1 lat oraz odpowiednio 79,4 lat i 74,2 lat w 1995 roku.<sup>304</sup> Dla Szkocji oczekiwana długość życia przy urodzeniu w 2001 roku wynosiła już 78,6 lat dla kobiet i 73,1 lat dla

---

<sup>301</sup> ESRC (Economic & Social Research Council) Seminar Series, Mapping the public policy landscape. *The Demographic Trends in Scotland. A Shrinking and Ageing Population*, s. 3.

<sup>302</sup> National Statistic UK: [www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=6](http://www.statistics.gov.uk/CCI/nugget.asp?ID=6) (styczeń 2006)

<sup>303</sup> Strona internetowa Krajowego Urzędu Statystycznego UK: [www.statistics.gov.uk/ci/nugget.asp?id=1263](http://www.statistics.gov.uk/ci/nugget.asp?id=1263)

<sup>304</sup> Leon D.A., Morton S., Cannegieter S., McKee M. (2003) *Understanding the Health of Scotland's Population in an International Context. A review of current approaches, knowledge and recommendations for new research directions*. Part I. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine. Commissioned and funded by the Public Health Institute of Scotland, s. 11.

mężczyzn. Natomiast dla Irlandii Północnej oczekiwana długość życia w 1950 roku wynosiła dla kobiet 69 lat i mężczyzn 66 lat, a już w 1995 roku odpowiednio 79 lat i 74 lat. Tabela nr 4 przedstawia średnią oczekiwaną średnią długość życia dla całego UK w roku 1951 i 2001.

Tabela nr 4. Średnia oczekiwana długość życia przy urodzeniu oraz dla populacji w wieku 65 lat z uwzględnieniem płci w latach 1951 i 2001.

UK	1951 (1)	2001 (1)	1951 (2)	2001 (2)
Mężczyźni	65	74	11	15
Kobiety	69	80	13	18

Opracowano na podstawie źródła: Strona internetowa: [www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk) oraz [www.dwp.gov.uk](http://www.dwp.gov.uk) (GAD, 2003 principal projections), Department for Work and Pensions.

Objaśnienia do tabeli:

- (1) średnia oczekiwana długość życia przy urodzeniu,
- (2) średnia oczekiwana długość życia dla populacji w wieku 65 lat.<sup>305</sup>

Średnia oczekiwana długość życia przy urodzeniu dostarcza jednego z najważniejszych wskaźników ogólnego zdrowia populacji. Podnosiła się dla kobiet i mężczyzn, chociaż nadal jest niższa dla mężczyzn.

Wzrost wskaźnika oczekiwanej długości życia dla obu płci uwarunkowany jest następującymi zjawiskami:

- kontrolą chorób zakaźnych,
- udoskonaleniami wprowadzonymi w medycynie i nauce,
- działaniami zdrowia publicznego, na przykład w zakresie poprawy warunków sanitarnych,
- lepszymi warunkami mieszkaniowymi,
- poprawą sposobu odżywiania.

Różnice w oczekiwanej długości życia wśród płci są wyjaśniane przez epidemiologów i naukowców przez cztery elementy, które mogą przyczyniać się do zrozumienia różnic między płciami:

- różnice genetyczne/biologiczne pomiędzy kobietami i mężczyznami,

<sup>305</sup> Department for Work and Pensions. (GAD, 2003 principal projections). Strona internetowa: [www.dwp.gov.uk](http://www.dwp.gov.uk) (styczeń 2006) oraz [www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk).

- różnice materialne i socjalne oraz nierówności strukturalne,
- różnice kulturowe i behawioralne wiążące się z innymi oczekiwaniami społecznymi kobiet i mężczyzn,
- sposoby korzystania z opieki zdrowotnej i dostępem do usług zdrowotnych.<sup>306</sup>

Zmiana modelu płodności w UK w ciągu ostatnich ponad 40 lat jest charakteryzowana przez spadek wskaźnika płodności (śr. liczba ur. dzieci przypadających na jedną kobietę). W 2005 roku wskaźnik płodności najwyższy był w Irlandii Północnej (1,87 dzieci na jedną kobietę), najniższy w Szkocji (1,62), w Anglii i Walii był zbliżony do średniej UK (1,80 i 1,79 odpowiednio).

Klasy społeczne w UK podzielone są na pięć grup według rodzaju zawodu, i tak trzy pierwsze klasy stanowią grupę zawodów umysłowych, a następne trzy grupę zawodów fizycznych (przy czym grupa III występuje podwójnie, do pierwszej grupy należą osoby wykonujące pracę umysłową, do drugiej osoby wykonujące prace fizyczne). Klasę I społeczną stanowią pracownicy umysłowi - profesjonaliści (lekarze, prawnicy, inżynierowie itp.), do II klasy społecznej (pracownicy umysłowi) należą zawody o średnio zaawansowanych umiejętnościach zarządzania i średnio-technicznych (fachowych) (np. specjaliści ds. sprzedaży i marketingu, nauczyciele, dziennikarze); III klasa (pracownicy umysłowi) obejmuje wykwalifikowane zawody, w dalszym ciągu pracowników umysłowych (np. urzędnicy, kasjerzy, personel ds. sprzedaży detalicznej); z kolei III klasa, ale już pracowników fizycznych obejmuje wykwalifikowanych pracowników reprezentujących konkretne zawody (stolarz, cieśla, kierowcy samochodów ciężarowych); IV klasa (pracownicy fizyczni) to częściowo wykwalifikowani pracownicy (magazynier, hurtownik, ochroniarze, operatorzy maszyn); oraz V klasa (pracownicy fizyczni) grupy osób niewykwalifikowanych (robotnicy, sprzątacze).

Pochodzenie etniczne również stanowi ważny element zróżnicowania społecznego w Wielkiej Brytanii. Tak jak klasa społeczna, wiek, płeć, tak i rasa wyraźnie wpływają na dostęp do możliwości społecznych bądź ich brak (np. brak dostępu do opieki zdrowotnej).

---

<sup>306</sup> Men`s Health Forum in Ireland (2004) *A Report form the men`s health in Ireland*. Chapter 2. *Life expectancy*. (dostępne na stronie internetowej: [www.mhfi.org/chapter2.pdf](http://www.mhfi.org/chapter2.pdf) (styczeń 2006))

Na podstawie spisu ludności przeprowadzonego w 1991 roku (przeprowadzony przez OPCS - Biuro do spraw Spisów i Badań Statystycznych Ludności) wykazano, że ponad 5 % populacji Wielkiej Brytanii stanowią mniejszości etniczne.

Mniejszości etniczne zostały sklasyfikowane następująco:

- czarni ( z podziałem na Afrykańczyków, ludność afro-karaibską i pozostałych),
- Azjaci (z podziałem na Hindusów, Pakistańczyków i pochodzących z Bangladeszu),
- Chińczycy,
- Arabowie i pozostali.

Największą grupę mniejszościową reprezentowali Azjaci (2,6 %) i czarni (1,6 %) oraz społeczność pochodzenia irlandzkiego (2 %).<sup>307</sup>

Początkowo identyfikowano członków grup mniejszościowych na podstawie miejsca urodzenia. Teraz jednak to się zmieniło, ponieważ około 50 % z tych ludzi, jak pisze S. Pike urodziło się w Wielkiej Brytanii i nie można ich traktować, jak imigrantów.

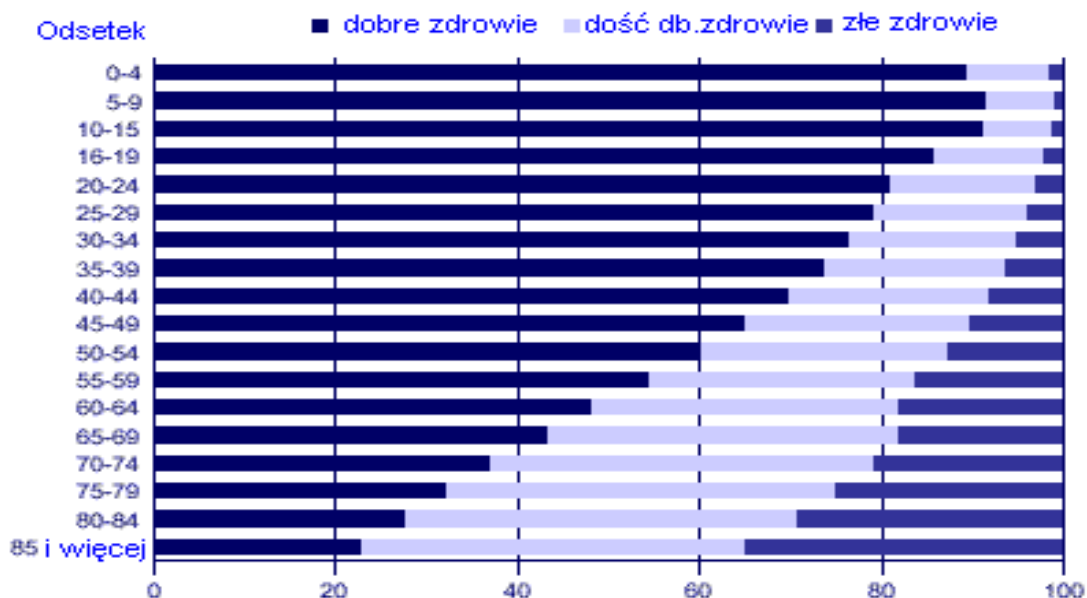
Koncepcja BMEGs (black and minority ethnic groups) wyróżnia raczej kulturę niż rasę, podkreśla znaczenie społeczne bardziej niż cechy biologiczne. Etniczność nawiązuje do udziału kulturowego dziedzictwa, obejmując język, religię, historię i obyczaj. Określenie BMEGs obejmuje szereg bardzo różnych grup etnicznych z różnymi doświadczeniami zdrowotnymi, edukacyjnymi, pracowniczymi i dochodami.

W 2001 roku łącznie ze spisem ludności przeprowadzono badania na temat „Samooceny zdrowia” populacji UK. Wynikało z nich, że 40 milionów z 59 mln ludzi żyjących w 2001 roku w UK określało swoje zdrowie w ciągu ostatniego roku jako „dobre”, dalej 13 mln jako „dość dobre”, podczas gdy pozostałe 6 mln jako „złe”. Najwyższy wskaźnik populacji wskazującej na pierwszą odpowiedź stanowiły dzieci w wieku 0-15 roku życia, co stanowiło w tej grupie 90 %.<sup>308</sup> Wykres na rycinie nr 7 ilustruje tę sytuację.

---

<sup>307</sup> Pike S., Froster D. (1998) *Promocja...op.cit.*, s. 204-206.

<sup>308</sup> General Health on National Statistics: [www.statistics.gov.uk/ci/nugget.asp?id=1325](http://www.statistics.gov.uk/ci/nugget.asp?id=1325) (styczeń 2006)



Rycina nr 7. Samoocena ogólnego zdrowia populacji Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, dane z 2001 r.

Opracowano na podstawie źródła: Strona internetowa: [www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=1325](http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=1325)

Ocena zdrowia jako „dość dobre” bądź „złe” wzrastała wraz z wiekiem. Przy czym część populacji w wieku 65 lat i powyżej stanowiąca 16% całej populacji, oceniła swoje zdrowie jako „złe”. Samoocena zdrowia jako „złe” różniła się w poszczególnych krajach UK, a mianowicie w Anglii wynosiła 8%, w Irlandii Północnej 11%, w Walii 9% i w Szkocji 10%.<sup>309</sup>

<sup>309</sup> [www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk) (styczeń 2006)

## 2.2.2 Kształtowanie się współczynników umieralności w społeczeństwie brytyjskim.

Paradoksem jest fakt, że chcąc poznać stan zdrowia społeczeństwa opieramy się na statystykach zgonów. Niemniej jednak jest to najbardziej kompletne i łatwo dostępne źródło informacji o zdrowiu danej populacji.

Analiza umieralności w Wielkiej Brytanii ma długą historię. Przed wprowadzeniem cywilnej rejestracji, głównym dostępnym źródłem na temat zgonów były karty zgonów. Karty te były publikowane w dużych miastach przez lokalne towarzystwa, jak np. w Londynie były one publikowane co tydzień, kiedy miastu groziła plaga z powodu chorób zakaźnych w 1592 i 1603 roku.

W 1837 roku w Anglii i Walii została wprowadzona cywilna rejestracja i była prowadzona przez lekarzy i statystyków bardzo solidnie i rzetelnie. Później także w 1855 roku w Szkocji i w 1864 roku w Irlandii Północnej.<sup>310</sup>

Struktura populacji uległa zmianom, bo podwoiła się populacja w wieku 85 i więcej lat, podczas gdy wskaźnik urodzeń trzykrotnie obniżył się. Wraz ze zmianą struktury populacji zmieniły się też główne przyczyny zgonów.

Dane o zgonach można uzyskać na podstawie rejestracji zgonów.

W Anglii i Walii dane te zbierane są przez Krajowy Urząd Statystyczny (*Office for National Statistics*; ONS<sup>311</sup>), w Szkocji przez Generalny Urząd Stanu Cywilnego (*General Register Office for Scotland*; GROS<sup>312</sup>), zaś w Irlandii Północnej Generalny Urząd Stanu Cywilnego (*General Register Office for Northern Ireland*; GRONI<sup>313</sup>), który jest częścią Agencji Naukowo-Statystycznej Irlandii Północnej (*Northern Ireland Statistics and Research Agency*; NISRA). Co roku w przybliżeniu 88 % zgonów w UK jest rejestrowanych w Anglii i Walii, 10 % zgonów w Szkocji i 2% zgonów w Irlandii Północnej.

Wybitny statystyk medyczny William Farr pierwszy opracował zestawienie zakodowanych przyczyn zgonów. Zaproponował on jednolity zapis dla klasyfikacji chorób i w 1855 roku zostało osiągnięte międzynarodowe porozumienie dotyczące wspólnej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów. Od 1950 roku WHO odpowiedzialna jest za ogłaszanie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International*

---

<sup>310</sup> Brock A., Griffiths C., (2006) *Mortality*. Chapter 13, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H.. National Statistics, s. 166.

<sup>311</sup> Strona internetowa urzędu: <http://www.statistics.gov.uk>

<sup>312</sup> Strona internetowa urzędu: <http://www.gro-scotland.gov.uk>

<sup>313</sup> Strona internetowa urzędu: <http://www.groni.gov.uk>

*Classification of Diseases; ICD*). Wznowione wersje ICD mają na celu również ogłaszanie nowo odkrytej choroby i wiedzy medycznej na temat etiologii chorób, czy ich patologii.<sup>314</sup>

Obecnie w UK stosuje się klasyfikację X ICD (ICD-10). Została ona wprowadzona w życie w 2000 roku w Szkocji, a w 2001 roku w pozostałych trzech krajach UK (Anglii, Walii i Irlandii Północnej).

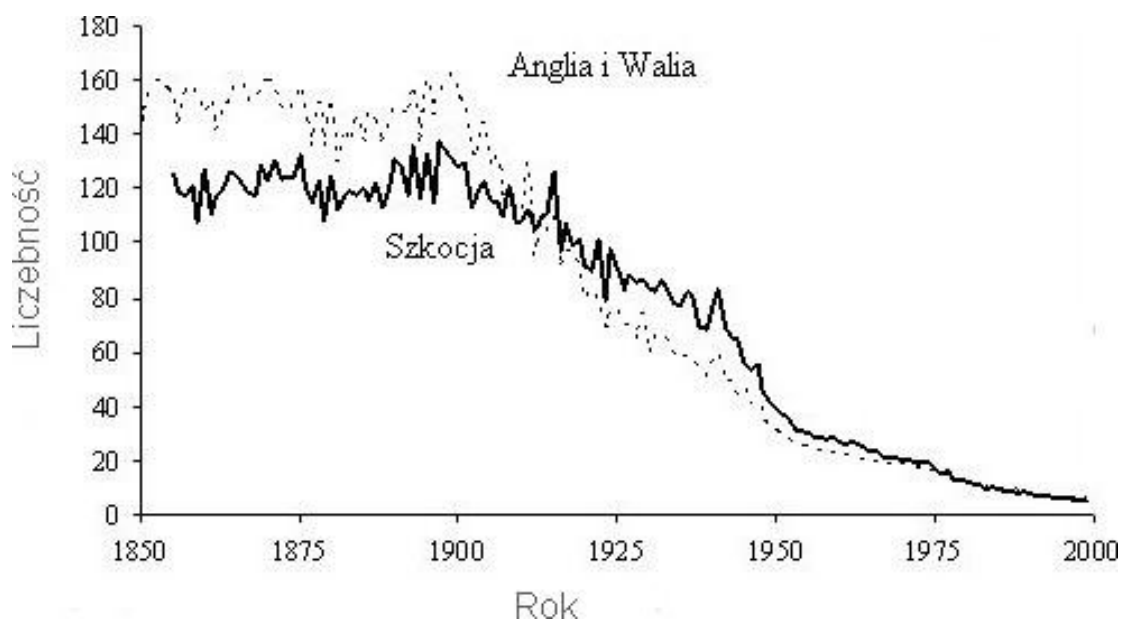
Analizując współczynniki umieralności należałoby rozpocząć od współczynnika umieralności niemowląt. Umieralność niemowląt dotyczy zgonów niemowląt poniżej pierwszego roku życia. Wyróżniamy umieralność wczesną niemowląt – są to niemowlęta poniżej 28 dnia życia oraz umieralność późną niemowląt – są to niemowlęta powyżej 28 dnia życia, ale do ukończenia pierwszego roku życia. Warto dodać, że znaczne ryzyko śmierci noworodka niesie ze sobą niska urodzeniowa masa ciała (poniżej 2,500 gramów), wiek matki poniżej 20 roku życia lub powyżej 40 roku życia oraz inne niekorzystne okoliczności występujące w czasie trwania ciąży. Wykres na rycinie nr 8 przedstawia tendencję spadkową współczynnika umieralności niemowląt w Anglii, Walii i Szkocji. Druga połowa XX wieku to stabilny spadek zgonów niemowląt, z małymi wyjątkami. I tak wzrost umieralności niemowląt w 1970 roku był spowodowany epidemią grypy zimą w 1969-1970 roku, zaś drugi wzrost umieralności niemowląt w 1986 roku był z kolei wynikiem wyjątkowo mroźnej zimy w lutym tamtego roku. Od 1986 roku współczynnik ten spadał, aż do początku XX wieku. Chociaż spadek był powolny, bo tylko 2-3% w ciągu roku (1990 rok), to w 1980 roku wyniósł 6%.<sup>315</sup>

Współczynnik umieralności niemowląt w Anglii i Walii oraz Szkocji uległ wyrównaniu od początku lat 80-tych XX wieku (sytuacja tę przedstawia wykres na rycinie nr 8).

---

<sup>314</sup> Brock A., Griffiths C. (2006) *Mortality...*, *op.cit.*, s.167.

<sup>315</sup> Griffiths C., Brock A. (Office for Health Statistics) (2003) „*Twentieth Century Mortality Trends in England and Wales*”. *Health Statistics Quarterly* 18, s. 7.



Rycina nr 8. Współczynnik umieralności niemowląt (na 1000 żywych urodzeń) w Anglii, Walii i Szkocji.

Opracowano na podstawie źródła: Leon D.A., Morton S., i in. (2003) *Understanding the Health of Scotland's Population in an International Context. A review of current approaches, knowledge and recommendations for new research directions*. A reported by the London School of Hygiene & Tropical Medicine. Commissioned and funded by the Public Health Institute of Scotland.(second revision), s. 10.

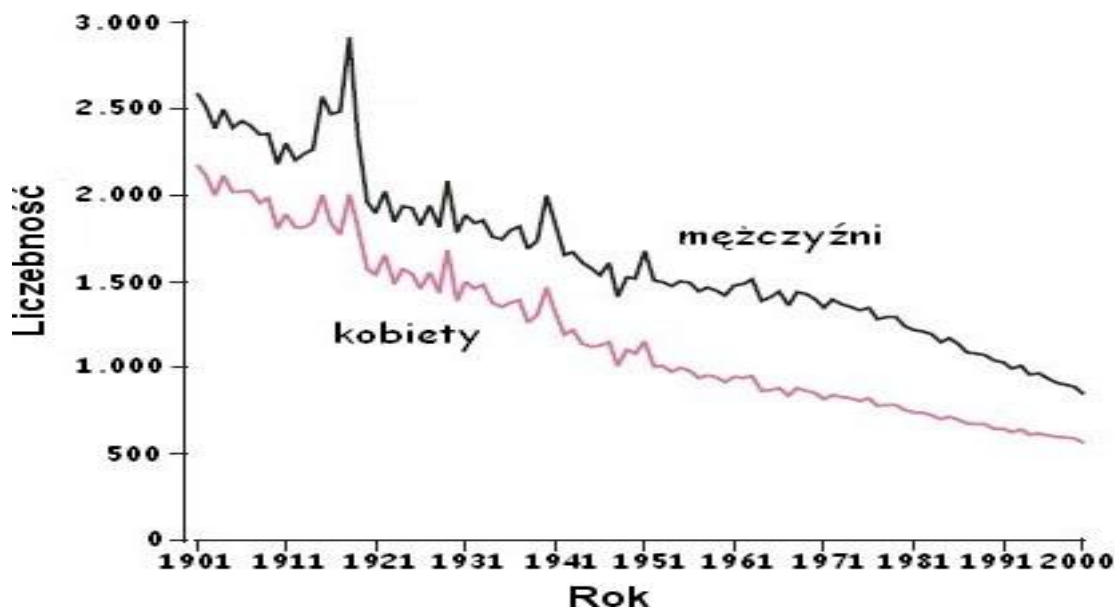
Również w Irlandii Północnej współczynnik zgonów wśród niemowląt spadł z 47,8 na 1000 żywych urodzeń niemowląt w 1945 roku do 5,2 na 1000 żywych urodzeń do roku 2000 i spada nadal.<sup>316</sup>

Wykres na rycinie nr 9 przedstawia współczynnik ogólnej umieralności w Anglii i Walii w latach 1901 – 2000 z podziałem na płeć. W XX wieku współczynnik umieralności kobiet był niższy niż mężczyzn. Różnica między kobietami i mężczyznami zaczęła się zwiększać po II wojnie światowej, potem jednak od 1970 roku ulegała zmniejszeniu, i pod koniec XX wieku współczynniki umieralności kobiet i mężczyzn osiągały podobne wartości. Na taki stan mógł mieć wpływ wzrost rozpowszechnienia palenia papierosów, odpowiedzialnego za główne przyczyny zgonów w Anglii i Walii, przykładowo z powodu: chorób serca, raka płuc, czy choroby układu oddechowego.<sup>317</sup>

<sup>316</sup> Northern Ireland Statistics Research Agency (NISRA). Perinatal, neonatal, postneonatal and infant deaths, numbers and rates, 1946 to 2005 oraz Northern Ireland Statistics and Research (2006) *Registrar General Northern Ireland. Annual Report 2005*. An Agency within the Department of Finance and Personnel.

<sup>317</sup> Griffiths C., Brock A. (Office for Health Statistics) (2003) *Twentieth...op.cit.*, s. 6.

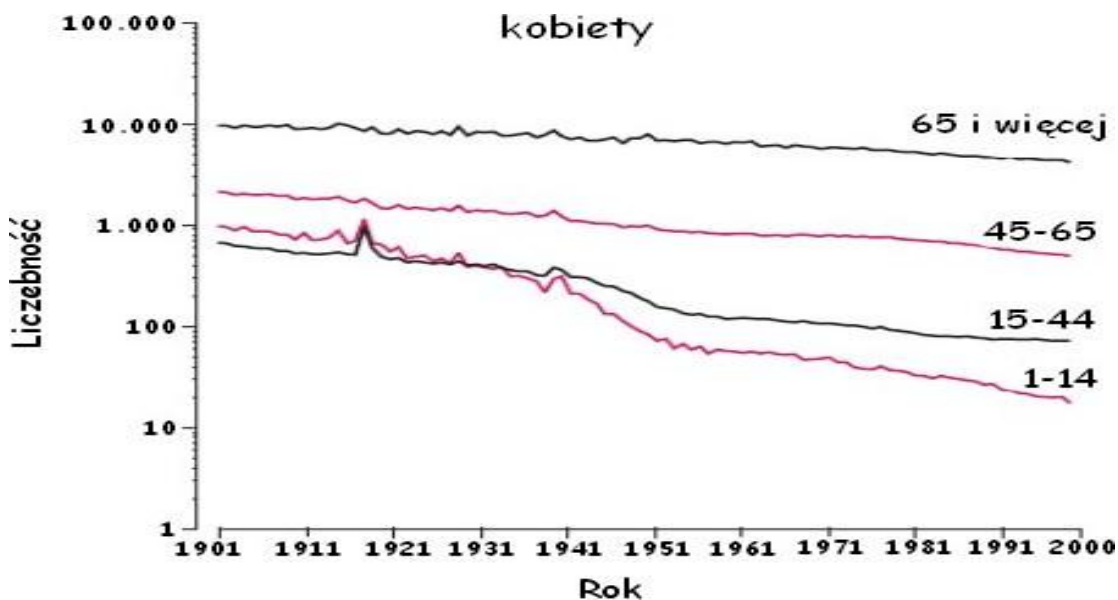




Rycina nr 9. Współczynnik umieralności populacji (na 100,000 ludności) Anglii i Walii z uwzględnieniem płci w latach 1901-2000.

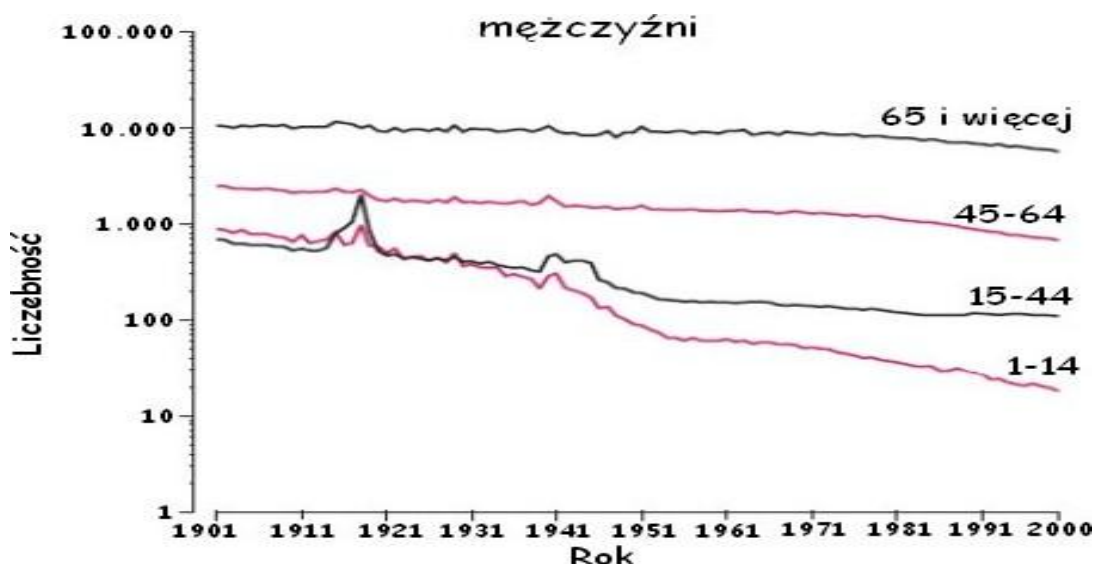
Opracowano na podstawie źródła: Griffiths C., Brock A. (Office for Health Statistics) (2003) *Twentieth Century Mortality Trends in England and Wales*. Health Statistics Quarterly 18, s. 6.

Następne dwa wykresy na rycinach nr 10 i 11 prezentują jak kształtował się współczynnik umieralności, z podziałem na płeć i grupy wiekowe.



Rycina nr 10. Współczynnik umieralności kobiet (na 100,000 ludności) z podziałem na grupy wiekowe w latach 1901-2000, Anglia i Walia.

Opracowano na podstawie źródła: Griffiths C., Brock A. (Office for Health Statistics) (2003) *Twentieth Century Mortality Trends in England and Wales*. Health Statistics Quarterly 18, s. 8.

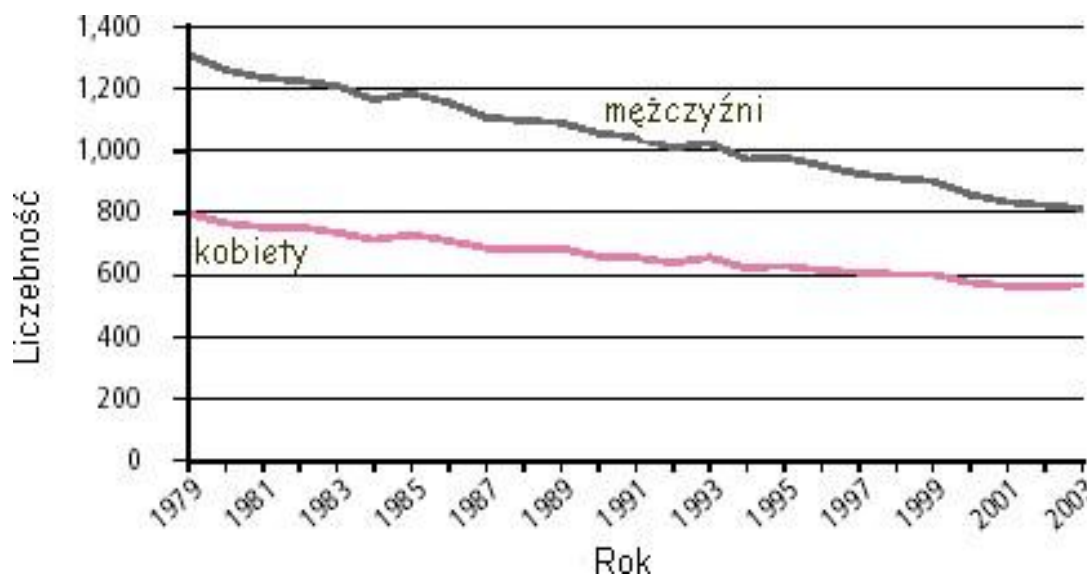


Rycina nr 11. Współczynnik umieralności mężczyzn (na 100,000 ludności) z podziałem na grupy wiekowe w latach 1901-2000, Anglia i Walia.

Opracowano na podstawie źródła: Griffiths C., Brock A. (Office for Health Statistics) *Twentieth Century Mortality Trends in England and Wales*. Health Statistics Quarterly 18, s. 8.

Widoczny jest spadek wartości współczynnika umieralności we wszystkich grupach wiekowych, ale najbardziej w grupie dziecięcej.

Z kolei wykres przedstawiony na rycinie nr 12 uwzględnia umieralność całego społeczeństwa UK.



Rycina nr 12. Współczynnik umieralności ogólnej społeczeństwa Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (na 100,000 ludności) z podziałem na płeć w latach 1979-2003.

Opracowano na podstawie źródła: Brock A., Griffiths C. (2006) *Mortality*. Chapter 13, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H., National Statistics, s. 168. [dostępne na stronie internetowej: <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=1337> (styczeń 2006)]

W latach 1979 – 2003 współczynnik umieralności ogólnej zmniejszył się o 38 % wśród mężczyzn (z 1,311 do 814 na 100,000 ludności) i spadł o 29 % wśród kobiet (z 798 do 567 na 100,000 ludności).

W XX wieku zaobserwowano zatem znaczny spadek zgonów, szczególnie umieralności niemowląt.

Do najważniejszych przyczyn zgonów i zachorowań należą: choroby serca i udar, nowotwory,<sup>318</sup> choroby psychiczne, choroby związane ze zdrowiem seksualnym oraz wypadki, a na początku XX wieku także choroby zakaźne. Chociaż umieralność z powodu chorób zakaźnych obniżyła się gwałtownie w ciągu lat 50-tych XX wieku, i umieralność z powodu chorób serca i zawału także spadała stopniowo zarówno wśród kobiet i mężczyzn w ciągu drugiej połowy XX wieku, tak umieralność z powodu nowotworów wśród kobiet i mężczyzn uległa niewielkim zmianom. Nowotwory i choroby serca obecnie stanowią priorytet w działaniach rządu brytyjskiego.

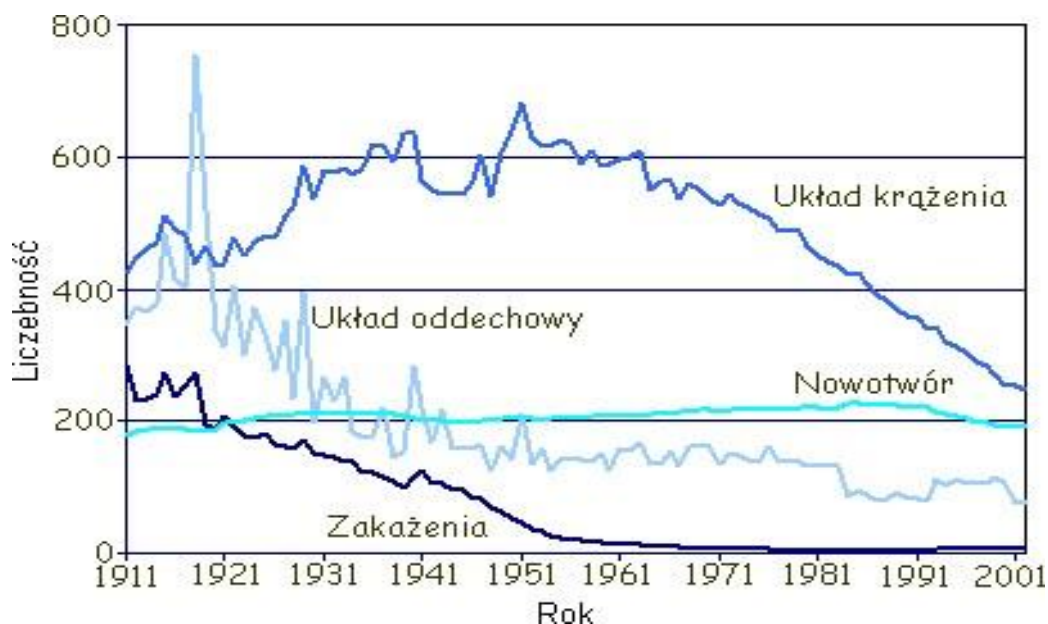
Nowotwory stanowiły pierwszą najbardziej powszechną przyczynę zgonów wśród kobiet w roku 1965 i wśród mężczyzn w 1995 roku. Od 1970 roku przewidywany czas przeżycia dla chorych na określone nowotwory wzrosła do pięciu lat, szczególnie dla chorych na nowotwór pęcherza moczowego, piersi, jelita grubego, czerniaka, na chorobę Hodgkin's oraz białaczkę. Jednak okres przeżycia nie zwiększył się dla innych nowotworów, takich jak: wątroby, płuc, przełyku, czy trzustki, które reprezentują ok. 1/3 nowotworów wśród mężczyzn i 1/5 u kobiet.<sup>319</sup>

Choroby układu krążenia, które obejmują choroby serca i udar, są najpowszechniejszą przyczyną śmierci w Anglii i Walii. Wykres na rycinie nr 13 przedstawia, jak kształtował się współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w populacji Anglii i Walii, a także z powodu: chorób układu oddechowego, nowotworów oraz chorób zakaźnych.

---

<sup>318</sup> Porter R., Fraser A. (2007) *Men's health*. Royal College of General Practitioners. Curriculum Statement 10.2 oraz Office for National Statistics (2001) *Social Focus na Men*. London: ONS.

<sup>319</sup> Quinn M., Babb P., i in. (2001) *Cancer Trends in England and Wales 1950-1999*. Studies on Medical and Population Subjects No. 66. London: The Stationery Office, s. 1.



Rycina nr 13. Współczynnik umieralności dla wybranych chorób (na 100,000 ludności), w latach 1911-2003, dla Anglii i Walii.

Opracowano na podstawie źródła: National Statistics (strona internetowa: <http://www.statistics.gov.uk>, styczeń 2006)

Współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia jest wyższy u mężczyzn niż kobiet: 300 na 100,000 mężczyzn i 190 na 100,000 kobiet. A wśród tych chorób umieralność z powodu chorób serca jest wyższa niż z powodu zawału zarówno wśród kobiet i mężczyzn. Nowotwór jest obecnie drugą, po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów wśród mężczyzn i kobiet. Współczynnik umieralności z powodu raka wśród kobiet obniżał się w latach 1940-1950, potem wzrastał osiągając szczyt w późnych latach 80-tych XX wieku i znowu uległ obniżeniu w ciągu lat 90-tych XX wieku. Wśród mężczyzn współczynnik ten wzrastał znacznie do późnych lat 70-tych XX wieku i następnie zaczął gwałtownie spadać aż do 1990 roku.<sup>320</sup>

W Szkocji współczynnik umieralności z powodu chorób układu krążenia w latach 1940-1950 wzrastał zarówno wśród kobiet i mężczyzn, ale od późnych lat 60-tych XX wieku ulegał znacznemu obniżeniu. W 2005 roku zgony z powodu chorób układu krążenia stanowiły 36% wszystkich zgonów w Szkocji, choć i tak uległy obniżeniu o ponad 50% w okresie od 1950 do 1985 roku. Twierdzi się też, że było to spowodowane w dużej części w powszechnym wśród populacji paleniem tytoniu. Obecnie 80% zgonów wiąże się z dwoma głównymi chorobami: chorobą niedokrwienną (wieńcową) serca oraz chorobą naczyń mózgowych (udar). Niemniej w ciągu ostatnich

<sup>320</sup> Strona internetowa: <http://www.statistics.gov.uk>

pięćdziesięciu lat współczynnik umieralności z powodu udaru i choroby niedokrwiennej znacznie obniżył się, choć nadal jest on wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet.

Obecnie współczynnik przedwczesnych zgonów z powodu tych chorób został znacznie obniżony. Aby tę korzystną tendencję zachować (Scottish Executive) rząd Szkocji stworzył dokument „W kierunku Zdrowszej Szkocji” (*Towards a Healthier Scotland*), którego celem jest m.in. zmniejszenie o 50% współczynnika umieralności z powodu choroby wieńcowej serca (*coronary heart disease, CHD*) i udaru w populacji powyżej 75 roku życia w okresie od 1995 do 2010 roku. W 2004 roku wykazano, że współczynnik umieralności spowodowanych udarem spadł w populacji osób powyżej 75 roku życia w Szkocji.<sup>321</sup>

Od początku lat 40-tych XX wieku w Szkocji zgony spowodowane nowotworami uległy znacznemu zróżnicowaniu ze względu na płeć. Współczynnik umieralności z powodu nowotworów uległ obniżeniu w populacji kobiet, podczas gdy u mężczyzn wzrósł gwałtownie, zaś w latach 1960-1990 wzrastał w niewielkim stopniu. Umieralność z powodu nowotworu płuc w populacji mężczyzn po ogromnym wzroście w latach 1950-1975, zaczęła gwałtownie spadać, a wśród kobiet rosła stabilnie do końca 1990 roku.

Umieralność w Irlandii Północnej z powodu nowotworów złośliwych od lat 80-tych XX wieku rośnie dla obu płci. Natomiast współczynnik umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz choroby naczyń mózgowych spadł w latach 1985-2005, odpowiednio z 32,8% do 21,6% dla mężczyzn i z 26,5% do 16,6% dla kobiet oraz z 9,2% do 7,2% dla mężczyzn i 15,2 do 11,1% dla kobiet.

Obecnie wśród wszystkich krajów UK w Szkocji zaobserwowano najwyższe współczynniki umieralności spowodowane trzema głównymi chorobami. Na pierwszym miejscu są nowotwory, na drugim choroba niedokrwienność serca oraz na trzecim choroba naczyń mózgowych. Sytuacja podobnie przedstawia się w pozostałych krajach UK. Najbardziej powszechnymi chorobami powodującymi zgony wśród populacji UK, oprócz chorób wyżej już wymienionych, są choroby przewlekłe, jak: nadciśnienie, cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma, padaczka, czy artretyzm. Większość z tych chorób obejmuje swoim zasięgiem populację w wieku średnim i osoby w starszym wieku.

---

<sup>321</sup> General Register Office for Scotland Information about Scotland's people, <http://www.gro-scotland.gov.uk>

W Anglii 20% spośród wszystkich przyczyn rozwoju choroby wieńcowej serca dla mężczyzn i 17% dla kobiet jest przypisywanych paleniu tytoniu. Choroba wieńcowa serca powoduje duże ekonomiczne konsekwencje dla UK, system ochrony zdrowia wydał 1.750 milionów GBP (*Great Britain Pound Sterling*; funt szterling) w 1999 roku na zapewnienie opieki nad tym chorymi.<sup>322</sup>

Jednym z głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz raka płuc jest z pewnością palenie papierosów. Czynnikiem ryzyka dla chorób układu krążenia są także otyłość, nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej, wysokie ciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz obciążony wywiad rodzinny – czy występowały w rodzinie choroby, jeśli tak to jakie. W przypadku raka piersi ważną rolę odgrywa przeszłość rozrodcza kobiety, a także nadużywanie alkoholu, które jest istotnym czynnikiem wpływającym także na występowanie udarów.

W 2004 roku w celu zredukowania występowania czynników ryzyka takich jak np.: palenia papierosów, nadmiernego spożywania alkoholu i przyjmowania narkotyków, opracowano rządowy dokument pt.: „Wybierając Zdrowie: ułatwiasz wybory dotyczące zdrowia” (*Choosing Health: Making Health Choices Easier*)<sup>323</sup>, w którym zaprojektowano szereg akcji wspierających. Palenie tytoniu stanowi największą pojedynczą przyczynę przedwczesnej śmierci i jeden z podstawowych czynników nierówności w zdrowiu.<sup>324</sup> Z kolei nadmierne picie alkoholu jest przyczyną złożonych problemów człowieka i społeczeństwa, rozpoczynając od wypadków drogowych, kończąc na zachowaniach antyspołecznych. Picie alkoholu przez długi okres prowadzi do marskości wątroby, czy udaru. W 2004 roku opracowano strategię dotyczącą redukcji szkód spowodowanych piciem alkoholu (*Alcohol Harm Reduction Strategy for England*).<sup>325</sup> Walia, Szkocja i Irlandia Północna również wprowadziły podobne strategie.

Reasumując, warto dodać, że umiarkowane spożywanie alkoholu w zalecanych dawkach 1 lub 2 jednostki na dzień może chronić mężczyzn w wieku powyżej 40 lat i

---

<sup>322</sup> Osborne V. (2006) *Morbidity*, s. 76 i 85, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H., National Statistics.

<sup>323</sup> Department of Health (2004) *Choosing Health: Making healthy choices easier*. DoH/NHS. London: The Stationery Office.

<sup>324</sup> Department of Health (1998) *Smoking Kills: A white paper on tobacco*. London: The Stationery Office oraz Department of Health (2000) *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. Department of Health.

<sup>325</sup> Alcohol Harm Reduction Strategy for England (2004) Prime Minister`s Strategy Unit.

kobiety w okresie pomenopauzalnym przed ryzykiem zgonu z powodu choroby wieńcowej serca bądź udaru.<sup>326</sup>

### 2.2.3 Kierunek wybranych działań profilaktycznych realizowanych w UK.

Udoskonalenia wprowadzone dla poprawy warunków sanitarnych, warunków życia codziennego, odżywiania i higieny zredukowały liczbę przypadków chorób zakaźnych. Szczepienia zajmują centralną pozycję w zapobieganiu rozprzestrzeniania się zakażeń, które w przeszłości były głównymi, poważnymi chorobami i przyczynami zgonów, szczególnie wśród dzieci.

Dzisiaj programy szczepień dla dzieci w UK, w połączeniu z zaleceniami WHO są przewidziane w kilku etapach. Program szczepień dla ludzi starszych opiera się głównie na szczepieniach przeciwko grypie i szczepieniach związanych z infekcjami pneumokokowymi (zakażenia te związane są z dwoma rodzajami bakterii, mogącymi atakować płuca, które są najbardziej powszechną przyczyną poważnego zapalenia płuc).<sup>327</sup> Dodatkowo szczepienia są zalecane dla populacji osób w młodszym wieku, którą zalicza się do grupy ryzyka.

Od 2003 roku w Szkocji i Irlandii Północnej szczepienia skierowane są do ludzi w wieku 65 lat i powyżej. Natomiast w Anglii i Walii program był wprowadzany etapami. W 2003 roku dla osób w wieku 80 lat, a w 2005 roku także dla ludzi w wieku 65 lat i powyżej.

Programy promocji zdrowia wraz z krajowymi programami szczepień i badań przesiewowych stanowią bardzo istotny element w polityce zdrowotnej.

U jednego na trzech ludzi, w ciągu życia rozwinię się nowotwór.<sup>328</sup> Zatem, zgodnie z tym stwierdzeniem choroby nowotworowe stanowią główny obszar skupienia w profilaktyce. Obok postępu poczynionego w redukowaniu nowotworu płuc, poprzez działania podejmowane przeciwko paleniu, istnieją programy przesiewowe dla nowotworów piersi i szyjki macicy, stanowiące najważniejsze sposoby wczesnego wykrywania tych chorób.

---

<sup>326</sup> Westlake S., Yar M. (2006) *Focus on Health. Chapter 2. Smoking, drinking and drug use*, s. 31-34, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H., National Statistics.

<sup>327</sup> Chief Medical Officer (2005). *The pneumococcal immunisation programme for older people nad risk groups*. PL/CMO/2005/1. Department of Health.

<sup>328</sup> Quinn M., Babb P., Brock A., Kirby L., Jones J. (2001) *Cancer Trends in England and Wales 1950-1999*. Studies on Medical and Population Subjects no. 66. Office for National Statistics: London.

U jednej na dziewięć kobiet rozwinie się w ciągu życia rak piersi. Celem badań przesiewowych w kierunku raka piersi jest wykrycie rozwijającego się nowotworu w jego wczesnym stadium, co umożliwi wcześniejsze i bardziej efektywne leczenie.<sup>329</sup>

Badania w kierunku raka piersi obejmują kobiety w wieku między 50 a 70 rokiem życia, zgodnie z rekomendacjami programu NHS (*NHS Cancer Plan*).<sup>330</sup>

Obecnie badania przesiewowe w kierunku raka piersi (*NHS Breast Cancer Screening Programme*) (mammografia) w UK obejmują 75% wszystkich kobiet w wieku 53-64 lat.<sup>331</sup>

Programy badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy rozpoczęto, w całym Królestwie, w późnych latach 80-tych XX wieku (w Anglii, Walii i Szkocji w 1960 roku, ale w ograniczonym zakresie), a w kierunku raka piersi w 1988 roku. Generalnie przyjmuje się, że badania te mają ogromny wkład w redukowaniu śmiertelności z powodu tych chorób.

Od momentu wprowadzenia krajowego programu badań przesiewowych częstość występowania raka szyjki macicy zmniejszyła się o połowę. W Anglii i Walii przypadki raka szyjki macicy spadły z 16,5 przypadków na 100,000 mieszkańców do 8,6 na 100,000 mieszkańców w latach 1988-2001.<sup>332</sup>

Zgodnie z WHO karmienie piersią przynosi największe korzyści matce i dziecku.<sup>333</sup> Zaleca się karmienie wyłącznie piersią do 6 miesiąca życia niemowlęcia.<sup>334</sup>

Widoczne są różnice w modelu karmienia piersią pomiędzy krajami UK. Rozpowszechnienie karmienia piersią, jak stwierdza *Infant Feeding Survey*, wynosiło początkowo 69% wśród narodzonych dzieci (nawet jeśli tylko przy jednej okazji), poziom ten znacznie spadał po 6 tygodniach do 42% matek nadal karmiących piersią i po 6 miesiącach proporcja wynosiła już 21%.<sup>335</sup>

---

<sup>329</sup> Quinn M., Allen E. (on behalfe of the United Kingdom Association of Cancer Register) (1995) *Changes in incidence of and mortality from breast cancer in England and Wales since the introduction of screening*. British Medical Journal 311, 1391-1395 oraz Blanks R.G., Moss S.M., McGaham C.E., Quinn M.J., Babb P.J. (2000) *Effect of NS Berast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales 1990-1998: comparison of observed with predicted mortality*. British Medical Journal 321, 665-669.

<sup>330</sup> Department of Health (2000) *NHS Cancer Plan 2000*. London.

<sup>331</sup> Fisher B., Dowding D., Pickett K.E., Fylan F. (2007) *Health...op.cit.*, 137-145.

<sup>332</sup> Sasieni P., Adams J. M. (1999) *Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model*. British Medical Journal 318, 1244-1245 oraz Department of Health (2005) *Breast Screening Programme, England: 2003-04*. Statistical Bulletin 2005.

<sup>333</sup> Dadhich J.P., Gupte A., Faridi M.M.A. (2000) *Role of health care delivery in promoting early and exclusive breastfeeding and related economic gains*. IBFAN.

<sup>334</sup> Department of Health (2003) *Infant Feeding Recommendation*. DoH oraz World Health Organization (2004) *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies*. WHO Geneva, vii.

<sup>335</sup> Hamlyn B. (2002) *Infant Feeding 2000*. TSO: London



Różnice pomiędzy krajami wyglądały następująco: w Anglii i Walii początkowo 71% dzieci było karmionych piersią, w porównaniu z 63% w Szkocji i 54% w Irlandii Północnej (najdłużej karmią piersią matki w Szkocji). Badania pokazują także, że najdłużej karmią piersią matki z wyższych klas społecznych.<sup>336</sup>

Wyniki przeglądów przeprowadzanych (*Infant Feeding Survey*) co pięć lat pokazują, że wiek, poziom wykształcenia i status społeczny matek są bardzo mocno związane z karmieniem piersią.

#### 2.2.4 Rozpowszechnienie picia alkoholu, palenia tytoniu oraz występowanie zakażeń wirusem HIV wśród populacji brytyjskiej.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat skoncentrowanie na nowych epidemiach, takich jak: otyłość, nadużywanie alkoholu czy chorobach przenoszonych drogą płciową skłoniło politykę zdrowia publicznego w stronę budowania obszernych programów zdrowotnych. Drugi raport Wanless'a (2004) sugerował, że rząd potrzebuje nowych sposobów opartych na skutecznych metodach kosztowo-efektywnych, aby zapobiegać złemu zdrowiu.

Odsetek ludzi dorosłych palących spadł z 45% w 1974 roku do 35% w 1982 roku. W 1974 roku paliło 41% kobiet i 51% mężczyzn. Obecnie pali jedynie 4% więcej mężczyzn niż kobiet (2003 rok). Duże różnice w rozpowszechnieniu palenia papierosów wiążą się także z czynnikami – socjoekonomicznym i edukacyjnym. Im niższa grupa społeczna i niższe wykształcenie, tym większy odsetek palaczy. Ogólnie w Szkocji jest więcej palaczy niż w Anglii i Walii, czy Irlandii Północnej.<sup>337</sup>

Wyniki ocen współczynnika zgonów przypisywanych paleniu w UK w latach 1998-2002 dla mężczyzn wynosił 23%, przy czym dla kobiet był o połowę mniejszy - 12%. Najwyższe były w Szkocji dla mężczyzn - 26% i dla kobiet - 14%, a najniższe w Irlandii Północnej - 21% dla mężczyzn, a dla kobiet - 10%. Prawdopodobieństwo śmierci z powodu zaburzeń krążenia, zaburzeń oddechowych, trawiennych, czy różnych nowotworów jest o wiele wyższe wśród palaczy niż u ludzi niepalących czy ekspalaczy. Agencja Rozwoju Zdrowia (*Health Development Agency; HDA*) oszacowała, że w

---

<sup>336</sup> Tamże

<sup>337</sup> Strona internetowa: <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=1327> (2006-11-23)

Anglii w latach 1998 - 2002, palenie przyczyniło się do śmierci 9 na 10 mężczyzn chorujących na raka płuc, i 8 na 10 kobiet chorujących na raka płuc.<sup>338</sup>

Umiarkowane spożywanie alkoholu redukuje ryzyko chorób układu krążenia i udaru (dla mężczyzn w wieku ponad 40 lat i kobiet w wieku pomenopauzalnym). Na poziomie całej populacji występuje bezpośrednia więź pomiędzy ilością konsumowanego alkoholu i liczbą przedwczesnych zgonów wśród osób dorosłych. Konsumpcja alkoholu ma swój udział w rozwoju pewnych chorób i śmiertelności z powodu szeregu nowotworów, objawów neuropsychiatrycznych (np. syndrom uzależnienia alkoholowego), zaburzeń mięśnia sercowego, objawów żołądkowo-jelitowych (jak marskość wątroby), zatruc alkoholowych, niskiej masy urodzeniowej u noworodków i opóźnienia w rozwoju niemowląt. Wiąże się także z wypadkami samochodowymi, bójkami i samobójstwami.<sup>339</sup>

Konsumpcja alkoholu i zgony z tym związane zaczęły rosnać w okresie powojennym. Początek telewizji komercyjnej w 1950 roku dał możliwość przemysłowi spirytusowemu do „zachwalania” picia alkoholu dla dużej liczby populacji. W tym samym czasie prawo sprzedaży alkoholu (koncesje) stawało się liberalne, dochody klasy pracującej wzrosły i ceny alkoholu zaczęły spadać.<sup>340</sup>

W 1960 roku konsumpcja piwa na osobę, wina czy innych napojów w UK wynosiła 120 litrów na rok. Poziom ten uległ podwyższeniu do 170 litrów na osobę do 2002 roku. Chociaż średnia tygodniowa konsumpcja alkoholu w Anglii jest poniżej zaleceń rządowych (3 do 4 jednostki na dzień dla mężczyzn, to jest ok. 21 jednostek na tydzień; oraz 2 do 3 jednostek na dzień dla kobiet, to jest ok. 14 jednostek na tydzień)<sup>341</sup>, niemniej znaczna ilość populacji spożywa alkohol powyżej zalecanych ilości. W 2004 roku 27% mężczyzn i 17% kobiet piło więcej alkoholu od ilości zalecanej.<sup>342</sup>

Koszty poniesione z powodu nadużywania alkoholu w Anglii wynosiły około 20 bilionów GBP na rok. NHS wydaje w przybliżeniu 1,7 bilionów GBP na przypadki związane z nadużywaniem alkoholu (2 miliony przyjęć do szpitala dziennie). Miliony funtów są także wydawane na zajmowanie się przestępczością związaną z

---

<sup>338</sup> Tamże

<sup>339</sup> Jochelson K. (2005) *Nanny...op.cit.*, s. 9.

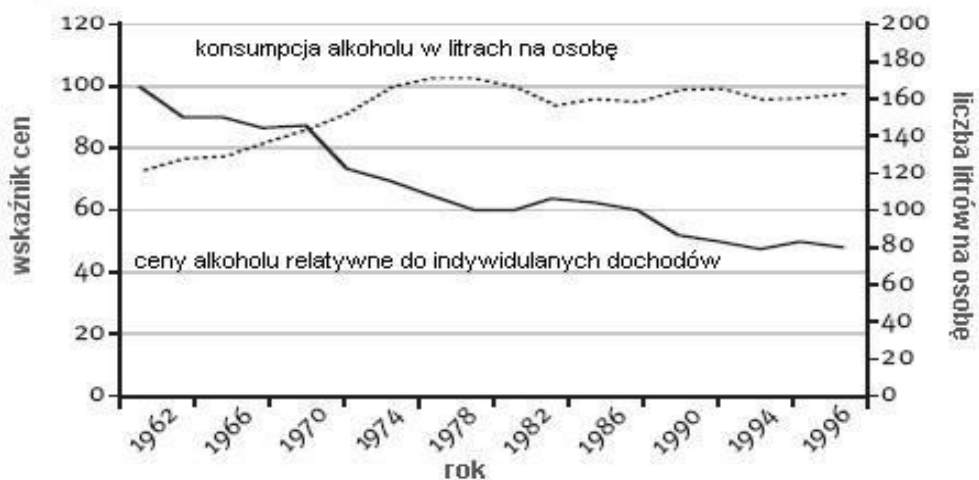
<sup>340</sup> International Study of Alcohol Control Experiences, World Health Organization Regional Office for Europe (1981) *Alcohol, Society and the state: A comparative study of alcohol control, vol 1*. Toronto: Addiction Research Foundation.

<sup>341</sup> Botting B. (1998) *Teenage mothers and the health of their children*. Population Trends 93, 19-28, a także Alcohol Harm Reduction Strategy for England (2004). Prime Minister's Strategy Unit.

<sup>342</sup> Department of Health and Office for National Statistics (2004) *Statistics on Alcohol: England*. Statistical Bulletin 15. London: Department of Health.

nadużywaniem alkoholem i zachowaniami antyspołecznymi, jak również na straty ponoszone przez gospodarkę związane ze złym zdrowiem i urazami (absencja w pracy związana z chorobami spowodowanymi nadużywaniem alkoholu - 11/17 milionów GBP, albo ofiary przemocy domowej – 360,000 tysięcy GBP).<sup>343</sup>

Od 1950 roku rządowa polityka podejmuje kwestie nierówności. W tym czasie konsumpcja alkoholu i śmiertelność była najwyższa w I klasie społecznej, odkąd ludzie w tej grupie mieli dostęp (ich dochody na to pozwalały) do alkoholu, który mogli spożywać w nadmiarze. Natomiast do 1980 roku śmiertelność związana z alkoholem była już wyższa w V klasie społecznej.<sup>344</sup> Od kiedy sprzedaż alkoholu stała się mocno opodatkowana, konsumpcja alkoholu w UK zaczęła spadać, ale zmiany w postawach kulturowych i zachowaniu (trzeźwość stała się społecznie pożądana i ruch wstrzemięźliwości mógł stwarzać okazje dla pojawiania się nowych produktów, rynków i aktywności jako alternatywy alkoholu) także były ważne. Wykres na rycinie nr 14 pokazuje relacje pomiędzy cenami alkoholu i konsumpcją alkoholu w UK.



Rycina nr 14. Ceny i konsumpcja alkoholu w latach 1962-1996.

Opracowano na podstawie źródła: Jochelson K. (2005) *Nanny or Steward? The role of the government in public health*. King's Fund, London, s. 13.

<sup>343</sup> Cabinet Office Strategy Unit (2003). *Interim Analytical Report for the National Alcohol Harm Reduction Strategy*. London: The Stationery Office oraz Department of Health and Office for National Statistics (2004) *Statistics ...op.cit.*, a także The Academy of Medical Sciences (2004) *Calling Time. The Nation's drinking as a major health issue*. A report from the Academy of Medical Sciences.

<sup>344</sup> Waller S., Crosier A., MsVey D. i in. (1999) *Inequalities in Health: A series of seminars held by the Health Education Authority*. London: Health Education Authority.

Przeprowadzone badania w Wielkiej Brytanii w 1980 roku sugerowały, że reklamy (odradzające picia alkoholu) mają mały wpływ na ogólną konsumpcję alkoholu, chociaż mogą wpływać na popyt na szczególny rodzaj napoju alkoholowego bądź markę.

Kampanie promujące zdrowie są najmniej zauważane przez mężczyzn poniżej 25 roku życia i ludzi z niższych sfer (z niskimi dochodami), jak również grupy osób, u których występuje największe ryzyko nadmiernego spożywania alkoholu (grupy społeczne IV i V; jak pokazały przeglądy grupy te najbardziej lekceważą takie kampanie).

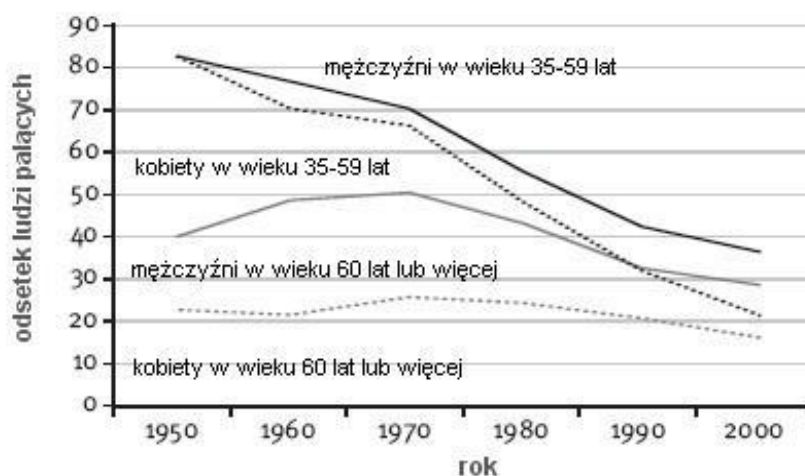
Programy edukacji szkolnej uległy przesunięciu z podejścia pouczającego i opartego na faktach odnośnie nadużywania alkoholu, do modeli, które uczą umiejętności społecznych potrzebnych do radzenia sobie z problemami życia codziennego. Ewaluacja programów edukacyjnych wskazała w najlepszym razie na ich krótkotrwałość. Nie zapobiegają one spożywaniu alkoholu ani nie powstrzymują rozpoczęcia picia alkoholu.<sup>345</sup>

Choroby związane z paleniem papierosów, to głównie nowotwór płuc, choroby przewlekłe płuc (zapalenie płuc, ropniak) oraz choroby układu krążenia. Palacze wykazują także podwyższone ryzyko, w przeciwieństwie do osób niepalących, do nowotworów jamy ustnej, gardła, pęcherza moczowego, przełyku, krtani, czy trzustki. Bierne palenie podwyższa ryzyko zapalenia płuc czy astmy, możliwość osłabienia mięśnia sercowego u dzieci. Jeden na dwóch długoterminowych palaczy przedwcześnie umrze (w wyniku palenia), połowa z tych zgonów wystąpi w wieku średnim.<sup>346</sup> W 1950 roku oszacowano, że w UK paliło 65 % mężczyzn i 40% kobiet. W dzisiejszych czasach pali około 27% dorosłej populacji w Wielkiej Brytanii, to jest w przybliżeniu 14 milionów ludzi. Poniższy wykres na rycinie nr 15 przedstawia rozpowszechnienie palenia wśród populacji UK w latach 1950 - 2000.

---

<sup>345</sup> Jochelson K., (2005) *Nanny...op.cit.*, s. 12-14.

<sup>346</sup> Action on Smoking and Health, Health Development Agency (2003) *Smoking and Health Inequalities*. National Institute for Health and Clinical Excellence oraz Twigg L., Moon G., Walker S. (2004) *The smoking epidemic in England*. Health Development Agency.



Rycina nr 15. Trendy w rozpowszechnieniu palenia papierosów w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej w latach 1950-2000.

Opracowano na podstawie źródła: Jochelson K. (2005) *Nanny or Steward? The role of the government in public health*. King's Fund, London, s. 16.

Niestety wśród dzieci (pomiędzy 11-15 rok życia) w Anglii, rośnie wskaźnik osób palących. W 1988 roku, 8% dzieci z tej grupy paliło regularnie. W 1996 roku wskaźnik ten wynosił już 13%.<sup>347</sup>

W 1965 roku 106,000 mężczyzn zmarło z powodu chorób związanych z paleniem papierosów (32% wszystkich zgonów spośród płci męskiej). Do 2000 roku wskaźnik ten zmniejszył się do 63,000 zgonów mężczyzn, co stanowiło 21,7% wszystkich zgonów płci męskiej.

Niezwykle ważną kwestią jest palenie papierosów wśród kobiet ciężarnych, które może doprowadzać (zwiększa ryzyko) do uszkodzenia płodu (nienarodzonego dziecka), niskiej masy urodzeniowej dziecka, zgonu nienarodzonego dziecka.<sup>348</sup> Stwierdzono związek pomiędzy wiekiem matki i paleniem oraz statusem socjoekonomicznym i paleniem w czasie ciąży. Im wyższy wiek matki i wyższa klasa społeczna tym rzadziej kobiety palą w ciąży.

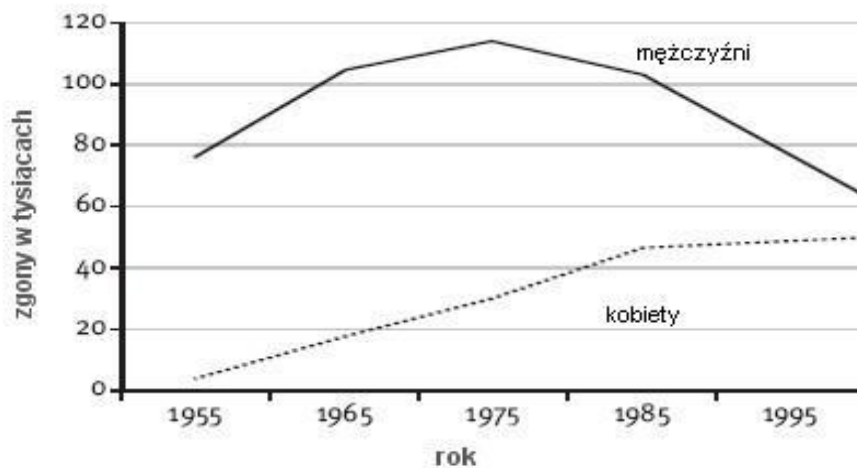
W 1965 roku 17,000 kobiet zmarło z powodu chorób związanych z paleniem (5,6 % wszystkich zgonów wśród kobiet). Do 1995 roku wskaźnik ten podniósł się do 51,000

<sup>347</sup> Department of Health (1998) *Smoking Kills: A white paper on tobacco*. London: The Stationery Office.

<sup>348</sup> Poswillo D. (1998) *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. TSO: London.

(16% wszystkich zgonów wśród kobiet) (wykres na rycinie nr 16 przedstawia liczbę zgonów z uwzględnieniem płci). Kobiety poniżej 65 roku życia mają najgorszy wskaźnik zgonów na raka płuc spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej.<sup>349</sup>

Choroby związane z paleniem nadal powodują około 120,000 zgonów na rok (około 1/5 wszystkich rocznych zgonów w UK).<sup>350</sup>



Rycina nr 16. Liczba zgonów związanych z paleniem papierosów w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej w latach 1955-1995.

Opracowano na podstawie źródła: Jochelson K. (2005) *Nanny or Steward? The role of the government in public health*. King's Fund, London, s. 17

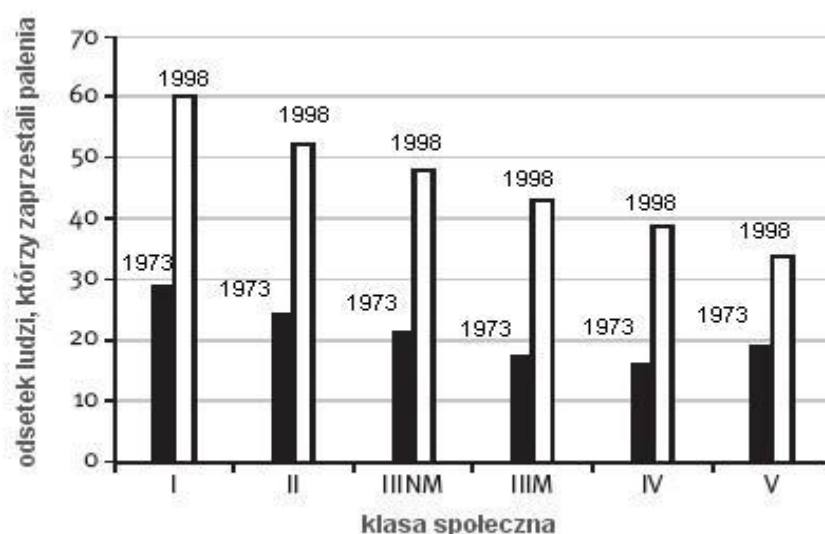
NHS ponosi wysokie koszty związane z paleniem papierosów t.j. około 1,5 bilionów GBP rocznie.

Opadające trendy związane z paleniem papierosów i śmiertelności z tego powodu mają wymiar społeczno-ekonomiczny; jest on wysoki w klasach średnich, które zmieniły swoje zwyczaje. W latach 1973-1996 wskaźniki zaprzestania palenia wzrosły z 25% do 50% w grupach z wyższymi dochodami (wykres na rycinie nr 17 pokazuje odsetek ludzi, którzy zaprzestali palenia z podziałem na klasy społeczne), ale już tylko z 8-9% do 10-13% w uboższych grupach.<sup>351</sup>

<sup>349</sup> Department of Health (1998) *Smoking...op.cit.*

<sup>350</sup> Department of Health (2003) *Statistics on Smoking: England*. Statistical Bulletin 21. London: Department of Health.

<sup>351</sup> Richardson K. (2001) *Smoking. Low income and Health Inequalities: Thematic discussion dokument*. Action on Smoking and Health oraz Department of Health (2003) *Statistics on Smoking: England. Statistical Bulletin 21*. London: Department of Health.



Rycina nr 17. Odsetek ludzi, którzy zaprzestali palenia papierosów w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z uwzględnieniem klas społecznych w 1973 roku i 1998 roku.

Opracowano na podstawie źródła: Jochelson K. (2005) *Nanny or Steward? The role of the government in public health*. King's Fund, London, s. 18.

W 1998 roku rząd brytyjski (Anglia) opublikował program w kierunku walki z paleniem papierosów (*NHS Stop Smoking Services*), w którym przedstawia działania wspierające zaprzestanie palenia papierosów (2/3 palaczy deklaruje chęć zaprzestania palenia papierosów całkowicie<sup>352</sup>), podobne programy wprowadzono w pozostałych krajach Królestwa.<sup>353</sup>

Daleko bardziej znaczące w kształtowaniu kulturowych postaw przeciwko paleniu były dowody medyczne odnośnie związku palenia ze złym zdrowiem. W 1950 roku R. Doll i B. Hill opublikowali pierwsze epidemiologiczne dowody związku pomiędzy paleniem papierosów a występowaniem nowotworu<sup>354</sup>. W tym czasie niektórzy eksperci naukowcy i medycy lekceważyli statystyczną współzależność, ponieważ czynniki kancerogenne nie zostały jeszcze odkryte w papierosach, zaś inni

<sup>352</sup> Office for National Statistics (2005) *General Household Survey 2003*, TSO: London.

<sup>353</sup> Department of Health (1998) *Smoking...op.cit.* oraz Department of Health (2004). *Technical Note for the Spending Review 2004*. Public Service Agreement.

<sup>354</sup> Doll R. (2000) *Smoking and Lung Cancer*. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 162, 1, 4-6.

wierzyli, że zanieczyszczenia powietrza były o wiele bardziej prawdopodobną przyczyną niektórych nowotworów. Początkowo Minister Zdrowia odrzucał możliwość rozważenia wprowadzenia kampanii przeciwko paleniu albo zakazu reklamowania papierosów. Wierzano, że jednostki same powinny podejmować decyzje odnośnie paleniem papierosów bądź ich nie palenia. Uważano również, że to jednostki, a nie rząd, powinny podejmować działania związane z niwelowaniem skutków palenia tytoniu. W latach 1970-1980 istniały silne więzi wzmacniania przez przemysł tytoniowy różnych działań społecznych związanych również ze sportem.<sup>355</sup>

W 1971 roku powstała grupa walcząca z paleniem pod nazwą „*Action on Smoking and Health*” (ASH), która usilnie nakłaniała posłów do podnoszenia podatku na ceny papierosów, wprowadzenia zakazu sponsorowania sportu przez firmy tytoniowe, ograniczenia reklamowania tych produktów. Grupa ASH współpracowała z wieloma organizacjami sektora wolontariuszy, jak *British Heart Foundation* oraz *Cancer Research Campaign*, przekazując między innymi wiadomości edukacyjne w zakresie anty-palenia. W odpowiedzi w 1974 roku, przemysł tytoniowy założył i finansował grupę polityczną FOREST (*Freedom Organisation for the Enjoy Smoking Tobacco*) lobbującą na rzecz wolności ludzi palących tytoń.<sup>356</sup>

Mimo początkowej niechęci rząd rozpoczął wprowadzanie wyższych podatków, kontrolę prawną w celu zniechęcania palaczy do palenia papierosów.

Obecnie UK ma najwyższe ceny papierosów w Unii Europejskiej i jeden z najwyższych poziomów cła na papierosy na świecie.<sup>357</sup> Prawie 80% ceny paczki papierosów stanowi podatek. W 2000 roku wpływy do budżetu z przemysłu tytoniowego wyniosły 9,6 bilionów GBP.

Od 2003 roku, po przyjęciu konwencji WHO dotyczącej kontroli rozpowszechniania wyrobów tytoniowych (*Framework Convention on Tobacco Control*), w UK wreszcie zakazano reklam tytoniu we wszystkich mediach, zakończono promocję wyrobów tytoniowych oraz sponsorowanie różnych imprez przez wytwórnie papierosów. Rząd wprowadził też ostrzegające etykiety na paczkach papierosów (o ryzyku palenia; zgodnie z konwencją WHO), które muszą pokrywać 30% paczki papierosów (bardziej

---

<sup>355</sup> Berridge V., Loughlin K. (2005) *Public Health Then and Now. Smoking and the New Health Education in Health 1950s-1970s*. American Journal of Public Health 95, 6, 956-964.

<sup>356</sup> Jochelson K. (2005) *Nanny...op.cit.*, s. 18.

<sup>357</sup> Wanless D. (2004) *Securing Good Health for the Whole Population*. Final Report. (dokument dostępny na <http://www.hm-treasury.gov.uk>)



wskazane jest 50%) i zakazał wprowadzania w błąd konsumentów odnośnie opisu produktu tytoniowego, jako lekki (light) albo łagodny (mild).<sup>358</sup>

Reasumując, badania w UK pokazały, że kiedy ceny tytoniu rosły w latach siedemdziesiątych konsumpcja tego towaru zaczęła spadać. Ministerstwo Zdrowia oceniło, że zakaz reklam i promocji tytoniu w UK, będą skutkowały w 2,5 % redukcji liczby zgonów spowodowanych przez choroby związane z paleniem, ostatecznie pozwoli to na uchronienie do 3,000 osób przed śmiercią w ciągu roku.<sup>359</sup>

Wcześniejsze i współczesne badania pokazują, że zdecydowane działania władz prowadzą palaczy do zaprzestania palenia albo chociaż zmniejszenia liczby wypalanych papierosów. Umieralność spowodowana chorobami związanymi z paleniem także spadła w ostatnich dekadach. Konsumpcja tytoniu uległa zahamowaniu, kiedy rząd podnosi podatki, zakazuje reklam i palenia w miejscach publicznych. Z kolei programy edukacyjne podnoszą świadomość, chociaż ich wpływ na zachowania jest niepewny. Niemniej kampanie edukacyjne mają pewien wkład w sferze kulturowej zmiany postaw i wzroście publicznego wsparcia dla zakazu palenia w miejscach publicznych.

W 1998 roku rząd brytyjski rozpoczął 10-letnią narodową strategię walki z narkotykami, skierowaną przede wszystkim do młodych ludzi zażywających narkotyki lub osób szczególnie narażonych.<sup>360</sup> Palenie, picie i zażywanie narkotyków są wysoko związane z zachowaniami zdrowotnymi, dlatego tak ważne jest stosowanie metod przekonujących do rezygnacji z „brania narkotyków” i w sumie są także najbardziej efektywne. W ciągu ostatnich 30 lat nastąpiła także zmiana w zachowaniach seksualnych ludzi. Trzeci raport rządowy dotyczący zdrowia seksualnego, wskazuje na gwałtowne obniżenie poziomu zdrowia seksualnego, które stawia się jako główną kwestię polityki w sferze zdrowia publicznego.<sup>361</sup>

Już wiadomo, że występuje wyraźny związek pomiędzy złym zdrowiem seksualnym, ubóstwem i społecznym wykluczeniem. Informacje odnośnie antykoncepcji i unikania infekcji przenoszonych drogą płciową (*Sexually Transmitted Infections*; STIs) są raczej ogólnie dostępne, ale jakość dostarczanych usług w tym zakresie pozostaje nierówna na poszczególnych obszarach. Pierwszą krajową strategię dla świadczeń związanych ze zdrowiem seksualnym i HIV opublikowano w 2001 roku przez Ministerstwo Zdrowia i

---

<sup>358</sup> Action on Smoking and Health (2004) Factsheet No 19: *Tobacco advertising and promotion*. Action on Smoking and Health.

<sup>359</sup> Department of Health (1998) *Smoking ...op.cit.*

<sup>360</sup> Cabinet Office (1998) *Tackling drugs to build a better Britain*. TSO: London Select Committee. Report on Sexual Health, TSO: London.

<sup>361</sup> House of Commons Health (2003) Select Committee on Health Third Report.

ukierunkowano na poprawę świadczeń zdrowotnych, dostarczanie informacji, wsparcie, redukcję nierówności oraz poprawę zdrowia seksualnego.<sup>362</sup>

Nieodpowiednie zachowania seksualne, wczesny pierwszy stosunek płciowy są połączone z nieplanowanym, niebezpiecznym seksem, stanowiąc większe ryzyko niezamierzonej ciąży i zakażeń przenoszonych drogą płciową. Alkohol i narkotyki również mają duży wpływ na te zachowania.<sup>363</sup>

W Anglii Ministerstwo Zdrowia postawiło przed sobą cel odnośnie – redukcji o 50 % poziomu poczęć wśród dziewcząt w wieku młodszym niż 18 lat do 2010 roku (od początku 1998 roku). Cel zawarto także w dokumencie pod nazwą „*Public Service Agreement 2005-2008*”.<sup>364</sup> Jak dotąd działania te spowodowały spadek poziomu poczęć z 46,6% na 1000 dziewcząt w wieku 15-17 lat w 1998 roku, do 42,1% w 2003 roku. Dla dziewcząt 13-15 letnich poziom poczęć z 8,8% na 1000 w 1998 roku, spadł do 7,9% na 1000 w 2003 roku.<sup>365</sup>

Podobnie w szkockim projekcie „W Kierunku Zdrowszej Szkocji” (*Towards a Healthier Scotland*)<sup>366</sup> postawiono cel – redukcji występowania ciąż wśród dziewcząt 13-15 letnich o 20% pomiędzy 1995-2010 rokiem; jak dotąd poziom ciąż w tej grupie spadł z 8%/1000 w 1995/6 roku do 7% w 2002/03.

Tak jak w innych krajach, również w Zjednoczonym Królestwie wyzwaniem w ostatnich latach stały się zakażenia HIV. Liczba zdiagnozowanych pacjentów zakażonych HIV w UK w 2003 roku wynosiła 37, 079: to jest 34,103 w Anglii; 1,651 w Szkocji; 575 w Walii; 189 w Irlandii Północnej. HIV – Human Immunodeficiency Virus zwykle jest przenoszony drogą płciową (do 1999 roku seks pomiędzy dwoma mężczyznami był główną drogą zakażeń HIV<sup>367</sup>), przez krew i stosowanie zakażonych igieł. Wielu ludzi jest zainfekowanych HIV, ale nie są świadomi tego faktu. Agencja Ochrony Zdrowia (*Health Protection Agency*) prowadziła kalkulację

---

<sup>362</sup> Department of Health (2001) *Better Prevention, Better Services, Better Sexual Health: The National Strategy for Sexual Health and HIV*. London.

<sup>363</sup> Robertson J.A., Plant M.A. (1986) *Alcohol sex and risks of HIV infection*. Drug and Alcohol Dependence 22 (1), 75-78.

<sup>364</sup> Technical Note for the Spending Review 2004: Public Service Agreement 2005-2008. Department of Health.

<sup>365</sup> Westlake S. (2006) *Sexual behaviour and health. Chapter 6*, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H.. National Statistics, s. 67.

<sup>366</sup> Scottish Office Department of Health (1999) *Towards a Healthier Scotland-A White Paper on Health*. TSO: Edinburgh.

<sup>367</sup> Elford J., Anderson J., Bukutu C., Ibrahim F. (2006) *HIV in East London: ethnicity, gender and risk. Design and methods*. BMC Public Health 6: 150.

niezdiagnozowanych zakażeń HIV. Uważa się, że istnieje 39% niezdiagnozowanych przypadków wśród mężczyzn i 22% wśród kobiet.<sup>368</sup>

W ciągu XX wieku wskaźniki zachorowalności z powodu wielu chorób uległy ogromnej poprawie, niestety poziom innych stwarza coraz to większe zagrożenie i wyzwanie dla narodów. Odpowiednia opieka medyczna, działania zapobiegawcze i promujące zdrowe postawy, oraz stosowna polityka rządowa z naciskiem na współpracę pomiędzy partnerami (rozwijanie więzi partnerskich i umiejscawianie poprawy zdrowia publicznego w centrum każdej organizacji, w struktury jej działania), a także społeczne zaangażowanie daje szansy i możliwości poprawy zdrowia. Rząd UK realizował i realizuje wiele obszernych interwencji w celu poprawy zdrowia publicznego. Następny rozdział będzie skoncentrowany wokół bardziej szczegółowych informacji na temat rządowych działań w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

---

<sup>368</sup> Westlake S., (2006). *Sexual...op.cit.*, s. 71.

## 2.3 Realizacja strategii promocji zdrowia w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

### 2.3.1 Uczestnictwo społeczeństwa w działaniach promujących zdrowie.

Promocja zdrowia działa poprzez akcje realizowane przez społeczności w priorytetowych obszarach (inaczej siedliskach). Współcześnie uważa się bowiem, że upoważnienie społeczeństwa (empowerment) bądź właśnie bardziej znane w literaturze polskiej jako upodmiotowienie społeczeństwa jest istotą promocji zdrowia, i że rozwój społeczności jest główną strategią promocji zdrowia.<sup>369</sup>

Rozwój społecznego uczestnictwa w opiece zdrowotnej rozwinął się po II wojnie światowej. Uświadamiano sobie wówczas, że polityka zdrowia publicznego nie jest oderwanym obszarem, ale kształtuje się jako integralna część ogólnej polityki społecznej.

Rozwój społeczności (community development) zdefiniowano jako: „*proces, w którym społeczność identyfikuje swoje potrzeby albo cele, porządkuje je, rozwija zaufanie i współpracuje nad realizacją tych celów, szuka środków wewnętrznych i/albo zewnętrznych, aby je zrealizować; podejmuje dalsze działania w związku z celami, stale rozwija postawy współdziałania i współpracy oraz rozwija praktyki w społeczeństwie.*”<sup>370</sup>

Natomiast rozwój społeczności w podejściu do zdrowia określono, jako:

„*proces, w wyniku którego społeczność definiuje swoje własne potrzeby zdrowotne, rozważa jak te potrzeby można spełnić i zbiorowo decyduje się na priorytetowe działania.*”<sup>371</sup>

Dążenie społeczności do zdrowia opiera się na dwóch założeniach, że<sup>372</sup>:

1. „*Ludzie mają prawo i obowiązek partycypować indywidualnie i zbiorowo w planowanie i wdrażanie swojej opieki zdrowotnej.*”<sup>373</sup>

---

<sup>369</sup> Lupton D. (1995) *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London, Sage Publications, s. 59 oraz World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for health promotion*. Health Promotion, 1, iii-v.

<sup>370</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health...op.cit.*, s. 164.

<sup>371</sup> Tamże, s. 164.

<sup>372</sup> Tamże, s. 164.

<sup>373</sup> World Health Organization (1978) *Alma Ata 1978: Primary Health Care*, Geneva, WHO.

2. „Zdrowie dla wszystkich będzie osiągnięte przez samych ludzi. Dobrze poinformowana, zmotywowana i aktywnie uczestnicząca społeczność jest kluczowym elementem dla osiągnięcia powszechnych celów.”<sup>374</sup>

Można więc powiedzieć, że rozwój społeczności jest procesem zbiorowego wysiłku społeczeństwa zwróconego w stronę podnoszenia społecznej kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie i poprawianie stanu zdrowia społeczeństwa. Zmierzając w ten sposób do zdobywania możliwości na zastosowanie własnych umiejętności (czyli upodmiotowienie), społeczeństwo może osiągać priorytety zdrowotne związane z określonymi potrzebami zdrowotnymi.

W ciągu lat 60-tych XX wieku państwa wysoko rozwinięte ponownie skupiły się na walce z ubóstwem. Doprowadziło to do zaprojektowania programów mających na celu łagodzić skutki ubóstwa. W 1969 roku Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (*Home Office*) sfinansowało 12 projektów rozwoju społeczności w obszarach złożonego niedostatku. Obszary te zostały wyselekcjonowane przez profesjonalistów zaś projekty oparto na licznych założeniach. Pierwsze założenie odnosiło się do adresatów programu, którymi byli ludzie żyjący w niedostatku; drugie, że rozwiązanie problemu może nastąpić za pośrednictwem grup wsparcia i sprawnej wymianie informacji; trzecie, że prowadzenie badań powinno zainicjować zmiany w polityce zdrowotnej; oraz ostatnie, że wszyscy uczestnicy projektu mogą porozumieć się odnośnie priorytetów. Kiedy jednak odkryto, że założona jednomyślność została zakłócona, wycofano się z finansowania projektów.<sup>375</sup>

Innymi przykładami rozwoju społecznego w podejściu do zdrowia były: Ruch Zdrowia Kobiet (*Women`s Health Movement*), Ruch Populacji Czarnoskórej (*Black*) i aktywności grup mniejszości etnicznych. Zdrowie było w centrum uwagi Ruchu Zdrowia Kobiet, który rozwinął się w latach 1960-1970. Najważniejszą kwestią było wzbogacanie wiedzy, zwłaszcza dotyczącej higieny i funkcjonowania organizmu. Dzielenie osobistych doświadczeń prowadziło do nowego spojrzenia na sprawy związane ze zdrowiem.

Czarnoskórzy i grupy mniejszości etnicznych także interesowali się kwestiami zdrowotnymi, szczególnie przejawami rasizmu wewnątrz opieki zdrowotnej.<sup>376</sup>

---

<sup>374</sup> World Health Organization (1985) *Targets...op.cit.*.

<sup>375</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health Promotion...op.cit.*, s. 162-163.

<sup>376</sup> Tamże, s. 162-164.

Określenia - rozwój społeczności i upodmiotowienie zaczęły stawać się powszechne w promocji zdrowia w latach 80-tych XX wieku. W 1988 roku wydział ds. edukacji zdrowotnej (*Health Education Authority*; HEA) powołał dział rozwoju społecznego i profesjonalnego. Niestety w 1990 roku dział ten zamknięto zaraz po rezygnacji jego dyrektora.

Zanim powstał HEA w latach 1968-1987 przewodnictwo w zakresie edukacji zdrowotnej sprawowała Rada Edukacji Zdrowotnej (*Health Education Council*; HEC), obejmując swoimi działaniami Anglię, Walię i Irlandię Północną. W 1987 roku HEC została zniesiona, głównie z powodu groźby wywołanej przez AIDS. Wtedy właśnie utworzono nowy wydział ds. edukacji zdrowotnej (*Health Education Authority*), jako specjalną władzę zdrowotną. Organizacja ta była odpowiedzialna za uświadamianie zagrożeń, które wynikają z takich, a nie innych zachowań zdrowotnych społeczeństwa w zakresie AIDS, palenia papierosów, nadużywania alkoholu i narkotyków, zdrowia jamy ustnej, zdrowia rodziny, zdrowia ludzi młodych i dorosłych, a także zdrowia osób w starszym wieku. Podejście HEA było oparte na przekonaniu, że efektywna edukacja zdrowotna składa się z wielu wymiarów, a sama edukacja jednostek jest niewystarczająca żeby przynosić zmiany. Stąd, dodatkowo do tradycyjnych kampanii reklamowych stosowanych przez środki masowego przekazu, HEA wspierała organizacje posiadające możliwość podejmowania ważnych decyzji, a także motywowała społeczeństwo do podejmowania działań pozytywnie wpływających na zdrowie. Także współcześnie HEA blisko współpracuje ze specjalistami z zakresu edukacji zdrowotnej w obrębie NHS. Współdziała w planowaniu działań edukacyjnych z okręgowymi władzami zdrowotnymi, wydziałami edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Opiera się również na powyższych wydziałach w kwestii analizowania zaleceń programowych płynących od rządu centralnego, związanych z narodowymi oraz lokalnymi kierunkami działania.

Do bardziej prestiżowych kierunków działania HEA należy: Narodowy Dzień Bez Palenia (*No Smoking Day*), który jest obchodzony od 1984 roku dzięki zaangażowaniu 11 głównych krajowych organizacji zdrowia. Osiągnięciami tego Dnia są - wyższy poziom narodowej świadomości w zakresie zdrowia, wzrost liczby ludzi, którzy zaprzestali palenie i ponad dwa miliony palaczy usiłujących rzucić palenie w tym dniu. Wśród projektów badawczych wspieranych przez HEA był także regionalny projekt „*Smoke Free*”. Celem jego było zniechęcanie ludzi do palenia papierosów poprzez kampanie reklamowe. Z kolei projekt „*Drink Wisely North West*” był poświęcony

promowaniu umiarkowanego spożywania alkoholu oraz edukacji w tym zakresie w miejscu pracy.<sup>377</sup>

Partycypację społeczeństwa zakładano również w jednym z priorytetów programu HEA - „W Trosce o Twoje Serce” (*Look After Your Heart*).<sup>378</sup> Kampania HEA „*Look After Your Heart*” także skupiała się na miejscu pracy. Kampania przebiegała we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Bezpieczeństwa Społecznego. Celem kampanii była redukcja wysokiego poziomu przypadków zachorowalności z powodu chorób serca w Anglii. Program angażował pracodawców wraz z pracownikami (ogólnie ponad 1,5 miliona ludzi) oferując im edukację oraz pomoc w utworzeniu zdrowych warunków pracy. Dzięki projektowi prowadzono również reklamy w środkach masowego przekazu oraz produkcję i rozpowszechnianie ulotek z poradami dla całej społeczności. Wprowadzono także zasady przyznawania nagrody „award scheme” dla restauracji. Polegało to na przyznaniu nagrody i uznaniu restauracji za zdrowe miejsce w wyniku oceny, że podaje się tam zdrowe potrawy i zabrania się palenia tytoniu.<sup>379</sup>

HEA skupia się również na zachęcaniu do uczestnictwa w działaniach w zakresie edukacji zdrowotnej kobiet, grupy mniejszości etnicznych i grupy ludzi z niższych klas społecznych. Projekty obejmują swoim zasięgiem inicjatywy współpracy zarówno na poziomie krajowym jak i lokalnym z uwzględnieniem współpracy w małych zbiorowościach.<sup>380</sup>

Poniżej zostały podane wybrane przykłady aktywnego udziału społeczności w propagowaniu i wzmacnianiu potrzeb zdrowotnych określonej populacji lokalnej:

- program „*Health Information Worker*” – prowadzony przez grupę lokalnych wolontariuszek (*Women`s Health Group*) udzielających i dzielących się informacjami o zdrowiu i dobrostanie na poziomie lokalnym (North and West Belfast),
- urzędnicy z „*Health and Wellbeing Development Officers*” (Belfast), ostatnio mianowani w ośrodkach działań zdrowotnych (*Health Action Zones*)<sup>381</sup> mają za zadanie wspieranie aktywnego udziału społeczeństwa w sprawach związanych ze zdrowiem,

---

<sup>377</sup> Jacob M. (1988) *United Kingdom. England*, [w:] *Health Education in Europe. International Union for health education*, Wieberdink E., Dutch Health Education Centre, UTRECHT, The Netherlands, s. 246-247.

<sup>378</sup> Health Education Authority (1991) *Strategic Plan*. London, HEA.

<sup>379</sup> Jacob M. (1988) *United...op.cit.*, s. 247.

<sup>380</sup> Tamże, s. 248-249.

<sup>381</sup> *Health Action Zones* -ośrodki działań zdrowotnych, a dokładniej jednostki zlokalizowane w obszarach objętych szczególną troską i rodzajem działań zdrowotnych, gdzie występuje socjalne i ekonomiczne ubóstwo. Są utrzymywane z funduszu centralnego i rola ich polega na poprawie stanu zdrowia we

- realizacja planu działania związanego z problemami - narkotykowym i alkoholowym (*Drugs and Alcohol Community Action Plan*), kierowanego przez grupy społeczne w West Belfast, który dąży do identyfikacji potrzeb i rozwoju równorzędnej, skoordynowanej reakcji na poziomie lokalnym.<sup>382</sup>

Podobne działania skoncentrowane na społecznym uczestnictwie rozwijane są w pozostałych miastach Zjednoczonego Królestwa. Większość projektów podejmowanych przez społeczeństwo jest finansowana przez organizacje rządowe, jak władze ds. zdrowia bądź władze ds. edukacji. Pozostałe projekty mogą być finansowane wspólnie przez organizacje dobroczynne i granty rządowe. Niestety większość projektów jest finansowanych tylko przez krótki okres. Stanowi to dylemat w rozwoju praktycznych działań, ponieważ brak zabezpieczenia finansowego dla długoterminowych projektów powoduje ograniczone możliwości w ich planowaniu i ocenianiu.

Ważnym dokumentem rządowym, w którym podkreśla się znaczenie społecznego uczestnictwa w realizacji wyznaczonych celów zdrowotnych jest pierwszy raport Wanless'a pod tytułem „*Securing Good Health: Tackling a Long-Term View*” (2002). Jednym z zauważonych zagadnień było zwrócenie uwagi na *scenariusz pełnego zaangażowania*<sup>383</sup> rządu i społeczeństwa. Według tego scenariusza poziom społecznego zaangażowania w odniesieniu do zdrowia danej populacji jest wysoki. Dzięki czemu społeczeństwo czuje się pewnie w systemie opieki zdrowotnej, wymagając wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Scenariusz pełnego zaangażowania nie ogranicza się tylko do działań związanych z redukcją powszechnego palenia papierosów. Idzie krok dalej w kierunku zmiany w planowaniu i dostarczaniu świadczeń oraz strategii zdrowotnych.<sup>384</sup>

---

współpracy z lokalnymi partnerami związanymi ze zdrowiem, mieszkalnictwem i zatrudnieniem. Funkcjonują także Sports Action Zones, które dążą do korzyści płynących z uprawiania sportu dla społeczeństw ubogich; Employment Action Zones, które zwrócone są do ludzi długo przebywających na bezrobociu, wspierając ich w poszukiwaniu pracy, osiągnięciu i podtrzymaniu niezależności; Education Action Zones, których celem jest podwyższanie poziomu edukacji przez partnerstwo z lokalnymi przedsiębiorcami, rodzicami i całym społeczeństwem (więcej patrz s. 95).

<sup>382</sup> Department of Health, Social Services and Public Safety (2004) *Review...op.cit.*

<sup>383</sup> *Scenariusz pełnego zaangażowania* - zajmuje obecnie jedno z najważniejszych miejsc w działaniach promujących zdrowie, oraz szerzej ujmowanego zdrowia publicznego. Obecne trendy wskazują jednomyślność faworyzowania pojęcia zdrowia publicznego jako wyników zorganizowanych społecznych i politycznych wysiłków dla korzyści populacji i jednostek. Korzyść jest najczęstszym wyobrażeniem/ najczęstszą formą ujmującą pozytywne zdrowie i dobre samopoczucie, i zapobieganie chorobom i niepełnosprawnością. Równolegle, znaczny nacisk kieruje się w stronę osobistej odpowiedzialności za promocję zdrowia i zachowania zdrowotne na indywidualnym poziomie. Definicja zaczerpnięta z: Mason C., Clarke J. (2001) *A Nursing Vision of Public Health. All Ireland Statement on Public Health and Nursing*. Department of Health, Social Services and Public Safety, s. 7

<sup>384</sup> Wanless D. (2004) *Securing...op.cit.*



Reasumując należy zauważyć, że społeczne uczestnictwo w działaniach na rzecz zdrowia określane jako rozwój społeczny stanowi ważny element promocji zdrowia w krajach Zjednoczonego Królestwa. Społeczne zaangażowanie w realizację projektów dotyczących zdrowia niesie ze sobą możliwości określenia najbardziej istotnych i prawdziwych potrzeb zdrowotnych danej społeczności, a tym samym większe szanse na ich spełnienie.

### 2.3.2 Szkoła promująca zdrowie oraz edukacja zdrowotna i seksualna w instytucjach edukacyjnych.

Od początku lat 50-tych XX wieku WHO zajmuje się promowaniem zdrowia dzieci m.in. poprzez instytucje szkolne. Organizacja ta rozpoznała, że związek pomiędzy zdrowiem dzieci a edukacją jest ogromny i stwierdziła, że „szkolne programy zdrowia, które koordynują dostarczanie edukacji i świadczeń zdrowotnych oraz promują zdrowe środowisko mogłyby stać się jednym z najbardziej skutecznych sposobów, dostępnych dla prawie wszystkich narodów na świecie, poprawiających znaczenie dobrego samopoczucia ich ludności”.<sup>385</sup> W następstwie, takie programy mogłyby stać się decydującymi sposobami wpływającymi na poprawę położenia ludności w skali globalnej. WHO poparła projekty szkół promujących zdrowie, wspierając ich rozwój na całym świecie. Także w Europie wspiera się rozwój Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (*European Network of Health-Promoting Schools*; ENHPS). Zjednoczone Królestwo również jest członkiem ENHPS.<sup>386</sup>

Szkoły tradycyjnie stwarzają najwięcej możliwości do promowania zdrowia dzieci, bez dodatkowych, dużych nakładów. Rola szkoły we wzmacnianiu zdrowia, zwykle poprzez edukację zdrowotną realizowaną w salach lekcyjnych, została uznana w

---

<sup>385</sup> World Health Organization (1996) *Promoting Health Through Schools: WHO's Global Initiative*. World Health Organization (WHO/HPR/HEP/96.4), Geneva, Switzerland.

<sup>386</sup> Moon A.M., Mullee M.A., Rogers L., Thompson R.L., Speller V., Roderick P. (1999) *Helping schools to become health-promoting environments – an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award*. Health Promotion International 14, No. 2, 111-122 oraz World Health Organization (1996) *Promoting Health Through Schools: WHO's Global Initiative*. World Health Organization (WHO/HPR/HEP/96.4), Geneva, Switzerland, a także World Health Organization (1997) *Promoting Health Through Schools: Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. WHO Technical Report Series 870, WHO, Geneva, Switzerland.

większości krajów, jako dostarczająca podstawowych informacji dzieciom odnośnie zasad higieny, zdrowego stylu życia i sposobów opiekowania się sobą nawzajem oraz dostarczająca kluczowych wartości społecznych, odpowiednich umiejętności i norm kulturowych.<sup>387</sup>

Szkoła jest więc kluczowym siedliskiem dla promocji zdrowia, ponieważ przez wiele lat obejmuje swoim zasięgiem ogromną liczbę populacji. Wiedza dostarczana w szkole powiązana jest ze zdrowiem, a kształtowanie postaw i zachowań zaczyna się już we wczesnym wieku. Projekt wydziału ds. edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych, pod nazwą „*The Health Education Authority Primary Schools Project*”, ukazał, że nauczyciele często nie doceniają bogactwa informacji jakie posiadają młodzi ludzie odnośnie zdrowia. Najbardziej efektywna edukacja zdrowotna ma miejsce w części trwającego i progresywnego programu nauki, który opiera się o wcześniejsze doświadczenia, pozwala bowiem dzieciom rozszerzać swoją wiedzę i umiejętności odpowiednio do ich etapu rozwojowego. Edukacja dla zdrowia powinna być rozumiana jako część praw dziecka i powinna odgrywać istotną rolę w przygotowaniu do życia.<sup>388</sup>

Kreując strategię „szkoły promującej zdrowie” wymaga się zastosowania podejścia zwanego „*whole school*”, podejścia holistycznego określającego zaangażowanie całej szkoły do spraw związanych ze zdrowiem. Podejście takie wymaga umiejscowienia edukacji zdrowotnej we wszystkich sferach życia szkoły.<sup>389</sup> Szkoła promująca zdrowie wspiera i promuje odpowiednie postawy oraz rozumienie spraw w sposób prowadzący do utrzymania dobrego stanu zdrowia.<sup>390</sup>

Szkoła promująca zdrowie powinna dążyć do rozwijania:

- pozytywnych relacji pomiędzy uczniami i pracownikami szkoły, pracownikami i rodzicami oraz szkołą i społeczeństwem,
- pozytywnych wzorów zachowań poprzez „modelowanie” (modelling) ról: uprzejmość, troskę, szacunek oraz wypracowania odpowiedniego system nagród i kar,

---

<sup>387</sup> Monn A. (2002) *Health promotion school and health schools awards. International Union for Health Promotion and Education. Supplement; Promotion and Education 9; 25-28.*

<sup>388</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health...op.cit.*, s. 240.

<sup>389</sup> Nutbeam D., Clarkson J., Philips K., Everett V., Hill A., Catford J. (1987) *The health promoting school: organization and policy development in Welsh Secondary Schools.* Health Education Journal 46, 109-115.

<sup>390</sup> Her Majesty's Incorporated (HMI) (1984) *Curriculum matters 6: Health education from 5 to 16.* London: HMSO oraz National Curriculum Council (NCC) (1990a). Curriculum guidance No.5. Health education. York: National Curriculum Council.

- struktur organizacyjnych i kierowniczych, które pobudzają pewność siebie i budują poczucie własnej godności uczniów i pracowników,
- przyjaznego środowiska fizycznego szkoły.<sup>391</sup>

Dobre relacje pomiędzy pracownikami szkoły i uczniami, jak również pomiędzy samymi pracownikami oraz relacje szkoły ze społeczeństwem są bardzo istotnym elementem promocji zdrowia. Poprzez stosowne relacje nadaje się znaczenia działaniom podejmowanym w szkołach na rzecz promocji zdrowia, angażując całe społeczeństwo w realizację założonych celów.

W latach 1977-1978 został wprowadzony projekt „Moje Ciało” (*My Body*) w wielu szkołach podstawowych w Sheffield, Derbyshire, w Anglii. Celem projektu było zniechęcenie dzieci do palenia tytoniu przez zwiększenie ich świadomości o szkodliwości palenia dla zdrowia.<sup>392</sup>

Dla osiągnięcia celu określonego w projekcie „Moje Ciało” określono następujące kluczowe elementy:

- zdobywanie obszernej wiedzy z naciskiem na „dziecięce odkrywanie samego siebie”,
- zwiększanie dziecięcej zdolności do podejmowania właściwych wyborów odnośnie spraw, które mają wpływ na zdrowie,
- promowanie podwyższania własnej samooceny w taki sposób, żeby zachęcać dzieci do podejmowania decyzji o zmianie stylu życia,
- rozważanie przez dzieci własnych postaw i wartości.<sup>393</sup>

Ewaluacja projektu dokonana rok po jego zakończeniu sugerowała, że osiągnięto korzystny wynik w postaci zwiększenia świadomości dzieci o złym wpływie palenia tytoniu na zdrowie.<sup>394</sup>

Kolejne projekty dążyły do rozwoju umiejętności życiowych i społecznych, takich jak: asertywność, tworzenie odpowiednich związków międzyludzkich i partnerskich, zarządzanie konfliktem, praca w grupach i wywieranie wpływu na ludzi.<sup>395</sup>

W 1977 roku podejmowano wiele podobnych projektów, jak: „Życ lepiej 12-18” (*Living well 12-18*), „Wszystko o Mnie 7” (*All About Me 7*) oraz „Myśl Pozytywnie 8” (*Think Well 8*). Wszystkie były wspierane przez rady szkolne (*Schools Council*).

<sup>391</sup> Kemm J., Close A. (1995) *Health Promotion. Theory and Practice*. Palgrave, s. 223.

<sup>392</sup> Murray M., Swan A.V., Enock C. i in. (1982) *The effectiveness of the Health Education Council's My Body School Health Education Project*. Health Education Journal 41, No 4, 126-130.

<sup>393</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health Promotion ...op.cit.*, s. 241.

<sup>394</sup> Murray M., Swan A.V., Enock C. i in. (1982) *The effectiveness...op.cit.*, 126-130.

<sup>395</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health Promotion ...op.cit.*, s. 241.

W 1977 roku i 1982 roku realizowano dwa inne projekty, które skupiały się na edukacji zdrowotnej. Ich celem było wyrobienie u młodzieży umiejętności podejmowania świadomych decyzji, jak również rozwoju samooceny. Projekty obejmowały dzieci w wieku 5-13 lat oraz 13-18 lat. Pierwszy projekt nosił nazwę „*The Schools Council Health Education Project 5-13*”, natomiast drugi projekt miał tytuł „*Health Education Project 13-18*”. Tematy realizowane w ramach tych projektów obejmowały zagadnienia z edukacji zdrowotnej, psychologii, ochrony środowiska naturalnego i zdrowia społeczności.<sup>396</sup>

Projekty dążyły do odzwierciedlenia potrzeb dzieci i młodych ludzi oraz podnoszenia ich świadomości o nierównościach.

Edukacja zdrowotna w szkołach nie zaczyna się i nie kończy w salach szkolnych. Subtelne wiadomości, które uczniowie otrzymują odnośnie zdrowia z życia codziennego ich szkoły są tak samo istotne, jak te dostarczane w ciągu lekcji. Wiadomości przekazywane w ten sposób powinny więc być spójne. Treści przekazywane młodzieży szkolnej związane z konsekwencjami palenia papierosów wspierane są, jeśli zakaz palenia funkcjonuje i jest respektowany na terenie całej szkoły. Podobnie jest, jeżeli chodzi o żywność podawaną uczniom w szkole, która powinna być zgodna z zasadami zdrowego odżywiania.

Edukacja zdrowotna w szkołach powinna dążyć do:

- przekazywania faktycznych i zbilansowanych informacji o zdrowiu,
- badania postaw, wartości, przekonań i emocji związanych ze zdrowiem,
- promowania rozwoju osobistych umiejętności uczniów powiązanych ze zdrowiem (np. umiejętność podejmowania decyzji, asertywność),
- podsyłania rozwoju poczucia własnej godności uczniów i pobudzania pozytywnego „samo-wyobrażenia”,
- umożliwienia uczniom rozumienia rówieśniczych nacisków związanych ze zdrowiem i skuteczną reakcją na nie,
- wzmocnienia pozytywnych zachowań albo ich zmiany, w taki sposób, żeby uczniowie prowadzili zdrowszy styl życia,
- promowania wyborów zdrowych stylów życia.<sup>397</sup>

---

<sup>396</sup> Tamże, s. 241.

<sup>397</sup> Tamże, s. 226.

Edukacja zdrowotna widziana jest więc jako proces, w którym młodzi ludzie stają się odpowiedzialnymi za swoje zachowania zdrowotne i nabierają pewności siebie oraz umiejętności pozytywnego wpływania na zdrowie swoje i innych.

Część 1 ustawy oświatowej z 1988 roku, nałożyła odpowiedzialność na szkoły w dostarczaniu obszernego i zbilansowanego programu nauczania, który:

- promuje duchowy, moralny, kulturowy, psychiczny i fizyczny rozwój uczniów,
- przygotowuje uczniów do odpowiedzialności za własne życie i kreuje sytuacje dla poznawania doświadczeń związanych z życiem ludzi dorosłych.<sup>398</sup>

Program nauczania (*National Curriculum*) dla szkół obejmował dziewięć zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej, które powinny obejmować lata nauki szkolnej 1-11 (wiek 5-16 lat): edukację seksualną, edukację płynącą z życia rodzinnego, używanie i nadużywanie substancji uzależniających, bezpieczeństwo, warsztaty związane z nauką umiejętności podejmowania pozytywnych wyborów dla zdrowia, higienę osobistą, żywność i odżywianie, aspekt środowiskowy oraz aspekt psychologiczny.<sup>399</sup>

Celem edukacji seksualnej w tym programie było uświadamianie, że pozytywne i zadbane otoczenie jest istotne dla rozwoju własnej godności, pewności siebie, a także, że jednostki mają obowiązek być odpowiedzialnymi za swoje własne ciało. Ponadto edukacja seksualna powinna była dostarczać wiedzy o procesie reprodukcji i naturze seksualności oraz pobudzać nabywanie umiejętności i postaw, które pozwalają uczniom kierować swoimi związkami z innymi ludźmi w sposób odpowiedzialny i zdrowy.

Temat związany z używaniem i nadużywanie substancji uzależniających dotyczył uzyskiwania wiedzy, podnoszenia świadomości i zdobywania umiejętności, które umożliwią uczniom rozważanie wpływu i skutków używania takich substancji jak: nikotyny, alkoholu i narkotyków na ich zdrowie.<sup>400</sup>

Odsetek szkół podstawowych ukierunkowanych na edukację zdrowotną wzrósł z 17% w 1978 roku do 80% w 1993 roku oraz z 68% w szkołach średnich w 1981 roku do 89% w 1993 roku.<sup>401</sup>

Trudne jest jednak demonstrowanie efektów edukacji zdrowotnej realizowanej w szkołach nie biorąc pod uwagę pozostałych czynników, które oddziałują na zachowania zdrowotne. Niemniej pewne sukcesy zostały osiągnięte. Na przykład dzięki

---

<sup>398</sup> Kemm J., Close A. (1995) *Health...op.cit.*, s. 226-229.

<sup>399</sup> Tamże, s. 226-229.

<sup>400</sup> Tamże, s. 227.

<sup>401</sup> Lewis D. (1993) *Oh for those halcyon days: a review of school health education over 50 years*. *Health Education Journal* 52, 3, 161-171.

edukacji ukierunkowanej na przeciwdziałanie paleniu tytoniu. Wcześniej wspomniany projekt „Moje Ciało” wykazał wzrost poziomu wiedzy na temat szkodliwości palenia tytoniu i pozytywne zmiany w postawach uczniów.<sup>402</sup>

Szkoły są postrzegane jako instytucje mające kluczową rolę do odegrania w edukacji zdrowotnej. Szczególnie, kiedy istnieje społeczne i medialne skoncentrowanie wokół spraw zdrowia. Rządowy dokument „Zdrowie Narodu” uznał istotną rolę szkół i edukacji zdrowotnej w osiągnięciu narodowych celów.<sup>403</sup>

Na przykład w 1991 roku skupienie rządu wokół rozpowszechniania się zakażeń HIV doprowadziło do włączenia edukacji o HIV/AIDS w ustawy - Narodowy Program Nauczania. Szkoła miała według uznania władz szkolnych realizować zagadnienia z zakresu edukacji seksualnej. Niestety w 1994 roku edukacja odnośnie HIV została zepchnięta na dalszy plan pod wpływem intensywnego nacisku grup religijnych.<sup>404</sup>

Funkcjonujące na lokalnym poziomie rządowe programy dofinansowania były pomocne we wspieraniu szkół promujących zdrowie. Najistotniejszy spośród nich był grant wspierający edukację (*Education Support Grant*; ESG), który rozpoczął się w 1986 roku. Założono go by wspierał edukację na temat narkotyków. Później został zastąpiony przez granty o szerszym zakresie, wspierające edukację i szkolenia (*Grants for Education Support and Training*; GEST). Niestety w momencie przesuwania kontroli budżetów z lokalnych władz edukacyjnych do lokalnych władz szkolnych, ci pierwsi odkryli trudności w ich dalszym finansowaniu.<sup>405</sup>

Jednym ze sposobów pomocy szkołom w stawianiu się „szkołą promującą zdrowie” był schemat nadawania szkołom statusu „Zdrowej Szkoły” (*Healthy School Award Scheme*), który dostarczał strukturalnych ram, stawiał cele powiązane ze zdrowiem i oferował wsparcie z zewnątrz. Wiele szkół bazowało na schemacie „Zdrowej Szkoły” (*Wessex Healthy Schools Award - WHSA*). Schemat ten rozwinięto na początku lat 90-tych XX wieku. Koncepcją kierował Instytut Badań Naukowo-Rozwojowych nad Zdrowiem (*Wessex Institute for Health Research and Development*), który jest częścią Uniwersytetu w Southampton. Oparto go na potrzebie zaoferowania szkołom zarysu dla międzyprogramowego planowania i realizowania edukacji

---

<sup>402</sup> Murray M. (1982) *The effectiveness...op. cit.*, s. 126-130.

<sup>403</sup> Department of Health (1992) *Health of the Nation: a strategy for health for England*. London: HMSO.

<sup>404</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health...op.cit.*, s. 245-246.

<sup>405</sup> Kemm J., Close A. (1995) *Health...op.cit.*, s. 237.

zdrowotnej w holistycznym podejściu szkoły. WHSA był jednym z pierwszych tego rodzaju schematów w UK.<sup>406</sup>

Schemat „Zdrowej Szkoły” obejmował dziewięć kluczowych obszarów: program nauczania, więź z całym społeczeństwem, szkołę wolną od dymu nikotynowego, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczną, odpowiedzialność za zdrowie, promowanie zdrowego miejsca pracy, zdrowe środowisko oraz równy dostęp do opieki zdrowotnej.<sup>407</sup>

Działania szkoły realizującej schemat koncentrowały się na między innymi na dostarczaniu informacji związanych ze zdrowiem wszystkim pracownikom oraz motywowaniu społecznego zaangażowania.

Szkoły zaangażowane we wdrażanie schematu wybierały koordynatora oraz identyfikowały dwa obszary (z wyżej wymienionych), dodatkowo do programu edukacji zdrowotnej. Działania te wspierane były przez reprezentantów lokalnych władz zdrowotnych (*Local Health Authority*) bądź przedstawicieli lokalnych władz oświaty (*Local Education Authority*) i głównie dotyczyły wstępnej wizyty w celu przeprowadzenia audytu, pomocy w identyfikacji słabych obszarów i selekcji celów mogących doprowadzić do zmian, a także stałego kontakt w celu zapewnienia szybkiego rozwiązania pojawiających się trudności i zapewnienia ciągłej motywacji szkołom w osiąganiu statusu „Zdrowej Szkoły”. Niekiedy wsparcie dotyczyło także zasobów dostarczanych szkołom przez te instytucje.

Nadawanie szkole tytułu „Zdrowej Szkoły” było przeprowadzane przez inspektorów z Urzędu ds. Standardów Edukacyjnych (*Office for Standard in Education; OFSTED*). Opierało się na tym, jak daleko szkoła posunęła się w osiąganiu swoich celów. Tam gdzie to było konieczne udzielano szkołom dotacji i przedłużano termin realizacji projektu.<sup>408</sup>

Jednak ewaluacja wyników schematu „Zdrowej Szkoły” nie pokazała dużej efektywności podjętych działań. Stwierdzono potrzebę przyszłych badań prowadzonych w kierunku poprawy sposobu odżywiania uczniów i poziomu ich aktywności fizycznej, jak i ukierunkowania szkolnej profilaktyki zdrowotnej na starszych chłopców, a także

---

<sup>406</sup> Tamże, s. 111-122.

<sup>407</sup> Rogers L., Taylor P., Gott. D. (1993) *Healthy School Award*. Wessex Institute of Public Health Medicine and Hampshire Education, UK.

<sup>408</sup> Young L., Williams T. (1989) *The Healthy School*. Report of the Scottish Health Education Group/WHO. Scottish Health Education Group, Edinburgh, UK, a także Moon A.M., Mullee M.A., Rogers L., Thompson R.L., Speller V., Roderick P. (1999) *Helping...op.cit.*, 111-122.

potrzebę zmiany sposobu angażowania rodziców i aktywniejszego wspierania pracowników.

Wdrażanie koncepcji „Zdrowej Szkoły” obecnie przybiera różne formy i jest pobudzana w szkołach przez pojedynczych nauczycieli. Funkcjonują lokalne albo regionalne inicjatywy angażujące szkoły w realizację koncepcji „szkoły promującej zdrowie”.

W Wielkiej Brytanii funkcjonuje także krajowy schemat nadawania statusu „Zdrowej Szkoły”, który jest zarządzany i nadzorowany przez rząd centralny. Podążając za początkowym audytem przeprowadzonym przez urzędnika z zewnątrz bądź inną osobę z wewnątrz szkoły, identyfikuje się wiele kryteriów do spełnienia przez szkoły w ciągu określonego czasu. Audyt jest powtarzany w celu określenia postępu. Funkcjonują projekty pozwalające szkołom identyfikować swoje własne kryteria. W obu przypadkach pomyślne spełnienie kryteriów będzie skutkowało uznaniem „szkoły za zdrową”. Wiele korzyści wypływa z tego podejścia, które motywuje szkoły do pracy w kierunku zmiany. Pojawiający się element konkurencyjności pomiędzy szkołami może mieć bardzo pozytywny wpływ na rozwój i postęp w kierunku zdobywania statusu „Zdrowej Szkoły”. Projekty te mogą oferować standardy dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Mogą dostarczać także narzędzi marketingowych dających szkole przewagę w ubieganiu się o uznanie jej za zdrową. Projekt „Zdrowej Szkoły” może wzmacniać budowanie zespołu i podejmowanie wspólnych działań oraz pobudzać „holistyczne podejście szkoły” do spraw związanych ze zdrowiem. Prowadzone badania nad rozwojem i realizacją projektów „szkół promujących zdrowie” w UK zidentyfikowały następujące elementy, które są istotne dla realizacji projektu:

- zaangażowanie i wsparcie dyrekcji,
- dobry system komunikacji wewnątrz szkoły,
- wysoki status programu edukacji zdrowotnej i wsparcie ze strony dyrekcji, pracowników i rodziców wewnątrz społeczności szkolnej oraz ze strony pracowników opieki zdrowotnej i władz oświaty,
- wysoki status koordynatora „Zdrowej Szkoły” wśród nauczycieli i uczniów, który posiada umiejętności i czas niezbędny na zarządzanie projektem,
- konsultacje z zaangażowanymi pracownikami, włączając pracowników nie będących nauczycielami,
- szkolenia i wsparcie dla pracowników,



- konsultacje z zaangażowanymi uczniami, rodzicami i grupami społecznymi (tam gdzie funkcjonuje grupa sterująca albo komitet „Zdrowej Szkoły” przesunięcie w kierunku „holistycznego podejścia szkoły” zostaje osiągnięte szybciej)
- budżet i zasoby niezbędne do realizacji projektu<sup>409</sup>.

Istnieje także narzędzie dla szkół i ich społeczności pomocne w podwyższaniu osiągnięć i promocji społecznego włączenia pod nazwą „*National Healthy School Standard*” (NHSS). Szkoły twierdzą, że NHSS wnosi poprawę w zachowaniach zdrowotnych społeczności szkolnej, standardach pracy i zarządzaniu szkołą.<sup>410</sup> Podstawową jego zasadą jest przekonanie, że uczniowie, tak samo jak dorośli uczą się lepiej, kiedy czują się bezpiecznie i pewnie, kiedy są stymulowani i stawia się im wyzwania oraz nagradza za ich osiągnięcia. Szkoły są zachęcane, o czym wspomniano wcześniej, do rozwijania holistycznego podejścia do promowania zdrowia i dobrostanu społeczności szkolnej.<sup>411</sup>

Dokument rządowy UK „Nasz Zdrowszy Naród” (*Our Healthier Nation*) podkreślił znaczenie koncepcji „Zdrowych Szkół” dla poprawiania zdrowia w siedliskach szkolnych.

„Krajowy Program Zdrowej Szkoły” i „Liczy się Każde Dziecko: Zmiana dla Dzieci”<sup>412</sup> (*National Healthy Schools Programme and Every Child Matters: Change for Children*) są projektami oddziałyującymi na dobre samopoczucie dzieci i młodych ludzi przed ukończeniem 19 roku życia. Umiejscawiają one sprawy dzieci i młodych ludzi w centrum polityki instytucji zaangażowanych w realizację programów adresowanych do młodzieży.

Wymienia się pięć pożądaných efektów programów zwróconych ku dzieciom i młodym ludziom:

- być zdrowym,
- pozostawać bezpiecznym,
- cieszyć się i odnosić sukcesy poprzez uczenie się,
- tworzyć pozytywny wkład w społeczeństwo,

<sup>409</sup> Moon A.M., Mullee M.A., Rogers L., i in. (1999) *Helping ....op.cit.*, 111-122 oraz Jensen B.B., Simovska V. (2002) *Models of Promoting Health Schools in Europe*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, s. 65.

<sup>410</sup> National Healthy School Standard na stronie internetowej: [www.wiredforhealth.gov.uk](http://www.wiredforhealth.gov.uk) (2006-10-27)

<sup>411</sup> Simpson K., Freeman R. (2004) *Critical health promotion and education – a new research challenge*. Health Education Research 19, 3, 340-348.

<sup>412</sup> Eurydice (2006) *Systemy Edukacyjne w Europie – stan obecny i planowane reformy. Zjednoczone Królestwo – Anglia, Walia i Irlandia Północna*. Biuro Eurydice dla Anglii, Walii i Irlandii Północnej, s. 9.

- osiągać ekonomiczną pomyślność.<sup>413</sup>

Program „Liczy się Każde Dziecko” (*Every Child Matters*) oczekuje od organizacji dostarczających świadczeń dziecięcych, włączając oczywiście szkoły, integralnej i efektywnej współpracy.<sup>414</sup>

W 2007 roku szkocki parlament przyjął ustawę odnośnie promocji zdrowia i odżywiania w szkołach (*Schools [Health Promotion and Nutrition] Act*). Ustawa:

- umiejscawia promocję zdrowia w sercu szkolnych aktywności,
- daje zapewnienie, że żywność i napoje serwowane w szkołach odpowiadają wymaganiom zarządzanym przez szkockie ministerstwo,
- wzmacnia władze lokalne, które promują korzystanie ze szkolnych posiłków, w szczególności z darmowych szkolnych posiłków (*free schools meals*),
- redukuje piętno związane z darmowymi posiłkami szkolnymi dzięki ochronie danych osób zakwalifikowanych do korzystania z tych posiłków.<sup>415</sup>

Wiadomo jest, że społeczeństwo czerpie korzyści z posiadania zdrowej szkoły w swoim sąsiedztwie. Uczniowie stają się świadomi kwestii związanych ze środowiskiem i zdrowiem. Dzięki czemu zmierzają do traktowania swojego otoczenia z respektem. Dzieci i młodzi ludzie w zdrowych szkołach czują się zdrowsi, szczęśliwsi, bezpieczniejsi, a także pewni swojej wartości. Rodzice natomiast czują się bardziej zaangażowani w zdrowie i naukę swoich dzieci oraz często sami czują się lepiej.

Wzory zachowań zdrowotnych kształtują się we wczesnym etapie życia, wpływając negatywnie bądź pozytywnie na ludzkie zdrowie w następnych okresach, dlatego tak ważne jest skupienie się na zdrowiu dzieci, aby w przyszłości mieć zdrowsze społeczeństwo.

W konsultacjach nad dokumentem Ministerstwa Zdrowia „Nasze Zdrowie, Nasza Opieka, Nasze Zdanie” (*Our Health, Our Care, Our Say*) zdrowie emocjonalne i dobrostan zostały zidentyfikowane jako równie ważne, jak zdrowie fizyczne w umożliwianiu ludziom czerpania radości z życia. Rozpoznanie tego faktu jest szczególnie istotne dla młodych ludzi. Szacuje się, że 10%-20% dzieci i młodych ludzi w UK doświadcza problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Ustalono przejściowe etapy do przeprowadzania kontroli zdrowia populacji brytyjskiej. Obejmują one badania noworodka podczas rejestracji do lekarza ogólnego, następnie w wieku

---

<sup>413</sup> <http://www.healthyschools.gov.uk> (2006-10-27)

<sup>414</sup> Tamże

<sup>415</sup> <http://www.healthypromotingschools.co.uk/practitioners/nationalguidance/scottishact2007.asp>

nastoletnim i w wieku powyżej 75 roku życia. Tradycyjnie dzieciom i młodym ludziom proponuje się badania lekarskie w kluczowym etapie rozwojowym ich życia. Obecnie pojawia się potrzeba bardziej holistycznej formy wsparcia, zwróconej ku dzieciom i młodym ludziom. Dokument „Wybierając Zdrowie” (*Choosing Health*) przedstawia propozycję osiągnięcia takiego wsparcia w programie pod nazwą „Promocja Zdrowia Dzieci” (*Child Health Promotion Programme*) stwierdzając:

„Nowy program przesuwa się z wąskiego skupienia na badaniach zdrowia i przeglądów rozwojowych na bardziej obszerny – program wsparcia dzieci i całych rodzin, co pomoże wzmocnić w szerokim zakresie wyznaczniki zdrowia i zredukować nierówności w zdrowiu”.<sup>416</sup>

Szkocki rząd także wydał przewodnik na temat propozycji poprawy stanu zdrowia dzieci. Został on oparty na rekomendacjach sporządzonych przez *The Royal College of Paediatrics and Child Health*, pod tytułem „Zdrowie dla Wszystkich Dzieci” (*Health for All Children*). Przewodnik ten zaleca redukcję liczby powszechnych, rutynowych kontaktów i kontroli rozwojowych dzieci szkolnych w celu uwalniania możliwości dla dodatkowego intensywnego wsparcia dla najbardziej potrzebujących grup społecznych. Zaleca się w nim, aby pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej uczynili każdy kontakt z młodymi ludźmi okazją dla obserwacji ich zdrowia i promocji zdrowia. A także żeby nauczyciele utożsamiali się z problemami dzieci oraz pielęgniarki szkolne aktywniej uczestniczyły w ocenianiu i określaniu potrzeb dzieci.<sup>417</sup> Młodzi ludzie oraz dzieci zostali więc zidentyfikowani jak grupa populacji charakteryzująca się potrzebą szczególnego wsparcia.

Poruszając kwestię „szkoły promującej zdrowie” należy zwrócić także uwagę na zaproponowane przez angielskie ministerstwo zdrowia badania kontrolne stanu zdrowia emocjonalnego i fizycznego dzieci szkolnych w wieku 11-12 lat (tzn. w momencie przejścia ze szkoły podstawowej do średniej) pod nazwą „*life checks*”. „*Life checks*” dostarczają indywidualnego wsparcia, porad dzieciom jak i całemu społeczeństwu pomagając utrzymywać i poprawiać ich zdrowie psychiczne oraz fizyczne.<sup>418</sup>

Istniejące od dawna programy, takie jak, program szczepień dla dzieci i badanie wzroku, mogą być rozważane jako komponenty kontroli zdrowia, ale same w sobie nie

---

<sup>416</sup> The EPPI (2007) *A scoping...op.cit.*, s. 6.

<sup>417</sup> Scottish Executive (2005) *Health for all Children Draft Guidance on Implementation In Scotland. Analysis of Consultation Response*. Scottish Executive Health Department, s. 13-19.

<sup>418</sup> The EPPI (2007) *A scoping...op.cit.*, s. 3 oraz Fitzpatrick M. (2006) *How health promotion makes people ill?* British Journal of General Practice 56, 324, 231.

posiadają tego, co zakłada się dla badań kontrolnych „*life checks*”. Badaia kontrolne „*life checks*” mają dostarczać wsparcia młodym ludziom, aby podejmowali odpowiedzialność za swój dobrostan bio-psycho-społeczny. Badania te mogą także określić zdolności jednostki do uzyskiwania, interpretowania i rozumienia podstawowych informacji zdrowotnych oraz świadczeń podnoszących stan zdrowia.

Szkoły reprezentują potencjalne otoczenie dla prowadzenia badań „*life checks*”. Integrowanie wielu świadczeń dla młodych ludzi dostępnych w szkołach jest możliwe. Dokument „Sprawy Dziecka” (*Child Matters*) opisuje plan dla promowania i zwiększania zasięgu rozwoju szkół noszących nazwę „szkół rozszerzonych” (*extended schools*) w UK. Takie szkoły miałyby być placówkami, które współpracują z lokalnymi świadczeniodawcami oferującymi dodatkowe usługi po zajęciach szkolnych, takie jak: opieka dziecięca i wsparcie rodzicielstwa. Jednym z pięciu podstawowych zadań oferowanych przez „*extended schools*” jest szybkie i łatwe skierowanie do specjalistów (np. logopedy - terapia zaburzeń mowy). Wpływa to na współpracę szkół z *Primary Care Trusts Services* (PCTs są to lokalne instytucje zdrowotne zajmujące się głównie planowaniem, zabezpieczaniem i poprawianiem usług w podstawowej opiece zdrowotnej; instytucje te powstały w 2001 roku i są odpowiedzialne są za zarządzanie 75% budżetem NHS<sup>419</sup>), instytucjami świadczącymi usługi związane ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży (*Child and Adolescent Mental Health Services*; CAMHs), czy terapeutami zajmującymi się terapią zaburzeń mowy. W latach 2006-2008 Ministerstwo ds. Dzieci, Szkół i Rodzin (*Department for Children, Schools and Families*) przeznaczyło określoną kwotę na powstanie „*extended schools*”. Rządowy dokument dotyczący rozwoju „szkół rozszerzonych” (*Schools White Paper*) przedstawia plan, w którym określa się, iż do 2008 roku wszystkie szkoły podstawowe i 1/3 spośród szkół średnich powinny umożliwić dostęp do dodatkowych świadczeń, natomiast do 2010 roku taki dostęp mają już prowadzić wszystkie szkoły.<sup>420</sup>

Należałoby identyfikować także i inne potencjalne siedliska, które zajmowałyby się prowadzeniem rozszerzonych usług skierowanych do dzieci i młodych ludzi, chociażby takie jak placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Wszystko dlatego, że pewna część populacji może nie mieć dostępu do takich usług poprzez siedlisko szkolne.

---

<sup>419</sup> Wanless D. (2004) *Securing...op.cit.* (dostępny także na stronie: <http://www.hm-treasury.gov.uk> albo [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk))

<sup>420</sup> The EPPI (2007) *A scoping... op.cit.*, s. 9.

Nie tylko edukacja zdrowotna ma istotne znaczenie dla rozwoju szkół promujących zdrowie, ale także edukacja seksualna odgrywa ważną rolę w kształtowaniu zdrowia dzieci i młodzieży. Oczywiście wiąże się to z wieloma innymi aspektami życia i konsekwencjami dla jednostki oraz społeczeństwa.

Anglia, Irlandia Północna i Walia mają ustawowo określone ramy programowe dla realizowania programu z edukacji seksualnej i edukacji dotyczącej kwestii tworzenia związków międzyludzkich i partnerskich, w szkołach podstawowych i średnich.

Rząd Walii zaproponował przewodnik dla realizacji programu z edukacji seksualnej skierowany do: dyrektorów szkół, nauczycieli, pielęgniarek szkolnych i pozostałych profesjonalistów zdrowotnych, pracujących w szkołach oraz lokalnych władz i twórców programów szkoleniowych.

Dokumenty rządowe związane z tym przewodnikiem to:

- strategiczny zarys działań w kierunku promowania zdrowych zachowań seksualnych w Walii (*A strategic framework for promoting sexual health in Wales; National Assembly for Wales*),
- ramowy program edukacji osobistej i społecznej dla dzieci na wszystkich etapach nauki w szkole podstawowej i średniej (*Personal and Social Education Framework; PSE: Key Stages 1-4*)<sup>421</sup> w Walii; od września 2003 roku PSE jest obowiązkową częścią programu nauczania w szkołach podstawowych i średnich,<sup>422</sup>
- program współpracy mający na celu szeroko rozumianą ochronę dzieci (*Working together to safeguard children; National Assembly for Wales*).
- program ochrony dzieci przed maltretowaniem “*Protecting Children from Abuse: The role of the Education Service*” (*Welsh Office Circular 52/95*).<sup>423</sup>

Potrzeba zaproponowania takiego przewodnika była podyktowana wydaniem m.in. raportu odnośnie poziomu ciąży wśród nastolatek. Poziom ciąż wśród nastolatek w Walii jest najwyższy w Europie. Występuje również niepokój związany z poziomem infekcji przenoszonych drogą płciową wśród 16-19-latków.<sup>424</sup> Istnieje wyraźna potrzeba podniesienia świadomości młodzieży szkolnej poprzez edukację seksualną zanim

---

<sup>421</sup> Key stages 1-4 określają etapy edukacji szkolnej (szkoły podstawowej bądź średniej): Key stage 1: 5-7 rok życia; Key stage 2: 7-11 rok życia; Key stage 3: 11-14 rok życia; Key stage 4: 14-16 rok życia. Zazwyczaj etapy 1 i 2 dotyczą dzieci uczęszczających do szkoły podstawowej, a etapy 3 i 4 obejmują dzieci w szkole średniej.

<sup>422</sup> National Assembly for Wales (2003) *Personal and Social Education (PSE) and Work-Related Education (WRE) in the Basic Curriculum, Circular 13/03*. National Assembly for Wales, Cardiff.

<sup>423</sup> National Assembly for Wales circular No:11/02 (2002) *Sex and Relationship Education in Schools*, s. 1-2, (document dostępny także na: <http://www.healthschool.org.uk>)

<sup>424</sup> Health Evidence Bulletins Wales: Healthy Living (2000) Cardiff National Assembly for Wales.

młodzi ludzie staną się aktywni seksualnie. Tworząc ten informator (*Personal and Social Education Framework, PSE: Key stages 1-4; Strategic Framework for promotion sexual health*) brano również pod uwagę wymóg zawarty w ustawie o systemie oświaty „*Education Act*” z 1996 roku (poprawka par. 148 „*Learning and Skills Act*” 2000), w której zabezpiecza się obowiązek realizowania na zajęciach z edukacji seksualnej tematów związanych z naturą małżeństwa i jego znaczenia dla życia rodzinnego.

Są szkoły, które wspólnie z rodzicami ustanowiły zakres edukacji seksualnej. Występuje też wiele niepewności, czym jest tak naprawdę edukacja seksualna, w jakim zakresie i w jaki sposób powinno się ją realizować. Ten przewodnik jest skierowany do tych obszarów niepewności, by wspierać szkoły w dostarczaniu pozytywnych i holistycznych programów.

Zarys programu z edukacji osobistej i społecznej (*Personal and Social Education Framework; PSE*<sup>425</sup>) oferuje solidne wskazówki, jak realizować edukację seksualną. Informator ten przykłada znaczną uwagę do współpracy szkół z rodzicami (zgodnie z par. 576 ustawy o systemie oświaty z 1996 roku „*Education Act 1996*”) i określa rodzica, jako: *jakąkolwiek osobę, która ma obowiązki rodzicielskie wobec dziecka albo, która opiekuje się dzieckiem*. Natomiast ustawa dotycząca dzieci z 1989 roku definiuje „*odpowiedzialność rodzicielską*” jako: „*wszystkie prawa, obowiązki, moce, odpowiedzialności i władzę, które poprzez prawo rodzic ma w stosunku do dziecka*”.<sup>426</sup>

Poprawiony narodowy program nauczania (*National Curriculum, Wales*) i ramy dla realizacji programu edukacji osobistej i społecznej (*Personal and Social Education Framework; PSE*) podają dodatkowe możliwości dla uczniów do zdobywania wiedzy o seksualności i więziach międzyludzkich. PSE jasno identyfikuje postawy, wartości i umiejętności, podobnie jak tworzy stabilną bazę wiedzy, mającą związek z programem edukacji dotyczącej więzi międzyludzkich i edukacji seksualnej (*sex and relationship education; SRE*), która jest obowiązkową częścią programu nauczania we wszystkich szkołach średnich zgodnie z ustawą o systemie oświaty z 2002 roku. Natomiast szkoły podstawowe mogą, ale nie muszą realizować programu dotyczącego edukacji SRE, lecz wtedy powinny wyjaśnić powody rezygnacji. Celem edukacji dotyczącej więzi międzyludzkich i edukacji seksualnej jest udzielanie pomocy i wsparcia uczniom poprzez ich rozwój fizyczny, emocjonalny, moralny i duchowy. Efektywny program

---

<sup>425</sup> National Assembly for Wales (2002) *Sex and Relationships Education in Schools*, Circular 11/2. National Assembly for Wales: Cardiff, s. 7.

<sup>426</sup> Tamże, s. 7

SRE ma uczyć podejmowania przemyślanych, uświadomionych decyzji przez młodych ludzi oraz uczyć ich szacunku do samych siebie. SRE nie powinna być nauczana w izolacji.<sup>427</sup> Rząd Walii zaleca, aby SRE była realizowana z zastosowaniem ram PSE.

Wymogi programu SRE to:

- wszystkie partycypujące szkoły muszą mieć wytyczoną i spisaną politykę realizowania edukacji seksualnej, która powinna być dostępna do wglądu, przede wszystkim rodzicom,
- polityka ta musi zawierać klauzulę odnośnie prawa rodziców do wycofania swojego dziecka z uczęszczania na zajęcia z edukacji seksualnej,
- powinno się dokładnie określić sposób i miejsce prowadzenia SRE,
- winno się określić sposób w jaki uczniowie będą zdobywali wiedzę związaną z tym gdzie mogą uzyskać pewne porady i kiedy to konieczne, także leczenie,
- opisać zaangażowanie profesjonalistów zdrowotnych i zewnętrznych organizacji w realizację programu z edukacji seksualnej,
- polityka powinna określać sposób monitorowania programu,
- program powinien być regularnie poddawany ewaluacji.<sup>428</sup>

Wprowadzając SRE szkoły powinny cały czas konsultować treść nauczania z rodzicami.

Program nauczania w Walii zaleca realizację następujących aspektów edukacji osobistej i społecznej (PSE) w odniesieniu do nauczania o więziach międzyludzkich i edukacji seksualnej (SRE), dla wszystkich przedziałów wiekowych dzieci i młodzieży szkolnej:

1) Pierwszy etap edukacji szkolnej - szkoły podstawowej (key stage I) obejmuje dzieci w wieku 5-7 lat; uczniowie w tym okresie powinni wiedzieć i rozumieć:

Aspekt społeczny:

- wiedzieć jak być dobrym przyjacielem,
- rozumieć różnorodność ról pełnionych w rodzinie i udziału, jaki wnosi każdy z jej członków.

Aspekt seksualny:

- znać nazwy poszczególnych części ciała (w celu wprowadzenia rozróżnienia pomiędzy kobietą i mężczyzną),

---

<sup>427</sup> National Assembly for Wales circular No:11/02 (2002) *Sex and ...op.cit.*, s. 7.

<sup>428</sup> Sex and relationships education January 2008 ze strony

[http://www.fpa.org.uk/information/factsheets/documents\\_and\\_pdfs/detail.cfm?conten...\(2008-05-02\)](http://www.fpa.org.uk/information/factsheets/documents_and_pdfs/detail.cfm?conten...(2008-05-02))

- umieć rozróżniać zły dotyk od dobrego.

Aspekt emocjonalny:

- być w stanie zrozumieć szereg uczuć i emocji pojawiających się w różnych sytuacjach życiowych,
- być świadomym własnych uczuć,
- rozumieć, że inni ludzie też mają uczucia i wiedzieć, co je powoduje.

Aspekt duchowy:

- wiedzieć, że każda osoba jest inna, ale jednocześnie rozumieć, że wszyscy są równie wartościowi,
- rozumieć, że ludzie mają różne preferencje, poglądy i przekonania.

Aspekt moralny:

- wiedzieć, co jest sprawiedliwe, a co nie jest i czy to, w co wierzą jest słuszne, czy też nie.

2) Drugi etap edukacji szkolnej - szkoły podstawowej (key stage II) obejmuje dzieci w wieku 7-11 lat; uczniowie w tym okresie powinni wiedzieć i rozumieć:

Aspekt społeczny:

- rozpoznać i rozumieć siłę rówieśniczego wpływu i nacisku,
- rozumieć korzyści płynące z przyjaźni, rodziny, wyzwania i kwestii, które mogą się pojawić w ciągu trwania życia,
- rozumieć naturę znęcania się, włączając molestowanie seksualne i krzywdę, która może wynikać w konsekwencji tego.

Aspekt seksualny:

- rozumieć fizyczne i emocjonalne zmiany, które będą miały miejsce w okresie dojrzewania,
- wiedzieć, jak poczynają się dzieci,
- rozumieć, jak płód rozwija się w macicy i jak rodzą się dzieci.

Aspekt emocjonalny:

- znać i rozumieć szereg własnych i cudzych uczuć oraz emocji,
- rozumieć zmiany w uczuciach w czasie różnych sytuacji życiowych,
- rozumieć sytuacje stwarzające konflikty.

Aspekt duchowy:

- rozpoznać wyjątkowość i niezależność jednostek,
- rozumieć, że ludzie mają różne przekonania, które kształtują sposób ich życia,
- uznawać, że są tajemnice w życiu i śmierci.



Aspekt moralny:

- wiedzieć, że ludzie różnią się tym, w co sami wierzą.

3) Trzeci etap edukacji szkolnej - szkoły średniej (key stages III) obejmuje młodzież szkolną w wieku 11-14 lat; uczniowie w tym okresie powinni wiedzieć i rozumieć:

Aspekt społeczny:

- być świadomymi zmieniających się stosunków rówieśniczych w sytuacjach szkolnych i w rodzinie,
- rozumieć kulturowe różnice i rozpoznawać ekspresje uprzedzeń i stereotypowego zachowania.

Aspekt seksualny:

- znać różne metody antykoncepcyjne i ich skuteczność oraz wiedzieć, jak zachować procedury „bezpiecznego seksu”,
- znać prawo nawiązujące do różnych aspektów zachowań seksualnych.

Aspekt emocjonalny:

- identyfikować szereg emocji i uczuć, których doświadczają,
- wiedzieć jak rozwiązywać konflikty i w jaki sposób prowadzić negocjacje.

Aspekt duchowy:

- być świadomymi swojego charakteru, mocnych i słabych jego stron,
- rozumieć swoje wewnętrzne przekonania i wartości w kontekście tych propagowanych w społeczeństwie przez media.

Aspekt moralny:

- rozpoznawać moralne kwestie i dylematy w sytuacjach życiowych,
- mieć przekonanie o słuszności własnych poglądów.

4) Czwarty etap edukacji szkolnej - szkoły średniej (key stage IV) obejmuje młodzież szkolną w wieku 14-16 lat; uczniowie w tym okresie powinni wiedzieć i rozumieć:

Aspekt społeczny:

- wiedzieć, jak budować wspierające i odpowiednie formy swojej seksualności oraz rozpoznawać nieodpowiednie strony więzi seksualnych,
- rozumieć skutki straty i zmiany w związkach (np. rozwód, osierocenie),
- rozumieć znaczenie roli rodzicielskiej i cechy efektywnego rodzicielstwa,
- rozpoznawać i wiedzieć, jak zmieniać postawy uprzedzeń i stereotypowego zachowania.

Aspekt seksualny:

- rozumieć niebezpieczeństwa płynące z zagrożeń z nieodpowiednich zachowań seksualnych, które mogą doprowadzać do transmisji infekcji przenoszonych drogą płciową włączając wirus HIV,

- rozumieć szereg postaw i zachowań seksualnych w społeczeństwie.

Aspekt emocjonalny:

- znać przyczyny i skutki stresu oraz sposoby radzenia sobie z nim,

- wiedzieć, jak rozpoznawać i radzić sobie ze złością, frustracją i agresywnymi zachowaniami.

Aspekt duchowy:

- mieć pewne pojęcie o znaczeniu i celu życia,

- wiedzieć, jaki wpływ mają przekonania i wartości na identyfikację własnej tożsamości i stylu życia.

Aspekt moralny:

- być świadomymi konsekwencji (czynników zagrażających) tworzenia moralnych osądów,

- identyfikować cele i zasady, według których się żyje.<sup>429</sup>

Taka edukacja seksualna wspierać ma uczniów w czasie ich rozwoju fizycznego, emocjonalnego, moralnego i duchowego. Powinna podnosić poczucie własnej wartości, uczyć szacunku do samych siebie i innych oraz przygotować uczniów do dorosłego życia.

Od jesieni 2008 roku wszystkie szkoły w Walii powinny realizować program odnośnie edukacji osobistej i społecznej dla uczniów w wieku 7-19 lat według nowych ram opublikowanych przez rząd.<sup>430</sup>

W Anglii, podobnie jak w Walii, wygląda organizacja edukacji seksualnej. Opiera się na ustawie o systemie oświaty z 1996 roku oraz ustawie o systemie oświaty z 2000 roku. Przekazywanie treści związanych z edukacją seksualną odbywa się poprzez edukację zdrowotną, osobistą i społeczną. W szkołach średnich obowiązkowe jest dostarczanie minimalnej wersji programu SRE – dotyczącego edukacji o więziach

---

<sup>429</sup> Tłumaczenie własne: nauczanie kwestii związanych z edukacją seksualną umieszczonej w ramach programu edukacji społecznej i osobistej (PSE Framework) [w:] National Assembly for Wales circular No:11/02 (2002) *Sex and ...op.cit.*, s. 39-42.

<sup>430</sup> Welsh Assembly Government. Department for Children, Education, Lifelong Learning and Skills (2008) *Personal and Social Education Framework for 7 to 19 Years Olds in Wales*. Cardiff: Welsh Assembly.

międzyludzkich i edukacji seksulanej, a szkoły podstawowe muszą wydać oświadczenie opisujące realizację SRE bądź oświadczenie odnośnie rezygnacji z jego prowadzenia.<sup>431</sup>

Także Irlandia Północna posiada ustawowe ramy dla edukacji seksualnej (*Relationships and Sexuality Education; RSE*), które umiejscawiają ją w szkolnym programie nauczania. W sierpniu 2007 roku poprawiono szkolny program nauczania wprowadzając rozwój osobisty i wzajemne zrozumienie (*Personal Development and Mutual Understanding; PDMU*) w szkołach podstawowych. Według nowego programu na poziomie trzecim (key stage 3) szkoły średniej uczniowie powinni mieć sposobności do badania cech więzi obejmujących przyjaźń, miłość, jak również do rozwijania scenariuszy w celu poznania sposobów radzenia sobie z wyzwaniami związanymi z różnymi relacjami, rozwijania strategii unikania i rozwiązywania konfliktów, badania cech dojrzałości płciowej, oraz badania implikacji (emocjonalnych, społecznych i moralnych) związanych z wczesną aktywnością seksualną. Natomiast na poziomie czwartym (key stage 4) umiejętności, które uczniowie powinni rozwijać, to rozpoznawanie, ocenianie, kierowanie ryzykiem w kontekście prawdziwego życia, rozwijanie rozumienia więzi i seksualności oraz odpowiedzialności za prawidłowe więzi, a także rozumienie ról i obowiązków wynikających z rodzicielstwa.<sup>432</sup>

Wszystkie szkoły muszą mieć spisana politykę odnośnie edukacji seksualnej w związku z możliwością inspekcji, czy wglądu dla rodziców.<sup>433</sup>

Jedynie w Szkocji program nauczania nie jest narzucony przez ustawę, a odpowiedzialność za ich dostarczanie i zarządzanie spoczywa w rękach władz oświatowych i dyrektorów szkół. Niemniej krajowe przewodniki dla programów nauczania są rozwijane przez obszerne konsultacje prowadzone między departamentem edukacji rządu szkockiego (*Scottish Executive Education Department*) a organizacją zaangażowaną w zdobywanie i analizowanie doświadczeń w zakresie nauczania i uczenia się szkół z całego świata (*Learning and Teaching Scotland*). Dążą one do zapewnienia realizacji edukacji zdrowotnej w szkołach, włączając edukację seksualną i zapewniając jej pewne miejsce w programie nauczania we wszystkich szkołach.

W 2001 roku rząd szkocki opublikował dokument odnośnie edukacji seksualnej w szkołach. W dokumencie zachęca się szkoły do prowadzenia edukacji seksualnej w

---

<sup>431</sup> Sex and relationships education January 2008 ze strony

[http://www.fpa.org.uk/information/factsheets/documents\\_and\\_pdfs/detail.cfm?conten...\(2008-05-02\)](http://www.fpa.org.uk/information/factsheets/documents_and_pdfs/detail.cfm?conten...(2008-05-02))

<sup>432</sup> Statutory Rules of Northern Ireland 2007 No. 46. Education (Curriculum Minimum Content) Order (Northern Ireland) 2007. (dostępne także na <http://www.opsi.gov.uk>)

<sup>433</sup> Department of Education Northern Ireland (2001) *Relationships and Sexuality Education*, Circular 2001/15. Belfast.

obrębie obszernego programu edukacji zdrowotnej, osobistej i społecznej, religijnej oraz moralnej.<sup>434</sup>

Szkoły prowadzące zajęcia z edukacji seksualnej muszą uwzględniać wiek dziecka i stopień zaawansowania przekazywanych treści odpowiednio do wieku dzieci. Muszą także współpracować z rodzicami i stosować proste, bezpośrednie procedury do podwyższania uwagi rodziców. Posiadanie odpowiednich metod konsultowania z uczniami także jest pożądane. Szkoły muszą również respektować różnice kulturowe, etniczne i religijne uczniów oraz wszystkie potrzeby młodych ludzi.<sup>435</sup>

Także i w szkockich szkołach rodzice mogą wypisać swoje dziecko z uczestniczenia w zajęciach z edukacji seksualnej bądź ich części. Oczekuje się od nich tym samym, rozmowy z dyrektorem szkoły na temat tego jak sami w domu zamierzają przekazywać swoim dzieciom wiedzę dotyczącą edukacji seksualnej.<sup>436</sup>

Międzynarodowe badania pokazują, że przekazywanie wiedzy na temat antykoncepcji wcale nie zwiększa aktywności seksualnej. Może mieć natomiast wpływ na wiedzę i postawy, opóźnienie momentu inicjacji seksualnej i zmniejszenie liczby ciąż wśród nastolatków poprzez stosowanie antykoncepcji.<sup>437</sup> Podobnie w badaniach prowadzonych w Anglii rozpoznano silny związek edukacji seksualnej i edukacji zdrowotnej, osobistej i społecznej z obniżaniem się poziomu ciąż wśród nastolatków.<sup>438</sup>

Edukacja seksualna w szkołach powinna być prezentowana w kontekście, który dowartościowuje stabilne związki, zdrowsze życie i osobistą odpowiedzialność. Realizacja jej powinna przebiegać w powiązaniu z edukacją zdrowotną, religijną oraz moralną.

---

<sup>434</sup> Scottish Executive (2001) *Sex Education in Scottish Schools: A summary of National Advice*. Edinburgh (dokument dostępny również na <http://www.scotland.gov.uk>)

<sup>435</sup> Tamże

<sup>436</sup> Informacje dla szkół w Szkocji, na temat tego, jak efektywnie naradzać się z rodzicami i opiekunami są dostępne w dokumencie: *Sex Education in Scottish Schools: Effective Consultation with Parents and Carers (Guidance)*, (2001). Edinburgh: Scottish Executive.

<sup>437</sup> Swann C., Bowe K., McCormick G., Kosmin M. (2003) *Teenage Pregnancy and Parenthood: a Review of Reviews, Evidence Briefing*. Health Development Agency: London oraz Kirby D. (2007) *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

<sup>438</sup> Department for Education and Skills (2006) *Teenage Pregnancy Next Steps: Guidance for Local Authorities and Primary Care Trusts on Effective Delivery of Local Strategies*. London.

### 2.3.3 Promocja zdrowia w opiece zdrowotnej.

Szpitala oraz placówki podstawowej opieki zdrowotnej są kolejnymi istotnymi siedliskami promocji zdrowia. NHS jest jednym z największych zakładów pracy w Europie. Oznacza to, że działania promujące zdrowie mogą mieć wpływ na ogromną część populacji zatrudnioną w instytucjach i placówkach NHS oraz społeczność korzystającą z ich usług.

Rozwój inicjatywy w zakresie szpitali promujących zdrowie w UK nastąpił pod koniec lat 80-tych XX wieku. Brytyjska „Sieć Szpitali Promujących Zdrowie” jest obecnie członkiem europejskiego ruchu szpitali promujących zdrowie. Sieci „Szpitali Promujących Zdrowie” funkcjonują we wszystkich czterech krajach UK, dostarczając schematów akredytacji i nadawania szpitalom statusu „Szpitala Promującego Zdrowie”. Przy tworzeniu schematów współpracuje wielu specjalistów pochodzących ze szpitali i władz zdrowotnych.

Szpital powinien być miejscem, gdzie nie tylko leczy się ludzi i sprawuje się nad nimi opiekę, ale także promuje się zdrowie.<sup>439</sup> Rozróżnia się trzy sposoby oddziaływania na promocję zdrowia w szpitalach: polityczny, konsumencki i profesjonalny. Polityczna presja na promocję zdrowia w opiece zdrowotnej jest zilustrowana w ustawie z 1990 roku dotyczącej NHS i opieki społecznej (*NHS and Community Care Act 1990*).<sup>440</sup> Dokument ten określał narodową strategię i zainteresowanie sprawami poprawy stanu zdrowia populacji i podnoszenia jakości świadczeń zdrowotnych. Szpitale są na liście najważniejszych siedlisk promocji zdrowia dla osiągnięcia celów zawartych we wcześniejszym dokumencie „Zdrowie Narodu”.<sup>441</sup>

Placówki te są też najbardziej widoczną częścią służby zdrowia, która ma istotną rolę w zapobieganiu „złemu zdrowiu”, promowaniu „dobrego zdrowia” i dostarczaniu jednostkom potrzebnych informacji.

Konsumenci również wywierają naciski na promocję zdrowia. Każdy obywatel ma prawo do otrzymania informacji i wyjaśnień dotyczących proponowanego leczenia,

---

<sup>439</sup> Groene O., Garcia-Barbero M. (2005) *Health Promotion in hospitals: Evidence and Quality Management*. Country Policies, Systems and Services Divisions of Country Support WHO Regional Office for Europe, s. 6.

<sup>440</sup> HMSO (1990) *NHS and Community Care Act 1990*. London: HMSO.

<sup>441</sup> Department of Health (1992) *The Health of the Nation*. London: HMSO.

zagrożeń płynących z tego tytułu albo o alternatywnych, dostępnych sposobach leczenia, które przedstawione są w Karcie Praw Pacjenta (*Patient`s Charter*).<sup>442</sup>

Podobnie profesjonaliści opieki zdrowotnej wpływają na promocję zdrowia poprzez zakres swoich obowiązków składających się na ich praktykę. Od pielęgniarek na przykład, oczekuje się umiejętności do identyfikowania potrzeb związanych z wiedzą przekazywaną pacjentom odnośnie ich stanu zdrowia, jak również partycypowania w działaniach promujących zdrowie związanych ze zwiększaniem aktywności fizycznej, zmianie sposobu odżywiania czy pomocą w zaprzestaniu palenia papierosów.<sup>443</sup>

Szpital promujący zdrowie jest instytucją, która wykorzystuje każdą sposobność dla promowania zdrowia pacjentów, gości i personelu szpitalnego.<sup>444</sup>

Promocja zdrowia skierowana do personelu szpitalnego jest znacząca, ponieważ zdrowy personel w efektywny sposób realizuje swoje obowiązki. Przez to jest także bardziej skuteczny w promowaniu zdrowia pacjentów. Inicjatywy promocji zdrowia dla personelu szpitalnego mogą być związane z promowaniem dobrej kondycji fizycznej i zdrowego odżywiania, poddawaniem się testom przesiewowym i kontrolnym badaniom lekarskim. Mogą być związane również z redukowaniem ryzykownych zachowań oraz edukacją zdrowotną, mającą na celu podniesienie świadomości w zakresie zdrowia. Natomiast promocja zdrowia i edukacja zdrowotna adresowana do pacjentów szpitala często skupione są na diagnozie specyficznych problemów, z powodu których zostali przyjęci do szpitala. Wsparcie takie powoduje lepsze zrozumienie przez pacjenta swojego schorzenia i efektywnego uczestniczenia w procesie swojego leczenia.<sup>445</sup>

Podjęcie zespołowe w szpitalach (jak i w innych siedliskach) jest najważniejszym elementem w działaniach promujących zdrowie. Nieodpowiednia komunikacja odnośnie obowiązków każdego pracownika prowadzi do problemów oraz konfliktów na linii pracownik-pracownik i pracownik-pacjent. Pacjenci otrzymujący różne informacje na ten sam temat, mogą czuć się zagubieni, sfrustrowani. Brak

---

<sup>442</sup> Department of Health (1991) *The Patient`s Charter*. London: HMSO.

<sup>443</sup> HMSO (1989) *Statutory Instrument for nurses, midwives and health visitors. No. 1455. Nurses, midwives and health visitors (Parts of the Register) Amendment (No.2) Order* oraz Groene O., Garcia-Barbero M. (2005) *Health Promotion in hospitals...op.cit.*, s. 6.

<sup>444</sup> Milz H., Vang J.O. (1989) *Consultation on the role of health promotion in hospitals*. *Health Promotion International* 3, 425-427.

<sup>445</sup> Kemm J., Close A. (1995) *Health...op.cit.*, s. 243.

współpracy między pracownikami prowadzi do braku zrozumienia każdej pozostałej roli.<sup>446</sup>

Można zatem wzmocnić podejście zespołowe (*team approach*) poprzez:

- posiadanie adekwatnej wiedzy i rozumienie ról wszystkich zaangażowanych,
- efektywną komunikację pomiędzy grupami profesjonalistów,
- posiadanie wspólnych celów i pozytywnej postawy,
- szkolenia przygotowujące personel do pracy w zespole na rzecz promocji zdrowia.<sup>447</sup>

Praca zespołowa w siedlisku szpitalnym przynosi wiele korzyści pacjentom i pracownikom, m.in.: zapewnia kontynuację edukacji zdrowotnej poprawiając jej jakość; identyfikuje wyraźne obszary odpowiedzialności; łamie bariery pomiędzy grupami profesjonalistów, skutkując wzajemnym szacunkiem; rozwija zaangażowanie personelu; poprawia satysfakcję pacjentów, ponieważ skoordynowane podejście redukuje zamęt i frustrację.

W celu zapewnienia długoterminowej kontynuacji i rozwoju aktywności promocji zdrowia i edukacji pacjenta w szpitalu (jak również w gabinetach lekarskich czy poradniach społecznych) używane jest określone narzędzie zarządzania, zwane planowaniem strategicznym. Proces ten rozpoczyna się od oceny obecnej sytuacji i oceny potrzeb, następnie przechodzi się do fazy tworzenia celów (dla zmaksymalizowania wpływu na edukację pacjenta) i planu działania oraz na końcu do ewaluacji, żeby uporządkować plan strategicznego działania.<sup>448</sup>

Specjaliści podstawowej opieki zdrowotnej, a więc lekarze ogólni (*general practitioners*), dentyści oraz personel (pielęgniarki, wizytatorzy zdrowia) przez nich zatrudniani posiadają wiele możliwości dla realizowania programu promocji zdrowia.<sup>449</sup>

Badania przekonują, że pielęgniarki są zadowolone z realizacji zadań z zakresu promocji zdrowia, bowiem wzrasta przez to ich autonomia, odpowiedzialność wewnątrz zespołu oraz podnosi się ich satysfakcja z pracy.<sup>450</sup>

Wśród działań promocji zdrowia prowadzonych przez lekarzy ogólnych, czy też zespoły praktyk ogólnych wymienia się: porady związane z planowaniem rodziny,

---

<sup>446</sup> Woynarowska B. (2007) *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa, s. 254 oraz Tobiasz-Adamczyk B. (2002) *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 105-107 i 120-124.

<sup>447</sup> Kemm J., Close A. (1995). *Health...op.cit.*, s. 245.

<sup>448</sup> Tamże, s. 246 i 248.

<sup>449</sup> Ritchie J., Jacoby A., Bone M. (1981) *Access to Primary Health Care*. London: HMSO.

<sup>450</sup> Fowler G. (1986) *The role of the primary health care team*. *Journal of the Royal Society of Medicine* 794, 633-636.

opiekę zdrowotną kobiet w ciąży, porady dotyczące karmienia piersią i bezpieczeństwa; programy szczepień; porady dotyczące zapobiegania wypadkom wśród dzieci i osób starszych; porady dotyczące bezpiecznego seksu i antykoncepcji; testy przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy; porady związane z samoopieką dla pacjentów z cukrzycą, czy astmą.; porady dotyczące bezpiecznego spożywania alkoholu, mającego pozytywny wpływ na organizm; konsultacje związane z radzeniem sobie ze stresem i osiągnięciem dobrostanu psychicznego; czy wreszcie porady dotyczące zaprzestania palenia papierosów.<sup>451</sup>

Podstawowa opieka zdrowotna jest kluczowym miejscem dla promocji zdrowia, dlatego, że większość ludzi ma kontakt z lekarzami rodzinnymi.<sup>452</sup>

Promocja zdrowia prowadzona przez lekarzy ogólnych wydaje się być efektywna. Proces pytań o styl życia pacjenta, realizowany przez lekarzy ogólnych podczas pierwszego kontaktu często jest wystarczający, aby zachęcić do podjęcia rozważań w kierunku zmiany zachowań zdrowotnych przejawianych przez pacjentów.<sup>453</sup>

Randomizowane badania kontrolne wykazały, iż konsultacje i pozostałe związane akcje realizowane przez lekarzy ogólnych są efektywne, ponieważ dostarczają wsparcia pacjentom, którzy chcą rzucić palenie papierosów bądź przerwać picie alkoholu.<sup>454</sup>

Pielęgniarki, położne i wizytatorzy zdrowia często realizują promocję zdrowia dzięki współpracy ze specjalistami z różnych dyscyplin.

Przykładem sprawdzonych działań prowadzonych przez wizytatorów zdrowia jest inicjatywa z East Cheshire, gdzie dostarcza się programu wsparcia dla osób wypisywanych ze szpitala, po przebyciu ataku serca.

Program obejmuje wizyty domowe w ciągu jednego tygodnia od wypisu, edukację pacjenta w zakresie umiejętnego radzenia sobie z czynnikami ryzyka, leczenia i przyjmowania leków oraz indywidualne dopasowanie ćwiczeń fizycznych, edukacji zdrowotnej i sesje relaksacyjne.

---

<sup>451</sup> Kemm J., Close A. (1995) *Health...op.cit.*, s. 265.

<sup>452</sup> Ritchie J., Jacoby A., Bone M. (1981) *Access to Primary Health Care*. London: HMSO.

<sup>453</sup> Skinner H.A., Allen B.A., McIntosh M.C., Palmer W.H. (1985) *Lifestyle assessment: just asking makes a difference*. British Medical Journal 290, 214-216.

<sup>454</sup> Jamrozik K., Vessey M., Fowler G., Wald N., Parker G., Vunakis V. (1984) *Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice*. British Medical Journal 288, 6429, 1499-1503 oraz Wallace P., Cutler S., Haines A. (1988) *Randomized controlled trial of general practitioners interventions in patients with excessive alcohol consumption*. British Medical Journal 297, 6649, 663-668.



Ewaluacja programu pokazała wysoki poziom satysfakcji pacjenta i pozytywny wpływ na aktywność fizyczną, zaprzestanie palenia, zdrowszą dietę i umiarkowane spożywanie alkoholu.<sup>455</sup>

Innym przykładem dobrej praktyki była inicjatywa wizytatorów zdrowia w Bradford skierowana do kobiet pochodzenia azjatyckiego (w lokalnej społeczności) z ryzykiem wystąpienia u nich cukrzycy typu II oraz z problemem nadwagi. Ustanowiono tygodniowy program edukacji zdrowotnej i sesje ćwiczeń, uwzględniające kulturowe i społeczne potrzeby tej grupy. Kobiety ze względów kulturowych na początku niechętnie korzystały ze wsparcia tak zwanych obserwatorów wagi „weight watchers”. Ewaluacja wykazała redukcję wskaźnika masy ciała (*Body Mass Index*; BMI)<sup>456</sup> wśród kobiet biorących udział w programie, a ponadto wysoki poziom satysfakcji, poprawę społecznego kontaktu oraz poziomu wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania.

Natomiast w South Ilford (Essex, Wielka Brytania) realizowano wielodyscyplinarne projekty w celu zredukowania ryzyka chorób związanych z przeziębieniami wśród osób starszych. Pielęgniarki środowiskowe odegrały istotną rolę w realizacji projektu, ponieważ to one dokonywały oceny tego, kto jest najbardziej potrzebujący i komu przyznać środki finansowe. Pielęgniarki oceniały warunki panujące w domu osób starszych i identyfikowały tych, którzy najbardziej mogliby skorzystać z grantów pochodzących z projektów władz lokalnych. Dzięki przyznanym grantom poprawiono wydajność energii do ogrzewania domów tych osób<sup>457</sup>

Profesjonaliści promocji zdrowia odwiedzają ludzi w ich domach, znajdując tym samym okazję dla promowania zdrowia. Rodziny z małymi dziećmi odwiedzani są przez wizytatorów zdrowia. Starsi ludzie i ludzie niepełnosprawni fizycznie odwiedzani są przez pielęgniarki środowiskowe i pracowników socjalnych. Ludzie upośledzeni psychicznie i z problemami uczenia się oraz z problemami zdrowia psychicznego odwiedzani są przez środowiskowe pielęgniarki psychiatryczne i pracowników socjalnych. Kobiety w ciąży odwiedzane są w swoich domach przez położne. Natomiast

---

<sup>455</sup>Department of Health (2003) *Liberating the public health talents of community practitioners and health visitors*. DH Nursing, s. 7-11.

<sup>456</sup> BMI – wskaźnik, który jest obliczany przez porównanie wzrostu z masą ciała. Oznaczenie tego wskaźnika ma znaczenie w ocenie zagrożenia chorób związanych z nadwagą, czy otyłością, jak: cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, miażdżyca. Im mniejsza wartość BMI tym mniejsze ryzyko wystąpienia określonych chorób. Wartości BMI: <15-wygłodzenie; 15,1-17,4 wychudzenie (spowodowane zwykle przez ciężką chorobę lub anoreksję); 17,5-18,5-niedowaga; 18,5-24,9 wartość prawidłowa; 25,0-29,9 nadwaga; 30,0-34,9 I stopień otyłości; 35,0-39,9 II stopień otyłości; >=40,0 III stopień otyłości (otyłość skrajna); (dane ze strony: Wolna encyklopedia <http://www.wikipedia.org>)

<sup>457</sup> Department of Health (2003) *Liberating ...op.cit.*, s. 7-11.

ludzie w każdym wieku, którzy wymagają pomocy po wypisaniu ze szpitala odwiedzani są przez pielęgniarki okręgowe, pielęgniarki specjalistyczne, wizytatorów zdrowia i innych terapeutów.

Na koniec warto wspomnieć o nowym stanowisku „lidera” (*facilitator*), które rozwinęło się pod koniec lat 80-tych XX wieku. Blisko 500 liderów funkcjonuje w Zjednoczonym Królestwie. Osoba na stanowisku „lidera” jest zwykle z zawodu pielęgniarką/pielęgniarem i posiada dodatkowe kwalifikacje. Ma za zadanie zachęcać zespoły podstawowej opieki zdrowotnej do angażowania się w działania promocji zdrowia, udzielając porad odnośnie szkoleń i organizacji akcji promujących zdrowie.<sup>458</sup>

W dobie rosnących wymagań stawianych przez społeczeństwo w związku z poradnictwem poza sformalizowanymi siedliskami, jakimi z pewnością są poradnie lekarskie, powstają ośrodki zajmujące się konsultacjami dostępnymi dla całej populacji z różnymi problemami. Ośrodki takie mogą być pomocne, zwłaszcza młodszej populacji w rozwiązywaniu problemów, którymi nie chcą podzielić się z rodzicami, czy szkolnymi pedagogami.

Podobnie korzystanie z bibliotek może być pomocne w rozwiązywaniu pewnych problemów. Można w nich odnaleźć kontakt z grupami, czy stowarzyszeniami zajmującymi się szczególnymi problemami zdrowotnymi.

Rolą promotorów zdrowia jest stwarzanie sytuacji wspierających społeczeństwo w rozpoznawaniu możliwych sposobów poprawy stanu zdrowia. W późniejszym etapie rola promotorów powinna polegać już tylko na asystowaniu ludziom przy realizacji koniecznych zmian.

#### 2.3.4 Promocja zdrowia w miejscu pracy.

Podobnie, jak w przypadku instytucji opieki zdrowotnej i szkoły, miejsce pracy jest istotnym obszarem ze względu na dostęp do dużej grupy docelowej dorosłych, do których często trudno jest dotrzeć na inne sposoby.<sup>459</sup>

Zdrowe miejsce pracy jest definiowane jako:

---

<sup>458</sup> Fullard E., Johnstone A. (1997) *National Primary Care Facilitation Programme UK* [w:] *Worldwide Efforts to Improve Heart Health. A Follow-up to the Catalonia Declaration-Selected Program Descriptions*. Grabowsky T.A., Farquhar J.W., Sunnarborg K.R., Bales V.S.. US Department of Health and Human Sciences, s. 49-50.

<sup>459</sup> Rose P. (1993) *Social Trends* 23. London, Central Statistical Office, HMSO

- miejsce, w którym zagrożenia zdrowotne są rozpoznane i kontrolowane, jeśli nie mogą być usunięte,
- miejsce, w którym plan pracy daje się pogodzić z ludzkimi potrzebami zdrowotnymi,
- środowisko, które wspiera promocję zdrowych stylów życia,
- miejsce, w którym pracownicy i pracodawcy są odpowiedzialni za zdrowie własne i zdrowie innych.<sup>460</sup>

Ludzie pracujący stanowią prawie połowę populacji UK i niejednokrotnie mają trudności w dostępie do swojego lekarza ogólnego z powodu godzin otwarcia ośrodka zdrowia w czasie pracy. Z tej przyczyny nabiera znaczenia wprowadzanie promocji zdrowia w miejscu pracy ze względu na kondycje zdrowotną tej populacji.<sup>461</sup>

Minimalne wymagania stosowane wobec pracodawców dotyczą zapewnienia pierwszej pomocy i uwzględnienia dostępu pracowników do pewnych zalecanych badań lekarskich i testów przesiewowych. Niemniej nie ma prawnych wymagań narzuconych pracodawcom na dostarczanie opieki zdrowotnej w miejscu pracy.

Specjaliści z zakresu medycyny pracy mają za zadanie współpracować z pracodawcami i doradzać im oraz pracownikom w kwestiach związanych ze zdrowiem. Programy kontroli zdrowia są jednym z głównych sposobów ochrony zdrowia pracowników prowadzonych przez ośrodki medycyny pracy. Natomiast charakter programu zależy od poszczególnych organizacji. Działania podejmowane przez ośrodki medycyny pracy mogą obejmować:

- ocenę zdrowotną przed zatrudnieniem i w jego trakcie,
- zajmowanie się problemami zawodowymi oraz niezwiązanymi z pracą,
- doradztwo,
- zapobieganie wypadkom i chorobom zawodowym,
- kontrolę środowiska pracy.<sup>462</sup>

Ośrodki medycyny pracy mogą również rozszerzać swoją działalność na promocję zdrowia, na przykład w kwestiach odżywiania, palenia papierosów, nadmiernego spożywania alkoholu i aktywności fizycznej osób pracujących.<sup>463</sup>

Miejsce pracy może oddziaływać na zdrowie na wiele różnych sposobów. Bezpośrednio może być związane z pracą, w której ma się do czynienia z substancjami chemicznymi i materiałami toksycznymi, a z drugiej strony może to być praca dająca

---

<sup>460</sup> Strona internetowa <http://www.nhsemployers.org> (2008-01-18)

<sup>461</sup> Kemm J., Close A. (1995) *Health ...op.cit.*, s. 300-301.

<sup>462</sup> Tamże, s. 302-308.

<sup>463</sup> Tamże, s. 302-308.

łatwy dostęp do środków farmaceutycznych, których spożywanie może doprowadzić do uzależnienia. Prace, w których występuje bezpośrednie ryzyko zdrowotne związane z postawami reprezentowanymi przez pracowników, na przykład zwiększanie ładowności możliwego obciążenia albo nadmierne spożywanie alkoholu, są powiązane z kulturą pracy. Ogólne środowisko pracy ma też wpływ na zdrowie, jak stres wywołany przez warunki pracy i związane pośrednio z tym palenie papierosów jako sposób radzenia sobie ze stresem. Badania pokazują, że pielęgniarki palą więcej niż lekarze, zazwyczaj są to pielęgniarki pracujące na szczególnie stresujących oddziałach (np. psychiatrycznym, urazowym).

Pracownicy, jako kluczowa grupa potrzebują w pełni być zaangażowani na każdym etapie opracowywania koncepcji i wdrażania programu promocji zdrowia. Badania pokazały, że efektywne programy promocji zdrowia były powiązane z pełnym udziałem pracowników.

Zdrowie musi mieć też stałe miejsce w celach organizacji. Niemniej pracodawcy muszą być przekonywani o dużych korzyściach ekonomicznych płynących z działań promocji zdrowia, aby ją wspierać.<sup>464</sup> Przykładami znacznych korzyści mogą być: wzrost produktywności spowodowanej niższym współczynnikiem zachorowalności, spadkiem absencji i fluktuacji kadr oraz poprawa rekrutacji i zatrzymania przeszkolonej kadry. Inną, nie mniej ważną korzyścią jest polepszenie wizerunku firmy.

Motywacją dla pracodawców w podejmowaniu działań w kierunku promocji zdrowia jest inspiracja ze strony państwa w postaci odpowiedniego ustawodawstwa, rządowych grantów i tymczasowej obecności kadry ze stosownymi umiejętnościami i wiedzą na temat efektywności oraz wydajności działań związanych z promocją zdrowia.

Przykładem projektu promocji zdrowia w miejscu pracy był projekt „W Trosce o Twoje Zdrowie” (*Look After Your Heart*), który powstał w 1988 roku.<sup>465</sup> Projekt dostarczał pracownikom porad, informacji i wsparcia w prowadzeniu zdrowego stylu życia. Projekt został przyjęty przez więcej niż 50 pracodawców, obejmując 3,8 milionów pracowników.

Innym przykładem są dwa programy, które zostały przeprowadzone przez wydział ds. kierowców i wydawania prawa jazdy - Ministerstwa Transportu (*Driver and Vehicle Licensing Authority; DVLA*). W trakcie trwania programu pracownicy w czasie

---

<sup>464</sup> Webb T., Schilling R., Jacobson B., Bobb P. (1988) *Health at Work? A Report on Health Promotion in the Workplace*, Research Report No. 22, London, HEA.

<sup>465</sup> Barth A.D., Camilleri-Ferrante C., Wilson S. (1992) *Evaluation of the Look After Your Heart initial tutor training course in East Anglia*. Health Education Journal (Abstract) 51, 3, 112-116.

pracy uczęszczali na kursy z edukacji zdrowotnej, wprowadzono także zmiany takie, jak ruchomy czas pracy, dzielenie się pracą, ułatwienia w opiece nad dzieckiem oraz zaprojektowano schematy przerw w karierze. Dzięki tym programom poziom absencji chorobowej był mniejszy prawie o połowę.

Warto wspomnieć jeszcze o innym angielskim projekcie dotyczącym promocji zdrowia w miejscu pracy opartym na tygodniowej sesji relaksacyjnej i zajęciach z jogi odbywających się w godzinach pracy i w miejscu pracy, które później zostały przedłużone na okres trzech miesięcy. Kiedy porównano grupę uczestników z grupą kontrolną, ciśnienie krwi uczestników było istotnie zredukowane. Różnica pomiędzy dwoma grupami utrzymywała się przez następne cztery lata.<sup>466</sup>

Debaty na temat zdrowia zawodowego, tak samo jak zdrowia w innych siedliskach, koncentrują się na tym, jaka jest rozpiętość odpowiedzialności jednostki (w tym przypadku, pracownika) za jej własne zdrowie. W 1976 roku w rządowej publikacji „Zapobieganie i zdrowie - sprawa każdego” (*Prevention and health – everybody's business*) zawarto następujące stwierdzenie:

„[...] jasne jest, że odpowiedzialność za własny stan zdrowia leży w rękach jednostki”<sup>467</sup>

Wyjaśnieniem dla takiego myślenia są postawy społeczeństwa wobec zdrowia w tym czasie. Pogląd na temat więzi między zdrowiem i zachowaniem ulegał jednak zmianie. Pięć lat później raport Black'a wyraźnie pokazał, że same zachowania zdrowotne jednostek nie mogły wytłumaczyć rozległych różnic w stanie zdrowia społeczeństwa.

Chociaż wiele przedsiębiorstw w UK nie posiada takich samych możliwości finansowych, wprowadzają one jednak podobne schematy „miejsca pracy promującego zdrowie”. Niektóre ze spółek brytyjskich (o różnym profilu produkcyjnym) mają stanowisko pracy ds. promocji zdrowia, jak na przykład: Brytyjska Stal (*British Steel PCL*), Telekomunikacja (*British Telecommunication PLC*), Kompania Forda (*Ford Motor Co.Ltd*), firma farmaceutyczna Glaxo (*Glaxo Pharmaceuticals UK Ltd*), IBM United Kingdom Ltd, fabryka Nissana (*Nissan Motor Manufacturing UK Ltd*), Polaroid UK Ltd, Shell UK Ltd, firma Marks&Spencer PLC itp.<sup>468</sup>

Rząd również aktywnie kieruje działania w zakresie promocji zdrowia we własnych miejscach pracy, skupiając się na promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

---

<sup>466</sup> Naidoo J., Wills J. (1994) *Health... op.cit.*, s. 248-259.

<sup>467</sup> Tamże, s. 258.

<sup>468</sup> Kemm J., Close A. (1995) *Health ...op.cit.*, s. 308-311.

NHS powinna być bowiem przykładowym pracodawcą dla zdrowia w miejscu pracy. Wydział ds. edukacji zdrowotnej (*Health Education Authority; HEA*) podjął się kierowniczej roli w promowaniu założeń programu „Zdrowie w Pracy w obrębie NHS” (*Health at Work in the NHS*). Program składał się z dwunastu punktów umożliwiających stworzenie w NHS zdrowszych miejsc pracy (*HEA/NHS Management Executive 1992*), poprzez:

- 1) Podniesienie poziomu świadomości pracowników na tematy związane ze zdrowiem w pracy i zdrowym stylem życia.
- 2) Wprowadzenie polityki odnośnie NIE-palenia papierosów, zakazu sprzedaży tytoniu na terenie NHS.
- 3) Dostarczanie i ułatwianie wyboru „zdrowej żywności”.
- 4) Promowanie rozsądnego spożywania alkoholu i dostarczanie wsparcia dla osób z problemami alkoholowymi.
- 5) Wprowadzenie programu aktywności fizycznej.
- 6) Promowanie pozytywnego zdrowia psychicznego - higieny psychicznej.
- 7) Pobudzanie pozytywnych postaw wobec seksu.
- 8) Umożliwianie personelowi odbycie kontrolnych badań lekarskich i zalecanych badań przesiewowych oraz dalszych stosownych działań.
- 9) Poszukiwanie zmian, które mogą być wprowadzane w trakcie codziennej pracy.
- 10) Dokonywanie przeglądów stanu zdrowia i systemu jego obserwowania oraz kontrolowania.
- 11) Rozwijanie praktyki zarządzania i systemu obserwowania oraz kontroli.
- 12) Tworzenie strategii szkolenia we wspieraniu inicjatyw zdrowotnych i wzmacnianie zachowań promujących zdrowie.<sup>469</sup>

Na bazie tego programu zbudowano w 2005 roku strategię „Zdrowie, Praca i Dobrostan” (*Health, Work and Wellbeing*) lansowaną przez Ministerstwo Pracy i Emerytur oraz Ministerstwo Zdrowia.

Celem strategii była: redukcja liczby ludzi opuszczających pracę z powodu choroby i żądań zasiłków chorobowych przez poprawianie ogólnego zdrowia i dobrego samopoczucia populacji pracującej. Innym ważnym celem strategii była współpraca z pracodawcami, związkami zawodowymi i profesjonalistami z opieki zdrowotnej w tworzeniu zdrowszych miejsc pracy, aby zapewnić dostarczanie świadczeń

---

<sup>469</sup> Tamże, s. 314.

zdrowotnych na rzecz dobrego zdrowia zawodowego i wzmacnianie wsparcia rehabilitacyjnego.<sup>470</sup>

W całym UK działa wiele sieci (*networks*) wspierających powstawanie i funkcjonowanie „miejsc pracy promujących zdrowie”. Między innymi zwrócona ku kwestiom związanym ze złym zdrowiem w pracy jest sieć złożona z 8 organizacji działających w obrębie NHS i praktyk lekarzy ogólnych.

Z kolei w kwestiach zdrowia i bezpieczeństwa informacji może dostarczać organizacja non-profit nosząca nazwę: Instytut Zdrowia Zawodowego i Bezpieczeństwa (*Institute of Occupational Health and Safety*).

Inną grupą doradczą w sprawach zdrowia zawodowego jest *The Royal College of Nursing Occupational Health Group*, sieć koordynowana przez 15 regionalnych grup w całym UK i składająca się z lekarzy medycyny pracy oraz menedżerów medycyny pracy.

Jeszcze inną, choć podobną siecią jest stowarzyszenie pielęgniarek (*Association of Occupational Health Nurses*), koordynujące 7 grup regionalnych, także w całym UK.

W Anglii funkcjonuje „Londyńska Sieć Zdrowych Miejsc Pracy” (*London Workplace Health Network*), składająca się z członków NHS, biura wicepremiera i konsultantów. Także w Anglii działa grupa biznesowa prowadząca doradztwo w sprawach zdrowia (*Winchester City Council Business Healthy Advisory Group*) składająca się z 12 osób: profesjonalistów medycyny pracy, promocji zdrowia i biznesu. Grupa ta działa na całym obszarze Południowym i Wschodnim Anglii (*South-East England*) i pomaga przekształcać się lokalnym przedsiębiorstwom w miejsce pracy promujące zdrowie (*Workplace Health Promotion, WHP*).

W Walii z kolei działa sieć prowadząca doradztwo w pracy (*Wales Counselling At Work Network*) skupiająca grupę pielęgniarek, doradców i kierowników różnych instytucji (uniwersytetów, władz lokalnych itp.), której uwaga koncentruje się na działaniach terapeutycznych i kwestiach psychologicznych w pracy. Także sieć „*Corporate Standard Network*”, formalna sieć zakadów pracy, partnerów i urzędników zaangażowanych w tworzenie wspólnych standardów, konstruuje schematu akredytacji dla organizacji, które promują zdrowie w pracy.

Wreszcie w Irlandii Północnej regularnie spotykają się i dyskutują o promocji zdrowia w miejscu pracy (*Workplace Health Promotion*) menedżerowie promocji zdrowia,

---

<sup>470</sup> HM Government (2005) *Health, Work, and Well-being-caring for our future. Strategy for the health and well-being of working age people*. (dostępny także na <http://www.dh.gov.uk>)

tworząc sieć pod nazwą „Sieć Menedżerów Promujących Zdrowie” (*Health Promoting Managers Network*).

Przykładem podobnej sieci w Szkocji jest „*Scotland Health At Work*” (SHAW). Członkowie sieci dzielą się doświadczeniami i prowadzą skoordynowane podejście w poprawianiu zdrowia pracującej populacji w Szkocji.<sup>471</sup>

Jest jeszcze wiele podobnych sieci stworzonych, aby móc rozwijać zdrowe i bezpieczne warunki w miejscu pracy, promujące zdrowie i dzielące się sprawdzonymi rozwiązaniami.

Dla wszystkich działań promocji zdrowia, podejmowanych w UK celem podnoszenia stanu zdrowia populacji, ogromne znaczenie mają ustawy odnośnie zakazu palenia ostatnio przyjęte przez Anglię, Walię, Szkocję i Irlandie Północną.

W 2004 roku Brytyjska Komisja Naukowa ds. Tytoniu i Zdrowia (*Scientific Committee on Tobacco and Health; SCOTH*), po analizie danych związanych z biernym wdychaniem dymu tytoniowego podjęła decyzję o zakwalifikowaniu biernego wdychania dymu tytoniowego do kategorii „poważne zagrożenie zdrowia publicznego”. Długookresowe zagrożenie związane z narażeniem na wdychanie dymu tytoniowego, jak pokazały przeprowadzone badania, może spowodować:

1) u dorosłego człowieka:

- wzrost ryzyka zachorowania na raka płuc o 24%,
- wzrost ryzyka zachorowania na chorobę serca o 25%<sup>472</sup>,
- wzrost ryzyka zachorowania na choroby układu oddechowego;

2) u dzieci:

- choroby układu oddechowego,
- nagłą śmierć dziecka w czasie snu,
- infekcje ucha środkowego,
- ataki astmy.<sup>473</sup>

Podążając między innymi za tymi dowodami, od połowy 2007 roku Anglia stała się miejscem wolnym od dymu tytoniowego. Zakazano palenia w miejscach

---

<sup>471</sup> Workplace Health Promotion Networks in UK /DOC/ (Dokument dostępny na stronie internetowej: [http://website.scmh.org.uk/80256FBD004F3555/vWeb/fIKHAL6MRM9Q/\\$file/nehin+3+regional+netw+orks.doc](http://website.scmh.org.uk/80256FBD004F3555/vWeb/fIKHAL6MRM9Q/$file/nehin+3+regional+netw+orks.doc))

<sup>472</sup> Department of Health (2004) *Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998*. Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH).

<sup>473</sup> Welsh Assembly Government (2007) *What you need to know about the new Smoke-free law. A guide for employers, managers and those in control of premises and vehicles*. (Dokumenty dostępne także na stronie internetowej: <http://www.smokingbanwales.co.uk>)



publicznych i w miejscu pracy za sprawą ustawy zdrowotnej z 2006 roku – „*Health Act*”.<sup>474</sup> W powstaniu i przyjęciu tej ustawy miało udział kilka dokumentów:

- Plan walki z nowotworami (*NHS Cancer Plan; Department of Health 2000*), rządowa strategia inwestycji i reformy NHS. Nadała wysoki priorytet sprawom świadczeń związanych z nowotworami, a dokładnie dając wyczerpujący narodowy program inwestowania i reformowania świadczeń związanych z leczeniem chorych na nowotwór. Celem jej była redukcja wskaźników zgonów i poprawa perspektywy przeżycia oraz jakości życia dla osób chorych na nowotwór przez poprawę działań zapobiegających, promocję wczesnego wykrywania, efektywne badania przesiewowe oraz gwarantowanie wysokiej jakości leczenia i możliwości leczenia w całym kraju. „*Cancer Plan*” szczególnie zaangażowany był we wspieranie walki z nierównościami w zdrowiu poprzez ustanowienie nowych celów dla redukcji czasu oczekiwania, ustanowienia nowych krajowych standardów dla opieki nad chorymi na nowotwór i inwestowanie w specjalistyczną opiekę paliatywną (poprzez wzrost liczby pracowników oraz rozwój umiejętności pracowników zajmujących się leczeniem nowotworów i badaniami naukowymi nad nowotworami)<sup>475</sup>;
- Strategia Ministerstwa Zdrowia: *National Service Framework for Coronary Heart Disease* (NSF CHD; 2000)<sup>476</sup>, stworzona w celu modernizacji usług w zakresie chorób serca (*coronary heart diseases; CHD*) w ciągu dziesięciu lat. Wspierała narodową strategię „Ratując Życie – Nasz Zdrowszy Naród” (*Saving Lives – Our Healthier Nation*<sup>477</sup>) w redukowaniu przypadków zachorowań i zgonów spowodowanych przez CHD, w której także zakłada się do 2010 roku obniżenie wskaźnika zgonów z powodu CHD i spokrewnionych chorób jak udar u osób poniżej 75 roku życia.<sup>478</sup>
- Rządowy dokument „Palenie Zabija” (*Smoking Kills*)<sup>479</sup> proponujący wszechstronną strategię z trzema wyraźnymi celami:

---

<sup>474</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Public Health Intervention. Guidance. Draft Scope. Workplace interventions to promote smoking cessation draft scope for consultation*, s. 1-9. (Dokument dostępny na <http://www.nice.org.uk>)

<sup>475</sup> National Health Service (2000) *The NHS Cancer Plan. A plan for investment. A plan for reform*, s. 6. Dokument dostępny na stronie internetowej: <http://www.dh.gov.uk>

<sup>476</sup> National Service Framework for Coronary Heart Disease (2000) *Modern Standards and Service Models*. Department of Health.

<sup>477</sup> Department of Health (1999) *Saving Lives-Our Healthier Nation*. London: The Stationery Office.

<sup>478</sup> National Service Framework for Coronary Heart Disease (2000) *Modern Standards and Service Models*. Department of Health, s. 6 (Dokument dostępny także na stronie internetowej: <http://www.dh.gov.uk>), a także *The National Service Framework for Coronary Heart Disease. Winning the War on Heart Disease. Progress report 2004*, s. 7 ([www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk))

<sup>479</sup> *Smoking Kills. A White Paper on Tobacco* (1998) Presented to Parliament by the Secretary of State for Health and the Secretary of State for Scotland, Wales and Northern Ireland, chapter 2.

- 1) redukcją rozpowszechnienia palenia papierosów wśród dzieci i młodych ludzi,
- 2) pomocą dorosłym palaczom w zaprzestaniu palenia, szczególnie tym osobom znajdującym się w niekorzystnym położeniu,
- 3) pomocą kobietom w ciąży palącym papierosy.<sup>480</sup>

W dążeniu do tych celów pomocne miało być wsparcie finansowe w postaci 110 milionów GBP w ciągu trzech lat w Anglii, 8 milionów GBP w Szkocji, 1 milion GBP w Irlandii Północnej. Finansowanie w Walii było uzależnione od wyników przeglądu państwowych wydatków;

- Program ministerstwa zdrowia do walki z nierównościami w zdrowiu (*Tackling Health Inequalities a Programme for Action; Department of Health, 2003*), także przyczynił się do powstania ustawy zakazującej palenia tytoniu w miejscu pracy i miejscach publicznych;

- Raport Wanlessa D. „W obronie dobrego zdrowia całej populacji” (*Securing Good Health for the Whole Population*)<sup>481</sup>(2004);

- Dokument rządowy zdrowia publicznego „Wybierając zdrowie: ułatwiasz wybory dotyczące zdrowia” (*Choosing Health: making healthy choices easier*) z 2004 roku.<sup>482</sup>

-Strategia ministerstwa zdrowia związana z udzielaniem świadczeń dziecięcych pod nazwą „*National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*”<sup>483</sup> z 2004 roku, która jest częścią strategii „Zmiana dla Dzieci” (*Change for Children*) i obejmuje dostarczanie opieki zdrowotnej dla dzieci, od poczęcia do dorosłości (rozciąga się do 25 roku życia dla osób z trudnościami w nauce);

- Artykuł 8 ramowej konwencji WHO dotyczącej kontroli tytoniu, (*WHO: Framework convention on tobacco control*), który został podpisany i przyjęty przez rząd brytyjski w 2005 roku. Nawołuje partie polityczne do wdrażania: „efektywnej legislacji, zarządzania i administracji albo innych sposobów prowadzących do ochrony przed ekspozycją na dym tytoniowy w zamkniętych pomieszczeniach miejsc pracy, publicznych środkach transportu, zamkniętych miejscach publicznych, i jeśli to konieczne lub stosowne także w stosunku do innych miejsc użyteczności publicznej”.<sup>484</sup>

<sup>480</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Public...op.cit.*, s. 1-9.

<sup>481</sup> Wanless D. (2004) *Securing...op.cit.*

<sup>482</sup> Department of Health (2004) *Choosing Health: making healthy choices easier*. Public Health White Paper.

<sup>483</sup> National Service Framework for Children, Young People and Maternity Service. A briefing paper (2004) *The Chartered Society of Physiotherapy. Pa 67*, s. 2.

<sup>484</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Public.....op.cit.*, s. 1-9.

W pozostałych krajach UK sytuacja odnośnie zakazu palenia w miejscach publicznych również została określona przez wprowadzenie ustawy.

Szkocja 26 marca 2006 roku dołączyła do grupy państw zakazujących palenia papierosów w miejscach publicznych, korzystając również z ich wszechstronnej legislacji. Ustawa jest uzupełnieniem wcześniejszej ustawy z 2005 roku dotyczącej palenia papierosów, opieki zdrowotnej i społecznej (*Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005*) oraz regulacji związanych z zakazem palenia w określonych miejscach z 2006 roku (*Prohibition of Smoking in Certain Premises (Scotland) Regulations 2006*).<sup>485</sup>

W Walii zakaz palenia w pomieszczeniach zamkniętych wszedł w życie 2 kwietnia 2007 roku. Nowa ustawa została wprowadzona w celu ochrony życia i zapobiegania chorobom, których przyczyn upatruje się we wdychanym dymie tytoniowym przez osoby niepalące. W efekcie nowego rozporządzenia obowiązywać będzie zakaz palenia przez pracowników, klientów, pracodawców i gości na terenie całego przedsiębiorstwa, w pomieszczeniach zamkniętych lub zasadniczo zamkniętych (ustawa określa znaczenie obu tych pomieszczeń). Ustawa zakazuje palenia tytoniu także w pomieszczeniach uprzednio wydzielonych do palenia papierosów<sup>486</sup>.

W okresie od grudnia 2004 roku do marca 2005 roku Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Bezpieczeństwa Publicznego (*Department of Health, Social Services and Public Safety; DHSSPS*) w Irlandii Północnej podjęło się społecznych konsultacji dotyczących wzmacniania kontroli miejsc związanych z paleniem tytoniu w przestrzeni publicznej. Konsultacje odbywały się w kontekście regionalnej strategii realizowanej przez DHSSPS pod tytułem „Zdrowsza Przyszłość – Dwudziestoletnia Wizja dla Zdrowia i Dobrostanu w Irlandii Północnej 2005-2025” (*A Healthier Future- A Twenty Years Vision for Health and Wellbeing in Northern Ireland 2005-2025*). Jest to strategia opisująca zobowiązania ministerstwa odnośnie ochrony zdrowia publicznego poprzez stawianie czoła kwestiom czynnego palenia papierosów i

---

<sup>485</sup> Health Scotland (2005) *Smoke-free Scotland . Guidance on smoking policies for the NHS, local authorities and care service providers*, s. 5 (Dokument dostępny także na stronie internetowej: <http://www.scotland.gov.uk>)

<sup>486</sup> National Assembly for Wales. Statutowy Instrument (2007) *The Smoke-free Premises etc. (Wales) Regulations 2007*. Public Health, Wales oraz Welsh Assembly Government (2007) *What you...op.cit.* (Dokumenty dostępne także na stronie internetowej: <http://www.smokingbanwales.co.uk>)

narażenia osób niepalących na wdychanie dymu w miejscach publicznych i miejscach pracy.<sup>487</sup>

Ustawa zakazująca palenia tytoniu w miejscach publicznych w Irlandii Północnej została wprowadzona w życie 30 kwietnia 2007 roku.<sup>488</sup>

Można oczekiwać wielu korzyści płynących z takiego zakazu. Jeśli palacze zdecydują się rzucić albo przynajmniej zredukują liczbę wypalanych papierosów, oprócz zmniejszenia niebezpieczeństwa dla biernych palaczy w rozwoju niektórych chorób, można spodziewać się zdrowszego społeczeństwa. W wyniku wprowadzenia takiej ustawy nastąpi duża redukcja kosztów opieki zdrowotnej oraz poprawa ogólnego środowiska dla wszystkich członków społeczeństwa.

---

<sup>487</sup> Department of Health, Social Services and Public Safety (2004) *Smoking (Northern Ireland) Order 2006. Health and Regulatory Impact Assessment*, s. 4 (Dokument dostępny także na stronie internetowej: <http://www.dhsspsni.gov.uk>)

<sup>488</sup> <http://www.spacetobreathe.org.uk> (Dostęp: 2007-11-12)

## WNIOSKI I POSTULATY

Główny cel pracy polegał na diagnozie i rekonstrukcji rzeczywistości funkcjonowania polityki w zakresie promocji zdrowia w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, konfrontacji teorii z praktyką promocji zdrowia oraz wyciągnięciu wniosków dla Polski.

W rozprawie doktorskiej dokonano porównania polityki w zakresie promocji zdrowia prowadzonej przez cztery kraje UK – Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej. Analiza porównawcza objęła zarówno historyczne, formalno-organizacyjne aspekty brytyjskiej polityki w zakresie promocji zdrowia i zdrowia publicznego, jak i aspekty społeczne związane z tworzeniem się działań promocji zdrowia i ich realizacją w UK.

Odpowiedzi na cele szczegółowe pracy zawierają się w następujących wnioskach:

1. Zdrowie publiczne w UK ma długą tradycję. Początków zdrowia publicznego można doszukiwać się już w XIX wieku. Już wtedy przyjęto wiele ustaw dotyczących tego obszaru polityki zdrowotnej. W tym też czasie przywództwo w obszarze teoretycznego, jak i praktycznego podejścia do rozwiązywania trudnych problemów zdrowia publicznego należało do Wielkiej Brytanii.

W Zjednoczonym Królestwie rozwój promocji zdrowia, jako praktyki zdrowia publicznego można zaobserwować w latach 80-tych XX wieku.

2. Polityka w zakresie promocji zdrowia realizowana przez kraje UK, dąży w tym samym kierunku. Kraje te jako Wspólnota Brytyjska biorą nieustanny przykład z działań prowadzonych przez siebie wzajemnie, choć istnieje wrażenie, że prym w rozwoju działań z zakresu promocji zdrowia, wiedzie Anglia.

3. We wszystkich czterech krajach tworzących Zjednoczone Królestwo - Anglii, Szkocji, Walii i Irlandii Północnej nastąpił intensywny rozwój działań w obszarze polityki zdrowotnej szczególnie w ostatnich trzydziestu latach, czego egzemplifikacją jest kilkadziesiąt projektów i programów zdrowia publicznego.

4. W Zjednoczonym Królestwie wiele instytucji rządowych i pozarządowych rozwija i realizuje strategie zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

Najważniejszymi z nich są: Ministerstwo Zdrowia w Anglii, Narodowe Zgromadzenie Walii, Krajowa Służba Zdrowia Publicznego w Walii, Walijskie Centrum ds. Zdrowia,

Departament Zdrowia Rządu Szkocji, Szkocki Instytut Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Bezpieczeństwa Publicznego w Irlandii Północnej, Ministerstwo Zdrowia Publicznego i wydziały ministerstw ds. zdrowia, które mają swoje departamenty zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

5. Brytyjski rząd podejmuje szereg działań w celu walki z nierównościami w zdrowiu. Irlandia Północna oraz Szkocja mają zorganizowaną ogólną politykę zdrowia publicznego odnośnie zmagania się z nierównościami w zdrowiu.

Anglia jest jedynym krajem z zupełnie oddzielną polityką w obszarze redukcji nierówności w zdrowiu. Natomiast celem walijskiej strategii jest zredukowanie nierówności w zdrowiu między innymi poprzez poprawę odżywiania w grupach najbardziej narażonych.

6. Zjednoczone Królestwo charakteryzuje się społeczeństwem starzejącym się. Spowodowane jest to obniżaniem się obu współczynników płodności i umieralności. Przez ostatnie pięćdziesiąt lat zaszły znaczące zmiany w proporcjach ludzi starszych, także za sprawą obu wojen światowych.

Średnia oczekiwana długość życia dla społeczeństwa brytyjskiego wzrosła o pięć lat w ciągu minionych pięćdziesięciu lat (dane z 2001 roku).

Natomiast do najważniejszych przyczyn zgonów społeczeństwa brytyjskiego należą: choroby układu krążenia, nowotwory, choroby psychiczne i choroby związane ze zdrowiem seksualnym oraz wypadki.

Większość społeczeństwa brytyjskiego (40 mln z 59 mln ludzi żyjących w UK w 2001 roku) określiło swoje zdrowie jako „dobre”, dalej 13 mln ludzi określiło stan swojego zdrowia jako „dość dobry”, a pozostałe 6 mln ludzi jako „złe”.

7. Działania podejmowane na rzecz promocji zdrowia w Zjednoczonym Królestwie skierowane są na aktywny udział społeczeństwa oraz podsycanie inicjatyw przez społeczność w swoich środowiskach lokalnych. Uczestnictwo społeczne w opracowywaniu i realizacji programów promocji zdrowia wpłynąć ma na skuteczność w realizacji i osiągnięciu pożądanego programu.

Ważnym elementem promocji zdrowia w UK jest także rozwijanie wielosektorowej współpracy w realizacji strategii promocji zdrowia, takich sektorów jak np.: edukacji, ochrony zdrowia, biznesu, mediów, środowiska, czy transportu.

Z przeprowadzonej analizy można wysnuć postulaty dla profesjonalistów ochrony zdrowia w Polsce, polityków, naukowców, czy nauczycieli wynikające z

funkcjonowania brytyjskiej polityki w zakresie promocji zdrowia. Postulaty te stanowią także odpowiedź na ósmy cel szczegółowy postawiony w rozprawie:

1. Instytucje rządowe i organizacje spoza sektora zdrowotnego związane z edukacją, środowiskiem, mediami czy transportem powinny skupić się na rozwijaniu długoterminowych sieci współpracy przy realizacji strategii promocji zdrowia.
2. W celu uzyskiwania lepszych wyników programów zdrowia publicznego należy motywować lokalne społeczeństwo do udziału w realizacji celów programów oraz do inicjowania lokalnych projektów promocji zdrowia.
3. Potrzeba wprowadzenia nowej ustawy zakazującej palenia papierosów w miejscach publicznych (bez wyznaczania oddzielnych pomieszczeń dla palaczy) w Polsce (bardziej restrykcyjnej od wcześniejszej ustawy);
4. Potrzeba otwartego edukowania młodych ludzi w zakresie edukacji seksualnej; prezentowanej w kontekście, który dowartościuje stabilne związki, zdrowsze życie i osobistą odpowiedzialność. Odpowiednio realizowana edukacja seksualna, stosownie do wieku dziecka, przez dobrze przygotowanych nauczycieli daje możliwości dzieciom, które nie mają dobrego przykładu w domu rodzinnym Uczy pewności siebie, budowania silnych więzi opartych na wzajemnym szacunku, rozpoznawania własnej tożsamości ponadto podnosi świadomość i wiedzę związaną ze sprawami seksualności.

Na zakończenie rozprawy warto dodać, że Polska w ostatnich latach także rozwija szereg działań w zakresie promocji zdrowia. Wiele różnych organizacji o odmiennym profilu, podejmuje się realizacji wspólnych projektów krzewiących zdrowie, wspierających grupy ludzi najbardziej narażonych na niebezpieczeństwa.

Warto jednak brać przykład z innych krajów rozwiniętych i rozwijających się oraz na bieżąco śledzić ich poczynania. I co najważniejsze podejmować kroki w kierunku współpracy na arenie międzynarodowej z organizacjami zajmującymi się promocją zdrowia.

## **Streszczenie**

Edyta Kurzępa-Hasan. Praca doktorska.

Poznań 2009

Temat: Brytyjska polityka w zakresie promocji zdrowia po II wojnie światowej. Studium porównawcze.

Zdrowie publiczne i promocja zdrowia posiadają różne pochodzenie. We współczesnym świecie oba pojęcia są spostrzegane jednak jako komplementarne wobec siebie i nakładające się na obszary swoich praktyk.

Niniejsza rozprawa doktorska poświęcona jest brytyjskiej polityce w zakresie promocji zdrowia po II wojnie światowej. Obszar badawczy obejmuje politykę wszystkich czterech krajów – Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej - tworzących Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, UK) w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

Główny cel pracy polegał na diagnozie i rekonstrukcji rzeczywistości funkcjonowania polityki w zakresie promocji zdrowia w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, konfrontacji teorii z praktyką promocji zdrowia w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej oraz wyciągnięciu wniosków dla Polski.

Rozprawa doktorska składa się z części teoretycznej i analitycznej. Dwa pierwsze rozdziały stanowią wprowadzenie teoretyczne w obszar promocji zdrowia i zdrowia publicznego oraz wprowadzenie w ogólne tendencje w rozwoju promocji zdrowia na świecie.

Trzy następne rozdziały stanowią opis i analizę porównawczą polityki w zakresie promocji zdrowia realizowanej przez kraje Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej – Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej. Przedmiotem analizy są powstanie i przemiany Narodowej Służby Zdrowia, historia rozwoju działań w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia, podział odpowiedzialności za zdrowie publiczne i promocję zdrowia w UK oraz analiza i porównanie strategii prowadzonych przez te kraje wobec nierówności w zdrowiu. Przedstawiono i porównano wybrane wskaźniki zdrowotne społeczeństwa Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej po II wojnie światowej do czasów współczesnych. Ostatni rozdział



przedstawia podejścia do działań w zakresie promocji zdrowia i ich implementację, takie jak społeczne uczestnictwo w działaniach promujących zdrowie, zdrowie dzieci, szkołę promującą zdrowie oraz edukację zdrowotną i seksualną w szkołach, promocję zdrowia w opiece zdrowotnej i w miejscu pracy.

W zakończeniu rozprawy ujęto pewne wnioski płynące z analizy brytyjskiej polityki w zakresie promocji zdrowia. Wnioski były również podstawą do sformułowania postulatów dla polityków, profesjonalistów zdrowotnych, naukowców, nauczycieli i tak naprawdę dla wszystkich, którzy chcieliby angażować się w sprawy promocji zdrowia.

## **Summary**

Edyta Kurzēpa-Hasan. Ph.D. Thesis.

Poznań 2009

Subject: British policy in health promotion after the Second World War. Comparative study.

Public health and health promotion have different origin. Contemporary both ideas are complementary to each other in theory and in practice.

The doctor`s thesis describes British policy in health promotion after the Second World War. A scientific area contains policy in all four countries of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland – England, Wales, Scotland and North Ireland in public health and health promotion.

The main goal was to assess and reconstruction reality function of British policy in health promotion in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, confrontation theory with practice in health promotion and deduction conclusions for Poland.

The doctor`s thesis consists of two parts: theoretical and analytical. The first two chapters are theoretical introduction in area of health promotion, public health and introduction in the main tendency in development of health promotion in the world.

The next three chapters provide description and comparative analysis of British policy in health promotion in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland– England, Wales, Scotland and North Ireland

The topic of analysis concerns origin and transformation of the National Health Service, history of public health and health promotion development, division of responsibility for public health and health promotion in the United Kingdom, analysis and comparison of a strategies in health inequality.

It has been presented and compared selected health indicators of population in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland after the Second World War until now.

The last chapter presents attitude in health promotion activities and implementation, for example participation of society in health promotion strategies, child health, healthy

school projects, health and sexual education in schools, health promotion in health care and health promotion in workplaces.

There are some conclusions at the end of the doctoral thesis. On the ground of conclusions were presented postulates for politicians, health professionals, scientists, teachers and for everyone interested in health promotion activities.

Spis tabel

Tabela nr 1. Obszary zdrowia publicznego wraz z przykładami ustawodawstwa.....	90
Tabela nr 2. Obserwatoria Zdrowia Publicznego w Anglii, obszary ich działań oraz organizacje z nimi współpracujące.....	107
Tabela nr 3. Liczebność populacji Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej w latach 1951-1991.....	120
Tabela nr 4. Średnia oczekiwana długość życia przy urodzeniu oraz dla populacji w wieku 65 lat z uwzględnieniem płci w latach 1951 i 2001.....	122

## Spis rycin

Rycina nr 1. Mandala zdrowia-model ekosystemu zdrowia.....	24
Rycina nr 2. Model „pól zdrowia” według M.Lalonda.....	24
Rycina nr 3. Czynniki wpływające na stan zdrowia populacji.....	26
Rycina nr 4. Czynniki wpływające na stan zdrowia.....	27
Rycina nr 5. Niektóre dyscypliny nauki a zdrowie publiczne.....	29
Rycina nr 6. Rozwój i wzajemne relacje zdrowie publiczne - promocja zdrowia.....	44
Rycina nr 7. Samoocena ogólnego zdrowia populacji Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, dane z 2001 roku.....	125
Rycina nr 8. Współczynnik umieralności niemowląt (na 1000 żywych urodzeń) w Anglii, Walii i Szkocji.....	128
Rycina nr 9. Współczynnik umieralności populacji (na 100,000 ludności) Anglii i Walii z uwzględnieniem płci w latach 1901-2000.....	129
Rycina nr 10. Współczynnik umieralności kobiet (na 100,000 ludności) z podziałem na grupy wiekowe w latach 1901-2000, Anglia i Walia.....	129
Rycina nr 11. Współczynnik umieralności mężczyzn (na 100,000 ludności) z podziałem na grupy wiekowe w latach 1901-2000, Anglia i Walia.....	130
Rycina nr 12. Współczynnik umieralności ogólnej społeczności Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (na 100,000 ludności) z uwzględnieniem podziału na płeć w latach 1979-2003.....	130
Rycina nr 13. Współczynnik umieralności dla wybranych chorób (na 100,000 ludności) w latach 1911-2003, dla Anglii i Walii.....	132
Rycina nr 14. Ceny i konsumpcja alkoholu w latach 1962-1996 .....	139
Rycina nr 15. Trendy w rozpowszechnianiu palenia papierosów w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej w latach 1950-2000 .....	141
Rycina nr 16. Liczba zgonów związanych z paleniem papierosów w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej w latach 1955-1995 .....	142
Rycina nr 17. Odsetek ludzi, którzy zaprzestali palenia papierosów w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z uwzględnieniem klas społecznych w 1973 roku i 1998 roku.....	143

## BIBLIOGRAFIA

### **Dokumenty rządowe Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii I Irlandii Północnej i dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia oraz inne**

Action on Smoking and Health (2004) Factsheet No 19: *Tobacco advertising and promotion*. Action on Smoking and Health.

Action on Smoking and Health, Health Development Agency (2003) *Smoking and Health Inequalities*. National Institute for Health and Clinical Excellence.

Alcohol Harm Reduction Strategy for England (2004). Prime Minister`s Strategy Unit.

Association of Public Health Observatories. Intelligent health choices. APHO looks forward to 2007 (2006) Acluin Research and Resource Centre (ARRC). The University of York, Heslington, York YO 10 5DD.

Cabinet Office (1998). *Tackling drugs to build a better Britain*. TSO: London Select Committee. Report on Sexual Health, TSO: London.

Cabinet Office Strategy Unit (2003) *Interim Analytical Report for the National Alcohol Harm Reduction Strategy*. London: The Stationery Office.

Care Services Improvement Partnership (CSIP) (2007) *The role of public health on supporting the development of integrated service*. Integrated Care Network.

Chief Medical Officer (2005) *The pneumococcal immunisation programme for older people nad risk groups*. PL/CMO/2005/1. Department of Health.

Chief Medical Officer, Wales (2002) *Health in Wales: Chief Medical Officer`s Report 2001-02*. Cardiff, The National Assembly for Wales.

Centre for History in Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2002) *The Big Smoke: Fifty Years After The 1952 London Smog-* a commemorative conference. LSHTM.

Declaration of Alma-Ata (1978) [w:]: *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. World Health Organization.

Department for Education and Skills (2006) *Teenage Pregnancy Next Steps: Guidance for Local Authorities and Primary Care Trusts on Effective Delivery of Local Strategies*. London.

Department of Education Northern Ireland (2001) *Relationships and Sexuality Education*, Circular 2001/15. Belfast

- Department of Health (1991) *The Patient's Charter*. London: HMSO.
- Department of Health (1992) *Health of the Nation: a strategy for health for England*. London: HMSO.
- Department of Health (1998) *Smoking Kills: A white paper on tobacco*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (1998) *Smoking Kills: A White Paper on tobacco. Saving Lives: Our Healthier Nation*. TSO: London.
- Department of Health (1999) *Saving Lives-Our Healthier Nation*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (2000) *NHS Cancer Plan 2000*. London.
- Department of Health (2000) *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. Department of Health.
- Department of Health (2001) *Better Prevention, Better Services, Better Sexual Health: The National Strategy for Sexual Health and HIV*.
- Department of Health (2002) *Tackling Health Inequalities. Consultation on a plan for delivery*. London, UK Parliament.
- Department of Health (2002) *Tackling Health Inequalities. 2002 Cross-Cutting Review*. London, UK Parliament.
- Department of Health (2002) *Tackling Health Inequalities. Summary of the 2002 Cross-Cutting Review*. London, UK Parliament.
- Department of Health (2003) *Infant Feeding Recommendation*. London.
- Department of Health (2003) *Liberating the public health talents of community practitioners and health visitors*. DH Nursing.
- Department of Health (2003) *Statistics on Smoking: England. Statistical Bulletin 21*. London: Department of Health.
- Department of Health (2003) *Tackling Health Inequalities. A Programme for Action*. London, UK Government.
- Department of Health (2004) *Choosing Health: Making healthy choices easier*. DoH/NHS. London: The Stationery Office.
- Department of Health (2004) *Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998*. Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH).
- Department of Health (2004) *Technical Note for the Spending Review 2004*. Public Service Agreement.

Department of Health (2005) *Breast Screening Programme, England: 2003-04*. Statistical Bulletin.

Department of Health and Office for National Statistics (2004) *Statistics on Alcohol: England*. Statistical Bulletin 15. London: Department of Health.

Department of Health Social Services and Public Safety (2001) *New TSN Action Plan for the period April 2001 – March 2003*. Belfast, Northern Ireland Assembly.

Department of Health, Social Services and Public Safety (2004) *Smoking (Northern Ireland) Order 2006. Health and Regulatory Impact Assessment* (Dokument dostępny także na: <http://www.dhsspsni.gov.uk>).

Department of Health, Social Service and Public Safety (2004) *Review of the Public Health Function in Northern Ireland*. Final Report 6.

ESRC (Economic & Social Research Council) Seminar Series, Mapping the public policy landscape. *The Demographic Trends in Scotland. A Shrinking and Ageing Population*.

European Observatory on Health Care Systems (1991) *Health Care Systems in Transition*. United Kingdom.

Eurydice (2006) *Systemy Edukacyjne w Europie – stan obecny i planowane reformy. Zjednoczone Królestwo – Anglia, Walia i Irlandia Północna*. Biuro Eurydice dla Anglii, Walii i Irlandii Północnej.

Food Standards Agency, Wales (2003) *Food and Well Being. Reducing inequalities through a nutrition strategy for Wales*. Cardiff, Welsh Assembly.

Health Education Authority (1991) *Strategic Plan*. London, HEA.

Health Evidence Bulletins Wales (2000) *Healthy Living*. Cardiff National Assembly for Wales.

Health for all targets (1993) *The health policy for Europe*. September 1991 Copenhagen, World Health Organization.

Health Promotion: *Achievements and Lessons Learned from Ottawa to Bangkok*. 138<sup>th</sup> Session of the Executive Committee. Pan American Organization. World Health Organization Washington, D.C., USA, 19-23 June 2006.

Health Scotland (2005) *Smoke-free Scotland*. Guidance on smoking policies for the NHS, local authorities and care service providers.

Her Majesty's Inspectorate (HMI) (1984) *Curriculum matters 6: Health education from 5 to 16*. London: HMSO.



HM Government (2005) *Health, Work, and Well-being-caring for our future. Strategia for the health and well-being of working age people* (dokument dostępny także na <http://www.dh.gov.uk>).

HMSO (1989) *Statutory Instrument for nurses, midwives and health visitors*. No. 1455. Nurses, midwives and health visitors (Parts of the Register) Amendment (No.2) Order.

HMSO (1990) *NHS and Community Care Act 1990*. London: HMSO.

International Study of Alcohol Control Experiences, World Health Organization Regional Office for Europe (1981) *Alcohol, Society and the state: A comparative study of alcohol control, vol 1*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Measuring Inequalities in Health Working Group (2003) *Inequalities in Health*. Edinburgh, Scottish Parliament.

Men's Health Forum in Ireland (2004) *A Report from the men's health in Ireland*. Chapter 2. Life expectancy.

Ministry for Health Social Services and Public Safety (2002) *Investing for Health*. Belfast, Northern Ireland Assembly.

National Assembly for Wales (2002) *Sex and Relationships Education in Schools, Circular 11/2*. National Assembly for Wales: Cardiff.

National Assembly for Wales (2003) *Personal and Social Education (PSE) and Work-Related Education (WRE) in the Basic Curriculum, Circular 13/03*. National Assembly for Wales, Cardiff.

National Assembly for Wales (2007) *The Smoke-free Premises etc. (Wales) Regulations 2007*. Public Health, Wales

National Curriculum Council (NCC) (1990a) *Curriculum guidance No.5. Health education*. York: National Curriculum Council.

National Forum for CHD Prevention (1994) *Food for children*. London: National Forum for CHD Prevention.

National Health Service (2000) *The NHS Cancer Plan. A plan for investment. A plan for reform* (Dokument dostępny także na: <http://www.dh.gov.uk>).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Public Health Intervention. Guidance. Draft Scope. Workplace interventions to promote smoking cessation draft scope for consultation* (Dokument dostępny na <http://www.nice.org.uk>).

National Service Framework for Children, Young People and Maternity Service. A briefing paper (2004) *The Chartered Society of Physiotherapy*. Pa 67.

National Service Framework for Coronary Heart Disease (2000) *Modern Standards and Service Models*. Department of Health.

NHS Scotland (2001) *Rebuilding our National Health Service. Guidance to NHS Chairs and Chief Executives for implementing Our National Health. A plan for action, a plan for change.* Scottish Executive Health Department.

Northern Ireland Statistics and Research (2006) *Registrar General Northern Ireland. Annual Report 2005.* An Agency within the Department of Finance and Personnel.

Northern Ireland Statistics Research Agency (NISRA). Perinatal, neonatal, postneonatal and infant deaths, numbers and rates, 1946 to 2005.

Office for National Statistics (2001) *Social Focus na Men.* London: ONS.

Office for National Statistics (2005) *General Household Survey 2003,* TSO: London.

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1.

Physical Activity Task Force (2003) *Let`s Make Scotland More Active. A Strategy for physical activity.* Edinburgh, Scottish Executive.

Second International Conference on Health Promotion Adelaide, South Australia 5-9 April. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy (WHO/HPR/HEP/95.2).

Scottish Office (1999) *Towards a Healthier Scotland – A White Paper on Health.* The Stationery Office.

Scottish Executive (2000) *Our National Health: A Plan for action, a plan for change.* NHS Scotland.

Scottish Executive (2001) *Sex Education in Scottish Schools: A summary of National Advice.* Edinburgh.

Scottish Executive (2001) *Sex Education in Scottish Schools: Effective Consultation with Parents and Carers (Guidance).* Edinburgh.

Scottish Executive (2003) *Improving Health in Scotland. The Challenge.* Edinburgh.

Scottish Executive (2004) *Delivering for Scotland`s Gypsies/ Travellers.* Edinburgh.

Scottish Executive (2005) *Health for all Children Draft Guidance on Implementation In Scotland. Analysis of Consultation Response.* Scottish Executive Health Department.

Scottish Executive. Department of Health. Public Health and Substance Misuse Division (2006) *Public Health Legislation in Scotland: A Consultaion.* Edinburgh.

Scottish Office Department of Health (1999) *Towards a Healthier Scotland-A White Paper on Health.* TSO: Edinburgh.

Sexual Health Strategy Referency Group and Project Team (2003) *Enhancing Sexual Wellbeing in Scotland. A Sexual Health and Relationships Strategy Proposal*. Edinburgh, Scottish Executive.

Smoking Kills. A White Paper on Tobacco (1998) Presented to Parliament by the Secretary of State for Health and the Secretary of State for Scotland, Wales and Northern Ireland.

Statutory Rules of Northern Ireland 2007 No. 46. Education (Curriculum Minimum Content) Order (Northern Ireland).

Swedish National Committee for Public Health, (2000). *Health on Equal Terms-National Goals for Public Health*. Stockholm, Sweden: Ministry of Health and Social Affairs.

Technical Note for the Spending Review 2004: Public Service Agreement 2005-2008. Department of Health.

The Academy of Medical Sciences (2004) *Calling Time. The Nation's drinking as a major health issue*. A report from the Academy of Medical Sciences.

The Chartered Society of Physiotherapy (2005) *Public Health in Scotland. A guide to the public health agenda*. Information Paper, PA 63/Version 1, Member Networks and realizations.

The EPPI (2007) *A scoping review of the evidence relevant to life checks for young people aged 9 to 14 years*. (The EPPI – Centre is part of the Social Science Research Unit Institute of Education, University of London).

*The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Health Promotion International 12, 4, 261-264. (Edited text agreed by the 450 participants from 78 countries at the 4<sup>th</sup> International Conference on Health Promotion, New Players for a New Era-Leading Health Promotion into 21<sup>st</sup> Century, Jakarta, 21-25 July 1997.

The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 4th International Conference on Health Promotion „New Players for New Era”, Jakarta, 21-25 July 1997.

The National Service Framework for Coronary Heart Disease (2004) *Winning the War on Heart Disease*. Progress report.

The Scottish Parliament (2002) *The Information Centre. Public Health in Scotland*. Research Briefing.

The Sundsvall Handbook (1991) „We can do it”, from the 3rd International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991.

The World Health Report (2002) *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization.

Welsh Assembly Government (2007) *What you need to know about the new Smoke-free law. A guide for employers, managers and those in control of premises and vehicles.* Welsh Assembly.

Welsh Assembly Government. Department for Children, Education, Lifelong Learning and Skills,(2008). *Personal and Social Education Framework for 7 to 19 Years Olds in Wales.*Cardiff: Welsh Assembly.

World Health Assembly. Fifty-first World Health Assembly (1998) *Health-for-all policy for the twenty-first century.*

World Health Organization (1978) *Alma Ata 1978: Primary Health Care,* Geneva, WHO.

World Health Organization (1985) *Targets for All,* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization Targets for Health for All (1985) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. European Health For All Series, No.1.

World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for health promotion.* Health Promotion, 1.

World Health Organization (1988) *Healthy Cities Project: Five Year Planning Framework.* Copenhagen, Denmark: World Health Organization.

World Health Organization (1993) *The Health of Young People: A Challenge and a Promise.* WHO, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (1996) *Promoting Health Through Schools: WHO's Global Initiative.* World Health Organization (WHO/HPR/HEP/96.4), Geneva, Switzerland.

World Health Organization (1997) *Promoting Health Through Schools: Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion.* WHO Technical Report Series 870, WHO, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (1999) *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region.* Copenhagen. WHO. (European Health for All Series; No. 6).

World Health Organization (2004) *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies.* WHO Geneva.

WHO (2005) *Global health promotion scaling up for 2015. – A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015.* WHO Secretariat Background Document for the 6<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand.

Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku (2001) Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Fundacja Zdrowia Publicznego, Warszawa-Kraków.

## Publikacje zwarte

Acheson D. (1998) *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London, The Stationery Office.

Bik B., Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A. (1996) *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*. Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Bik B. (1996) *Koncepcja promocji zdrowia*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Poździoch S., Ryś A., Uniwersyteckie Wyd. Medyczne „Vesalius”, Kraków.

Black D. (1980) *Inequalities in Health. The Black Report*, DHSS.

Brock A., Griffiths C. (2006) *Mortality*, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H.. National Statistics.

Brzeziński T. (1988) *Historia medycyny*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Charońska E., Janus B., Szczepka M. (1993) *Nauczanie zdrowia*, Warszawa.

Ciechaniewicz W. (2000) *Pedagogika*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Cylkowska-Nowak M. (2000) *Spoleczne funkcje szkolnictwa w Japonii i Stanach Zjednoczonych. Studium z pedagogiki porównawczej*. Poznań-Toruń.

Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (2001) *Zdrowie Publiczne*. Tom 1, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków.

Dadhich J.P., Gupte A., Faridi M.M.A. (2000) *Role of health care delivery in promoting early and exclusive breastfeeding and related economic gains*. IBFAN.

Dolińska-Zygmunt G. (1996) *Behawioralne wyznaczniki zdrowia- zachowania zdrowotne*, [w:] *Elementy psychologii zdrowia*, Dolińska-Zygmunt G., Acta Universitatis Wratislaviensis No 1818.

Dolińska-Zygmunt G. (2000) *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*, Wyd. Instytut Psychologii PAN, Warszawa.

Frątczak J. (1994) *Pedagogika porównawcza*. Wyd. Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz.

Fullard E., Johnstone A. (1997) *National Primary Care Facilitation Programme UK [w:] Worldwide Efforts to Improve Heart Health. A Follow-up to the Catalonia Declaration-Selected Program Discriptions*. Grabowsky T.A., Farqunary J.W., Sunnarborg K.R., Bales V.S.. US Department of Health and Human Sciences.

Głowacka M.D. (2000) *Proces kształtowania zachowań zdrowotnych*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Pod red. M.D.Głowackiej. Wydawnictwo WOLUMIN, Poznań.

Gmerek T. (2007) *Spoleczne funkcje szkolnictwa w Finlandii*. Poznań-Leszno.

Gniazdowski A. (1994) *Promocja zdrowia w miejscu pracy*. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. J. Nofera.

Grębowski R., Kirschner H., Januszko T. (1997) *Promocja zdrowia*, [w:] *Medycyna zapobiegawcza i środowiska*. Pod red. Jethona Z., PZWL, Warszawa.

Griffiths C., Brock A., (2003). *Twentieth Century Mortality Trends in England and Wales*. Health Statistics Quarterly 18.

Groene O., Garcia-Barbero M. (2005) *Health Promotion in hospitals: Evidence and Quality Management*. Country Policies, Systems and Services Divisions of Country Support WHO Regional Office for Europe.

Hamlyn B. (2002) *Infant Feeding 2000*. TSO: London.

Hancock T. (1990) *Mandala of Health: a model of the human ecosystem*, [w:] *Health Promotion. A resource book*. Anderson R., Kickbusch I., WHO Regional Office for Europe Copenhagen.

Harley J., Flannagan M. (1993) *Smoking in schools*. Birmingham: Birmingham Health Education Unity.

Hicks J., Allen G., (1999). *A Century of Change Trends in UK Statistics since 1900*. House of Common Library. Social and General Statistics Section. Research paper 99/11.

Hunter D.J. (2004) *Public Health Function Review in Northern Ireland. The Policy Context*. University of Durham. Schhol for Health.

Indulski J., Jethon Z., Dawydzik Z.T. (2000) *Zdrowie Publiczne*. Łódź.

Jacob M. (1988) *United Kingdom. England*, [w:] *Health Education in Europe. International Union for health education*, Wieberdink E., Dutch Health Education Centre, UTRECHT, The Netherlands.

Jabłońska-Chmielewska A. (1999) *Podstawowe wiadomości o demografii lekarskiej*, [w:] *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Pod red. Jabłoński L., FOLIUM, Lublin.

Jabłońska-Chmielewska A. (1999) *Dokumentacja medyczna w analizie epidemiologicznej*, [w:] *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Pod red. Jabłoński L., Wyd. FOLIUM, Lublin.

Jabłoński L. (1998) *Sanologia*. Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie, Warszawa.

Jensen B.B., Simovska V. (2002) *Models of Promoting Health Schools in Europe*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

Jochelson K. (2005) *Nanny or Steward? The role of the government in public health*. King's Fund, London.

Johnson M.R.P., Scase M.O. (2000) *Ethnic Minorities and Visual Impairment. A Research Review*. Scale Research Paper No. 1.

Kapliński A.K., Łysiak M.R., Pęcińska T.S. (2003) *Zakład opieki zdrowotnej w praktyce. Fachowy poradnik dla zarządzających szpitalem, przychodnią, ośrodkiem zdrowia i inną jednostką opieki medycznej*. Wydawnictwo VERLAG DASHOFER.

Karczewski J. (2002) *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin.

Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W. (1994) *Promocja zdrowia*. Sanmedia, Warszawa.

Karski J.B. (1999) *Promocja zdrowia*. Wyd. IGNIS, Warszawa.

Karski J. (2000) *Promocja zdrowia -pakiet samokształceniowy*.

Karski J.B. (2000) *Promocja zdrowia*. Wyd. CeDeWu, Warszawa.

Karski J.B. (2003) *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wyd. CeDeWu, Warszawa.

Karski J.B. (2006), *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa.

Karski J., Koronkiewicz A. (tłumaczenie i opracowanie tekstu) *Zdrowie 21*. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia-Ośrodek Współpracy z Europejskim Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia.

Kemm J., Close A. (1995) *Health Promotion. Theory and Practice*. Palgrave, Eastbourne.

Kirby D. (2007) *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

Kirschner H. (1999) *Promocja zdrowia na tle medycyny społecznej*, [w:] *Promocja zdrowia*, Karski J.B., Wyd. IGNIS, Warszawa.

Kuński H. (2000) *Promowanie zdrowia. Podręcznik dla studentów wychowania fizycznego*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

- Lalonde M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada Information.
- Leger L. (2006) *Health Promotion and Health Education In Schools-Trends, Effectiveness and Possibilities. Research report*. Royal Automobile Club of Victoria.
- Leon D.A., Morton S., Cannegieter S., MsKee M. (2003) *Understanding the Health of Scotland's Population in an International Context. A review of current approaches, knowledge and recommendations for new research directions*. Part I. A report by the London School of Hygiene & Tropical Medicine. Commissioned and funded by the Public Health Institute of Scotland.
- Leowski J. (1999) *Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe*, [w:] *Promocja zdrowia*. Karski J., Wyd. IGNIS, Warszawa.
- Leowski J. (2000) *Problemy zdrowotne i sposoby ich rozwiązywania*, [w:] *Promocja zdrowia*, Karski J.B., Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa.
- Leowski J. (2004) *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*. Wyd. CeDeWu, Warszawa.
- Lupton D. (1995) *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. Sage Publications, London.
- Malinowski A. (2000) *Waleologia - nauka o promocji zdrowia*, [w:] *Auksologia a promocja zdrowia*. Tom 2., Jopkiewicz A., Polska Akademia Nauk w Krakowie, Kieleckie Towarzystwo Naukowe, Kielce.
- Marcinkowski T. (1988) *Medycyna społeczna XIX-XX wieku*, [w:] Brzeziński T., *Historia medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Mason C., Clarke J. (2001) *A Nursing Vision of Public Health. All Ireland Statement on Public Health and Nursing*. Department of Health, Social Services and Public Safety.
- Melosik Z. (1999) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Wyd. Edytor, Toruń-Poznań.
- Melosik Z. (2002) *Uniwersytet i społeczeństwo. Dyskursy wolności, wiedzy i władzy*. Wyd. Wolumin, Poznań.
- Milio N. (1986) *Promoting Health through Public Policy Canadian Public Health Association*, Ottawa.
- Mitchell S., Davies J.K. (1988) *United Kingdom. Scotland*, [w:] *Health Education in Europe. International Union for health education*. Wieberdink E., (1988). Dutch Health Education Centre, UTRECHT, The Netherlands.
- Musielak M. (2000) *Rola przedmiotów humanistycznych w nauczaniu medycyny w poglądach Adama Wrzoska*, [w:] *Konteksty społeczno-kulturowe zdrowia i medycyny I*. Pod red. M. Musielaka. Wyd. Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań.



- Musielak M. (2005) *Przedmowa, [w:] Konteksty społeczno-kulturowe zdrowia i medycyny II*. Pod red. M. Musielaka. Wyd. Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań.
- Naidoo J., Wills J. (1994) *Health promotion. Foundations for practice*. Bailliere Tindall, London.
- Naidoo J., Wills J. (2005) *Public Health and Health Promotion developing practice*. Bailliere Tindall, London.
- Nosko J. (2005) *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne – aspekty historyczno kulturowe*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Nutbeam D. (2000) *Health promotion effectiveness-the question to be answered, [w:] IUHPE. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. 2<sup>nd</sup>* Brussels-Luxemburg, International Union of Health Promotion and Education.
- Osborne V. (2006) *Morbidity, [w:] Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H.. National Statistics.
- Pachociński R. (1995) *Pedagogika porównawcza*. TRANS HUMANA, Białystok.
- Parsons T. (1972) *Szkice z teorii socjologicznej*. Państwowe Wyd. Naukowe, Warszawa.
- Pike S., Froster A. (1998) *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Poland B.D., Green W.L., Rootman I. (2000) *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Sage Publications.
- Porter R., Fraser A. (2007) *Men`s health*. Royal College of General Practicioners. Curriculum Statement 10.2.
- Poswillo D. (1998) *Report of the Scientific Cmmittee on Tobacco and Health*. TSO: London.
- Poździoch S., Ryś A. (1996) *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*. Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków.
- Quinn M., Babb P., i in. (2001) *Cancer Trends in England and Wales 1950-1999*. Studies on Medical and Population Subjects No. 66. Lonodon: The Stationery Office.
- Ritchie J., Jacoby A., Bone M. (1981) *Access to Primary Health Care*. London: HMSO.
- Rogers L., Taylor p., Gott. D. (1993) *Healthy School Award*. Wessex Institute of Public Health Medicine and Hampshire Education, UK.

- Roman E. (2000) *Szkoła promująca zdrowie-możliwości i zagrożenia*, [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno kulturowe*. Pod red. Głowackiej M.D., Wyd. Wolumin, Poznań.
- Rose P. (1993) *Social Trends 23*, London, Central Statistical Office, HMSO.
- Skrzypczak J. (2007) *Udział mediów w tzw. edukacji równoległej i jego skutki dla edukacji służby zdrowia*, [w:] *Zarządzanie zdrowiem społecznym i edukacją menedżera ochrony zdrowia*. Pod red. M.D. Głowackiej, Wyd. Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań.
- Swann C., Bowe K., McCormick G., Kosmin M. (2003). *Teenage Pregnancy and Parenthood: a Review of Reviews, Evidence Briefing*. Health Development Agency: London.
- Szewczyk T. (2000) *Edukacyjne i ekologiczne konteksty promocji zdrowia* [w:] *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Pod red. Głowackiej M.D., Wyd. Wolumin, Poznań.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2002) *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tsouros A.D., Dowding g., Thompson J., Dooris M. (1998) *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen.
- Twigg L., Moon G., Walker S. (2004) *The smoking epidemic in England*. Health Development Agency.
- Waller S., Crosier A., MsVey D. i in. (1999) *Inequalities in Health: A series of seminars held by the Health Education Authority*. London: Health Education Authority.
- Wanless D. (2004) *Securing Good Health for the Whole Population*. Final Report.
- Webb T., Schilling R., Jacobson B., Bobb P. (1988) *Health at Work? A Report on Health Promotion in the Workplace*, Research Report No. 22, London, HEA.
- Westlake S., Yar M. (2006) *Smoking, drinking and drug use*, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H.. National Statistics.
- Westlake S. (2006) *Sexual behaviour and health*, [w:] *Focus on Health*. Bajekal M., Osborne V., Yar M., Meltzer H.. National Statistics.
- Wieberdink E. (1988) *Health Education in Europe*. International Union for Health Education. Deutch Health Education Centre, Utrecht, The Netherlands.
- Wiloch T. (1970) *Wprowadzenie do pedagogiki porównawczej*. Państwowe Wyd. Naukowe, Warszawa.

Włodarczyk C., Poździej S. (2001). *Systemy zdrowotne*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Włodarczyk C. (2003) *Reformy zdrowotne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Wojnarowska B., Sokołowska M. (1994) *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie*. Wyd. Hera, Warszawa.

Wojnarowska B. (1999) *Siedliskowe podejście w promocji zdrowia i jego realizacja w praktyce*. [w:] *Promocja zdrowia*. Pod red. Karski J.B.. Wydawnictwo IGNIS Warszawa.

Wojnarowska B. (2007) *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa.

Wysocki J., Charońska E. (2006) *Rola promocji zdrowia w systemie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie*. Pod red. M.D. Głowackiej, Poznań.

Wysocki M.J., Miller M. (2004) *Nowe Zdrowie Publiczne*, [w:] *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*. Pod redakcją Nosko J., Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera.

Young L., Williams T. (1989) *The Healthy School*. Report of the Scottish Health Education Group/WHO. Scottish Health Education Group, Edinburgh, UK.

Zins H. (1995) *Historia Anglii*. Wyd. Ossolineum, Wrocław-Warszawa.

## Artykuły

Awofeso N. (2004) *What`s New About New Public Health*. American Journal of Public Health 94, 5, 705-709.

Bachman R. (1986) *Ecology in the school environment*. Health Promotion 1, 3 325-334.

Baradaran H.R., Jamieson J., Gardee R., Knill-Jones R.P. (2006) *Scottish survey of diabetes services for minority ethnic groups*. BMC Health Services Research 6:130.

Barth A.D., Camilleri-Ferrante C., Wilson S. (1992) *Evaluation of the Look After Your Heart initial tutor training course in East England*. Health Education Journal (Abstract) 51, 3, 112-116.

Bellew B., Wayne D. (1991) *Prevention of smoking among school children: A review of research and recommendations*. Health Education Journal 50, 3-8.

Berridge V., Loughlin K. (2005) *Public Health Then and Now. Smoking and the New Health Education in Health 1950s-1970s*. American Journal of Public Health 95, 6, 956-964.

- Berridge V. (2007) *Medicine and the Public: The 1962 Report of the Royal Collages of Physicians and the New Public Health*. Bulletin of the History of Medicine 81, 1, 286-311.
- Bindman A.B., Weiner J.P., Majeed A. (2001) *Primary Care Groups In The United Kingdom: Quality And Accountability*. Health Affairs 20, 3, 132-145.
- Birch S., Maynard A. (1987) *Regional distribution of family practitioner services: implications for National Health Service equity and efficiency*. Journal of the Royal College of General Practitioners 37, 305, 537-539.
- Blanks R.G., Moss S.M., McGaham C.E., Quinn M.J., Babb P.J. (2000) *Effect of NS Breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales 1990-1998: comparison of observed with predicted mortality*. British Medical Journal 321, 665-669.
- Botting B. (1998) *Teenage mothers and the health of their children*. Population Trends 93, 19-28.
- Coulter A. (1987) *Lifestyles and social class: implications for primary care*. Journal of the Royal College of General Practitioners 37, 305, 533-536.
- Dixon J., Holland P., Mays N. (1998) *Primary Care: core values Developing primary care: gatekeeping, commissioning and managed care*. British Medical Journal 317, 125-128.
- Doll R. (2000) *Smoking and Lung Cancer*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 162, 1, 4-6.
- Elford J., Anderson J., Bukutu C., Ibrahim F. (2006) *HIV in East London: ethnicity, gender and risk. Design and methods*. BMC Public Health 6: 150.
- Fisher B., Dowding D., Pickett K.E., Fylan F. (2007) *Health promotion at NHS breast cancer screening clinics in the UK*. Health Promotion International 22, 2, 137-145.
- Fitzpatrick M. (2006) *How health promotion makes people ill?* British Journal of General Practice 6, 56, 324, 231.
- Fowler G. (1986) *The role of the primary health care team*. Journal of the Royal Society of Medicine 794, 633-636.
- Gabbay J. (1998) *Our healthier nation*. British Medical Journal. Editorials 316, 487-488.
- Gniazdowski A. (1995) *Rola wybranych czynników psychospołecznych w procesie wdrażania promocji zdrowia w Polsce*. Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna. Rocznik II, Nr 7, 22-28.

- Godber G. (1988) *Family practice in the National Health Service: a mid-life crisis?* Journal of the Royal College of General Practitioners 38, 145-148.
- Goumans M., Sprigett J. (1997) *From Project: „Healthy Cities” as a mechanism for policy change for health?* Health Promotion International 12, 311-322.
- Green J., Tones K. (1999) *For debate. Towards a secure evidence base for health promotion.* Journal of Public Health Medicine 21, 2, 133-139.
- Ham C., Brommels M. (1994) *Health care reforms in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom.* Health Affairs 13, 5, 106-119.
- Hampton J.R. (1993) *The health of the nation's research and development.* British Medical Journal 307, 78-79.
- Jamrozik K., Vessey M., Fowler G., Wald N., Parker G., Vunakis V. (1984) *Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice.* British Medical Journal 288, 6429, 1499-1503.
- Jansen B.B. (1994) *Środowiskowa edukacja zdrowotna-wprowadzenie i podstawowe założenia.* Lider 4, 3-4.
- Kemm J. (1991) *Health education and the problem of knowledge.* Health Promotion International 6, 4, 291-296.
- Kickbusch I. (1996) *Tribute to Aaron Antonovsky-`what creates health`.* Health Promotion International 11, 1, 5-6.
- Kickbusch I. (1997) *Think health: what makes the difference.* Health Promotion International 4, 265-272.
- Kickbusch I. (2001) *Health literacy: addressing the health and education divide.* Health Promotion International 16, 4, 289-297.
- Kickbusch I. (2003) *Models for population health. The contribution of the WHO to a New Public Health and Health Promotion.* American Journal of Public Health 93, 3, 383-388.
- Klepp K.I., Oygard L., Tell Grethe S., Vellar Odd D. (1994) *Twelve year follow-up of a school-based health education programme.* European Journal of Public Health 4, 195-200.
- Leeuw de E. (1999) *Healthy Cities: Urban social entrepreneurship for health.* Health Promotion International 14, 3, 261-270.
- Leeuw de E. (2005) *Who gets what: politics, evidence and health promotion.* Health Promotion International 20, 3, 211-212.
- Leowski J. (2001) *Ochrona Zdrowia w krajach ODCE u progu XXI stulecia. Część I. Procesy reform lat 1990-tych.* Zdrowie Publiczne 111, 113, 178-183.

- Levin L.S., Zigilo E. (1986) *Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice*. Health Promotion International 11, 1, 33-39.
- Lewis D. (1993) *Oh for those halcyon days: a review of school health education over 50 years*. Health Education Journal 52, 3, 161-171.
- Ludbrook A. (1988) *Funding the National Health Service*. Journal of the College of General Practitioners 38, 315, 437-438.
- Macdonald G. (1992) *Health promotion and sustainable development*. Health Promotion International 7, 2, 71-73.
- Makara P. (1991) *Dilemmas of health promotion and political changes in Eastern Europe*. Health Promotion International 6, 1, 41-47.
- Marinker M. (1988) *The referral system*. Journal of the Royal College of General Practitioners 38, 487-491.
- McDowell I., Spasoff A., Kristjansson B. (2004) *On the Classification of Population Health Measurements*. American Journal of Public Health 94, 3, 388-393
- Mechanic D. (1995) *The Americanization of the british National Health Service*. Health Affairs 14, 2, 51-67.
- Milz H., Vang J.O. (1989) *Consultation on the role of health promotion in hospitals*. Health Promotion International 3, 425-427.
- Moon A.M., Mullee M.A., Rogers L., Thompson R.L., Speller V., Roderick P. (1999) *Helping schools to become health-promoting environments – an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award*. Health Promotion International 14, 2, 111-122.
- Monn A. (2002) *Health promotion school and health schools awards*. *Interantional Union for Health Promotion and Education*. Supplement; Promotion and Education 9, 25-28.
- Murray M., Swan A.V., Enoch C. i in. (1982) *The effectiveness of the Health Education Council's My Body School Health Education Project*. Health Education Journal 41, 4, 126-130.
- Nowacki W. (2001) *Kompetencje Wspólnoty Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego*. Zdrowie Puliczne 111, 5-6, 333-338.
- Nutbeam D., Clarkson J., Philips K., Everett V., Hill A., Catford J. (1987) *The health promoting school: organization and policy development in Welsh Secondary Schools*. Health Education Journal 46, 109-115.
- Nutbeam D., Smith C., Murphy S., Catford J. (1993) *Maintaining evaluation designs in long term community-based health promotion programmes: Heartbeat Wales case study*. Journal of Epidemiology Community Health 47, 2, 127-133.

- Nutbeam D., Wise M. (1996) *Planning for Health for All: international experience in setting health goals and targets*. Health Promotion International 11, 3, 219-226.
- Nutbeam D. (1998) *Evaluating health promotion-progress, problem and solution*. Health promotion International 13, 1, 27-44.
- Perre C.L., Jessor R. (1985) *The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug and abuse*. Health Education Quarterly 12, 2, 169-184.
- Quinn M., Allen E. (on behalfe of the United Kingdom Association of Cancer Register) (1995) *Changes in incidence of and mortality from breast cancer in England and Wales since the introduction of screening*. British Medical Journal 311, 1391-1395.
- Raeburn J., Akerman M., Chuengsantinsup K., Mejia F., Oladepo O. (2007) *Community capacity building and health promotion in a globalized world*. Health Promotion International 21, S1, 84-90.
- Robertson J.A., Plant M.A. (1988) Alcohol sex and risks of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence* 22 (1, 2), 75-78.
- Sasieni P., Adams J.M. (1999) *Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model*. British Medical Journal 318, 1244-1245.
- Simpson K., Freeman R. (2004) *Critical health promotion and education – a new research challenge*. Health Education Research 19, 3, 340-348.
- Skinner H.A., Allen B.A., McIntosh M.C., Palmer W.H. (1985) *Lifestyle assessment: just asking makes a difference*. British Medical Journal 290, 214-216.
- Smith C., Nutbeam D. (1990) *Assessing non-response bias: a case study from the 1985 Welsh heart health survey*. Health Education Research 5, 3, 381-386.
- Smith C., Moore L., Roberts C., Catford J. (1994) *Health-related behaviours in Wales, 1985-1990*. Health Trends 26, 1, 18-21.
- Smith G.D., Morris J. (1994) *Increasing inequalities in the health of the nation*. British Medical Journal 309, 1453-1454.
- Speller V., Evans D., Head M.J. (1997) *Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK*. Health Promotion International 12, 3, 215-224.
- Speller V., Learmonth A., Harrison D. (1997) *The search for evidence of effective health promotion*. British Medical Journal 315, 361-363.
- Tang Kwok-Cho, Beaglehole R., O'Byrne D. (2005) *Policy and partnership for health promotion-addressing the determinants of health*. Editorials. Bulletin of the World Health Organization 83, 12, 884.

Tones K. (2000) *Collaboration between Health Education Research and the International Union for Health Promotion and Education*. Health Promotion International 15, 3, 241-248.

Tones K. (2002) *Health literacy: new wine In old bottles*. Health Promotion International 17, 3, 287-290.

Tsouros A. (1995) *The WHO Healthy Cities Project: State of the art and future plans*. Health Promotion International 10, 133-141.

Tudor-Smith C., Nutbeam D., Moore L., Catford J. (1998) *Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental comparison of results from Wales and a matched reference area*. British Medical Journal 316, 818-822.

Turunen H., Tossavainen K., Verito H. (2004) *How can critical incidents be used to describe health promotion in the Finnish European Network of Health Promoting Schools?*. Health Promotion International 19, 4, 346, 419-427.

Wallace P., Cutler S., Haines A. (1988) *Randomised controlled trial of general practitioner interventions in patients with excessive alcohol consumption*. British Medical Journal 297, 6649, 663-668.

Watt G. (2001) *Policies to tackle social exclusion*. British Medical Journal 323, 175-6.

Wenzel E. (1997) *A comment on settings In health promotion*. Internet Journal of Health Promotion. Articles/1997/1 (dostępny także na <http://www.rhpeo.org>).

Whitelaw S., McKeown K., Williams J. (1997) *Global health promotion models: enlightenment or entrapment?* Health Education Research 12, 4, 479-490.

Whitfield M., Smith A. (2002) *Changing Definitions of Public Health in the UK-Their Implications on Public Health Education in Practice*. Zdrowie Publiczne 112, 2:149-151.

Wojtczak A. (1992) *U źródeł medycyny społecznej i zdrowia publicznego*. Zdrowie Publiczne 103, 3, 117-132.

Wojnarowska B. (2003) *Rozwijanie umiejętności życiowych w edukacji szkolnej*. Lider numer specjalny.

## **Strony internetowe**

<http://www.apho.org.uk>



<http://www.dh.gov.uk>  
<http://www.dhsspsni.gov.uk>  
<http://www.dwp.gov.uk>  
<http://www.euro.who.int>  
<http://www.fpa.org.uk>  
<http://www.groni.gov.uk>  
<http://www.gro-scotland.gov.uk>  
<http://www.healthpromotingschools.co.uk>  
<http://www.healthscotland.com>  
<http://www.healthschools.gov.uk>  
<http://www.hm-treasury.gov.uk>  
<http://www.lhsa.lib.ed.ac.uk>  
<http://www.medicalnewstoday.com>  
<http://www.nice.org.uk>  
<http://www.nhs.uk>  
<http://www.nhsemployers.org>  
<http://www.scmh.org.uk>  
<http://www.scotland.gov.uk>  
<http://www.spacetobreathe.org.uk>  
<http://www.statistics.gov.uk>  
<http://www.who.int>  
<http://www.wikipedia.org>  
<http://www.wiredforhealth.gov.uk>