

ZgSp/18.11.2017/15.12.2017/01

Dr hab. Małgorzata Jagodzińska

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

Wydział Nauk Społecznych

Katedra Pedagogiki

PROMOCJA ZDROWIA – KONTEKST SPOŁECZNO-EKOLOGICZNY

Streszczenie

Polityka zdrowotna winna umożliwić jednostkom i zbiorowościom poprawę zdrowia poprzez poznanie i możliwość kontroli głównych determinantów zdrowia. Przełomem w sposobie myślenia o bezpieczeństwie zdrowotnym, jaki dokonał się w polityce zdrowotnej, jest zastąpienie podejścia biomedycznego modelem społeczno-ekologicznym, w którym jako najważniejsze determinanty zdrowia uznano czynniki społeczne, w tym styl życia. W artykule zwrócono uwagę na fakt, iż promocja zdrowia to podnoszenie zdrowia na wyższy poziom a nie propagowanie zdrowia.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo • zdrowie • promocja • styl życia
• zdrowie publiczne

HEALTH PROMOTION – SOCIO-ECOLOGICAL CONTEXT

Abstract

Health policy should enable individuals and communities to improve their health by creating an ability to learn about and control the main determinants of health. A breakthrough in thinking about health security is the replacement of the biomedical approach by a social-ecological model, in which social factors, including lifestyles, have been identified as the most important determinants of health. The article emphasizes the fact that health promotion is about raising health to a higher level and not about promoting health.

Keywords: security • health • promotion • lifestyle • public health

Wstęp

Zdrowie jest nierozzerwalnym elementem poczucia bezpieczeństwa, czyli gwarantem realizacji potrzeb człowieka. W codziennym myśleniu pojawia się więc troska o zdrowie, które nie jest już postrzegane przez pryzmat działań medycznych lecz jako wartość, będąca środkiem do życia, pozwalająca realizować aspiracje życiowe i potrzebę satysfakcji, którą człowiek może sam kształtować. Zatem, nieodłącznym atrybutem ponowoczesnego dyskursu na temat wartości zdrowia jest odniesienie go do indywidualnej odpowiedzialności podmiotu. Brak troski o zdrowie jest oceniany w kategoriach moralnych.

Bezpieczeństwo zdrowotne – terminologia, podstawy prawne

Z tej perspektywy wzrasta ranga pojęcia bezpieczeństwa zdrowotnego. Jest ono kategorią antropocentryczną¹, wielostronna i może dotyczyć zjawisk fizycznych czy przyrodniczych, ale zawsze jest postrzegane w perspektywie człowieka, jako istoty spo-

¹ J. Kukułka, *Bezpieczeństwo a współpraca europejska: współzależności i sprzeczności interesów*, „Sprawy międzynarodowe” 7/1982, ISSN 0038-853x, s. 29.

lecznej². Termin bezpieczeństwo odpowiada łacińskiemu *sine cura* (securitas), to znaczy: bez pieczy, bez wystarczającej ochrony³. Dla człowieka żyjącego w dobie terroryzmu i konfliktów, potrzeba bezpieczeństwa stała się równorzędna potrzebom fizjologicznym.

We współczesnej, alternatywnej definicji pojęcia bezpieczeństwa, postrzegane jest ono jako proces, w którym poziom bezpieczeństwa nieustannie się zmienia i nie można go utrzymać na jednym poziomie⁴. Ludzie potrzebują bezpieczeństwa i oczekują jego zapewnienia przez państwo. Już Platon podkreślał, że obywatele państwa stanowią rodzaj „kapitału” społecznego, który jest naturalnym zasobem państwa, dlatego uważał, że egzystencję obywateli należy podporządkować polityce zdrowotnej państwa.⁵ W przypadku bezpieczeństwa zdrowotnego chodzi o równy, łatwy dostęp do świadczeń zdrowotnych oferowanych przez sprawnie działający i przyjazny system zdrowia, najnowszych metod leczenia oraz odpowiedniej profilaktyki i edukacji zdrowotnej⁶.

Powyższe gwarantuje obywatelom Konstytucja RP⁷:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
2. Obywatelom niezależnie od sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki, zakres udzielania świadczeń określi ustawa.
3. Władze publiczne są obowiązane do szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

² A. Sekściński, *Bezpieczeństwo wewnętrzne w ujęciu teoretycznym. Geneza i współczesne rozumienie w naukach politycznych*, 2016, [Dostęp: 10.06.2017], < www.cejsh.icm.edu.pl/cejsh/ >.

³ W. Kopaliński, *Słownik języka polskiego*, Warszawa 1983, t. I, s. 147.

⁴ W. Budzisz, A. Kubiak, *Bezpieczeństwo narodowe w świadomości społecznej i w praktyce*, [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa – bezpieczna szkoła, bezpieczny uczeń*, pod red. D. Czajkowska-Ziobrowska, A. Zduniak, Poznań 2007, ISBN-13: 978-83-922909-8-8, s. 518-519.

⁵ T. Sahaj: Jak założyć rodzinę i mieć zdrowe dzieci? Recepty życiowe Platona i Arystotelesa. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2003, nr 66 (2), ISSN: 0860-1844, s. 151-158.

⁶ J. Pinkas, W. Wierzba, A. Owoc, I. Boja I., *Orzecznictwo lekarskie w kontekście poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego* „Medycyna ogólna”, 2010, 16 (XLV), 3, ISSN: 2083-4543, s. 437.

⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997, Art. 68.

4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych, zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Działania strategiczne związane z bezpieczeństwem zdrowotnym Polaków zostały wypracowane na podstawie różnych aktów prawnych. Od 2004 roku, po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, zaczęto dostosowywać polską politykę zdrowotną do postanowień Wspólnoty. Zobowiązania zapisano najpierw w Traktacie z Maastricht⁸, a następnie zadania doprecyzowano w Traktacie Amsterdamskim⁹. Jednym z najistotniejszych dokumentów Wspólnoty w zakresie promocji zdrowia była Decyzja Nr 1786/02/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 23 września 2002 roku przyjmująca program działania Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego na lata 2003–2008, a następnie Drugi Wspólnotowy Program Działania w Dziedzinie Zdrowia na lata 2008–2013, przyjęty Decyzją NR 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 roku, w którym przyjęto trzy cele strategiczne:

1. propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie,
2. ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia,
3. monitorowanie funkcjonowania systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Istotą strategii UE z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego jest równość obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, tak aby każdy, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność w razie poczucia zagrożenia zdrowotnego mógł skorzystać z odpowiedniej opieki zdrowotnej¹⁰.

⁸ Trakt z Maastricht uwzględnił problematykę zdrowia publicznego. W art. 129 zapisano: wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowiły nieodłączną część polityki Wspólnoty.

⁹ W art. 152 pojawił się zapis, że w każdej polityce Wspólnoty będzie uwzględniany aspekt zdrowotny. Zapisano obowiązek łączenia profilaktyki i leczenia, działań na rzecz zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom, eliminacji głównych zagrożeń zdrowia, generalnie wymóg zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludności.

¹⁰ Rządowa Rada Ludnościowa, [Dostęp: 01.06.2017], <www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_stanowisko_RRL_bezp_zdrow_ludnosci.pdf>.

W Polsce w 2008 r. Rządowa Rada Ludnościowa¹¹ przedstawiła stanowisko w sprawie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski, które stanowiło podstawę do wypracowania rozwiązań prawnych, finansowych, organizacyjnych oraz edukacyjnych w różnych obszarach działań, głównie w procesie przygotowania kompleksowego programu polityki Rządu w kwestii zabezpieczenia zdrowotnego, oczywiście z uwzględnieniem dorobku analitycznego i diagnostycznego innych środowisk. W opinii Rządowej Rady Ludnościowej konieczne jest podjęcie i realizacja 10 działań w sferze zdrowotnej polityki państwa, które przyczynią się do poprawy kondycji zdrowotnej populacji i zmniejszenia chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu. Już pierwszy punkt „Zapoczątkowanie budowania systemu międzysektorowej współpracy na rzecz stwarzania warunków dla upowszechnienia zdrowego stylu życia z myślą o redukcji społecznych nierówności w zdrowiu, w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015”, wskazuje na wagę promocji zdrowego stylu życia w zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa¹².

W ostatnich dziesięcioleciach medycyna praktyczna oraz nauki biomedyczne zajmowały się głównie chorobą – zaniedbując profilaktykę zdrowotną, czyli zachowania prozdrowotne. Taka sytuacja odbiła się niekorzystnie na sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, jak i na wydolności finansowej systemu opieki zdrowotnej w Polsce i na całym świecie¹³. Istnieje więc przeświadczenie, że bezpieczeństwo zdrowotne powinno być najważniejszą składową polityki zdrowia publicznego. Polityka zdrowotna winna umożliwić jednostkom i zbiorowości poprawę zdrowia poprzez poznanie i możliwość kontroli głównych determinantów zdrowia. Do

¹¹ Rządowa Rada Ludnościowa jest organem doradczym Prezesa Rady Ministrów w sprawach dotyczących zagadnień demograficznych i polityki ludnościowej.

¹² E. Buchcic; M. Jagodzińska, *Promocja zdrowia i styl życia jako wyznaczniki bezpieczeństwa zdrowotnego współczesnego człowieka. Health promotion and lifestyle as determinants of a modern man health security* [w:] *Zdrowie w wymiarze edukacyjnym i społecznym. Health in social and educational dimension*, (red.) J. Chmielewski, M. Wojciechowska, H. Król, Instytut Ochrony Środowiska Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2016, ISBN: 978-83-60312-87-2, s. 13-23.

¹³ U. Lewandowska, *Promocja zdrowia*, Sanmedia Sp. z o.o. Warszawa 1994, s. 15.

czynników tych należą nie tylko bezpośrednie, indywidualne czynności związane z zachowaniem zdrowia, ale również czynniki społeczne, ekonomiczne, informacyjne, środowiskowe, jak i dostęp do usług medycznych¹⁴.

Spoleczno-ekologiczny model polityki zdrowotnej

Przełomem w sposobie myślenia o bezpieczeństwie zdrowotnym, jaki dokonał się w polityce zdrowotnej, było odejście od biomedycznego modelu zdrowia na rzecz podejścia społeczno-ekologicznego. Okazało się, że bezpieczeństwo zdrowotne ludności wymaga działań wykraczających poza sektor ochrony zdrowia i powinno być ono rozpatrywane we wszystkich sferach życia społecznego. Oznacza to, że wiedza medyczna winna być dopełniona wiedzą z nauk społecznych¹⁵. Taka perspektywa myślenia była wynikiem opublikowanego w 1974 r. raportu Ministra Zdrowia Kanady (Marc M. Lalonde, 1974) „Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków”, w którym wyartykułowano tezę, że postęp nauk medycznych i wzrastające nakłady na działania naprawcze nie przynoszą oczekiwanej poprawy zdrowia społeczeństwa. W polityce zdrowotnej państwa zaproponował koncepcję „pól zdrowia”, w której wyróżnił cztery grupy czynników warunkujących zdrowie:

- czynniki biologiczne, a więc genetyka, dojrzewanie, starzenie się, system regulacji wewnętrznej (adaptacyjne i genetyczne uwarunkowania zdrowotne, które są rozumiane jako zdolności dziedziczno-rodzinne, czyli warunkowana rodzinnie, odporność albo podatność osobnika na konkretne chorobowe stany),
- czynniki środowiskowe (wewnętrzne i zewnętrzne środowisko, w tym czynniki klimatyczno-pogodowe, środowisko zawodowe, czynniki socjalne i psychiczne),

¹⁴ W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008, ISBN: 978-83-60011-62-1, s. 83.

¹⁵ I. Taranowicz, *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010, ISBN: 9788360011973, s. 9.

- styl życia (wzór konsumpcji, aktywności fizycznej, czynniki ryzyka zawodowego i zdrowotnego),
- system organizacji opieki zdrowotnej¹⁶.

Wg tej teorii największy wpływ na zdrowie społeczeństwa mają zachowania ludzkie i tu znajduje się największy potencjał do wprowadzania korzystnych dla zdrowia zmian. Powyższa teoria dała również podstawy do dynamicznego rozwoju promocji zdrowia, jednej z bazowych dziedzin zdrowia publicznego.

Elementem warunkującym zdrowie są zachowania zdrowotne, czyli każde intencjonalnie podjęte działanie jednostki mające na celu utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności. Istotą tej definicji jest stan świadomości jednostki i celowość jej działania. Niezależnie od zachowań intencjonalnych, jednostki w życiu codziennym podejmują rozmaite formy aktywności, która ma także wpływ na zdrowie, choć nie towarzyszy jej żaden uświadomiony zamiar¹⁷. Obejmują one swym zakresem ogół nawyków, zwyczajów, postaw odnoszących się do zdrowia w wymiarze jednostkowym i społecznym. Ostrowska, powołując się na Davida Mechanic uważa, że zachowania zdrowotne są wyznaczone w znacznej mierze kontekstem społecznym i kulturowym, który tym samym kształtuje i ogranicza indywidualne wybory. Określone praktyki zdrowotne, są często nie tyle efektem zamierzonych działań, ile wynikają z ich spójności z bardziej ogólnymi „sposobami na życie” ludzi¹⁸.

Warto wspomnieć, za Piotrem Błajetem¹⁹, o salutogenetycznym modelu zdrowia, który akcentuje tzw. zdrowie pozytywne. Jest bliski modelowi społeczno-ekologicznemu ze względu na podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. Model ten z całym naciskiem akcentuje możliwość kreowania zdrowia, i jest, zdaniem autora, szczególnie skuteczny pod względem trwałości efektów oddziaływań, a więc najbardziej przydatny z punktu widzenia idei promocji zdrowia.

¹⁶ M. Lalonde, *A New perspective on the health of Canadians, A work document Government of Canada*, Ottawa 1974.

¹⁷ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Instytut Filozofii i Socjologii, PAN, Warszawa 1999, ISBN: 8387632333.

¹⁸ A. Ostrowska, *Prozdrowotne style życia*, „Promocja zdrowia, nauki społeczne i medycyna” 1997, Nr 10-11, ISSN: 1232-7638, s. 9.

¹⁹ P. Błajet, *Ciało w kulturze współczesnej. Wątki socjopedagogiczne*, WSiE TWP, Olsztyn 2005, ISBN 83-87867-22-5.

P. Błajet wymienia jeszcze trzeci paradygmat, tj. model logicznych poziomów zdrowia, który wskazuje nie tylko na uwarunkowania środowiskowe i behawioralne zdrowia, ale podkreśla również wpływ takich czynników jak: przekonania, system wartości, tożsamość i duchowość. Model ten akcentuje wpływ osobowości i stylu życia na zdrowie. Środowisko stanowi tylko jeden z poziomów, który też w jakimś stopniu zależy od indywidualnych działań każdego człowieka²⁰.

Promocja zdrowia

Z tej perspektywy należy zwrócić uwagę na rys definicyjny pojęcia promocja zdrowia. Ma ona niespełna 30-letnią historię i trwa proces jej definiowania, poszukiwania nadrzędnej teorii, tworzenia modeli, strategii i metod²¹. Pomimo wielu propozycji rozumienia pojęcia promocja zdrowia, jego definiowanie i opisywanie jest trudne, ponieważ promocja zdrowia²²:

- 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 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,

²⁰ Ibidem.

²¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. PWN. Warszawa 2008, ISBN: 978-83-01-15167-6, s. 129.

²² Blik B., Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A. *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*. Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996, s. 14-15.

- obejmuje wiele pojęć pochodzących nie tylko z kręgu tradycyjnej opieki zdrowotnej²³.

Promocja zdrowia to podnoszenie zdrowia na wyższy poziom (poprawa, umacnianie, ulepszanie zdrowia). W jęz. polskim słowo to najczęściej kojarzy się z propagowaniem zdrowia, co jest błędne²⁴.

Termin „promocja zdrowia” został wypracowany podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 1977 roku, a następnie została zamieszczona w „Dokumencie dyskusyjnym” opublikowanym przez Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze w 1984 roku. Fundamentalne znaczenie dla rozwoju tej idei odegrała I Międzynarodowa Konferencja w Ottawie w 1986 roku, na której została przyjęta Karta Ottawska²⁵. Stała się ona „Konstytucją” promocji zdrowia i jest dla niej trwałym dokumentem o podstawowym znaczeniu, mimo że po konferencji w Ottawie (Kanada 1986), odbyły się jeszcze trzy konferencje promocji zdrowia, również o zasięgu ogólnoswiatowym, w Adelajdzie (Australia 1989), w Sundsvalle (Szwecja 1991) i w Dżakarcie (Indonezja 1997)²⁶.

W Karcie Ottawskiej promocję zdrowia definiuje się jako *proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania* „proces umożliwiający ludziom przejmowanie coraz większej kontroli nad własnym zdrowiem i tym samym jego ulepszanie”. Zofia Słońska uważa, że w tym kontekście zdrowie pojęte jest nie tyle w kategoriach medycznych, ale głównie jako możliwość i zdol-

²³ B. Blik, L. Przewoźniak, A. Henzel-Korzeniowska, *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996, s. 14-15.

²⁴ Promowanie zdrowia i działań prozdrowotnych w miejscu pracy – informacje dla pracodawców, Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, [Dostęp: 7.05.2017], <http://osha.europa.eu/pl/publications/factsheets/pl_93.pdf>.

²⁵ Opiekun medyczny. Promocja i profilaktyka zdrowia. Materiały wypracowane w ramach projektu „Model systemu wdrażania i upowszechniania kształcenia na odległość w uczeniu się przez całe życie”, [Dostęp: 6.09.2017], <http://biblioteka.cyfrowaszkoła.waw.pl/biblioteka/opiekun_medyczny/pdf/6.pdf>.

²⁶ J. B. Karski, *Promocja Zdrowia*, Warszawa 1999, ISBN: 83-85724-37-0, s. 21.

ność ludzi do osiągania satysfakcji z ich życia codziennego, do doskonalenia jego jakości. Brak poważnej choroby stał się zatem tylko jednym z czynników tak ujętego zdrowia. Droga do jego umacniania (a nie tylko ochrony) jest połączenie pięciu obszarów interwencji:

- prozdrowotnej polityki realizowanej na różnych poziomach organizacji systemu społecznego,
- tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu we wszystkich środowiskach funkcjonowania człowieka, zwłaszcza w różnych wymiarach środowiska społecznego,
- stymulowania i wzmacniania możliwości udziału jednostek i społeczności we wszelkich działaniach na rzecz ich zdrowia,
- rozwijania u ludzi indywidualnych kompetencji i umiejętności realizowania zachowań służących dobremu zdrowiu,
- reorientacji działań instytucji opieki medycznej w kierunku wspierania realizacji powyższych procesów²⁷.

Mirosław J. Wysocki i Maria Miller, w swojej publikacji, prezentują definicję Lalonda, według którego jest to strategia ukierunkowana na informacje, wpływanie i wspieranie zarówno jednostek jak i organizacji, aby mogły mieć większe poczucie odpowiedzialności i być bardziej aktywnymi w sprawach dotyczących zdrowia fizycznego i psychicznego²⁸. Kolejna definicja, zawarta jest w raporcie WHO z 1993 r. Określa ona 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 środowi-

²⁷ Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Nauki Społeczne i Medycyna”, 1-2, 1994, ISSN: 1232-7638, s. 37-52.

²⁸ M. J. Wysocki, M. Miller, *Nowe Zdrowie Publiczne*, [w:] *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*. Pod redakcją Nosko J., Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, 2004, s. 146.

sku, które zmniejszałyby lub eliminowały społeczne i inne środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia”²⁹. Jadwiga Kopczyńska-Sikorska uważa, że promocja zdrowia to proces umożliwiający wzrost kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawę/osiągnięcie, zdobywanie, utrzymanie, odzyskiwanie³⁰. Natomiast Henryk Grabowski definiuje jako dbałość o ciało (nie zależy od poziomu sprawności organizmu, lecz od stanu świadomości na temat jego znaczenia. Proces ten powinien koncentrować się na uświadamianiu faktu, że środowisko fizyczne i społeczne, oraz nasze zachowania zdrowotne i styl życia są głównymi determinantami naszego rozwoju)³¹.

Promocja zdrowia uznawana jest powszechnie za jeden z priorytetów zdrowia publicznego i społecznej polityki zdrowotnej, a w Polsce działania są realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996–2005, 2007–2015, obecnie jest już przygotowany projekt programu na lata 2016–2020. 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 zakresie³².

Modele promocji zdrowia

W promocji zdrowia wykorzystuje się nowe podejścia i metody, wśród których szczególnie ważne jest podejście siedliskowe

²⁹ B. Blik, Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A. *Wybrane zagadnienia...*, op. cit., s. 14-15.

³⁰ J. Kopczyńska-Sikorska, *Znaczenie aktywności fizycznej w ochronie zdrowia człowieka. Pedagogika Polska*, Warszawa 1981, t. 2, s. 237.

³¹ H. Grabowski, *Teoria fizycznej edukacji*, Warszawa. WSiP, 1997, ISBN: 83-02-07447-0.

³² 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 Backgorund Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand, s. 1-16.

oraz tzw. „od ludzi do problemu”. Podstawą podejścia siedliskowego (ang. setting approach) jest zapis w Karcie Ottawskiej „zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, w miejscu gdzie się uczą, pracują, bawią, kochają”. WHO określiła siedlisko jako miejsce, w którym ludzie korzystają i kształtują środowisko oraz gdzie tworzą lub rozwiązują problemy związane ze zdrowiem³³.

W promocji zdrowia siedlisko jest systemem społecznym (całością), który zmienia się by poprawiać i doskonalić zdrowie, a nie jest to miejsce związane z promocją zdrowia. Obiektem interwencji w promocji zdrowia są systemy społeczne a nie jednostki. W tym miejscu warto wspomnieć o teorii L. Bariča, który twierdzi, że w tym kontekście należy stosować podejście uczestniczące (Co oni sami mogą zrobić dla siebie i jak możemy im w tym pomóc?) w przeciwieństwie do podejścia paternalistycznego (Co my powinniśmy zrobić dla ich zdrowia?)³⁴. Taka perspektywa myślenia pozwala na kreatywność w działaniu. Przykładami tego typu promocji są:

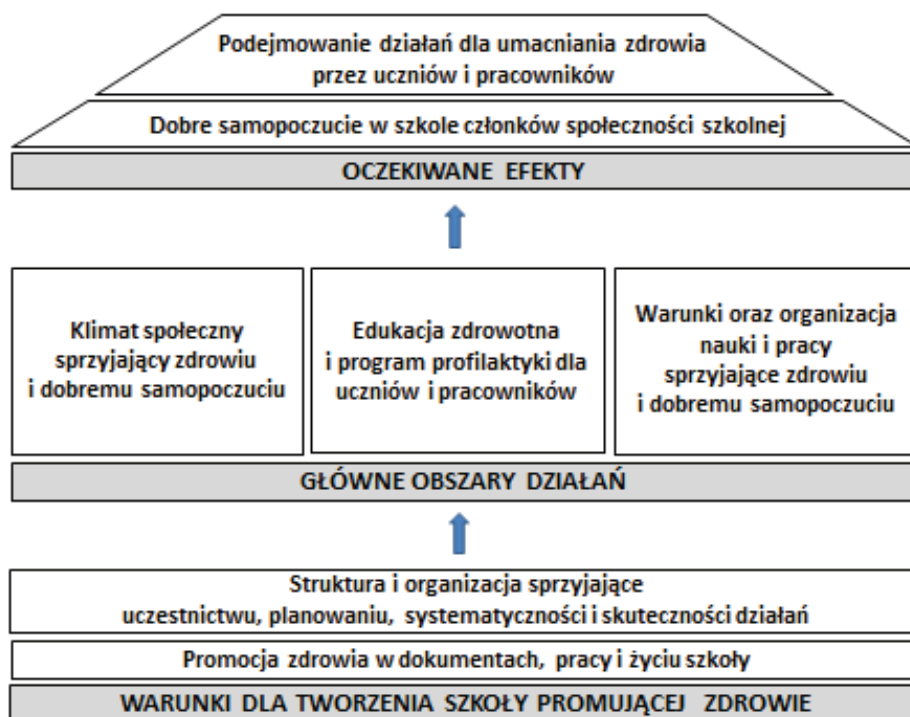
- projekty społeczności, np.: „Zdrowe miasto”, „Szkoła promująca zdrowie”, programy zdrowia w społecznościach lokalnych, itp.
- Systemy opieki zdrowotnej promujące zdrowie, np. „Szpital promujący zdrowie”.

Szkoła jest siedliskiem, w którym uczniowie i pracownicy spędzają dużą część swojego życia i w którym „tworzone jest zdrowie”. Warunki środowiska fizycznego i społecznego szkoły, panujący w niej klimat społeczny i sposób zarządzania, program i metody nauczania wpływają na poczucie własnej wartości, osiągnięcia i zadowolenie z życia, a tym samym zdrowie uczniów i pracowników³⁵.

³³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN. Warszawa 2008, ISBN: 978-83-01-15167-6, s. 133.

³⁴ L. Barič, *Accountability and the settings approaches*, „Euro News” 1997, nr 4, s. 5-8.

³⁵ B. Woynarowska, M. Skołowska, *Koncepcja i zasady Szkoły Promującej Zdrowie*, Zeszyt 10, CMPPP, Warszawa 2006, s. 9.

Rycina 1. Model Szkoły Promującej Zdrowie

Źródło: [Dostęp: 06.09.2017], <<https://www.ore.edu.pl/programy-i-projekty-19445/szkoa-promujca-zdrowie/koncepcja/nowy-model>>.

Podejście „Od ludzi do problemu” polega na koncentracji na zdrowiu i przesunięciu akcentów z problemów zdrowotnych ludzi na samych ludzi, których one dotyczą, oraz którzy żyją, pracują, uczą się, bawią w różnych siedliskach³⁶. Przykładami tego typu promocji są:

- Uczestnictwo i współdziałanie ludzi (programy realizowane z ludźmi, a nie dla ludzi) oraz współpraca międzysektorowa; promocja zdrowia jest przedsięwzięciem społecznym i politycznym, a nie medycznym i służby medyczne nie powinny odgrywać w niej pierwszorzędowej roli.
- Tworzenie warunków dla aktywności jednostek i grup, budowania partnerstwa oraz szerokiego uczestnictwa społeczności lokalnych w procesie podejmowania decyzji³⁷.

³⁶ E. Buchcic, M. Jagodzińska, *Promocja zdrowia i styl życia...*, op. cit., s. 19.

³⁷ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, op. cit., s. 134-135.

Styl życia

Kolejnym determinantem bezpieczeństwa zdrowotnego jest styl życia. Andrzej Siciński uważa, że jest to zespół codziennych zachowań, swoistych dla danej zbiorowości lub jednostki, charakterystyczny „sposób bycia” odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych, lub inaczej, bardziej lub mniej świadomie przyjmowana strategia życiowa³⁸, zespół codziennych zachowań charakterystycznych dla danej zbiorowości lub jednostki³⁹. Podobnie uważa Barbara Woynarowska, definiując styl życia jako wzór zachowań, który jest trwały i jest ukształtowany przez dziedzictwo kulturowe, relacje społeczne, czynniki geograficzne i społeczno-ekonomiczne oraz cechy osobowości człowieka⁴⁰. Jawłowska stwierdza, że styl życia jest (...) formą narzuconą na całość kształt pozornie chaotycznych i krzyżujących się ciągów czynności (...) jest strukturalizacją procesów ludzkiej aktywności wedle przyjętych założeń światopoglądowych, hierarchii celów i reguł, ich realizacji, które stanowią główną oś strukturalizacji⁴¹.

Styl życia został też zdefiniowany we wcześniej wspomnianym raporcie M. Lalonda jako zbiór decyzji podejmowanych przez jednostki, które wpływają na ich zdrowie, nad którym jednostki mają większą lub mniejszą kontrolę (...). Osobiste decyzje i nawyki, które są złe, z perspektywy zdrowia, tworzą samonarzucone ryzyka. Kiedy te ryzyka skutkują chorobą lub śmiercią, styl życia ofiary może być określony jako przyczyniający się, lub powodujący chorobę lub śmierć⁴².

Światowa Organizacja Zdrowia w definicji akcentuje czynniki, które wpływają na zdrowy styl życia „sposób życia oparty na identyfikowalnych wzorcach zachowań, które są wyznaczane przez wzajemne oddziaływanie między osobistymi cechami jednostki, interakcjami społecznymi oraz społeczno-ekonomicznymi

³⁸ A. Siciński, *Style życia w miastach polskich. U progu kryzysu*, ZN Ossolińskich, Wrocław 1988, ISBN: 83-04-02951-0, s. 57.

³⁹ A. Siciński, *Styl życia, kultura, wybór – szkice*, IFiS PAN, Warszawa 2002, ISBN: 83-87632-05-8, s. 22-23.

⁴⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna ...*, op. cit., s. 50.

⁴¹ A. Jawłowska, *Drogi kontrkultury*, PIW, Warszawa 1975, s. 224.

⁴² M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1974, ISBN: 0-662-50019-9, s. 32.

i środowiskowymi warunkami życia”.⁴³ W latach 70. XX wieku David Mechanic stwierdził, że pojęcie stylu życia odnosi się do zróżnicowanego zestawu zmiennych, w tym wyżywienia, mieszkania, postaw i przekonań zdrowotnych, zachowań ryzykownych, nawyków i zachowań zdrowotnych, oraz zachowań prewencyjnych⁴⁴. Aczkolwiek nie zawsze zauważalny będzie związek między stylem życia i chorobą. Nie każda osoba prowadząca niezdrowy styl życia umrze przedwcześnie, np. niektórzy nałogowi palacze nie zachorują na raka płuc. Predyspozycje genetyczne, współwystępujące choroby, inne nawyki zdrowotne oraz dostęp do odpowiedniej opieki medycznej są czynnikami, które mogą brać udział w kształtowaniu relacji między działającą jednostką i chorobą.

Zdaniem Danuty Ponczek i Iwony Olszowy styl życia oraz składające się na niego zachowania zdrowotne kształtują się przez całe życie, poczynając od wczesnego dzieciństwa. Wśród zachowań zdrowotnych wyróżnia się zachowania prozdrowotne, tzn. sprzyjające zdrowiu, do których należą: aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, dbanie o higienę osobistą, radzenie sobie ze stresem, właściwe kontakty międzyludzkie, zgłaszanie się na badania profilaktyczne oraz zachowania antyzdrowotne, tj. zagrażające zdrowiu (palenie papierosów, używanie alkoholu, środków psychogennych, przypadkowe kontakty płciowe)⁴⁵. Prozdrowotny styl życia rozumiany jako świadomie wybierane zachowania sprzyjające poprawie, utrzymaniu i ochronie zdrowia, zdaniem Barbary Woynarowskiej, zależy od wpływu środowiska, doświadczeń danej osoby, jak i nabytych przez nią w ciągu życia umiejętności, wśród których szczególnie znaczenie mają umiejętności życiowe psychospołeczne⁴⁶.

Zachowania zdrowotne można poddać kategoryzacji:

- Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym (dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjo-

⁴³ WHO, *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*, World Health Organization, Geneva, 1998.

⁴⁴ Mechanic D., *Medical Sociology*. 2nd ed. New York: Free Press 1978, ISBN: 978-0029207208, s. 164.

⁴⁵ D. Ponczek, I. Olszowy, *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(2), ISSN: 1895-4316, s. 260.

⁴⁶ B. Woynarowska, M. Skołowska, *Koncepcja i zasady ...*, op. cit., s. 11.

nalne żywienie, hartowanie się, sen – odpowiedni czas jego trwania i jakość).

- Zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym (korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami i stresem).
- Zachowania prewencyjne (samokontrola zdrowia i samobadanie, poddawanie się badaniom profilaktycznym, bezpieczne zachowania w życiu codziennym (zwłaszcza w ruchu drogowym, w pracy, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym).
- Niepodejmowanie zachowań ryzykownych: palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, leków niezaleconych przez lekarza, używania innych substancji psychoaktywnych.⁴⁷

Robert Crawford zwraca uwagę na trzy przyczyny, które spowodowały, że styl życia stał się jednym z głównych determinant zdrowia we współczesnych czasach:

1. Główne wzorce chorowania uległy zmianie, mianowicie zamiast chorób ostrych i zakaźnych dominujące znaczenie zaczęły odgrywać choroby przewlekłe (choroby układu krążenia, nowotwory itp.), których medycyna nie potrafi jeszcze leczyć, a które nie ustępują samoistnie.
2. Liczne problemy zdrowotne takie jak AIDS lub tytoniozależne rodzaje nowotworów, są powodowane przez poszczególne style życia.
3. Kampanie w mediach masowych inicjowane przez służbę zdrowia, podkreślające konieczność zmiany stylu życia i osobistą odpowiedzialność za zdrowie poszczególnych jednostek⁴⁸.

Z przeprowadzonych przez CBOS badaniach na temat „Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków” wynika, że dla respondentów, zachowaniem które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia, jest odżywianie się, a więc np. częste spożywanie warzyw i owoców czy ograniczanie tłuszczów zwierzęcych (48% wskazań).

⁴⁷ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna ...*, op. cit., s. 52.

⁴⁸ J. Kłos, *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, UM w Poznaniu, Poznań 2014, s. 24. [Dostęp: 24.09.2017], <<http://www.wbc.poznan.pl/Content/337834/index.pdf>>.

Warto nadmienić, iż czynniki żywieniowe łączą się ze śmiertelnością ze względu na choroby układu krążenia (choroby serca i udary mózgu) oraz na raka, choroby które stanowią główne przyczyny śmierci wśród krajów zachodnich, w tym w Polsce. Dieta wpływa na cztery podstawowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia: nadciśnienie, otyłość, cukrzycę i poziom cholesterolu. Otyłość, jak również wysokie ciśnienie krwi oraz dieta bogata w tłuszcze nasycone, izomery trans kwasów tłuszczowych i cholesterol, zwiększają ryzyko choroby wieńcowej i udaru mózgu. Dieta uboga w tłuszcze nasycone, ale bogata w błonnik i niektóre z kwasów omega-3 (te zawarte w orzechach włoskich, niektórych olejach – ryby, olej rzepakowy, sojowy – i zielonych warzywach liściastych) obniżają ryzyko chorób serca⁴⁹.

Niespełna co trzeci respondent do działań prozdrowotnych zalicza przede wszystkim regularne wizyty u lekarza oraz unikanie sytuacji stresowych (po 30% wskazań), natomiast mniej więcej co czwarty za takie zachowania uznaje w pierwszej kolejności niepalenie papierosów (23%), regularne uprawianie gimnastyki (24%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. (27%). Co dziewiąty ankietowany (11%) jest przekonany, że na poprawę zdrowia może wpływać abstynencja alkoholowa. Za ledwie dwóch na stu badanych (2%) za niezbędne dla zachowania dobrego zdrowia uznaje regularne zażywanie preparatów lub tabletek witaminowych⁵⁰.

Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia wynikało, że obciążenie w krajach rozwiniętych w chorobach i zgonach, spowodowane tytoniem było znacznie wyższe niż z powodu innych tradycyjnych czynników ryzyka, w tym alkoholu, niezabezpieczonego seksu, nadciśnienia tętniczego i braku aktywności fizycznej⁵¹.

Niemal dwie trzecie dorosłych Polaków (64%) uważa, że w naszym kraju popularny jest tzw. zdrowy styl życia, w tym co dziewiąty (11% ogółu) nie ma co do tego żadnych wątpliwości. Niespełna jedna trzecia (31%) przyznaje natomiast, że dla Polaków dbanie o własne zdrowie nie jest ważne, z czego 3% zdecy-

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. CBOS komunikat z badań Nr 138/2016.* Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2016, s. 4.

⁵¹ Kłós J., *Zjawisko zdrowego stylu...*, op. cit., s. 40.

dowanie zaprzecza, by można było mówić o popularności zdrowego stylu życia w Polsce. Co dwudziesty badany (5%) nie ma wyrobionej opinii w tej kwestii. Przekonanie o popularności prozdrowotnego stylu życia w naszym kraju systematycznie i znacząco rośnie. Odsetek badanych dostrzegających symptomy dbałości o zdrowie zwiększył się od 2012 roku aż o 13 punktów procentowych, a w porównaniu z rokiem 1993 wzrósł ponad trzykrotnie (z 19% do 64%). Jednocześnie wyraźnie ubywa badanych, którzy uważają, że zdrowy styl życia nie jest w Polsce popularny (od 1993 roku nastąpił spadek odsetka takich opinii o 35 punktów procentowych)⁵².

Okazuje się, że chociaż zdecydowana większość Polaków deklaruje dbałość o własne zdrowie, faktyczne działania zmierzające do zachowania dobrej kondycji zdrowotnej ciągle nie są zbyt powszechne. Zdecydowana większość Polaków (88%) nie uprawia żadnego sportu w sposób profesjonalny. Niemal trzy piąte (58%) nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje nawet ćwiczeń gimnastycznych ani nie uprawia aerobiku, a ponad jedna trzecia (37%) w ogóle nie podejmuje aktywności takich jak bieganie, pływanie, jazda na rowerze, sportowe gry zespołowe itp. Połowie badanych (51%) raczej nie zdarza się zażywać wzmacniających preparatów witaminowych lub ziołowych, a jedna czwarta (23%) nie ma w zwyczaju chodzić profilaktycznie do dentysty. Prawie co piąty dorosły Polak (18%) nigdy lub prawie nigdy nie znajduje czasu na dłuższy (minimum godzinny) spacer, a co jedenasty (9%) nie wykonuje profilaktycznych badań lekarskich⁵³.

O naszym sposobie postępowania wobec zdrowia decyduje nie tylko to, czego nauczymy się z treści przekazów (edukacyjnych, medialnych, marketingowych), jaką zdobędziemy wiedzę, jakie uznamy przekonania, jakie zinternalizujemy wartości, a nawet jakie będą towarzyszyć temu emocje. Na nasze zachowania wpływa również to, jakimi dysponujemy zasobami psychicznymi (m.in. jaka jest nasza samoocena, temperament, poczucie skuteczności działań, identyfikacja społeczna, typ osobowości) oraz w jakim przebywamy środowisku społecznym, kulturowym, ekonomicznym, technicznym. Ważne jest to, jak postępują inni

⁵² *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków ...*, op. cit., s. 8.

⁵³ *Ibidem*, s. 11.

ludzie wokół nas, których zachowania obserwujemy lub dane nam było obserwować w przeszłości (znaczące dla nas osoby oraz grupy odniesienia), jak zachowują się ci, wśród których chcemy przebywać, czego oni od nas oczekują i jakie sposoby naszego postępowania wspierają, jakie normy (obyczaje, mody, zalecenia moralne i religijne, przepisy prawne i in.) obowiązują w naszym otoczeniu i jakie sankcje stoją na straży ich przestrzegania. Istotną rolę odgrywa nasz status ekonomiczny i społeczny (m.in. wykształcenie, płeć, wiek, kontakty towarzyskie, pełnione role) oraz wymagania wiążące się z zajmowaną przez nas pozycją w społeczeństwie⁵⁴. Nasz styl życia determinowany jest również różnymi zagrożeniami naturalnymi, cywilizacyjnymi a także dostępnością do technologii, usług czy zasobów życia.

Z tej perspektywy kształtowanie wśród społeczeństwa prozdrowotnego stylu życia wymaga zastosowania różnych strategii i metod oddziaływania⁵⁵:

Podejście informacyjne (perswazyjno-edukacyjne): dostarczanie informacji, by kształtować, rozwijać lub zmieniać ludzkie przekonania, oceny i poglądy, by w oparciu o tę wiedzę ludzie w racjonalny sposób rezygnowali z zachowań uznanych za niewłaściwe oraz podejmowali zachowania pożądane.

Edukowanie o stylu życia, codziennych wyborach wymaga atrakcyjnych środków komunikacji. Popularyzujące się filmy szkoleniowe, przemawiające do wyobraźni infografiki, prowokowanie do bycia aktywnym w pozyskiwaniu wiedzy, umiejętności, wyrażaniu poglądów to elementy nowoczesnej, efektywnej edukacji zdrowotnej⁵⁶. Źródłem informacji może być szkoła, media społecznościowe, prasa, telewizja, radio, Internet, ulotki, broszury, itp.⁵⁷ Ważne jest akcentowanie potrzeby doskonalenia przekazów edukacyjnych, ponieważ ludzie dysponują wysokim poziomem ogólnej wiedzy, ale w praktyce nie realizują zachowań prozdrowotnych. Istotne jest poszukiwanie nowatorskich rozwiązań

⁵⁴ [Dostęp: 1.05.2017], <<http://promocjazdrowiawpracy.pl/promocja-zdrowia/jak-ksztaltowac-zdrowy-styl-zycia/>>.

⁵⁵ Na podstawie: [Dostęp: 1.05.2017], <<http://promocjazdrowiawpracy.pl/promocja-zdrowia/jak-ksztaltowac-zdrowy-styl-zycia/>>.

⁵⁶ R. Whittemore, S. Jeon, M. Grey, *An Internet Obesity Prevention Program for Adolescents*, J. Adolesc. Health 2013, s. 439.

⁵⁷ K. Puchalski, *Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej*, „Studia Edukacyjne” 2012, ISSN 1233-6688, s. 119–139.

z użyciem atrakcyjnych środków przekazu informacji, by kreować prozdrowotne postawy i nawyki.

Rola edukacyjno – wychowawcza środków masowego przekazu została uznana i znalazła odbicie w Narodowym Programie Zdrowia oraz w Ustawie o Radiofonii i Telewizji⁵⁸.

Podejście marketingowe (emocjonalno-motywacyjne): systematyczna aplikacja metod i technik marketingowych do osiągnięcia konkretnych celów zachowania dla dobra społecznego, zwracanie uwagi na problem, nagłaśnianie go i budowanie wokół niego pozytywnych lub negatywnych emocji, by ludzie pragnęli zachowań skojarzonych z pozytywnymi emocjami oraz odrzucali te, którym towarzyszą negatywne odczucia (np. strach, obawa o utratę zdrowia). Przykładem mogą być różnorodne kampanie, np. „Pij mleko, będziesz wielki”, którego celem jest promocja zdrowych nawyków żywieniowych wśród dzieci i młodzieży⁵⁹. Na podstawie badań przeprowadzonych w latach 2011–2012 w Społecznej Akademii Nauk⁶⁰ autorzy wnoszą, iż istnieje duże zainteresowanie kampaniami społecznymi propagującymi prozdrowotne zachowania społeczeństwa (84% badanych uważa, iż tego typu kampanie społeczne promujące profilaktykę zdrowia powinny być emitowane non-stop w mediach). Analiza przeprowadzonych badań wskazywać może na fakt, iż tego typu kampanie społeczne są źródłem informacji dla społeczeństwa na temat prozdrowotnych aspektów ich życia. W dzisiejszych czasach, w których społeczeństwo „żyje w ciągłym pośpiechu” wyrefinowane kampanie społeczne zmuszają ludzi do pewnych prozdrowotnych refleksji.

Podejście skoncentrowane na rozwoju umiejętności życiowych: kształtowanie umiejętności oraz zdolności do podejmowania i kontynuacji zachowań prozdrowotnych i unikania ry-

⁵⁸ Polskie Badanie Internetu. Internetowe serwisy o zdrowiu, <www.pbi.org.pl/index.php/ida/42/?getFile=54:0 [Dostęp: 18.09.2017]>.

⁵⁹ Kampania powstała w odpowiedzi na społeczny problem osteoporozy oraz spadku spożycia mleka przez najmłodszych. Akcja jest elementem programu Marketing dla Przyszłości, stworzonego i realizowanego przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Reklamy IAA w Polsce. W Polsce ruszyła ósma edycja kampanii, głównymi jest bohaterami są osoby znane, rozpoznawalne przez ogół społeczeństwa – tzw. celebryci.

⁶⁰ J. Sułkowska, R. Seliga, *Wykorzystanie marketingu społecznego w profilaktyce zdrowotnej* „Polityka europejska, Finanse i marketing” 10 (59) 2013, IS-SN: 2081-3430.

zykowych – m.in. poprzez wzmacnianie samooceny, poczucia własnej skuteczności, umiejętności radzenia sobie z problemami, znajdowania właściwych rozwiązań, korzystania ze wsparcia osób bliskich oraz odpowiednich instytucji społecznych itp.

Kształtowanie umiejętności życiowych (ang. life skills) to: „interakcyjny proces nauczania i uczenia się, polegający na uzyskaniu wiedzy, kształtowaniu postaw i umiejętności, dzięki którym człowiek bierze większą odpowiedzialność za swoje życie przez dokonywanie zdrowych wyborów życiowych, zwiększa odporność na negatywne wpływy i presje ze strony innych oraz unika zachowań ryzykownych dla zdrowia”⁶¹. Według WHO można wyróżnić następujące kategorie umiejętności życiowych:

- komunikacje i umiejętności interpersonalne (komunikacja werbalna i niewerbalna, asertywność, budowanie empatii, współpraca w grupie);
- podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie (gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań z przewidywaniem konsekwencji dla siebie i społeczeństwa);
- kierowanie sobą (budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomość w zakresie własnych praw, postaw, wyznawanych wartości, mocnych i słabych stron, kierowanie emocjami, radzenie sobie ze stresem)⁶².

Promocja zdrowia zabezpiecza życie – rozwój – zdrowie. Triada ta stanowi przesłankę do poszukiwania nowych możliwości pomnażania zasobów własnego zdrowia poprzez budowanie doświadczeń związanych z motywacją do wzrostu i zaangażowania, koncentrację na pozytywnych emocjach oraz wykorzystywanie proaktywnych strategii radzenia sobie⁶³.

Podejście oparte na wpływie społecznym: kształtowanie otoczenia społecznego – kreowanie mody, nowych wzorów zachowań (zwłaszcza wśród tzw. „znaczących innych” oraz „grup odniesienia”), mobilizowanie opinii publicznej, aktywizowanie społeczności do wspólnych działań na rzecz zdrowia i współpracy w rozwiązywaniu problemów, ułatwienia i wsparcie dla tego typu

⁶¹ Z. Juczyński, *Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 2009, tom 14, numer 1, ISSN: 1642-1043, s. 24.

⁶² Ibidem, s. 24.

⁶³ Ibidem, s. 24.

działań. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na integrację społeczną.

Zintegrowana społecznie osoba ma wiele znajomości, w postaci intymnych kontaktów społecznych (mażeńskich, przyjacielskich, krewniaczych) oraz szerszych, mniej intymnych (członkostwo w grupach religijnych i innych stowarzyszeniach). Na poziomie grupy, spójność społeczna to taki stan, w którym jest ona wyposażona w zapasy „kapitału społecznego”, na który składają się między innymi moralne zasoby, takie jak zaufanie obywateli i normy wzajemności (...) Spójne społeczeństwo może oddziaływać na kilka sposobów na zdrowie:

- w takim społeczeństwie szybciej rozprzestrzeniają się informacje odnoszące się do zdrowia,
- istnieje również większy poziom kontroli społecznej, który reguluje skuteczniej niepożądane zachowania zdrowotne takie jak palenie papierosów czy picie alkoholu przez młodzież, oraz przekraczanie norm zwyczajowych czy prawnych, a także skuteczniej oddziałuje na lokalne władze⁶⁴.

Podejście regulacyjne (prawno-fiskalne): wprowadzanie formalnych uregulowań (norm, procedur, przepisów prawa, w tym regulacji podatkowych) obligujących do działań sprzyjających zdrowiu lub do wdrażania ułatwień dla ich realizacji oraz uregulowań ograniczających zachęty i możliwości dla działań ryzykownych (np. obowiązek używania pasów bezpieczeństwa, zakaz reklamy wyrobów tytoniowych, prawne ograniczenia swobody palenia tytoniu, zwiększanie akcyzy na alkohol, przepisy regulujące informacje zamieszczane na produktach spożywczych).

Podejście techniczno-środowiskowe: budowa infrastruktury, rozwój technologii, oferty produktów lub usług do wykorzystania w realizacji zdrowego stylu życia – m.in. terenów i obiektów rekreacyjnych, tras rowerowych, sprzętu sportowego, technik treningowych, żywności funkcjonalnej, energooszczędnych technologii, narzędzi i nowych form komunikacji o sprawach zdrowia.

Podejście oparte o poprawę statusu społecznego: działania polityczne służące podnoszeniu ogólnego poziomu edukacji

⁶⁴ Sampson, R. J., Raudenbush, s.w., and earls, f. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, s. 918–924.

i zamożności społeczeństwa, wyrównywaniu szans w tym zakresie, wspieraniu grup społecznie marginalizowanych oraz demokratyzacji życia społecznego – jako fundamentalnych warunków upowszechniania się zdrowego stylu życia i czynników przeciwdziałających stylom życia niekorzystnym dla zdrowia.

Wszystkie wskazane strategie mogą (i powinny) być łącznie stosowane w promocji zdrowia.

Zakończenie

Zdrowie należy pielęgnować, kształtować jego rozwój i doskonalić umiejętność przywracania zakłóconej w ostatnich czasach równowagi i przystosowywania się do nieustannych zmian zachodzących wewnątrz organizmu i w środowisku życia człowieka. Zapewnianie bezpieczeństwa zdrowotnego ludności powinno być widoczne we wszystkich sferach życia społecznego i głęboko wykraczać poza obszar ochrony zdrowia. Ważne jest upowszechnianie środowiskowych determinantów zdrowia człowieka, na które ma on wpływ, które może kształtować i rozwijać. Promowanie zdrowego stylu życia i promocja zdrowia to kluczowe elementy bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka.

Bibliografia

Opracowania:

1. Barič L., *Accountability and the settings approaches* „Euro News” 1997, nr 4, s. 5-8.
2. Woynarowska B., Skołowska M., *Koncepcja i zasady Szkoły Promującej Zdrowie*, Zeszyt 10, CMPPP, Warszawa 2006.
3. Blik B., Przewoźniak L., Henzel-Korzeniowska A., *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia. Szkoła Zdrowia publicznego*, Centrum Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996.
4. Błajet P., *Ciało w kulturze współczesnej. Wątki socjopedagogiczne*, WSiE TWP, Olsztyn 2005, ISBN 83-87867-22-5.
5. Buchcic E., Jagodzińska M., *Promocja zdrowia i styl życia jako wyznaczniki bezpieczeństwa zdrowotnego współczesnego człowieka. Health promotion and lifestyle as determinants of a modern man*

- health security*, [w:] *Zdrowie w wymiarze edukacyjnym i społecznym. Health in social and educational dimension* (red.) Chmielewski J., Wojciechowska M., Król H., Instytut Ochrony Środowiska Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2016, ISBN: 978-83-60312-87-2, s. 13-23.
6. Budzisz W., Kubiak A., *Bezpieczeństwo narodowe w świadomości społecznej i w praktyce*, [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa – bezpieczna szkoła, bezpieczny uczeń*, (red.) D. Czajkowska-Ziobrowska, A. Zduniak, Poznań 2007, ISBN-13: 978-83-922909-8-8.
 7. 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 Backgorund Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand, s. 1-16.
 8. Grabowski H., *Teoria fizycznej edukacji*, Warszawa. WSiP, 1997, ISBN: 83-02-07447-0.
 9. Jawłowska A., *Drogi kontrkultury*, PIW, Warszawa 1975.
 10. Juczyński Z., *Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 2009, tom 14, numer 1, ISSN: 1642-1043.
 11. Karski J.B., *Promocja Zdrowia*, Warszawa 1999, ISBN: 83-85724-37-0.
 12. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997, Art. 68.
 13. Kopaliński W., *Słownik języka polskiego*, Warszawa 1983, t. I.
 14. Kopczyńska-Sikorska J., *Znaczenie aktywności fizycznej w ochronie zdrowia człowieka*, „Pedagogika Polska”, Warszawa, 1981, t. 2.
 15. Kukułka J., *Bezpieczeństwo a współpraca europejska: współzależności i sprzeczności interesów*, „Sprawy międzynarodowe” 7/1982, ISSN: 0038-853x.
 16. Lalonde M., *A New perspective on the health of Canadiens*, A work dokument Government of Canada, Ottawa 1981, ISBN: 0-662-50019-9.
 17. Lewandowska U., *Promocja zdrowia*, Sanmedia Sp. z o.o. Warszawa 1994.
 18. Mechanic D., *Medical Sociology*. 2nd ed. New York: Free Press 1978, ISBN: 978-0029207208.
 19. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, Instytut Filozofii i Socjologii, PAN, Warszawa 1999, ISBN: 8387632333.
 20. Ostrowska A., *Prozdrowotne style życia*, „Promocja zdrowia, nauki społeczne i medycyna”, 1997, Nr 10-11, ISSN: 1232-7638.

21. Piątkowski W., Płonka-Syroka B., *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008, ISBN: 9788360011621.
22. Pinkas J., Wierzba W., Owoc A., Boja I., *Orzecznictwo lekarskie w kontekście poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego* „Medycyna ogólna”, 2010, 16 (XLV), 3, ISSN: 2083-4543.
23. Ponczek D., Olszowy I., *Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(2), ISSN: 1895-4316.
24. Puchalski K., Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej, „Studia Edukacyjne” 2012, ISSN: 1233-6688.
25. Sahaj T., *Jak założyć rodzinę i mieć zdrowe dzieci? Recepty życiowe Platona i Arystotelesa*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2003, nr 66 (2), ISSN: 0860-1844, s. 151-158.
26. Sampson R. J., Raudenbush, s.w., and earls, f. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, s. 918-924.
27. Siciński A., *Style życia w miastach polskich. U progu kryzysu*, „ZN Ossolińskich”, Wrocław 1988, ISBN: 83-04-02951-0, s. 57.
28. Słońska Z., *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Nauki Społeczne i Medycyna”, 1-2, 1994, ISSN: 1232-7638, s. 37-52.
29. Sułkowska J., Seliga R., *Wykorzystanie marketingu społecznego w profilaktyce zdrowotnej*, „Polityka europejska. Finanse i marketing” 10 (59) 2013, ISSN: 2081-3430.
30. Taranowicz I., *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010, ISBN: 9788360011973.
31. Whitemore R., Jeon S., Grey M., An Internet Obesity Prevention Program for Adolescents, *J. Adolesc. Health* 2013.
32. WHO, *The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization. Geneva, 1998.
33. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2008, ISBN: 978-83-01-15167-6.
34. Wysocki M. J., Miller M., *Nowe Zdrowie Publiczne [w:] Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*, (red.) Nosko J., Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, 2004.
35. *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. CBOS komunikat z badań Nr 138/2016*, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2016, s. 4.

Zasoby internetowe:

1. Rządowa Rada Ludnościowa, [Dostęp: 01.06.2017], <www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/bip/BIP_stanowisko_RRL_bezp_zdrow_ludnosci.pdf>.
2. Sekściński A., *Bezpieczeństwo wewnętrzne w ujęciu teoretycznym. Geneza i współczesne rozumienie w naukach politycznych*, 2016, [Dostęp: 10.06. 2017], <www.cejsh.icm.edu.pl/cejsh/>.
3. Promowanie zdrowia i działań prozdrowotnych w miejscu pracy – informacje dla pracodawców. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, [Dostęp: 7.05.2017], <http://osha.europa.eu/pl/publications/factsheets/pl_93.pdf>.
4. Opiekun medyczny. Promocja i profilaktyka zdrowia. Materiały wypracowane w ramach projektu „Model systemu wdrażania i upowszechniania kształcenia na odległość w uczeniu się przez całe życie”, [Dostęp: 6.09.2017], <http://biblioteka.cyfrowaszkoła.waw.pl/biblioteka/opiekun_medyczny/pdf/6.pdf>.
5. Kłós J., *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, UM w Poznaniu, Poznań 2014, s. 24. [Dostęp: 24.09.2017], <<http://www.wbc.poznan.pl/Content/337834/index.pdf>>.
6. [Dostęp: 1.05.2017], <<http://promocjazdrowiawpracy.pl/promocja-zdrowia/jak-ksztaltowac-zdrowy-styl-zycia/>>.
7. *Polskie Badanie Internetu. Internetowe serwisy o zdrowiu*, [Dostęp: 18.09.2017], <www.pbi.org.pl/index.php/ida/42/?getFile=54:0>.