

©Borgis

*Zofia A. Słońska^{1,2}

Promocja zdrowia i jej rola w zmniejszaniu społecznych nierówności w zdrowiu

Health promotion and its role in reducing social inequalities in health

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa
Kierownik Zakładu: dr hab. med. Dorota Cianciara

²Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. med. Wojciech Drygas

Słowa kluczowe

promocja zdrowia, społeczne nierówności w zdrowiu, ewaluacja promocji zdrowia

Keywords

health promotion, social inequalities in health, health promotion evaluation

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres/address:

*Zofia A. Słońska
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia
Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
tel. +48 (22) 560-11-50
slońska@post.pl

Streszczenie

Promocja zdrowia – znaczący obszar i narzędzie zdrowia publicznego – realizowana zgodnie z założeniami jej twórców pozwala na stworzenie warunków umożliwiających skuteczne zapobieganie społecznym nierównościom w zdrowiu. Od początków powstania promocja zdrowia była wiązana z problematyką zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu. Niestety potencjał, którym dysponuje w tym zakresie, często bywa niewykorzystywany, między innymi z powodu zawężania promocji zdrowia do edukacji zdrowotnej, a także z powodu nieprawidłowej ewaluacji wdrażanych strategii i programów z jej zakresu. Celem niniejszego artykułu jest analiza możliwości, jakie stwarza koncepcja promocji zdrowia w sferze budowania na różnych poziomach organizacji życia społecznego ram systemowych niezbędnych do zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także prezentacja warunków, jakie muszą być spełnione, by promocja zdrowia przynosiła oczekiwane efekty. Można przyjąć, iż głównie dlatego, że nierówności społeczne nie są nieuchronnym skutkiem działania praw natury, ale rezultatem oddziaływania środowiska społecznego, choć nie bez trudności, można wpływać na ich redukcję. Trzeba jednak pamiętać, iż z racji niedostatecznej wiedzy o mechanizmach ich powstawania niezwykle ważne jest, aby systematycznie badać efektywności interwencji podejmowanych z myślą o ich zmniejszeniu.

Summary

Health promotion, as a significant area and a tool of public health, implemented in accordance with the objectives of its creators, allows to create conditions for the effective reduction of social inequalities in health. Since its beginnings health promotion has been connected with the issue of reducing inequalities in health. Unfortunately the potential, which it has in this area is often not properly used, among others due to narrowing health promotion to health education and because of the incorrect evaluation of implemented health promotion strategies and programs. The purpose of this article is to analyze the possibilities offered by the concept of health promotion in the sphere of building, at different levels of the organization of social life, the system framework needed to combat social inequalities in health and to present the preconditions that must be met in order to bring expected results in reducing social inequalities in health. It can be assumed that mainly because the social inequalities in health are not inevitable consequence of the laws of nature, but the impact of the social environment, we can limit their occurrence, though not without difficulty.

But it should be kept in mind that due to the insufficient knowledge about the mechanisms of their formation is extremely important to investigate the effectiveness of interventions designed to reduce them, systematically.

WSTĘP

W okresie ostatecznego konstituowania się pojęcia promocji zdrowia, który przypadł na pierwszą połowę

lat 80. ubiegłego wieku, problemowi społecznych nierówności w zdrowiu nie nadawano tak wysokiej rangi jak obecnie. Już na przełomie lat 70. i 80. XX wieku,

za sprawą raportu Sir Douglasa Blacka, ówczesnego przewodniczącego Royal College of Physicians (1), znane były wyniki badań jednoznacznie przemawiających za koniecznością zajęcia się tą problematyką i uznania społecznych nierówności w zdrowiu za niezwykle ważny problem zdrowia publicznego. Wyniki raportu wskazywały na zjawisko znacznego zróżnicowania zależności od klas społecznych chorobowości i umieralności w społeczeństwie brytyjskim, z widocznym uprzywilejowaniem klas wyższych. Wypełnienie rekomendacji opartych na uzyskanych wynikach zostało uznane przez ówczesny rząd brytyjski za nierealistyczne ze względów finansowych. Raport schowano do szuflady, a rząd nie podjął żadnych działań wdrożeniowych (2).

Szczęśliwie w roku 1984, tj. w dwa lata po opublikowaniu raportu Blacka, Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ, ang. WHO-EURO) utworzyło zespół zadaniowy, który jednoznacznie uznał zagadnienie nierówności w zdrowiu za problem o charakterze zasadniczym, a zajmowanie się nim powierzył promocji zdrowia.

Delegację tę uprawomocniły zapisy znajdujące się w Karcie Ottawskiej (3). Treść Karty, uważana za podstawową wykładnię promocji zdrowia, została zaakceptowana przez przedstawicieli ówczesnych państw członkowskich ŚOZ na pierwszej w historii, międzynarodowej konferencji promocji zdrowia, która odbyła się w 1986 roku w stolicy Kanady, Ottawie. Tym samym państwa zobowiązały się do przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu.

Dopiero XXI wiek przyniósł powszechne zainteresowanie społecznymi nierównościami w zdrowiu, czego wyrazem stało się instytucjonalne wsparcie rozwoju badań i wdrożeń z tego zakresu przez czołowe instytucje i organizacje odpowiadające za zdrowie. Główną rolę w tym względzie odgrywa do chwili obecnej ŚOZ. Jej działaniom w zakresie zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu w skali globalnej towarzyszy aktywność innych instytucji i organizacji zainteresowanych tym problemem, między innymi Komisji Europejskiej oraz Międzynarodowej Unii Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej z siedzibą w Paryżu.

W roku 2005 pod auspicjami ŚOZ powołano Komisję ds. Społecznych Determinantów Zdrowia (CSDH) kierowaną przez profesora medycyny Sir Michaela Marmota. Zadaniem Komisji było wsparcie państw członkowskich w zajęciu się kwestią społecznych czynników prowadzących do nierówności społecznych, a w ich wyniku do zaburzeń zdrowia i nierówności w zdrowiu. Chodziło tu głównie o zwrócenie uwagi rządów i społeczeństw na społeczne determinanty zdrowia, a także konieczność tworzenia warunków społecznych wspierających zdrowie populacji, szczególnie osób i zbiorowości najbardziej zagrożonych.

Praca CSDH, zakończona w roku 2008 unikalnym raportem poświęconym społecznym nierównościom w zdrowiu (4), przyniosła owoce w postaci zainicjowania krajowych programów mających na celu poprawę

stanu zdrowia społeczeństw poprzez redukcję społecznych nierówności w zdrowiu. Należy wspomnieć, że do państw, które poparły nową ideę rozwiązywania nierówności w zdrowiu, należy również Polska, w której w chwili obecnej prowadzony jest krajowy program „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” współfinansowany z funduszy norweskich oraz budżetu państwa.

Do pierwszych, a zarazem obecnie wiodących krajów, które podjęły wyzwanie przeciwdziałania nierównościami w zdrowiu zgodnie z ideą promocji zdrowia, zaliczyć należy: Kanadę, Szwecję, Wielką Brytanię i Stany Zjednoczone. Warto zaznaczyć, że już pierwsze doświadczenia zdobyte przez te państwa wskazały z jednej strony na oczekiwaną poprawę stanu zdrowia populacji objętych oddziaływaniem, z drugiej strony jednak – co bardzo ważne dla kwestii podnoszonych w tym artykule – na możliwość niekorzystnego wpływu lub braku wpływu wdrażanych strategii i programów na zmniejszanie społecznych nierówności w zdrowiu, mimo pozytywnego efektu zdrowotnego obserwowanego w populacji rozpatrywanej jako całość (5). Do wątku tego powrócimy w części poświęconej ewaluacji promocji zdrowia.

Dzisiaj można uznać, na podstawie rosnącej liczby dowodów, że promocja zdrowia będąca znaczącym obszarem, a zarazem narzędziem zdrowia publicznego, realizowana zgodnie z założeniami jej autorów, pozwala na stworzenie warunków systemowych umożliwiających skuteczne zapobieganie społecznym nierównościami w zdrowiu. Niestety potencjał, którym ona dysponuje, często bywa nieprawidłowo wykorzystywany, między innymi z powodu zawężania promocji zdrowia do edukacji zdrowotnej, a także z powodu braku właściwego planowania i oceny skuteczności programów promocji zdrowia z punktu widzenia ich roli w zmniejszaniu społecznych nierówności w zdrowiu.

Celem artykułu jest analiza możliwości, jakie stwarza koncepcja promocji zdrowia w sferze budowania na różnych poziomach organizacji życia społecznego ram systemowych niezbędnych do zwalczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także prezentacja warunków, jakie muszą być spełnione, by promocja zdrowia przynosiła oczekiwane efekty.

CZYM SĄ SPOŁECZNE NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU I DLACZEGO NALEŻY IM PRZECIWDZIAŁAĆ?

Zacząć należy od refleksji na temat tego, czym są społeczne nierówności w zdrowiu i na czym polega ich odmienność w odniesieniu do występujących między ludźmi różnic w zdrowiu. Znane są niebudzące sprzeciwu zjawiska, takie jak to, że ludzie starzy mają gorsze zdrowie niż ludzie młodzi, bądź że osoby obciążone genetycznie mają większe ryzyko zachorowania na dane schorzenie niż te, u których to obciążenie nie występuje. Dlaczego więc w przypadku społecznych nierówności w zdrowiu panuje przekonanie o konieczności przeciwdziałania temu zjawisku? Można przyjąć, iż głównie dlatego, że nierówności społeczne nie są

nieuchronnym skutkiem działania praw natury, lecz rezultatem oddziaływania środowiska społecznego i tym samym, choć nie bez trudności, można osiągnąć ich zmianę.

Whitehead i Dahlgren (6) wyodrębnili trzy cechy decydujące o odmienności społecznych nierówności w zdrowiu. Ich zdaniem społeczne nierówności w zdrowiu różnią się od innych nierówności w zdrowiu tym, że są systematyczne, społecznie wytworzone i niesprawiedliwe.

Co te cechy oznaczają w praktyce? Otóż społeczne nierówności w zdrowiu nie występują w populacjach losowo, lecz według określonego społecznego wzoru.

Wyniki badań epidemiologicznych potwierdzają bardzo silny związek między niskim statusem społeczno-ekonomicznym a wyższą częstością występowania czynników ryzyka, zapadalności, chorobowości i umieralności (7). Z szacunków dokonanych przez Wilkina i Marmota wynika (8), że osoby o najniższym statusie społeczno-ekonomicznym mają co najmniej dwukrotnie większe ryzyko zachorowania na poważną chorobę i przedwczesny zgon niż osoby o najwyższym statusie społeczno-ekonomicznym. Tego rodzaju prawidłowości nie biorą się znikąd – są produktem społecznym, wynikiem wysokości zajmowanych przez ludzi pozycji społecznych oraz decyzji społecznych wpływających na zróżnicowanie obowiązków, przywilejów, a co za tym idzie szans życiowych jednostek w zależności od zajmowanych przez nie pozycji społecznych. Pozycja społeczna jest synonimem przyznawanego ludziom prestiżu wynikającego z faktu posiadania przez nich cenionych społecznie cech, np. wykształcenia, dochodu, pozycji społeczno-zawodowej. Określa ona (9) zakres powinności danej osoby, wpływa na jej przekonania, sądy i oceny związane z rzeczywistością, decyduje o możliwościach i rodzajach interakcji z innymi ludźmi oraz wyznacza dostęp do znaczących zasobów. Za ten ostatni wymiar oddziaływania odpowiada główny wymiar pozycji społecznej, jakim jest status społeczno-ekonomiczny.

Zasoby, do których dostęp wyznacza pozycja społeczna, mają bardzo istotny wpływ nie tylko na szanse życiowe, ale także na szanse zdrowotne człowieka. Osoby o niskiej pozycji społecznej napotykać na wiele barier utrudniających bądź wręcz uniemożliwiających właściwe dbanie o zdrowie, np. częściej niż osoby o wysokiej pozycji społecznej mają gorsze warunki mieszkaniowe, niższy dochód czy wreszcie problemy z dostępem do usług zdrowotnych (10). Ostatni z wymienionych problemów szczególnie ostro występuje wtedy, gdy pakiet usług bezpłatnych nie pokrywa się z zakresem rzeczywistych potrzeb pacjentów. Ogólnie rzecz biorąc wszystko co droższe i bardziej deficytowe staje się trudno dostępne dla osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

Badania wskazują na cały szereg negatywnych konsekwencji niskiego statusu społeczno-ekonomicznego. Jest ich znacznie więcej niż wcześniej wymienione. Wpływ niskiego statusu społecznego na zdrowie tłu-

maczy się m.in. związkiem z antyzdrowotnymi stylami życia (11), wyższą ekspozycją na działanie stresu (12), niskim poziomem wsparcia społecznego (13), niższym poziomem wiedzy zdrowotnej (14) oraz niższym poziomem kompetencji zdrowotnych (15).

Nie ulega wątpliwości, że właściwe postępowanie wobec zdrowia wymaga posiadania łatwego dostępu do tych zasobów, które pozwalają na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, takich jak np. mieszkanie czy praca. Istotną rolę odgrywa tu także łatwy dostęp do różnych form wsparcia, kiedy indywidualne możliwości poradzenia sobie z problemami życia codziennego zawodzą.

Na drodze do egalitarnego dostępu do zasobów istotnych dla zdrowia stoją nierówności społeczne. Powstają one w wyniku oddziaływania takich czynników jak np. polityka fiskalna, decyzje dotyczące rynku pracy, dostępność pomocy społecznej i edukacji oraz opieki społecznej – nie są więc sprawą przypadku, ale konsekwencją decyzji podejmowanych przez konkretne rządy i społeczeństwa. Nierówności społeczne przejawiają się w praktyce poprzez zróżnicowany, zależny od pozycji społecznej jednostek i zbiorowości dostęp do zasobów decydujących o sukcesie społecznym i szansach zdrowotnych. Wpływ nierówności społecznych nie jest egalitarny – im niższa pozycja społeczna, tym wyższe ryzyko niepowodzeń społecznych i zdrowotnych. Jeśli społeczeństwo nie przywiązuje wagi do sprawiedliwości społecznej, oznacza to między innymi, że nie interesuje się strukturą społeczną i konsekwencjami społecznymi jej oddziaływania. Tym samym nie zważa na jednostki i zbiorowości zajmujące niskie pozycje społeczne, o których powszechnie wiadomo, że doświadczają większego ryzyka zaburzeń zdrowia. W takiej sytuacji należy oczekiwać braku zmian bądź nawet nasilania się różnic w zdrowiu wywołanych przez zróżnicowania społeczne. Utrzymujący się gorszy stan zdrowia wybranych grup ludności w danym społeczeństwie świadczy o niewystarczającym poziomie sprawiedliwości społecznej oraz występowaniu społecznych nierówności w zdrowiu.

Powoływanie się na brak sprawiedliwości społecznej na świecie jest zbyt słabym argumentem, by pozyskać znaczących sojuszników w procesie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu. Trzeba więc dodatkowo pamiętać także o tym, że narastanie społecznych nierówności w zdrowiu ma znaczenie dla przebiegu procesów demograficznych i gospodarczych. Wpływając negatywnie na rozwój kapitału ludzkiego, choćby poprzez przedwczesną umieralność grup ludności o niskim statusie społeczno-ekonomicznym – prowadzą one do spadku siły roboczej oraz potencjału opiekuńczego w społeczeństwie. Sytuacja staje się szczególnie trudna wtedy, kiedy znaczącą większość społeczeństwa można uznać za osoby zajmujące niskie pozycje społeczne. Dobra wiadomość jest taka, że za społecznymi nierównościami w zdrowiu nie stoją uwarunkowania biologiczne, stąd można

na nie wpływać. Ponieważ jednak nie do końca znamy mechanizmy powstawania społecznych nierówności w zdrowiu, niezwykle ważne jest badanie efektywności interwencji podejmowanych z myślą o ich zmniejszeniu (16).

Zanim zajmiemy się szczegółowo problematyką promocji zdrowia, w celu uniknięcia nieporozumień interpretacyjnych na początek przejdziemy do kwestii różnic między społecznymi determinantami nierówności w zdrowiu i społecznymi determinantami zdrowia jako całości. Pojęcie „społecznych determinantów zdrowia” zostało włączone do słownika zdrowia publicznego w latach 70. ubiegłego wieku (17) w celu zaakcentowania, niedocenianego przez przedstawicieli tej dziedziny, znaczenia warunków społecznych dla rozwoju i ochrony zdrowia. W zakres społecznych determinantów zdrowia wchodzi różne czynniki, przywoływane w różnych konfiguracjach przez różnych autorów, m.in. omawiana wcześniej pozycja społeczna, zasoby, do których wyznacza ona dostęp oraz cechy położenia społecznego, takie jak wykształcenie, dochód czy pozycja społeczno-zawodowa (18-20). Znaczną rolę w ramach społecznych determinantów zdrowia odgrywają także determinanty społeczno-kulturowe, m.in. sankcjonowane społecznie wzory zachowań (np. wzory sposobu odżywiania czy aktywności fizycznej), determinanty związane z uczestnictwem społecznym (np. sieci społeczne uważane za kanały transmisji społecznego wsparcia: osoby, grupy, instytucje, z którymi kontaktujemy się najczęściej), determinanty psychospołeczne (np. poczucie marginalizacji lub wykluczenia społecznego) czy wreszcie status społeczno-ekonomiczny, o którym była wcześniej mowa.

Te determinanty, które są uznawane za determinanty zdrowia populacji, nie muszą wywoływać społecznych nierówności w zdrowiu bądź wywołują je w różnym stopniu w przypadku różnych kategorii ludności i różnych społeczeństw. Bardzo dobrym przykładem cytowanym za Dahlgrenem i Whitehead (6) jest ubóstwo, które z założenia nie ma znaczenia w odniesieniu do osób zamożnych. W przypadku krajów bardzo bogatych, gdzie liczba osób o małym dochodzie jest bardzo mała, wpływ tego czynnika na zdrowie całej populacji może być niewielki i wynosić np. 2%, ale jednocześnie w tym samym kraju różnica we wpływie tego czynnika na zdrowie grup osób zamożnych i grup ubogich może sięgać np. 10%. Brak świadomości powyższego zjawiska może skutkować brakiem kontroli nad utrzymywaniem się nierówności społecznych w zdrowiu i prowadzić do ich narastania mimo prowadzonych działań interwencyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

DLACZEGO PROMOCJA ZDROWIA MA MOŻLIWOŚĆ OSIĄGNIĘCIA SUKCESÓW W ZWALCZANIU SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU?

Promocja zdrowia jest składową tzw. nowego zdrowia publicznego. Słowo „nowe” dodano do nazwy „zdrowie publiczne” w celu zaakcentowania roli stylu

życia i warunków życia w wyznaczaniu stanu zdrowia oraz uznania potrzeby inwestowania w strategię, programy, usługi, które przyczyniają się do upowszechniania prozdrowotnych stylów życia i tworzą środowiska wspierające zdrowie (21). Bodźcem do wprowadzenia modernizacji w zakresie zadań stojących przed zdrowiem publicznym stały się wyniki dokumentu opublikowanego przez Kanadyjczyków w 1974 roku i znanego jako raport Lalonde’a (18). Dokument ten wstrząsnął opinią środowiska medycznego na świecie, ponieważ z wyników badań empirycznych zawartych w raporcie jednoznacznie wynikało, że nie opieka zdrowotna – jak do tego momentu sądzono – ale inne czynniki, w tym style życia, odpowiadają głównie za zmienność w zdrowiu populacji. Raport zwrócił także uwagę, poprzez nowatorską jak na tamte czasy definicję środowiska, na ograniczone możliwości człowieka w zakresie samodzielnego przeciwdziałania barierom kreowanym przez otoczenie, w którym żyje. Należało oczekiwać, że jedną z konkluzji dokumentu będzie postulat wspierania jednostek i zbiorowości w dbaniu o zdrowie – zwłaszcza tych szczególnie narażonych na zaburzenia zdrowia z przyczyn społecznych, poprzez uruchomienie działań stwarzających w ich otoczeniu warunki sprzyjające prozdrowotnym decyzjom. Byłaby to konkluzja sformułowana w duchu współczesnej promocji zdrowia. Nic takiego się jednak nie zdarzyło. Mimo znaczących odkryć autorzy raportu dalej stali na stanowisku indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, przerzucając na barki pojedynczych ludzi odpowiedzialność za niedostatki systemowe. Ta szkodliwa nielogiczność w powiązaniu ze sławą raportu Lalonde’a utrwaliła powszechne wówczas indywidualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych (22) o korzeniach społecznych. Spowodowało to, że populacyjnie i środowiskowo zorientowana promocja zdrowia powstała później niż to mogłoby mieć miejsce, a także w opozycji do stanowiska prezentowanego w raporcie opartego na rozwiązywaniu kwestii behawioralnych determinantów zdrowia w duchu paradygmatu biomedycznego.

Do chwili ukonstytuowania się promocji zdrowia, mimo złożoności związków między możliwościami jednostek, podejmowanymi decyzjami o konkretnych zachowaniach i wreszcie samymi zachowaniami, w teorii i praktyce odpowiedzialnością za antyzdrowotne zachowania obarczane były, i nierzadko do dziś są, przede wszystkim jednostki, jako bezpośredni ich sprawcy, a nie wady systemów, w tym systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Stosowanie tego rodzaju podejścia doprowadziło w krajach rozwiniętych, w drugiej połowie ubiegłego wieku, do kryzysu zdrowotnego i instytucjonalnego. Mimo rosnących nakładów na opiekę zdrowotną nie obserwowano istotnej poprawy w sytuacji epidemiologicznej dominujących chorób przewlekłych o korzeniach społecznych, w tym chorób układu krążenia. Powyższa sytuacja była wynikiem braku przyczynowego oddziaływania na społeczne determinanty behawioralnych czynników ryzyka.

Uważano bowiem, że problem epidemii uda się rozwiązać za pomocą leczenia i edukacji, nie dostrzegając tego, że style życia będące źródłem behawioralnych czynników ryzyka mają swoje, wywodzące się z różnych poziomów (makro, mezo, mikro) determinanty społeczne.

Nie ma wątpliwości, że zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu wymaga zmiany strategii opartej na modelu biomedycznym (medycyna kliniczna) na tę opartą na modelu socjoekologicznym (promocja zdrowia). Różnice między wspomnianymi modelami przedstawia tabela 1.

To właśnie promocja zdrowia, w myśl założeń modelu socjoekologicznego leżącego u jej podstaw, ma doprowadzić do redukcji społecznych nierówności w zdrowiu poprzez międzysektorowe wytwarzanie zasobów (wiedza ogólna, wiedza zdrowotna, prozdrowotne wzory kulturowe, warunki dla sportu i rekreacji, zdrowe miejsca pracy i zamieszkania, dobry stan środowiska naturalnego i materialnego itd.) oraz możliwie egalitarnej ich dystrybucji.

Tab. 1. Porównanie paradygmatu biomedycznego i socjoekologicznego

Paradygmat biomedyczny	Paradygmat socjoekologiczny
Negatywna definicja zdrowia: zdrowie to brak choroby lub kalectwa	Pozytywna definicja zdrowia: zdrowie to zasób dla jednostek, zbiorowości i społeczeństw
Orientacja na biomedyczne determinanty zdrowia	Orientacja na czynniki promujące zdrowie i wyznaczające podatność na choroby
Marginalizacja roli czynników behawioralnych i środowiskowych	Rozpatrywanie stylu życia w kontekście wpływów środowiskowych, w tym społecznych
Orientacja indywidualna: osoby chore i grupy ryzyka	Orientacja populacyjna: osoby zdrowe i chore
Centralizacja zarządzania	Decentralizacja zarządzania
Kadry medyczne	Kadry interdyscyplinarne
Sektor zdrowia	Współpraca międzysektorowa – priorytet zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu
Spółeczeństwo pasywnym odbiorcą świadczeń	Uczestnictwo społeczne w działaniach na rzecz zdrowia

Źródło: opracowanie własne, 2010 r.

W ramach promocji zdrowia możliwe jest także zwiększenie obszaru wpływów jednostek i zbiorowości na zarządzanie sferą zdrowia na poziomie społeczności lokalnych i za pośrednictwem instytucji i organizacji obywatelskich.

Zgodnie z definicją ŚOZ promocja zdrowia to „wszechstronny społeczny i polityczny proces obejmujący nie tylko działania skierowane na wzmocnienie umiejętności i możliwości jednostek, ale także działania skierowane ku zmianie warunków społecznych, środowiskowych i ekonomicznych, tak aby zapewnić ich wpływ na zdrowie publiczne i indywidualne” (23). Jej zadaniem jest nie tylko zajmowanie się bezpośrednimi przyczynami zaburzeń zdrowia, ale także przyczy-

nami przyczyn, czyli wpływami systemów, procesów i mechanizmów społecznych na przyczyny pierwszego rzędu, np. wpływem miejsca pracy na palenie, wpływem infrastruktury i świadomości społecznej na poziom aktywności fizycznej, wpływem bezrobocia na zachowania zdrowotne itd. Zakres obszarów działania promocji zdrowia zawarty w Karcie Ottawskiej (3), obejmujący: budowanie polityki publicznej, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, wzmacnianie działań społeczności, rozwój indywidualnych umiejętności oraz reorientację służby zdrowia, wskazuje na ogromny potencjał, który może być wykorzystany na rzecz zmniejszania społecznych nierówności w zdrowiu. Jest tylko jeden warunek – programy promocji zdrowia muszą być realizowane zgodnie z zasadami przypisanymi promocji zdrowia przez jej twórców. Wpływ na szeroko rozumiane środowisko człowieka i jego zachowania nie może być skuteczny, kiedy w wyniku podporządkowania promocji zdrowia paradygmatowi/modelowi biomedycznemu redukuje się ją do edukacji i to przede wszystkim medycznej, nie uwzględniając konieczności uruchomienia działań międzysektorowych na rzecz tworzenia warunków prozdrowotnych w szeroko rozumianym otoczeniu człowieka.

EWALUACJA SKUTECZNOŚCI PROMOCJI ZDROWIA

Jak wcześniej wspomniano, badania empiryczne (23) wskazują na możliwość niezamierzonego utrzymywania się lub nasilania społecznych nierówności w zdrowiu w wyniku realizacji programów interwencyjnych, które w odniesieniu do całej populacji przynoszą znaczącą poprawę zdrowia. Nie ma wątpliwości co do tego, że kraje zachodnie osiągnęły znaczne sukcesy w poprawie zdrowia populacji, o czym świadczy wysoka i ciągle rosnąca długość życia (24). O takim sukcesie, choć na mniejszą skalę, można mówić także w Polsce. Radość jest jednak połowiczna, ponieważ ten pozytywny wynik przesłania znaczące zróżnicowania stanu zdrowia między grupami społecznymi, także w naszym kraju (25). Dlatego też każde działanie interwencyjne z zakresu promocji zdrowia powinno być poprzedzone wielopoziomową analizą czynników ryzyka w przypadku każdej grupy/zbiorowości będącej adresem interwencji. Taka analiza umożliwi identyfikację grup szczególnie narażonych na utratę zdrowia oraz rodzaj zagrożenia, dając tym samym możliwość prowadzenia obok działań adresowanych do całej populacji, także interwencji celowanych zmierzających, poprzez zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu, do poprawy zdrowia osób szczególnie narażonych ze względów społecznych. Równocześnie bardzo istotne jest regularne monitorowanie przebiegu interwencji oraz poddawanie ich ewaluacji.

PODSUMOWANIE

Utrzymujący się przez lata gorszy stan zdrowia wybranych grup ludności w danym społeczeństwie świadczy o występowaniu społecznych nierówności w zdrowiu. Z taką sytuacją, podobnie jak

w wielu innych krajach, mamy do czynienia w Polsce. Wpływ nierówności społecznych nie jest egalitarny – im niższa pozycja społeczna, tym wyższe ryzyko niepowodzeń społecznych i zdrowotnych. Sytuacja staje się szczególnie trudna wtedy, kiedy znaczącą większość społeczeństwa można uznać za osoby zajmujące niskie pozycje społeczne. Utrzymywanie się na wysokim poziomie bądź narastanie społecznych nierówności w zdrowiu ma znaczenie dla przebiegu procesów demograficznych i gospodarczych. Wpływając negatywnie na rozwój kapitału ludzkiego, choćby poprzez wyższą przedwczesną umieralność grup ludności o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, prowadzą one do spadku siły roboczej oraz potencjału opiekuńczego w społeczeństwie.

Promocja zdrowia, obszar i narzędzie „nowego zdrowia publicznego”, daje możliwość stworzenia warunków systemowych sprzyjających redukcji negatywnego wpływu nierówności społecznych na zdrowie populacji. Warunkiem wykorzystania potencjału promocji zdrowia jest jej właściwe wdrażanie. Edukacja zdrowotna niepołączona z międzysektorowym oddziaływaniem na społeczne, środowisko jednostek i zbiorowości to tylko edukacja, a nie promocja zdrowia. Ponieważ nie do końca znamy mechanizmy powstawania społecznych nierówności w zdrowiu, niezwykle ważne jest badanie efektywności interwencji z zakresu promocji zdrowia podejmowanych z myślą o ich zmniejszeniu.

PIŚMIENNICTWO

1. Townsend P, Davidson N: *The Black Report*. Penguin Books, London, New York, Victoria, Ontario, Aucland 1988.
2. Macintyre S: *The Black Report and beyond: what are the issues?* *Soc Sci Med* 1977; 44: 723-745.
3. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization 1986.
4. Marmot M, Baum F, Bégin M et al.: *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health 2008.
5. Health Disparities Task Group of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health and Health Security. *Reducing health disparities – Roles of the health sector: Discussion paper 2004*. Canadian Government Publication.
6. Whitehead M, Dahlgren G: *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part. 1. Studies on social and economic determinants of population health*. World Health Organization, Copenhagen 2006, reprinted 2007.
7. Kaplan GA, Keil JE: *Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature*. *AHA Medical/Scientific Statement. Special Report. Circulation* 1993; 88: 1973-1988.
8. Wilkinson R, Marmot M: *Social determinants of health*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen 1998.
9. Sztompka P: *Pojęcie struktury społecznej: próba uogólnienia*. *Studia Socjologiczne* 1989; 3: 51-65.
10. Pell JP, Pell ACH, Norrie J et al.: *Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery*. *BMJ* 2000; 320: 15-19.
11. Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT: *Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviour and psychosocial characteristics by stages of socioeconomic lifecourse*. *Soc Sci Med* 1999; 44: 809-819.
12. Wamala SP, Mittelman MA, Horsten M et al.: *Job stress and occupational gradient in coronary heart disease in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study*. *Soc Sci Med* 2000 Aug; 51(4): 481-489.
13. Droomers M, Schrijvers CTM, Mackenbach JP: *Why do lower educated people continue smoking? Explanation from the longitudinal GLOBE study*. *Health Psychol* 2000; 21(3): 263-272.
14. Anderson P, Leppert J: *Men of low socioeconomic and educational level possess pronounced deficient knowledge about risks factors related to coronary heart disease*. *J Cardiovasc Risk* 2001; 8: 371-377.
15. Słońska ZA, Borowiec AA, Aranowska AE: *Health literacy and Health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish Population aging process*. *Anthropological Review* 2015; 78(3): 297-307.
16. Woodward A, Kawachi I: *Why reduce health inequalities?* *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 923-929.
17. Graham H: *Social determinants and public health Policy in the UK*. [In:] Killoran A, Swann C, Kelly MP (eds.): *Public health evidence. Tackling health inequalities*. Oxford University Press 2006: 63-75.
18. Lalonde M: *A New perspective on the health of Canadians: a working document*. Health and Welfare Canada, Ottawa 1974.
19. Epp J: *Achieving Health for All: a framework for health promotion*. Health and Welfare, Ottawa 1986.
20. Raphael D, Bryant T, Curry-Stevens A: *Toronto charter outlines future health policy direction for Canada and elsewhere*. *Health Promotion International* 2004; 19: 269-273.
21. Nutbeam D: *Health Promotion Glossary*. WHO, Geneva 1998.
22. Breslow L: *From disease prevention to health promotion*. *Journal of the American Medical Association* 1999; 281(11): 1030-1033.
23. Detels R, Breslow L: *Current scope and concerns in public health*. [In:] Detels R, McEwen J, Beagloholeand R, Tanaka H (eds.): *Oxford textbook of public health. The scope of Public Health*. Vol. 1. 4 ed. Oxford University Press, Oxford UK 2002: 3-20.
24. Potvin L, Mantoura P, Ridde V: *Evaluating equity in health promotion*. [In:] McQueen DU Jones C (eds.): *Global Perspective on Health Promotion Effectiveness*. Springer, New York 2007: 367-384.
25. Słońska Z, Koziarek J: *Spoleczne nierownosci w zdrowiu – efekt medykacji promocji zdrowia? Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie* 2011; 9(2): 64-75.

otrzymano/received: 04.04.2016
zaakceptowano/accepted: 25.04.2016