

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/305790240>

Edukacyjne koncepcje promocji zdrowia

Article in *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D: Medicina* · January 2006

CITATIONS

0

READS

283

1 author:



[Krzysztof Puchalski](#)

Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź, Poland

65 PUBLICATIONS 132 CITATIONS

SEE PROFILE

Krzysztof Puchalski

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

Nofer Institute of Occupational Medicine

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Warsaw School of Social Psychology

„Edukacyjne” koncepcje promocji zdrowia
„Educational” conceptions of health promotion

Wstęp.

Celem artykułu jest przedstawienie wielorakich relacji pomiędzy edukacją (oświatą) zdrowotną a promocją zdrowia. Relacje te można rozpatrywać w dwóch obszarach: 1) formalnego znaczenia pojęć – w oparciu o dostępne definicje lub szersze prezentacje obu koncepcji oraz 2) w sferze praktyki społecznej – analizując sposoby odczytywania tych definicji lub koncepcji, sposoby posługiwania się nimi w działaniach osób profesjonalnie zajmujących się promocją zdrowia i edukacją zdrowotną.

W polskiej praktyce promocja zdrowia i edukacja zdrowotna najczęściej ujmowane są jako obszar wspólny. Polega to na: 1) współwystępowaniu obu pojęć (np. „edukacja zdrowotna i promocja zdrowia” jako jedna ze specjalizacji w ochronie zdrowia, działy „oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia” pionu sanitarno-epidemiologicznego) oraz 2) zamiennym, tzn. równoważnym używaniu obu tych terminów. Z drugiej strony, na przekór powyższym tendencjom, w niektórych kręgach praktyków oraz badaczy i teoretyków tworzy się antagonizm pomiędzy osobami pracującymi pod szyldem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Utożsamienie promocji zdrowia z edukacją zdrowotną wzbudza niekiedy zaniepokojenie (Szewczyk, 2000), bo w ten sposób zagubieniu ulega wszystko to, co nowego wnosi ta pierwsza do nauki i praktyki działań na rzecz zdrowia – do obszaru, w którym dobrze zadomowiona jest już ta druga. I chociaż teoretyczna koncepcja edukacji zdrowotnej ulega istotnym przeobrażeniom (Słońska, 1999), to jej idee nie zawsze odzwierciedlone zostają w praktyce, a ponadto nie oddaje ona wszystkiego, co kryje się w pojęciu promocji zdrowia. Nazwanie edukacji „promocją” – modnym obecnie terminem – utwierdza przekonanie, że pozaedukacyjne aspekty promocji zdrowia, skoro można z nich zrezygnować, są mało istotne.

W związku z powyższą diagnozą warto przyrzeć się bliżej promocji zdrowia oraz jej relacjom do edukacji zdrowotnej. Analiza poprowadzona będzie z punktu widzenia tej pierwszej koncepcji, zakładając intuicyjne, bo ugruntowane w praktyce, rozumienie tej drugiej.

Dwa nurty promocji zdrowia.

Bliskie związki promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a z drugiej strony konflikt obu koncepcji (jako reakcja na nadmierne zbliżenie) można lepiej zrozumieć na tle genezy tej pierwszej. Choć sama omawiana idea jest niewątpliwie polimorficzna (Puchalski, 2005), wskazać można dwa główne nurty w kształtowaniu się jej pojęcia. Pierwszy wiąże się z rozwojem amerykańskiej edukacji zdrowotnej, drugi z europejskim programem „Zdrowie dla wszystkich”, rozwijanym pod egidą WHO.

Pojęcie to pojawiło się oficjalnie w 1975 r. w Stanach Zjednoczonych jako synonim rozwijającej się edukacji zdrowotnej, poszukującej wsparcia dla tradycyjnych, werbalnych metod stymulowania aktywności społeczeństwa na rzecz zdrowia (De Vries, 1999). W parlamentarnych pracach dotyczących ustawy o oświacie zdrowotnej ze względów proceduralnych zastąpiono ów termin pojęciem promocji zdrowia. Dzięki takiemu zabiegowi możliwe było szybkie uchwalenie owej ustawy (nazwanej „ustawą o informacji i promocji zdrowia”) oraz powołanie federalnego biura promocji zdrowia, które w 1979 r. zdefiniowało ją jako „każdą formę łączenia oświaty zdrowotnej z działaniem interwencyjnym, o charakterze organizacyjnym, politycznym i ekonomicznym, skierowanym na zmiany behawioralne i środowiskowe sprzyjające zdrowiu”.

Choć powyższe założenia zmierzały do połączenia edukacji z działaniami skierowanymi na środowisko, to w praktyce idea współpracy edukatorów z innymi profesjami okazała się, z różnych względów, trudna do spełnienia. Stąd rozwój promocji zdrowia kształtował się raczej dwutorowo: z jednej strony następowało pod jej szyldem doskonalenie założeń i metod edukacji zdrowotnej, z drugiej rozwijały się szeroko pojęte działania środowiskowe na rzecz zdrowia, związane z takimi autonomicznymi dziedzinami jak zdrowie publiczne, medycyna środowiskowa, ochrona środowiska, praca socjalna, organizacja i zarządzanie itp. Dodatkowo rozdźwięk ten wsparty był amerykańską ideą indywidualizmu, która edukację zdrowotną adresowała głównie do jednostek, w mniejszym natomiast stopniu do środowisk społecznych. Spotkać można nawet opinię (Baric i wsp., 2001), że na gruncie amerykańskim następował nie tyle rozwój promocji

zdrowia, co raczej edukacji zdrowotnej, jako oddziaływań skierowanych na czynniki osobowościowe i na zachowania poszczególnych osób.

Z kolei nurt nazywany „europejskim” zdecydowanie większy nacisk położył na przywołane aspekty środowiskowe (zwłaszcza społeczno-środowiskowe), które wpływają zarówno na jednostkowe decyzje dotyczące spraw zdrowia, jak i możliwości realizowania podjętych decyzji, a także na podejmowanie innych, nie zawsze racjonalnych działań. Szerszą podstawą omawianego sposobu myślenia stał się program Biura Europejskiego WHO, którego efektem był ogłoszony w 1984 r. raport (WHO, 1984), a następnie stanowisko Pierwszej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie (WHO, 1986). W ustaleniach tych promocja zdrowia, w polskim popularnym tłumaczeniu, to „proces umożliwiający ludziom zwiększanie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę”. Interpretacja tego pojęcia – czy raczej rozbudowanej koncepcji, jaka została przedstawiona w Karcie Ottawskiej (zob. Słońska, 1994) – kieruje uwagę nie tylko na ów aspekt społeczno-środowiskowy (promocja zdrowia została później zdefiniowana jako „sztuka interwencji w systemy społeczne, by rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk” – Grossmann, Scala, 1997), ale również aksjologiczny, związany z kreowaniem równych szans dla wszystkich w dostępie do zdrowia oraz z rozwijaniem podmiotowości jednostek i grup w definiowaniu problemów i potrzeb zdrowotnych. Jak piszą Czabała i Sęk (2000), „promocja zdrowia jest ruchem globalnym na rzecz autonomii człowieka, pomagającym mu w rozwoju jego potencjałów i rozszerzającym jego odpowiedzialność za zdrowie własne i cudze”. Ale, w myśl spopularyzowanego już hasła, promocja zdrowia jest również działaniem, by „wybory sprzyjające zdrowiu stawały się wyborami łatwiejszymi” – nie tylko poprzez rozwój świadomości podmiotów społecznych, lecz także poprzez kreowanie zewnętrznych możliwości prowadzenia zdrowego życia. Niezbędnym elementem takiego podejścia jest systemowa metodologia, umożliwiająca, ułatwiająca i wspierająca wprowadzanie zdrowia w logikę funkcjonowania różnych (często zamykających się przed nim) obszarów życia społecznego (Grossmann, Scala, 1997).

Te aksjologiczne (równość szans), środowiskowe i wspierające aspekty promocji zdrowia są istotne m.in. dlatego, że edukacja zdrowotna (nazwana promocją zdrowia) oskarżana jest o kreowanie i umacnianie społecznych nierówności w zdrowiu. Z przekazywanej wiedzy o zdrowiu – w myśl tej krytyki – w znacznie większym stopniu mogą skorzystać ci, którzy już znajdują się na uprzywilejowanych pozycjach społecznych (mają lepszy kapitał intelektualny, kulturowy, materialny i lepsze zdrowie). Natomiast osoby zajmujące niższe pozycje społeczne nie są w stanie, lub znacznie im trudniej – z

racji ograniczeń środowiskowych, kulturowych i mentalnych – zrobić użytek z adresowanych do nich komunikatów edukacyjnych. Nie tylko że żyją w obiektywnie gorszych warunkach zdrowotnych, to jeszcze mają większe trudności mentalne, by zmieniać te warunki lub sobie w nich radzić z korzyścią dla zdrowia (Puchalski, Korzeniowska, 2004).

O ile naszkicowana wyżej koncepcja promocji zdrowia w teorii jest coraz bardziej spójna i lepiej rozwinięta, to w praktyce jej rozwój dotyczy głównie retoryki, a tylko w niewielkim stopniu realizacji (Parish, 2002). Zaobserwować można rozpowszechniony brak zrozumienia istoty promocji zdrowia przy jednoczesnym żonglowaniu cytatami programowymi z jej dokumentów (Baric i wsp., 2001). Znaczna część owych praktycznych nieporozumień wiąże się z niejasnymi relacjami pomiędzy edukacją (oświatą) zdrowotną a promocją zdrowia.

Promocja zdrowia a edukacja zdrowotna

Wskazać można kilka najbardziej popularnych w praktyce stanowisk, dotyczących relacji obu pojęć.

Pierwsze utożsamia promocję z edukacją zdrowotną, cokolwiek by jedna z nich i druga miała oznaczać.

Drugie stanowisko wpisuje promocję w obszar edukacji. Utożsamia tę pierwszą z propagowaniem wartości zdrowia lub z marketingowymi technikami przekazywania informacji o zdrowiu, włączając ją do edukacji rozumianej szeroko – jako kształtowanie wiedzy, postaw czy motywacji w sferze zdrowia.

Trzecie traktuje promocję zdrowia jako szersze pojęcie, gdzie edukacja jest, obok działań środowiskowych lub polityki zdrowia publicznego, narzędziem tej pierwszej.

Czwarte odróżnia przedmiot obu dziedzin – promocję odnosi do środowisk, struktur społecznych, polityk, natomiast edukację do świadomości jednostek, ich wiedzy, przekonań, postaw, motywów.

Piąte, zaznaczone bardziej w propozycjach teoretycznych, niż w praktyce, w ramach eklektycznie rozumianej promocji zdrowia wyróżnia jej „edukacyjną” koncepcję.

W dalszej kolejności zatrzymamy się przy ostatnim ze wskazanych stanowisk. Przyjrzymy się trzem wybranym „edukacyjnym” koncepcjom promocji zdrowia.

Promocja zdrowia w ujęciu „edukacyjnym”.

Ewles i Simnett (1992) prezentują kilka spotykanych w praktyce typów działań nazwanych „promocją zdrowia”, wyróżniając wśród nich koncepcję „edukacyjną”.

Tabela 1. Podejścia w promocji zdrowia (za.: Ewles, Simnett, 1992)

Podejście	Cel	Działania	Wartości
Medyczne	Brak choroby (ujętej medycznie) lub niesprawności	Promocja (ujęta marketingowo) interwencji medycznych służących zapobieganiu zaburzeniom zdrowia	Zgodność zachowań pacjenta z wymogami procedur medycznych
Behawioralne	Zachowania jednostki ograniczające ryzyko jej zachorowania	Kształtowanie postaw i zachowań związanych ze zdrowszym stylem życia	Zdrowy styl życia, określony przez profesjonalistów
Edukacyjne	Jednostki wyposażone w wiedzę umożliwiającą im podjęcie kompetentnych decyzji i działań dotyczących zdrowia	Informowanie o czynnikach zdrowia oraz pomoc w rozpoznaniu wartości i postaw, w nabywaniu umiejętności służących zdrowiu	Prawo jednostki do samodzielnych wyborów. Odpowiedzialność profesjonalisty za przebieg procesu edukacyjnego i jego zawartość
Skoncentrowane na kliencie	Rozpoznanie przez klienta własnych potrzeb, interesów i możliwości dotyczących zdrowia w celu podjęcia zgodnych z nimi działań	Wspieranie klienta w obszarze jego wyborów i działań. Rozwój jego zdolności	Poszanowanie pełnego prawa każdego klienta do stanowienia o sobie. Umacnianie potencjału klienta
Interwencji środowiskowej	Środowisko fizyczne i społeczne umożliwiające wybór zdrowszego stylu życia	Stymulowanie prozdrowotnych przekształceń na wszystkich poziomach organizacji społecznej	Demokratyczne prawo (i potrzeba) uczynienia środowiska przyjaznym dla zdrowia (zamiast zmiany zachowań)

Koncepcja ta akcentuje prawo jednostek do samodzielnych wyborów w sferze zdrowia. Nastawiona jest na rozwój ich kompetencji, a nie na stymulację do realizowania jakichkolwiek spośród zachowań zdefiniowanych przez ekspertów jako pożądane (choć zakłada, że wybór działań powinien być dokonywany w oparciu o wiedzę profesjonalną i że posiadanie takiej wiedzy samo w sobie jest już wartością). „Edukacyjna” promocja

zdrowia lokuje się pomiędzy próbami całkowitego podporządkowania jednostek wartościom charakterystycznym dla profesji medycznej (podejście „medyczne”) lub celom przyjętym przez eksperta-socjotechnika (podejście „behawioralne”) oraz, z drugiej strony, pomiędzy strategią pomijającą jakiegokolwiek celowe oddziaływania na świadomość jednostek w miejsce przeobrażeń środowiskowych (podejście „interwencji środowiskowej”) lub rozwijającą kompetencje i umiejętności jednostek tylko na ich wyraźne życzenie (podejście „skoncentrowane na kliencie”). Lokuje się także pomiędzy przyznaniem jednostkom prawa do całkowitej swobody w sferze zdrowia (nawet prawa do ignorancji i bezczynności) oraz, z drugiej strony, indoktrynacją – podejmowaną w imię zdrowia i dobra indoktrynowanej osoby.

Z innego punktu widzenia o koncepcji „edukacyjnej” w promocji zdrowia pisze cytowany już De Vries. Jego zdaniem, przyjęcie takiej koncepcji wynika z uznania faktu, że w rzeczywistości społecznej promocja zdrowia rozwijała się głównie wokół oświaty zdrowotnej – jej koncepcji, działań, instytucji. Ponadto w praktyce oddziaływań nazywanych promocją zdrowia oświata zajmuje centralne miejsce, zaś jakiegokolwiek formy wsparcia (interwencji środowiskowej) zależą od tego, czy są niezbędne dla uzyskania celów założonych w działaniu edukacyjnym i czy są możliwe do praktycznego podjęcia. Dla uzasadnienia takiego podejścia przytacza dodatkowy argument. Jest nim przyjęcie poglądu, że najpierw należy uzyskać przyzwolenie i dobrowolną chęć zmiany ze strony podmiotów poddanych oddziaływaniom promocyjnym, zanim podjęte zostaną próby przekształceń struktur i systemów, w których żyją owe podmioty. Bez edukacji rozwijającej zdolność do samodzielnych i demokratycznych wyborów, zdaniem De Vriesa, promocja zdrowia mogłaby stać się elementem manipulowania społeczeństwem. Ponadto autor ów zakłada, że jakiegokolwiek zmiany polityczno – środowiskowe dotyczące zdrowia powinny być wyznaczane i generowane przez te grupy i społeczności, których zdrowie jest promowane, a nie wprowadzane z zewnątrz. W takiej sytuacji edukacja (pojmowana tu szerzej niż tradycyjna oświata zdrowotna) sprzyja lepszemu przystosowaniu się jednostek i zbiorowości do przekształceń społecznych oraz pełnemu wykorzystaniu dostępnych możliwości. Jest jednocześnie narzędziem obrony przed manipulacyjną inżynierią społeczną.

Inne aspekty edukacyjnej koncepcji promocji zdrowia ujawniają się wtedy, gdy odniesiemy się do złożoności współczesnej edukacji zdrowotnej.

Tabela 2. Poziomy działań w edukacji zdrowotnej (na podst. Słońska, 1999)

Obszar działań i zmian	Cele i strategie zmian (przykłady)
Psychologiczny (intrapersonalny)	Wiedza, postawy, wartości; rozwój umiejętności, samoskuteczności
Psychospołeczny (interpersonalny)	Więzi społeczne, wsparcie, normy; kreowanie wzorów, grup wpływu
Organizacyjny	Klimat organizacji, bodźce; rozwój koalicji, zmiany struktur i komunikacji
Spółeczno-kulturowy (społeczność)	Usługi, sieci społeczne, przywództwo; kreowanie liderów, mediów
Polityka publiczna	Prawo, instytucje; polityczne decyzje, lobbying, mediacje

Tabela 2 pokazuje, że edukacja może, czy nawet powinna być prowadzona na wielu poziomach organizacji ładu społecznego i to, co wiąże się z tradycyjnie pojmowaną wiedzą o zdrowiu to tylko jeden z pięciu wyróżnionych poziomów oddziaływań. Tak pojmowana edukacja zdrowotna zbliża się faktycznie do „społeczno-środowiskowych” ujęć promocji zdrowia (z tym, że działania nakierowane na środowisko nie są realizowane bezpośrednio przez jakiś zewnętrzny podmiot, ale poprzez aktywizację różnorodnych wewnętrznych struktur społecznych w danym środowisku).

Podsumowanie.

W kontekście powyższych analiz pojawia się pytanie, na ile w polskiej praktyce edukacyjnej (zarówno w systemie oświatowo-wychowawczym, jak ochrony zdrowia) pod szyldem promocji zdrowia realizowana jest choćby jej „edukacyjna” koncepcja, na ile natomiast ta modna nazwa ukrywa działania zakorzenione w dawnej „oświacie sanitarnej” (polegające głównie na przekazywaniu wiedzy o uwarunkowaniach stanu zdrowia – przy akceptacji sokratejskiego założenia, że wiedza przekłada się na pożądane zachowania). Na takie pytanie nie można udzielić jednoznacznej odpowiedzi, bo brak jest systematycznych, kompleksowych badań tego obszaru. Ponadto, na co wskazuje pobieżna obserwacja, w

różnych środowiskach sytuacja wygląda różnie. Należy jednak odnotować, że wśród osób zaangażowanych w promocję zdrowia powszechnym zjawiskiem jest brak zrozumienia istoty tej koncepcji. Świadczy o tym lektura wielu publikacji w tej dziedzinie (chaos pojęciowo-terminologiczny, myślenie ateoretyczne), jak wyniki badań na ów temat (np. ponad połowa lekarzy medycyny pracy – specjalności, która jako jedyna ma ustawowo przypisane rozległe zadania związane z promocją zdrowia – wyraża pogląd, że promocja to tylko nowa nazwa dla tradycyjnej profilaktyki lub oświaty zdrowotnej – zob. Puchalski, 2003). Także to, co na rynku edukacyjnym oferowane jest pod nazwą programów promocji zdrowia najczęściej ogranicza się do określenia treści przekazu edukacyjnego i metodyki tego przekazu.

Uwagi powyższe nie miały na celu przeciwstawiania promocji zdrowia edukacji zdrowotnej, ani wartościowania obu tych koncepcji. Były jedynie wyrazem troski o to, by w praktyce nie zagubić tych wartości, celów i sposobów ich osiągnięcia, które do ochrony zdrowia i ogólnie pojętej edukacji wniosła koncepcja promocji zdrowia.

Literatura

- 1) Baric L. i wsp., Ewaluacja, jakość, audyt, Warszawa 2001, PTOZ
- 2) Czabała J.C., Sęk H., Pomoc psychologiczna. W: J. Strelau (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3, Gdańsk 2000, GWP
- 3) De Vries H., Promocja zdrowia w chwili obecnej i zasady jej planowania. W: M. Miller, D. Cianciara (red.) Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia, Warszawa 1999, PZH
- 4) Ewles L., Simnett I., Promoting Health. A practical guide, 2nd ed., London 1992, Scutari Press
- 5) Grossmann, K. Scala, Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia, Warszawa 1997
- 6) Parish R., Health promotion: rhetoric and reality. W: R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows (red.) The sociology of health promotion, London and New York 2002, Routledge
- 7) Puchalski K., Korzyści oraz przeszkody związane z promocją zdrowia w świadomości lekarzy medycyny pracy, Medycyna Pracy 2003; 53 (3)

- 8) Puchalski K., Promocja zdrowia w poszukiwaniu tożsamości. W: W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.) Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna, Tyczyn 2005, Wyd. Wyższej Szkoły Społeczno-Gospodarczej
- 9) Puchalski K., Korzeniowska E., Dlaczego nie dbamy o własne zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych. W: W. Piątkowski (red.) Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, Lublin 2004, Wyd. UMCS
- 10) Słońska Z., Promocja zdrowia – zarys problematyki, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1994, 1-2
- 11) Słońska Z., Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia. W: J.B. Karski (red.) Promocja zdrowia. Wyd. nowe, Warszawa 1999, Wyd. Ignis
- 12) Szewczyk T., Specyficzne cechy edukacji zdrowotnej. W: M.D. Głowacka (red.) Promocja zdrowia. Konteksty społeczno – kulturowe, Poznań 2000, Wyd. Wolumin, s.c.
- 13) WHO. Health promotion. A discussion document on the concept and principles, 1984
- 14) WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986

Streszczenie

Tekst omawia wielorakie relacje pomiędzy pojęciami oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, jakie zaobserwować można w praktyce działań na rzecz zdrowia. Przyjmując intuicyjne rozumienie tej pierwszej, prezentuje różne koncepcje tej drugiej. Analizuje szczególnie takie sposoby odczytania promocji zdrowia, które najbliższe są pojęciu edukacji zdrowotnej. W konkluzji pojawia się teza, że popularne zjawisko utożsamiania i zamiennego używania obu pojęć prowadzi w praktyce do zagubienia tych wartości, celów i metod, które wniosła koncepcja promocji zdrowia do szeroko pojętej jego ochrony.