

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/305789993>

Promocja zdrowia w poszukiwaniu tożsamości

Chapter · January 2005

CITATION

1

READS

104

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

PROMOCJA ZDROWIA W POSZUKIWANIU TOŻSAMOŚCI

[TEKST OPUBLIKOWANY W:

W. PIĄTKOWSKI, W. BRODNIAK (RED.), ZDROWIE I CHOROBA. PERSPEKTYWA SOCJOLOGICZNA. WYŻSZA SZKOŁA SPOŁECZNO-GOSPODARCZA, TYCZYN 2005, s. 73-91.]

Wstęp.

Od początków ostatniego dwudziestopięciolecia minionego wieku postępuje intensywny rozwój idei i działań nazywanych promocją zdrowia (*pz*). Wkroczyła ona w obszar medycyny i zdrowia publicznego, ale także polityki i administracji, edukacji i wychowania, różnych dziedzin nauki i szkolnictwa wyższego, pracy i przedsiębiorczości, szeroko pojętej konsumpcji, czasu wolnego, świadomości społecznej. Obecna jest w uregulowaniach prawnych, zawarta w różnie usankcjonowanych obligacjach do działań. Wokół *pz* tworzą się formalne i nieformalne instytucje, organizacje, sieci powiązań, ruchy społeczne. Kształtują się interesy, wzory zachowań, role i pozycje społeczne.

Chociaż *pz* posiada swoje „oficjalne” definicje (zawarte np. w ustawach, deklaracjach politycznych), to we wskazanych kontekstach rozumiana bywa w bardzo różnorodny sposób. Dotyczy to praktyki społecznej, a więc ogółu działań nazywanych *pz*, jak propozycji teoretycznych, rozwijanych w takich m.in. dziedzinach jak: medycyna, zdrowie publiczne, polityka społeczna, pedagogika, ergonomia, psychologia, socjologia, czy wreszcie sama *pz*, aspirująca do miana wyodrębnionej dyscypliny naukowej. Wielu autorów sygnalizuje tą wieloznaczność, próbuje precyzować jej znaczenia, często w opozycji do innych

pojęć. Inni przedstawiają ją jako ewoluującą, ale harmonijnie rozwijającą się dziedzinę. Różne ujęcia *pz* przeważnie funkcjonują w sposób bezkonfliktowy, a nawet komplementarny – zwłaszcza wtedy, gdy wystarczającym jest jej potoczny lub ogólny sens. Ale postępująca jej instytucjonalizacja w systemie społecznym sprawia, że ta w założeniach interdyscyplinarna, międzysektorowa dziedzina poddawana bywa zawłaszczaniu przez wyodrębnione środowiska. Z jednej strony następują zjawiska medykalizacji *pz* i pod jej szyldem coraz szerszych obszarów życia społecznego. Z drugiej, w niektórych nurtach dyscyplin społecznych, próbuje się odmedykalizować jej pojęcie, wykazać własne kompetencje w tej sferze oraz zastąpić medycynę lub przynajmniej stać się jej równoprawnym partnerem. Popularne, choć nie w pełni prawdziwe stwierdzenie, że *pz* powstała bez udziału nauk społecznych, ale nie może się bez nich obyć, traci swój konsensualny status. Powstaje spór o zakres, obszar i charakter tego udziału. Spory w tej pozornie bezkonfliktowej sferze Cylkowska-Nowak (2000) nazywa „dyskursywną walką o obowiązującą wersję *pz*, z których każda aspiruje do miana uniwersalnej, prawdziwej i ostatecznej”.

Spory o *pz* rozgrywają się nie tylko na polu koncepcji naukowych. Krytycy jej umedycznienia widzą w tych zjawiskach (nazywanych m.in. healthismem, lifestylismem) zamach na podstawowe wartości demokratycznego ładu społecznego. Także komercjalizacja zdrowia sprawia, że jego promocja – wiążąc się z marketingiem prozdrowotnych informacji, produktów i usług – kryje w sobie np. konflikt pomiędzy oficjalną medycyną naukową, a różnymi formami medycyny alternatywnej czy – może lepiej byłoby tu powiedzieć – medycyną życia potocznego. Tym bardziej, że niektóre założenia *pz* wyraźnie dowartościowują rolę pozaprofesjonalnej troski o zdrowie.

Pz zwraca uwagę socjologów z wielu powodów. Pod tą nazwą pojawiają się zjawiska społeczne, które mogą oni badać, krytykować, wspierać lub przekształcać i, co też bardzo ważne, czerpać z tego korzyści. Zdrowie to jedna z najwyżej cenionych wartości, której znaczenia zmieniają się w różnych

społeczeństwach i sytuacjach, a również biologiczna podstawa egzystencji gatunku ludzkiego. To indywidualnie odbierane zjawisko a jednocześnie obiektywny efekt złożonych interakcji pomiędzy biologią człowieka, jego psychiką, zachowaniami i szeroko pojętym, także społecznie tworzonym środowiskiem. Dodane tu słowo „promocja”, z definicji zakładające jakąś manipulację w owym obszarze, raczej nie sprzyja obojętności obserwatorów społecznej sceny. Tym bardziej że jest to teren działania potężnej instytucji społecznej, jaką stała się medycyna. W socjologicznych zainteresowaniach zdrowiem nie sposób pominąć owego medycznego kontekstu.

W refleksji nad własną tożsamością socjologowie zajmujący się *pz* odwołują się do klasycznego podziału na *sociology in* i *sociology of medicine* (Nettleton, Bunton, 1995). Badania swoje, poprzez analogię, lokują w jednym z dwóch nurtów, tj. *socjologii w(dla)* lub *socjologii o pz*. W pierwszym widzą w *pz* społecznie słuszną, instytucjonalnie ugruntowaną dziedzinę wiedzy, stosowaną w kompetentny sposób w ważnym obszarze życia, poszukującą u socjologii wsparcia w doskonaleniu metod, mniej w rozwoju teorii lub refleksji aksjologicznej. W drugim *pz* to wpływowa instytucja, proces o rodowodzie społecznym i konsekwencjach istotnych dla życia zbiorowego, to fakt społeczny, który można badać i oceniać uwolniwszy się od jego immanentnych wartości, bardziej w trosce o prawdę czy dobro społeczeństwa (np. demaskacja „podejrzanej” ideologii, totalnej instytucji), niż o cele ustanawiane przez promotorów zdrowia. O ile pierwszy nurt rozwija głównie tzw. badania stosowane, o tyle drugi różne kierunki socjologicznej krytyki.

Oba te ujęcia zakładają nieco inne wizje *pz*. Od stopnia ich trafności zależy m.in. zasadność społecznej krytyki (czy krytykowane zjawiska to na pewno promocja zdrowia?), jak możliwość wykorzystania socjologicznych ustaleń (ale czy instytucje *pz* są nimi zainteresowane, czy są w stanie je wykorzystać?). Zatem zanim socjologowie zaczną wpisywać się w którąś z tych dwóch orientacji, winni chyba rozważyć problem: co to jest *pz*?

Ustaleń takich dokonywać można w różnych obszarach. Rootman i wsp. (2001) proponują eksplorację trzech sfer. Pierwsza zawiera współczesną genezę omawianego pojęcia, łącznie z analizą okoliczności, na które promocja stała się odpowiedzią. Druga to różnorodność spotykanych propozycji zdefiniowania tego terminu. Trzecia, najbardziej złożona, obejmuje interpretacje *pz* przyjmowane w obszarze praktyki. W tym miejscu mniejsze znaczenie mają próby skonstruowania jej definicji, ale o odpowiedź, czym jest ona w określonej rzeczywistości społecznej: jakie jest jej miejsce i zastosowania w różnych kontekstach społecznych, sposoby instytucjonalizacji, stosunek do medycyny (a także socjologii i innych dyscyplin), jej pochodzenie, odniesienia i koncepcje teoretyczne, kierunki rozwoju, efekty i możliwości wykorzystania itp. Pytania te, co jeszcze raz podkreślę, znajdują swoje rozstrzygnięcie nie tyle w analizach formalnych, co w obszarze zjawisk i procesów społecznych: działań, form instytucjonalnych, społecznie zróżnicowanych treści świadomości zbiorowej osób identyfikujących się z *pz* lub zajmujących wobec niej wpływowe stanowisko. W tym znaczeniu jest to pytanie o tożsamość *pz*.

W opisach *pz* ujawnia się jej międzynarodowy charakter. U jej podłoża leżą procesy rozwojowe wspólne dla postindustrialnych społeczeństw, w opracowaniu jej założeń ogromny udział miała Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), podstawowe jej kierunki, definicje i dokumenty przyjmowane są na międzynarodowych konferencjach i powszechnie cytowane w wielu krajach, aktywnie działają ponadnarodowe sieci *pz*, realizowane są wspólne strategie i projekty *pz*. Jednakże odmienny grunt społeczny (m.in. kontekst kulturowy, polityczny, ekonomiczny, tradycje i struktury systemu ochrony zdrowia, edukacji, stopień rozwoju społeczeństwa obywatelskiego, nauki), na który trafia ów międzynarodowy dorobek, sprawia że pomiędzy poszczególnymi krajami występują znaczące różnice w pojmowaniu *pz*, jak w jej realizacji. W dalszych rozważaniach przedmiotem uwagi będzie *pz* rozwijana w Polsce. Dokonania

spoza naszego kraju przywoływane będą jedynie wówczas, gdy zostały w nim zaadoptowane lub gdy będą mogły posłużyć jako odniesienia analityczne.

Celem artykułu jest stymulowanie dyskusji o tożsamości *pz* w Polsce. Dyskusja taka toczy się na marginesie głównych nurtów zainteresowań w tym obszarze. Ustępuje miejsca dążeniom wielu autorów do bycia użytecznym w działaniach na rzecz zdrowia. Tymczasem, jak pisze Sęk (1997 a), trudno przy beztroskim posługiwaniu się pojęciami o dobre porozumienie pomiędzy badaczami reprezentujące różne dyscypliny i o rzetelną ocenę efektów ich zróżnicowanych działań. Odrzuca przy tym argumenty, że przy rozwiązywaniu tak ważnych problemów, jak zdrowie, niestosowna jest dyskusja akademicka nad pojęciami, bo praktyka domaga się działań. Wskazuje, że niejasne założenia nigdy nie były podstawą dobrych programów i decyzji legislacyjnych. Z drugiej strony, z perspektywy socjologa trzeba zauważyć, że narodziny *pz* przybliżyć mogą do praktyki życia społecznego platońską ideę „dobrego społeczeństwa”, ujętą w jej związku ze zdrowiem (zob. Jaeger, 1963). Idea ta mówi, że stan zdrowia osiąga wysoki poziom, gdy życiem społecznym kierują odpowiednie wartości, a wtedy inwestowanie w opiekę medyczną, jako zbędne, jest tylko wskaźnikiem dysharmonii systemu. *Pz*, w swej humanistycznej wymowie, przepełniona jest wieloma wartościami (m.in. równość szans w zdrowiu, poszanowanie i wspieranie podmiotowości człowieka, rozwijanie i wzmacnianie więzi społecznych). Ale *pz* odczytywana też bywa zgoła inaczej – jako socjotechnika wywierania wpływu i pozyskiwania klienta dla sprzedaży usług medycznych. Nie wydaje się zatem obojętne, w jakim kierunku zogniskowana zostanie energia społeczna, jaka wyzwoliła się pod szyldem *pz*. Czy zwycięży jakaś pozytywna transformacja owej platońskiej idei, czy konsumpcyjno-rynkowa ideologia w *pz*, czy może jakaś jej makiaweliczna wizja, usprawiedliwiająca każdą formę nacisku na człowieka w imię takiego pojmowania jego dobra i zdrowia, jakie reprezentuje podmiot obdarzony władzą (którą jest także autorytet medycyny).

Geneza promocji zdrowia

Problem ten ująć można w sposób historyczny i analizować źródła, w których pojawiają się idee zaliczone do *pz* lub sama jej nazwa. Jednak gdy mowa o tożsamości dziedziny, spojrzeć można na tę genezę tak, jak widzą ją jej reprezentanci. Przywołanie tu takich lub innych źródeł sytuuje myślenie o *pz* w określonym kontekście (którym może być np. typ ładu społecznego, nurt kulturowy, dyscyplina nauki, dziedzina praktyki, ruch społeczny, dokument polityczny), wpływając tym samym na jej rozumienie. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w których geneza ta przedstawiana jest na zasadzie „etiologii swoistej”.

Tymczasem idea *pz* posiada podwójny rodowód. Kształtowała się jako reakcja adaptacyjna nowoczesnej medycyny na przemiany w zjawiskach zdrowia i choroby, w potrzebach i problemach zdrowotnych, sposobach i możliwościach ich rozwiązywania. Z drugiej strony jest ona reakcją obronną społeczeństwa na niezadowalające efekty, nieakceptowane sposoby i negatywnie oceniane skutki funkcjonowania opieki medycznej, pojawiającą się na tle szerszych procesów kulturowych, właściwych dla okresu ponowoczesności. W duchu różnorodności charakterystycznym dla tej formacji oraz w starciu pomiędzy modernizmem i postmodernizmem, niektórzy (np. Kelly, Charlton, 1995) upatrują przyczyn wewnętrznego skomplikowania *pz*.

W wypowiedziach na temat pochodzenia omawianej idei odnaleźć można wskazania na różne, niekiedy powiązane, niekiedy zaś przeciwstawne fakty. Są to m.in.: a) zdominowanie głównych przyczyn zgonów przez choroby przewlekłe, o niejasnej, złożonej i nieswoistej etiologii; b) renesans nurtów higienicznych, lokujących główne zagrożenia zdrowia w czynnikach nie poddających się technologiom medycznym: środowisku i stylu życia, oraz wzrastająca liczba dowodów naukowych potwierdzających związki tych czynników ze zdrowiem; c) próby zbliżenia „oficjalnej” medycyny do życia

codziennego społeczeństwa, gł. poprzez rozwój podstawowej opieki zdrowotnej; d) rozwój koncepcji i badań dotyczących zdrowia i choroby następujący w dyscyplinach niemedycznych, kształtowanie się psychosomatycznych, społecznośrodowiskowych, holistycznych, salutogenetycznych paradygmatów zdrowia; e) nadzieje na możliwości technologicznego opanowania większości chorób i związane z tym społeczne zainteresowanie pozytywnymi i subiektywnymi aspektami zdrowia, jakością życia; f) konstatacja, że poprawa medycznych wskaźników stanu zdrowia nie zawsze idzie w parze z poprawą samopoczucia, witalności i jakości życia; g) rozwój technologii, produktów i usług medycyny prewencyjnej, rozszerzającej ofertę kierowaną do osób zdrowych, które nie są nastawione na poszukiwanie pomocy; h) wzrastające znaczenie różnych form „medycyny potocznej” (etnomedycyny, medycyny alternatywnej, samoleczenia, grup samopomocy itp.), zainteresowanie nauki ich skutecznością oraz wpływem na stosunek do profesjonalnej pomocy medycznej; i) zaniepokojenie eksplozją kosztów systemu opieki medycznej oraz podważenie rozpowszechnionej tezy, jakoby poprawa wskaźników zdrowia społeczeństwa zależała od stale rosnących nakładów na ów system; j) rozwój w kręgach decyzyjnych przekonania, że zdrowie jednostek nie jest ich sprawą prywatną, że swoboda dysponowania własnym zdrowiem (przejawiająca się m.in. w zachowaniach zwiększających ryzyko zachorowania) jest ograniczeniem swobody innych, zmuszonych do ponoszenia większych kosztów opieki społecznej; k) dostrzeżenie ograniczonej skuteczności tradycyjnej edukacji zdrowotnej w zastosowaniu do kształtowania prozdrowotnych stylów życia, rozwój nowych koncepcji i metod edukacyjno-wychowawczych; l) rozwój różnych nurtów „krytyki antymedycznej”, przedstawiających medycynę jako zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa; m) kryzys doktryny scjentystycznej, lokującej w rozwoju nauki jedyną szansę na opanowanie problemów i zaspokojenie potrzeb ludzkości; n) kształtowanie się społeczeństwa obywatelskiego i oddolnych ruchów społecznych (m.in. ekologicznych,

feministycznych), przejmujących coraz większy udział w sprawowaniu władzy; o) dążenie jednostek do uzyskiwania coraz większego wpływu na własne życie w połączeniu z dążeniami polityków do przesunięcia części odpowiedzialności za zdrowie z państwa na obywateli; p) rozpowszechnienie myślenia ekonomiczno-rynkowego w życiu społecznym, m.in. ujmowanie zdrowia w kategoriach towaru lub kapitału, wzrastająca obecność marketingu, rozwój idei i ruchów konsumenckich; r) dowartościowanie zagadnień zdrowia publicznego, wdrożenie narodowych i międzynarodowych programów polityki zdrowotnej, poszukujących efektywnych sposobów opanowania chorób, wydłużania życia, poprawy jego jakości oraz niwelowania nierówności w zdrowiu.

Wspomnieć trzeba także o różnych wskazaniach na pochodzenie nazwy i pojęcia *pz*. Z jednej strony, mówiąc w uproszczeniu, przywoływany jest jego amerykański, z drugiej europejski rodowód.

Jak sugeruje de Vries (1999), pojęcie to pojawiło się w 1975 r. w Stanach Zjednoczonych jako synonim edukacji zdrowotnej. W pracach dotyczących ustawy o oświacie zdrowotnej ze względów proceduralnych zastąpiono ów termin pojęciem *pz*. Dzięki takiemu zabiegowi formalnemu uchwalono *The Health Information and Health Promotion Act* oraz powołano federalne biuro ds. *pz*, 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**”. Zdaniem de Vriesa, rozwijała się ona wokół oświaty zdrowotnej (koncepcji, działań, instytucji), stąd mówi nawet o „edukacyjnym podejściu do *pz*”.

Inny rodowód wskazują autorzy odwołujący się do programu Biura Europejskiego WHO, którego efektem był ogłoszony w 1984 r. raport *Health promotion. A discussion document on the concept and principles*, a następnie, w 1986 r., stanowisko Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie (*Ottawa Charter for Health Promotion*). W ustaleniach tych *pz*, w polskim

pularnym tłumaczeniu, to „**proces umożliwiający ludziom zwiększanie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę**”. Rozwój tego pojęcia – czy raczej rozbudowanej koncepcji, jaka została tam zarysowana, opisywany jest często poprzez odwołanie do ustaleń kolejnych konferencji, odbywanych pod patronatem WHO (Adelajda 1989; Sundsvall 1991; Dżakarta 1997; Meksyk 2000), oraz do innych dokumentów programowych tej organizacji. Zakłada się spójność i ciągłość rozwoju omawianej koncepcji, stałe jej doskonalenie.

Wyróżnić można jeszcze trzecie stanowisko, gdzie wprost nie porusza się spraw pojęciowo-terminologicznych, ale początek *pz* wywodzi bezpośrednio z określonych międzynarodowych deklaracji lub narodowych programów ochrony zdrowia. Tu mówi się nie tyle o pojęciu czy koncepcji, ale o polityce *pz* (często stosując ten termin zamiennie np. z polityką zdrowia publicznego).

W polskiej refleksji nt. genezy *pz* spotkać można zasadniczo wszystkie przywołane odniesienia. Natomiast krajowych korzeni *pz* poszukuje w szerszym zakresie jedynie Demel (2000), wskazując na XIX-wieczne tradycje ruchu higienicznego. Stawia przy tym pytanie, czy owe dokonania potraktować można już jako element *pz* (jej wczesnej fazy), czy tylko jako „ślady na drogach” do późniejszej koncepcji.

Analiza poglądów na genezę i rozwój *pz* nie tyle daje rozstrzygnięcie problemu, ile rodzi kolejne pytania w tym obszarze. Po pierwsze, czy traktować ją jako nową koncepcję, czy raczej jako kontynuację lub modyfikację pewnej tradycji, a jeśli tak, to jakiej? Po drugie, jak bardzo złożona jest jej geneza, czy można tu wskazać jakiś główny nurt, czy jest ona w swej istocie wielowątkowa? Po trzecie, czy lub w jakim stopniu jest ona efektem i rozwija się pod wpływem naturalnych procesów społecznych, czy jako wyraz racjonalnie kreowanej polityki? Po czwarte, czy kształtuje się ona jako samodzielna, wyodrębniona dziedzina, czy raczej zlewa się z innymi formami aktywności i obszarami? Po piąte, skąd głównie czerpie i w kierunku jakich form się rozwija, czy np. jako dziedzina nauki, obszar działań praktycznych, ruch społeczny? Po szóste, czy

lub w jakim stopniu staje się ona wsparciem dla systemu opieki medycznej, czy raczej kształtuje się jako jego alternatywa? Po siódme, czy jej rozwój prowadzi do spójnej koncepcji, czy w efekcie powstają różne, a jeśli tak, to jakie promocje zdrowia? Pytania tego typu można oczywiście precyzować i mnożyć.

Promocja zdrowia w społeczeństwie

Do odpowiedzi na powyższe pytania zbliża śledzenie kontekstów społecznych, w jakich następuje rozwój *pz*. Wśród nich wskazać można m.in. a) refleksję potoczną, b) akty normatywne oraz c) działania i struktury profesjonalne.

Ad. a). Potoczny sens *pz* wynika głównie ze znaczeń pierwszego jej elementu, rozumianego etymologicznie jako: popularyzowanie, zachęcanie, lansowanie, popieranie, krzewienie. W nieco inny, leksykalny sposób określa się go jako podnoszenie na wyższy poziom, awansowanie, nadawanie większej rangi. Takie skojarzenia, dołączone do zdrowia, wiążą się z faktem, że sam termin „zdrowie” i jego korelaty coraz częściej wykorzystywane są w komunikatach reklamowych. Coraz częściej także w bezpośredni sposób reklamowane są produkty i usługi służące zdrowiu, lub prezentowane jako takie. Powszechne stają się przekazy marketingu społecznego, nawiązujące do problemów zdrowia i jego zagrożeń. Szerokie skojarzenia z pojęciem zdrowia sprawiają, że zamiennie z omawianą nazwą w wielu codziennych sytuacjach pojawiają się takie określenia jak: promocja zdrowego stylu życia, zdrowego odżywiania, promocja aktywności ruchowej, karmienia piersią, bezpiecznych zachowań seksualnych, promocja szczepień lub badań profilaktycznych, preparatów witaminowych, promocja zdrowia rodziny, zdrowia jamy ustnej czy zdrowia psychicznego. Nie zawsze pozytywny społeczny odbiór reklamy przenosi na *pz* także pejoratywne znaczenia, wynikające z takich słów jak: manipulacja, propaganda, nagabywanie, oszustwo itp.

Potoczne odczytanie *pz* to nie tylko skojarzenia semantyczne, ale również wynik obserwacji działań prowadzonych pod jej szyldem. Idąc ulicą spotykamy reklamy i witryny różnych gabinetów, centrów, szkół i kursów *pz*, plakaty sygnowane przez towarzystwa i fundacje zawierające tę nazwę, natrafiamy na imprezy pod tym hasłem. W sklepach otrzymujemy ulotki mówiące o *pz*, na produktach odnajdujemy rekomendacje podpisane przez instytucje z *pz* w nazwie. W prasie czytamy artykuły o działaniach tych instytucji, zachęceni jesteśmy do udziału w ich akcjach lub do skorzystania z ich, także komercyjnej, oferty. O *pz* mówią nam lekarze, zarówno w gabinetach, jak w telewizji. Zawartość tych wszystkich komunikatów (ich szersza analiza mogłaby wiele powiedzieć o naszym społeczeństwie) cechuje się ogromną różnorodnością. *Pz* oznacza tam m.in. rezygnację z palenia tytoniu, spożywanie określonego produktu, walkę z nadwagą, przeglądy stanu uzębienia, organizację zagranicznych wyjazdów sanatoryjnych, integracyjne spotkania personelu firmy połączone z pieczeniem kielbasy, terapię urządzeniem *salut 1*, studiowanie kosmologii, akcję rozdawania ulotek, lub nie wypełnione żadną treścią hasło.

Ad. b). Polskie akty prawne nie uwalniają *pz* od powyższych skojarzeń. Tylko jedna ustawa, *o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 30 sierpnia 1991 r.*, próbuje ją zdefiniować jako „**działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu**”. Stanowi ona, że każdy zakład opieki zdrowotnej powołany jest w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Promocja jest zatem jednym z dwóch podstawowych zadań tych instytucji. Z kolei *ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dn. 6 lutego 1997 r.* zagwarantowała ubezpieczonym dostęp do świadczeń udzielanych w celu *pz*. Jednakże, co zauważa Słońska (2000), brak jest tam innych wyjaśnień *pz* poza skierowanym do kas chorych zaleceniem „propagowania zachowań prozdrowotnych i

zachęcania do indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie”. *Pz* potraktowana została jako typowa forma kontraktowanego świadczenia zdrowotnego, co ograniczało jej pojmowanie i praktyczną realizację (Miller, Cianciara, 2003).

W lepszej sytuacji prawnej znaleźli się pracownicy, bo dotyczy ich *ustawa o służbie medycyny pracy z dn. 27 czerwca 1997 r.* Służba ta została powołana m.in. w celu inicjowania i realizowania *pz*, a także do inicjowania działań pracodawców w tym zakresie i do udzielania im pomocy w realizacji tego typu programów. Wypełnianie tych zadań polegać ma na współdziałaniu z pracodawcami i ich organizacjami oraz pracownikami i ich przedstawicielami przy realizacji programów *pz*. Omawiana ustawa, w miejsce pojmowania *pz* jako typowego świadczenia medycznego lub działania oświatowego, wprowadziła myślenie o niej w kategoriach programów, do których realizacji wymagane jest współdziałanie najistotniejszych podmiotów w danym środowisku.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dn. 5 lipca 1996 r. mówi, że wykonywanie tego pierwszego zawodu polega m.in. na udzielaniu świadczeń z zakresu *pz*. Pielęgniarki mogą również, zgodnie z *rozporządzeniem MZiOS z dn. 17 grudnia 1998 r. w sprawie kształcenia podyplomowego*, uzyskiwać tytuł specjalisty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Tytuł taki, na podstawie *rozporządzenia MZ z dn. 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia*, dostępny jest także dla niektórych zawodów niemedycznych, m.in. pedagogów, psychologów, socjologów. Rozporządzenie to szczegółowo określa zasady uzyskiwania takiej specjalizacji oraz wymagania dotyczące uprawnionych do prowadzenia szkoleń i nadawania tytułu. Z kolei lekarze ubiegający się o tytuł specjalisty w podstawowych dziedzinach medycyny zobligowani zostali *rozporządzeniem MZiOS z dn. 25 marca 1999 r.* do złożenia kolokwium z *pz*.

Ustawy o samorządzie województwa i o samorządzie powiatowym z dn. 5 czerwca 1998 r. powierzają im realizację zadań z zakresu promocji i ochrony zdrowia, określonych odrębnymi ustawami. Do aktów wykraczających poza

system ochrony zdrowia należy m.in. *ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dn. 24 kwietnia 1997 r.* Nie mówi ona o promocji zdrowia w ogóle, ale zdrowia psychicznego i zdrowego stylu życia, które włącza w zakres „działalności zapobiegawczej i wychowawczej”. Obligacje do prowadzenia takiej działalności nałożyła m.in. na ministrów ds. kultury, rolnictwa, obrony, spraw wewnętrznych, administracji, sprawiedliwości, transportu, pracy, polityki socjalnej. Ministra właściwego ds. oświaty i wychowania, w kooperacji z ministrem ds. zdrowia, zobligowała do określenia zakresu problematyki promocji zdrowia psychicznego i zdrowego stylu życia w podstawach programowych i programach wychowania w placówkach systemu oświaty oraz do jej uwzględnienia w przygotowaniu zawodowym nauczycieli. Szczegółowe przepisy prawa oświatowego operują jednak pojęciami edukacji zdrowotnej (Wojnarowska, 1999c) oraz profilaktyki (Wardyńska–Ziółek, 2002).

Do systemu oświaty i polityki zdrowia publicznego odnoszą się inne ustawy (m.in. *o ochronie zdrowia psychicznego z dn. 19 sierpnia 1994 r.*, *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych z dn. 9 listopada 1995 r.*, *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dn. 26 października 1982 r. czy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dn. 14 marca 1985 r.*), które wielu autorów (np. Baric i Osińska, 2000; Karski, 2003) łączy z promocją zdrowia, choć ów termin raczej nie pojawia się w tych dokumentach. Są tam natomiast inne określenia (jak np. działalność oświatowo-zdrowotna, pobudzanie aktywności społecznej na rzecz zdrowia, wychowanie w dziedzinie zdrowia, kształtowanie postaw i zachowań sprzyjających zdrowiu) kojarzone z jego promocją. Zapisy bezpośrednio dotyczące *pz* spotkać można w dokumentach niższej rangi, np. uchwałach rad gminnych, zarządzeniach dyrekcji firm, statutach różnych organizacji.

Pz jako podstawowa koncepcja pojawiła się natomiast w trzeciej wersji Narodowego Programu Zdrowia (www.mz.gov.pl), określającego cele i kierunki „zdrowotnej polityki publicznej” w Polsce do 2005 r. Ujęta w znaczeniu z Karty

Ottawskiej, wzbogacona została o aspekt organizacyjny (**sztuka interwencji w systemy społeczne, by rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk** – Grossmann i Scala, 1997). Program ten, w swojej warstwie ideowej, zmierza do „wbudowania” zdrowia w różne systemy społeczne, poprzez zintegrowanie go z ich podstawowymi celami. Idea programu uległa jednak rozmyciu wśród osiemnastu eklektycznych celów operacyjnych, które wskazują potrzeby zmian w określonych zachowaniach (np. „zwiększenie aktywności fizycznej ludności”), jakości środowiska (np. „poprawa stanu sanitarnego kraju”), skali występowania wybranych zagrożeń (np. „zmniejszenie częstości wypadków”), skuteczności przedsięwzięć (dziwi osobny cel „zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie *pz*”). Niejasny status (Woynarowska, 1999a) tego dokumentu rządowego sprawia, że jego zapisy mają niewielki wpływ na praktykę społeczną, chyba z wyjątkiem rozbudzania entuzjazmu i nadziei (a może już frustracji) u osób wiążących swoje plany zawodowe z *pz*. Jest to niewątpliwie szerszy problem wpływu zapisów prawnych na działania praktyczne. Jak pisze Górska-Marciniak (2000), większość podmiotów zobligowanych do *pz* wprowadza ją automatycznie do swoich programów i na tym z reguły poprzestaje.

Ad. c). Tożsamość *pz* kształtuje się nie tyle pod wpływem przywołanych dokumentów, co w **aktywnych** strukturach społecznych powstałych dla jej realizacji, ich działaniach i dokonaniach. Wśród tych przenikających się obszarów wskazać można: 1) środowiskowe programy i sieci *pz*; 2) struktury organizacyjne państwa; 3) świadczeniodawców systemu opieki medycznej; 4) organizacje obywatelskie i działania osób identyfikujących się z rolą promotora zdrowia poza wskazanymi obszarami oraz 5) naukowe zespoły, kierunki i programy badań i kształcenia, ich dorobek gromadzony pod szyldem *pz*.

Sieci i projekty środowiskowe animują oraz skupiają inicjatywy dotyczące *pz* w wyodrębnionych typach organizacji lub społeczności. Są to głównie: Projekt „Szkoła Promująca Zdrowie” i budowane wokół niego sieci

(Woynarowska, 1999 b), także osobne sieci placówek przedszkolnych; Ogólnopolska Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (Korzeniowska, 2000); Polska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie (Karski, 1999 a), a także inne organizacje skupiające placówki służby zdrowia; Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, realizujące program „Zdrowe Miasto”(), jak również osobny projekt „Gmina promująca zdrowie” (Kawczyńska-Butrym, 1999). W Polsce rozwijają się one m.in. pod wpływem analogicznych projektów WHO i zazwyczaj we współpracy z szerszymi sieciami europejskimi. Każda z polskich sieci, o odmiennej historii i doświadczeniach, wypracowuje własne rozumienie *pz*, specyficzne dla swojego środowiska i kraju. Tworzone w nich ujęcia *pz*, często w kooperacji z placówkami naukowymi, powstają na skutek starć i kompromisów z tradycyjnymi działaniami dotyczącymi zdrowia, realizowanymi w danych środowiskach.

Przykładowo, mówiąc o miejscu pracy, pojmowanie *pz* w praktyce oscyluje pomiędzy działalnością profilaktyczną służby medycyny pracy, koncepcjami i działaniami pionu bhp, działaniami (często w duchu socjalistycznej tradycji) wewnętrznych struktur zarządzania personelem, praktyką zarządzania w poszczególnych organizacjach, sposobami myślenia o zdrowiu w programach prozdrowotnych oferowanych na rynku usług zakładom pracy oraz pomiędzy koncepcjami *pz* budowanymi, rozwijanymi i popularyzowanymi przez koordynatora struktur sieciowych w tym środowisku(Puchalski, 2000; Puchalski, Korzeniowska, 2003), a także koncepcjami wspierania zdrowia pracujących, tworzonymi w innych kręgach.

Część działań z powyższych projektów, i niezwiązanych z nimi, posiada formalne umocowanie w strukturach administracji terytorialnej, np. wydziałach ochrony i promocji zdrowia. Są też eksponowane w Inspekcji Sanitarnej (począwszy od Komisji Promocji Zdrowia Rady Sanitarno-Epidemiologicznej, przez Departament Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej GIS, po niższe szczeble struktur lokalnych), w niektórych oddziałach NFZ (zob. Raport 2002),

w strukturach niezależnych od państwa (licznych fundacjach i stowarzyszeniach z *pz* w nazwie lub w zakresie działalności) oraz w ich wydawnictwach. Pojawiają się w rolach „promotora zdrowia”, „specjalisty *pz*” czy „lidera *pz*”, podejmowanych przez osoby związane z medycznym lub paramedycznym systemem opieki, albo pomocą psychologiczną¹.

W obszarze nauki *pz* pojawia się w nazwach uczelni, komórek organizacyjnych (katedr, zakładów, pracowni) szkół wyższych i instytutów badawczo-wdrożeniowych, w tytułach oraz tekstach publikacji naukowych, nazwach i problematyce konferencji, kierunków nauczania, specjalności i wykładanych przedmiotów, w projektach oraz zainteresowaniach badawczych. Obecna jest we wszystkich uczelniach medycznych, a wraz z ekspansją kierunku „zdrowie publiczne” pojawia się także w wielu innych – zwłaszcza na kierunkach pedagogicznych, gdzie coraz częściej współwystępuje z edukacją zdrowotną (która stała się obowiązkowym przedmiotem w kształceniu nauczycieli), znacząco rozwija się także wokół akademickiej psychologii, a nieśmiało zaznacza w kontekście socjologii zdrowia.

Dla kształtowania się tożsamości *pz* największe znaczenie mają sposoby jej pojmowania obecne w nauce i związanych z nią działaniach profesjonalnych.

Pojęcie promocji zdrowia w nauce i działaniach profesjonalnych

W definiowaniu *pz*, formalnie rzecz biorąc, występują dwa główne kierunki. Pierwszy określa ją poprzez wskazanie **celów**, drugi **metod** działania. Rootman i wsp. (2001) proponują bardziej szczegółową analizę spotykanych jej definicji w oparciu o cztery kategorie. W ramach celów wyróżniają nadrzędne (perspektywiczne, misyjne) i instrumentalne (szczegółowe, mierzalne); wśród

¹ Gruntowna analiza tych wszystkich działań, dokonań i struktur byłaby ważnym obszarem postulowanym dla dalszych badań.

metod wskazują ogólne procesy czy mechanizmy osiągania celów i skonkretyzowane działania.

Z takiego punktu widzenia spojrzeć można na kilka definicji *pz* (przytaczam za: Rootman i wsp. 2001). Oznacza ona m.in.: „utrzymywanie i wzmacnianie zdrowia na różnych poziomach poprzez wdrażanie efektywnych programów, usług i polityk” (Goodstadt i wsp., 1987); „podnoszenie dobrostanu i obniżanie ryzyka zdrowotnego poprzez osiągnięcie optymalnego poziomu behawioralnych, społecznych, środowiskowych i biomedycznych czynników zdrowia” (Kar, 1989); „każde działanie lub program skierowany na poprawę społecznych i środowiskowych warunków życia, dzięki któremu następuje wzrost doświadczanego przez ludzi dobrostanu” (Labonte i Little, 1992); „każde połączenie edukacji zdrowotnej oraz organizacyjnego, ekonomicznego i środowiskowego wsparcia dla zachowań prowadzących do zdrowia” (Green i Iverson, 1982); „połączenie edukacji zdrowotnej oraz organizacyjnych, politycznych i ekonomicznych programów ustanowionych dla wsparcia zmian w zachowaniach i środowisku, które sprzyjać będą doskonaleniu zdrowia” (US Department of Health, 1979); „proces umożliwiający ludziom uzyskiwanie większego wpływu na czynniki ich zdrowia i tą drogą jego doskonalenie” (Nutbeam, 1985); „naukę i dziedzinę praktyki pomagającą ludziom w wyborze stylów życia prowadzących do optymalnego zdrowia” (O’Donnell, 1989).

Można zauważyć, że generalnym celem promocji jest ogólnie pojęte zdrowie, jego utrzymanie, osiągnięcie optymalnego poziomu, udoskonalenie, wzmocnienie, a także podniesienie doświadczanego dobrostanu lub, z drugiej strony, obniżenie ryzyka zdrowotnego. Mają do tego prowadzić zmiany w uwarunkowaniach zdrowia, w stylu i warunkach życia, w zachowaniach i środowisku, ale również w czynnikach biomedycznych. To z kolei osiąga się poprzez pomoc ludziom w dokonywaniu wyborów, zwiększanie ich wpływu, wspieranie podejmowanych zmian. W tym celu rozwija się naukę i działania praktyczne, programy przemian, wdraża polityki i zmiany organizacyjne,

oferuje usługi, inicjuje procesy społeczne, ekonomiczne i polityczne oraz łączy się to z działaniami edukacyjnymi. Tak szeroki zakres sprawia, że ogólna treść definicji interpretowana bywa poprzez różnego typu dodatkowe odniesienia².

Często są to skojarzenia semantyczne. Kuński (1997) i Gniazdowski (1997) odwołują się do leksykalnych znaczeń słowa „promocja”. Ratajczak i Heszen–Niejodek (1997) wskazują, że *pz* to termin pokrewny wszelkim promocjom, związanym ze strategiami marketingowymi na rynku towarów i usług. Ale jest ona specyficzna, bo zdrowie (które nie jest tożsame z usługami medycznymi) jest „produktem” szczególnego rodzaju – jako synonim szczęścia, poczucia komfortu czy dobrostanu wprowadza jego promocję w świat wartości.

Ważnym kontekstem jest spór kompetencyjny pomiędzy dyscyplinami społecznymi a medycyną. Szewczyk (2000) wnioskuje, że *pz* „należy do grupy problemów społecznych i politycznych, a nie jak się potocznie uważa, do grupy problemów znajdujących się głównie w kompetencjach medycyny i służb z nią bezpośrednio związanych”. Sprzeciwia się utożsamianiu *pz* z edukacją zdrowotną, gdyż zawężyła to ideę tej pierwszej oraz wypacza jej społeczny odbiór. Tezie takiej bliski jest Piątkowski (2002), gdy wskazuje zbieżność celów, wartości, terminów, pojęć i metod promocji oraz socjologii zdrowia. Jacennik (2000) przywołuje bliskość *pz* i marketingu społecznego. Powszechnie cytowani Grossmann i Scala (1997) odczytują *pz* w kontekście teorii organizacji i zarządzania. Inni, odmiennie niż Szewczyk, osadzają *pz* w dyscyplinach medycznych lub wiążą ją z edukacją.

W pierwszej sytuacji najczęstszym odniesieniem są relacje *pz* i profilaktyki. Zdaniem Kirschnera (1997), dla typowych lekarzy zorientowanych biologicznie, ukierunkowanych na zwalczanie choroby, *pz* jest czymś nowym i przyjmowanym sceptycznie. „Zawrotna kariera określenia *pz* spowodowała, że

² Mam tu na myśli tego typu konteksty, które Nowak (1984) nazywał „wizjami człowieka i społeczeństwa w teoriach i badaniach naukowych”. Prezentowane dalej konteksty interpretowania *pz* potraktowane zostały jako przykłady, których rozwinięcie pominięte zostało z uwagi na wymogi objętości tekstu.

częstokroć obejmuje się nim typowe tradycyjne działania profilaktyczne [...] szczepienia ochronne, skryningi wymazów z pochwy itp.” Chociaż, w opinii cytowanego autora, nie należy tego sztucznie rozdzielać, to powstaje niepotrzebny zamęt pojęciowy, odwracający uwagę od głównych celów *pz* Tymczasem, jak pisze Kirschner (1999), „na gruncie medycznym oznacza ona rozszerzenie i wzbogacenie dotychczasowych działań zapobiegawczych. Zostają one powiązane z ogólną strategią i metodologią *pz* ukierunkowanej na style życia, co ma szczególnie duże znaczenie dla profilaktyki pierwotnej, dotyczącej ludzi w zasadzie zdrowych. Ale również [...] strategia i metody *pz* mogą wydatnie przyczynić się do zwiększenia uczestnictwa pacjenta i jego otoczenia w przywracaniu równowagi zdrowotnej”³.

Powiązanie *pz* i profilaktyki występuje też w pracach psychologów. Oba te pojęcia odróżniają jednak ze względu na potencjalnie odmienne mechanizmy psychiczne, jakie decydują o działaniach osób chcących umacniać, i ochraniać swoje zdrowie (Heszen-Niejodek, 1997). Natomiast Słońska (1994), z perspektywy socjologa, zwraca uwagę na odmienne filozofie działania (i koncepcje edukacji) przyjmowane przez animatorów programów społecznych skierowanych na prewencję **choroby** i na promocję **zdrowia**.

Gniazdowski nie wiąże *pz* z odrębną dyscypliną, ale odczytuje ją w kontekście interdyscyplinarnej problematyki zachowań zdrowotnych (1990). Jego zdaniem *pz* to „**działania nakierowane na umocnienie i rozwój zdrowia jednostek oraz złożonych z nich zbiorowości, realizowane głównie w sferze prozdrowotnych przekształceń ich stylu życia (zachowań zdrowotnych) oraz w sferze tych elementów najszerszej rozumianego środowiska, które istotnie warunkują możliwości dokonania tego rodzaju zmian**” (1997). Takie ujęcie odsyła do kolejnych kontekstów, charakterystycznych dla problematyki zachowań związanych ze zdrowiem (Puchalski, 1990). W

³ Wydaje się, że można zatem mówić o bardziej „doktrynalnej” lub bardziej „otwartej” interpretacji *pz* na gruncie medycyny.

podejściu „epidemiologicznym” wyznacznikiem dla nazwania czegoś *pz* staje się po prostu przedmiot: behawioralne uwarunkowania (najczęściej zagrożenia) zdrowia społeczeństwa (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, sposób odżywiania, aktywność fizyczna) lub profilaktyka związanych z nimi chorób (np. układu krążenia, HIV/AIDS, nowotworów). W podejściu „psychospołecznym” natomiast *pz* interpretowana jest najczęściej jako wsparcie działań podejmowanych przez ludzi dla ich własnego zdrowia⁴.

W takim duchu Sęk (1997) określa *pz* jako **„zespół działań ukierunkowanych na całą populację (osoby, grupy, społeczności), środowisko naturalne i społeczno-kulturowe w kontekście życia codziennego, celem rozwoju i utrzymania zdrowia, co oznacza pomnażanie i rozwój zasobów odpornościowych, stanowiących potencjały zdrowia [...] nakreślone przez Kartę Ottawską”**. W zbliżony sposób Karski i Tomaszewska (1997) zinterpretowali istotę *pz*, odnosząc ją do pojęcia *empowerment* (tłumacząc je jako „wzmacnianie oddziaływania”). Zapleczem teoretycznym dla tego typu ujęć jest zazwyczaj „salutogenetyczny” (częściej wskazywany przez psychologów) lub „socjoekologiczny” (ten przez socjologów) paradygmat zdrowia⁵.

Chociaż powszechnie wskazuje się ludzi zdrowych jako adresatów promocji i tą drogą wyróżnik tej koncepcji, to Ostrowska (1999) mówi o *pz* chorych i niepełnosprawnych. Zakłada, że skoro zdrowie jest stanem stopniowalnym, a więc jest także atrybutem chorych, to posiadany przez nich

⁴ W każdym z takich obszarów kształtują się niekiedy specyficzne dla nich sposoby pojmowania *pz*. Niektóre różnice pomiędzy ujęciem epidemiologicznym i psychospołecznym oddać można również ustosunkowując się do pytania, czy *pz* ukierunkowana jest na rozwiązywanie **problemów** zdrowotnych, czy raczej na zaspokajanie **potrzeb** dotyczących zdrowia?

⁵ Uwaga ta otwiera szerszy problem określenia koncepcji zdrowia, jaką przyjmuje się w różnych interpretacjach jego promocji (bo ogólne odniesienia do WHO definicji zazwyczaj mają bardzo powierzchowny charakter).

potencjał zdrowotny może być wzmacniany i powiększany, a zaburzone czynności odtwarzane przy pomocy mechanizmów kompensacyjnych. Można podnosić jakość życia tych ludzi, ich zdolność do pełniejszego wykorzystania własnych możliwości, do bardziej aktywnego i satysfakcjonującego życia, do zdobywania większej nad nim kontroli – co jest przecież celem *pz*.

Jako kolejny kontekst wskazać można stosunek do podmiotowości osoby ludzkiej. Zdaniem Czabały i Sęk (2000) „***pz* jest ruchem globalnym na rzecz autonomii człowieka, pomagającym mu w rozwoju jego potencjałów i rozszerzającym jego odpowiedzialność za zdrowie własne i cudze**”. Natomiast według Kuńskiego (1997) „przekazywanie wiedzy zdrowotnej, wskazywanie i wymuszanie (prawne) zachowań prozdrowotnych jednostek i społeczeństwa, a także administracji państwa, to zadanie stojące przed współcześnie rozumianą promocją zdrowia”. O ile w pierwszym ujęciu główną wartością i podmiotem kreującym zdrowie czyni się autonomiczną osobę, o tyle w drugim rolę takiego kreatora bierze na siebie zewnętrzny podmiot, realizujący zdefiniowane przez siebie cele. Różnice obu podejść oddaje typologia Ewles i Simnett (1992). Ukazane tam typy *pz* potraktować można jako punkty na kontinuum pomiędzy omawianymi odmiennymi interpretacjami⁶.

⁶ Przedstawione podejścia wymagają oczywiście szerszego komentarza pominiętego z uwagi na wymogi objętości tekstu. Zaakcentować tu jednak należy występowanie znaczących różnic pomiędzy aksjologicznymi podstawami poszczególnych ujęć i w konsekwencji odmienną naturę działań podporządkowanych także odmiennym celom.

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 rozpoznawaniu wartości i postaw, w nabywaniu umiejętności służących zdrowiu	Prawo jednostki do samodzielnych wyborów. Odpowiedzialność profesjonality 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)

Innym odniesieniem interpretacyjnym jest odróżnienie *pz* jako **procesów społecznych**, inicjowanych i podtrzymywanych by sprzyjać zaangażowaniu ludzi w troskę o zdrowie, od ujęcia jej jako **zespołu działań**, których celem jest umocnienie zdrowia (Sęk, 1997 a). To drugie bliższe jest psychologii, to pierwsze socjologii. Ono z kolei, przez swój ogólny zakres, zbliża się do wielce swobodnych interpretacji, jakie dominują w zdrowiu publicznym, gdzie – jak

pisze Karski (1999 c), nawiązując do Downiego i Tannahilla – *pz* połączenie edukacji zdrowotnej, zapobiegania chorobom i zdrowotnej polityki społecznej. Karski traktuje to jako nowy kierunek rozwoju tej koncepcji w UE. W takim kontekście spotkać można głosy, że tożsamość *pz*, rozstrzyga się nie tyle wokół jej założeń i metod – bo te traktowane są jako już ustalone – ile przez wskazanie problemów, jakimi powinna się zająć.

Mimo, że powszechnie przywoływany jest interdyscyplinarny charakter *pz*, poszczególne dyscypliny, choć same wewnątrznie zróżnicowane, różnią się charakterystycznymi sposobami jej pojmowania (tab. 2)⁷. W pierwszej kolumnie łącznie ujęta została medycyna z pedagogiką – jako dyscypliny różne, ale w wielu aspektach podobne (m.in. pod względem instytucjonalnego zakorzenienia *pz* w ich obszarze, dominującego podejścia do człowieka). Druga kolumna łączy zdrowie publiczne z polityką społeczną, a więc dziedziny pojmujące *pz* w najbardziej swobodny sposób, w znaczeniach bliższych ideologii lub programów politycznych. Trzecia grupuje psychologię z socjologią – nauki próbujące wyraźnie zaznaczyć swą obecność w refleksji na temat podstaw *pz*. Z kolei w wierszach przedstawione zostały zgeneralizowane poglądy tych dyscyplin na pochodzenie *pz*, jej status, stosunek do terminu, cele przyjmowane w tym obszarze oraz ich podstawowe formy instytucjonalne.

⁷ Mowa tu o tych dyscyplinach, które aspirują do budowania teoretycznych podstaw *pz*, pominięte natomiast zostały te, które traktują siebie raczej w roli usługowej, jako dostarczyciela narzędzi, metod itp. (np. marketing)

Tabela 2. Promocja zdrowia w trzech grupach dyscyplin.

ASPEKT	MEDYCYNA, PEDAGOGIKA	ZDROWIE PUBLICZNE, POLITYKA SPOŁECZNA	PSYCHOLOGIA, SOCJOLOGIA
Geneza	nowe problemy zdrowotne, rozwój koncepcji edukacyjnych potrzeba wzbogacenia, intensyfikacji działań „współczesna promocja zdrowia”	nowe potrzeby zdrowotne, nieefektywność tradycyjnych rozwiązań potrzeba reorientacji działań „nowa społeczna polityka zdrowotna, nowe zdrowie publiczne”	zmiana paradygmatów, rozwój społeczeństwa postmodernistycznego potrzeba nowej koncepcji „konceptcja promocji zdrowia”
Status	<i>pz</i> elementem wychowania, wzbogaceniem edukacji, aspektem profilaktyki	<i>pz</i> zbiorem wartości, problemów, narzędziem polityki	<i>pz</i> interdyscyplinarną dziedziną badań i praktyki
Termin	swobodne i zamienne używanie terminu	hasłowe używanie terminu	poszukiwanie istoty <i>pz</i> , definiowanie pojęcia, poszukiwanie relacji do innych pojęć
Cele	zdrowie jednostki, poprawne zachowania, pożądany stan świadomości	rozwiązania systemowe	potencjał jednostki i środowiska, ich wzajemne relacje
Formy	instytucje formalne, kontrola społeczna	projekty polityczne	instytucje pomocowe, projekty środowiskowe, sieci wsparcia

Źródło: opracowanie własne

Chaos w pojmowaniu *pz* nie jest polską specyfiką. Np. Breslow (2001) wskazuje, że w St. Zjedn. najczęściej bywa ona ujmowana jako: 1) proces wywierania wpływu na ludzi, by zachowywali się w sposób najbardziej korzystny dla zdrowia, 2) wszelkie wysiłki służące zapobieganiu chorobie (*disease*), w tym procedury medyczne, 3) proces wzmacniania, osiągnięcia

wyższego poziomu zdrowia (wellness), wykraczający poza zapobieganie chorobie, 4) wszystkie wysiłki społeczne, które ochraniają i podnoszą poziom zdrowia, łącznie z przewyższaniem ubóstwa i niedostatków edukacyjnych, oraz 5) inne, rzadziej spotykane ujęcia.

Podsumowanie. Socjolog a kształtowanie tożsamości promocji zdrowia.

W tytule prezentowanego tekstu mowa jest nie tyle o tożsamości *pz*, co o jej poszukiwaniu. Dziedzina ta jest rozproszona pomiędzy dyscyplinami, koncepcjami, środowiskami, instytucjami. Rzadko podejmuje refleksję nad własnymi podstawami, częściej korzysta z tożsamości innych, bardziej okrzepłych dyscyplin i w ich ramach rozwija swoje zainteresowania. Czasami jednak, akcentując swoją interdyscyplinarność i intersektorowość, poszukuje jakiś wspólnych punktów, wokół których mogłaby się krystalizować.

W Polsce zaobserwować można dopiero nieśmiałe próby budowania pod szyldem *pz* wyodrębnionej, choć interdyscyplinarnej dziedziny naukowej. Często zresztą kończą się one niepowodzeniem (o czym świadczą m.in. losy czasopisma „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”). Próby podręcznikowego ujęcia tej problematyki nie znajdują powszechnej aprobaty osób identyfikujących się z *pz*, głównie ze względu na faktyczne ich monodyscyplinarne sprofilowanie. Nie wytworzyło się szersze środowisko naukowe współpracujące w omawianym obszarze ani zinstytucjonalizowane formy wspomagające procesy kształtowania wspólnej tożsamości. Faktycznie tworzą się różne tożsamości *pz*, choć nie są jeszcze wykrystalizowane. Odzwierciedlają one intelektualne i instytucjonalne zaplecze tych obszarów, z których się wywodzą. Dominuje tu oczywiście, o czym była mowa, medycyna⁸.

⁸ Przykładem mogą być próby totalnego zmedykalizowania przygotowywanego programu specjalizacji z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dla zawodów niemedycznych użytecznych w ochronie zdrowia.

Opisywanie i wyjaśnianie procesów kształtowania się tożsamości *pz* może być obiektem uwagi socjologa wiążącego się z omawianą dziedziną. Może on realizować badania bez głębszego namysłu nad celami, którym one posłużą. Może jednak, przy zachowaniu naukowego obiektywizmu, włączyć się w ów proces, usiłując pokierować nim w stronę określonych wartości.

„Socjologia o *pz*”, słabo w Polsce zaznaczona, w zasadzie sprowadza się do krytyki zjawisk w jakimś sposób powiązanych z *pz*, choć niekoniecznie generowanych przez podmioty identyfikujące się z tą dziedziną. Innymi słowy, nawet „słusznie” krytykując pewne zjawiska, uczestniczy w dorabianiu *pz* nie zawsze zawinionej przez nią „gęby”. Z drugiej jednak strony, ukazując niektóre niebezpieczeństwa związane z *pz*, sprzyjać może autorefleksji bliskich jej środowisk. Problem w tym, że socjologiczne kategorie opisu takich zjawisk często nie są zrozumiałe dla przedstawicieli innych dyscyplin, utożsamiających się z *pz*. „Socjologia w *pz*” z kolei ma mniejsze problemy w porozumieniu z medykami czy pedagogami, pozostawia jednak nietkniętym zagadnienie kierunku, w którym rozwija się *pz*. W ten sposób zrzeka się odpowiedzialności za to, pozostawiając ów rozwój tamtym dominującym dyscyplinom.

Tymczasem właśnie socjologia, poprzez potencjalną znajomość uwarunkowań sygnalizowanych tu procesów, jest chyba najbardziej (co nie znaczy wyłącznie) przygotowaną do podjęcia aktywnej roli w kreowaniu kierunków rozwoju *pz* poprzez stymulowanie w tym środowisku **pogłębionej** refleksji na ów temat. Wydaje się, że tego typu rolę wiązać należy nie tyle z socjologią „krytyczną” czy też „użyteczną”, ale z socjologią „zaangażowaną” – w takim znaczeniu, jakie dla rozwoju socjologii miała twórczość Ossowskiego.

Literatura

Baric L., Osińska H., Ludzie w środowiskach, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Warszawa, 2000

Baric L., Baric L. F., Osińska H., Ewaluacja, jakość, audit, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Warszawa, 2001

Breslow L., Why Health Promotion Lags Knowledge About Healthful Behavior. *Am J Health Promot* 2001, 15 (5), s. 388-390

Cylkowska-Nowak M., Społeczne dyskursy promocji zdrowia: ekstremalna krytyka i ewaluacja. W: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno – kulturowe*, red. M. D. Głowacka, Wyd. WOLUMIN s. c., Poznań, 2000

Czabała J. C., Sęk H., Pomoc psychologiczna. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3*, red. J. Strelau, GWP, Gdańsk, 2000

Demel M., Polskie ślady na drogach (do) promocji zdrowia. Przebieg i stan badań, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 19, 2000, s. 7-17

De Vries H., Promocja zdrowia w chwili obecnej i zasady jej planowania. W: *Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia*, red. M. Miller, D. Cianciara, PZH, Warszawa, 1999

Ewles L., Simnett I., *Promoting Health: A Practical Guide*, 2nd ed. Scutari, London, 1992

Gniazdowski A., Zachowania zdrowotne – strategiczny problem ochrony zdrowia. W: *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, red. A. Gniazdowski, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 1990

Gniazdowski A., *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 1997

Górska-Marciniak E., Promocja zdrowia w uregulowaniach prawnych. W: *Postępy w profilaktyce i leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych. Materiały IV Seminarium CINDI*, red. W. Drygas, I. Maniecka-Bryła, M. Bryła, Łódź, 2000

Grossmann R., Scala K., *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny*, IFF, Warszawa, 1997

Heszen-Niejodek I., Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń* (red. Z. Ratajczak i I. Heszen-Niejodek), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1997

Jacennik B., Koncepcje i metody marketingu społecznego a promocja zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 19, 2000, s. 88-100

Jaeger W., *Paideia*, t.2, PAX, Warszawa, 1964

Karski J.B., Szpital promujący zdrowie. W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999 a

Karski J.B., Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku. W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999 b

Karski J.B., Wstęp. W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999 c

Karski J.B., Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia, CeDeWu. Warszawa, 2003

Karski J.B., Tomaszewska E., Teoria i praktyka wzmacniania działań w promocji zdrowia, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1997

Kawczyńska-Butrym Z. Gmina promująca zdrowie. . W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999

Kelly M. P., Charlton B., The modern and the postmodern in health promotion. W: red. R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows, The sociology of health promotion, Routledge, London, 1995

Kirschner H., Lekarz rodzinny a promocja zdrowia, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 12-13, 1997, s. 7-21

Kirschner H., Promocja zdrowia na tle rozwoju medycyny społecznej. W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999

Korzeniowska E., Upowszechnienie procesu promowania zdrowia pracujących – działalność Krajowego Centrum i Sieci Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 19, 2000, s. 115-132

Kuński H., Promowanie zdrowia. Podręcznik dla studentów wychowania fizycznego i zdrowotnego, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 1997

Miller M., Cianciara D., Promocja zdrowia w polityce zdrowotnej państwa. W: Partnerstwo i Odpowiedzialność w Oświacie Zdrowotnej i Promocji Zdrowia. Materiały z Międzynarodowej Konferencji w Ożarowie w dn. 2-5 listopada 2002 r., Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Warszawa 2003

Nettleton S., Bunton R., Sociological critiques of health promotion. W: red. R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows, The sociology of health promotion, Routledge, London, 1995

Ostrowska A., Promocja zdrowia ludzi chorych i niepełnosprawnych. W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999

Parish R., Health promotion: rhetoric and reality. W: red. R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows, The sociology of health promotion, Routledge, London, 1995

Piątkowski W., Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne. W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny, red. J. Barański i W. Piątkowski, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław, 2002

Puchalski K., Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych – uwagi wokół pojęcia. W: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, red. A. Gniazdowski, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 1990

Puchalski K., Promocja zdrowia w dużych zakładach pracy w Polsce. Aktualny stan i niektóre uwarunkowania. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 19, 2000, s. 66-87

Puchalski K., Korzeniowska E., Próba oceny jakości wdrożeń promocji zdrowia w zakładach pracy na tle jej uwarunkowań, Med. Pr. 2003, 1 (54), s. 1-7

Raport 2002. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia w wojewódstwie dolnośląskim (red. L. Kulmatycki), Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych

Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I., Wprowadzenie, w: Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń (red. Z. Ratajczak i I. Heszen-Niejodek), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1997

Rootman I., i wsp., A framework for health promotion evaluation. W: Evaluation in health promotion. Principles and perspectives, red. I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D.V. McQueen, L. Potvin, J. Springett i E. Ziglio, WHO Regional Publications, European Series, No. 92, 2001

Sęk H., Psychologia wobec promocji zdrowia. W: red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Psychologia zdrowia, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997 a

Sęk H., Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. W: red. Z. Ratajczak i I. Heszen-Niejodek, Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 1997 b

Słońska Z., Promocja zdrowia – zarys problematyki, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1-2, 1994, s. 37-52

Słońska Z., Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia. W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999

Słońska Z., Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 19, 2000, s. 18-33

Szewczyk T., Specyficzne cechy edukacji zdrowotnej. W: Promocja zdrowia. Konteksty społeczno – kulturowe, red. M. D. Głowacka, Wyd. WOLUMIN s. c., Poznań, 2000

Wardyńska-Ziółek M., Szkolny program profilaktyki w prawie oświatowym. Remedium, 12, 2002, s. 22-24

Wojnarowska B., Narodowy Program Zdrowia – ewolucja, możliwości realizacji, W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999 a

Wojnarowska B., Szkoła promująca zdrowie. W: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, Wyd. IGNIS, Warszawa, 1999 b

Wojnarowska B., Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole. Lider, 1 (95), 1999, s. 14-19 c

Wojnarowska B., red. Bibliografia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w Polsce w latach 1990 – 2000 Warszawa, 2001