

# Idea upodmiotowienia na rzecz zdrowia na przykładzie wybranych europejskich kampanii społecznych

## Idea of empowerment for health based on selected European social campaigns

JOANNA SARBINOWSKA <sup>1/</sup>, MICHAŁ JĘDRZEJEK <sup>2/</sup>, MAŁGORZATA SYNOWIEC-PIŁAT <sup>3/</sup>

<sup>1/</sup> Studenckie Koło Naukowe Aktywizacji Społeczeństwa na Rzecz Zdrowia oraz Promocji Zdrowia, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2/</sup> Studenckie Koło Naukowe Aktywizacji Społeczeństwa na Rzecz Zdrowia oraz Promocji Zdrowia, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>3/</sup> Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

W wyniku rozwoju cywilizacji oraz przemian społecznych dominujący problem epidemiologiczny Europy stanowią współcześnie choroby o charakterze przewlekłym. Polityka zdrowotna w coraz większym zakresie koncentruje się na promowaniu prozdrowotnego stylu życia, który warunkuje dobry stan zdrowia ogółu populacji oraz przyczynia się do ograniczenia rozwoju chorób przewlekłych. Interwencje z zakresu promocji zdrowia powinny być przeprowadzane na poziomie całych społeczeństw, z skierowaniem na kształtowanie zachowań i umiejętności prozdrowotnych związanych z poszczególnymi elementami stylu życia. Najskuteczniejszą metodą w staraniach o ich realizację jest upodmiotowienie indywidualne i upodmiotowienie społeczności. Przykładem propagowania i realizacji idei upodmiotowienia na rzecz zdrowia w praktyce są kampanie społeczne. W niniejszej pracy zostały przedstawione wybrane europejskie kampanie społeczne realizujące powyższą ideę, a odnoszące się do najważniejszych elementów stylu życia, wpływających na występowanie chorób przewlekłych (aktywność fizyczna, dieta, stosowanie używek).

**Słowa kluczowe:** *promocja zdrowia, choroby przewlekłe, upodmiotowienie na rzecz zdrowia, kampanie społeczne, styl życia*

Chronic diseases, as a result of the development of civilization and social changes, are the prevailing epidemiological problem in Europe today. Health policy is increasingly focused on promoting a healthy lifestyle that determines good health of the population and contributes to reducing the development of chronic diseases. The interventions of health promotion should be carried out at the level of the whole society, with the focus on the development of healthy behaviors and skills associated with each element of lifestyle. The most effective way in their efforts is individual and social empowerment. The example of the development and implementation of the idea of empowerment for health in practice are the social campaigns. This paper presents selected European social campaigns implementing the above mentioned idea, and referring to the most important elements of lifestyle, influencing the incidence of chronic diseases (physical activity, diet, use of drugs).

**Key words:** *health promotion, chronic diseases, empowerment for health, social campaigns, lifestyle*

© Hygeia Public Health 2013, 48(4): 424-431

www.h-ph.pl

Nadesłano: 04.11.2013

Zakwalifikowano do druku: 10.11.2013

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Joanna Sarbinowska  
Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
ul. Jana Mikulicza-Radeckiego 7, 50-345 Wrocław  
tel. 71 784 14 91, e-mail: sarbinowska.joanna@gmail.com

## Wprowadzenie

Sytuacja zdrowotna mieszkańców Europy w przeciągu wieków nieustannie się zmienia, jednakże dynamiczne zmiany nastąpiły dopiero na przełomie XIX i XX wieku wraz z intensywnym rozwojem nauk ścisłych, który równocześnie przełożył się na intensywny rozwój medycyny. Przełomowym momentem było wprowadzenie antybiotykoterapii, co pozwoliło na opanowanie większości chorób zakaźnych (zajmujących do tej pory pierwsze miejsce wśród przyczyn śmiertelności [1, 2]), a jednocześnie wraz z rozwojem

technologii, przemysłu oraz środków transportu zainicjowało następny etap transformacji epidemiologicznej – etap znaczącego udziału wypadków i urazów wśród przyczyn zgonów (zajmujących obecnie trzecie miejsce wśród przyczyn zgonów w krajach rozwiniętych) [1]. Do tego momentu w podejściu do problematyki zdrowia i choroby dominował model biomedyczny, zakładający bierny udział pacjenta, który całkowicie poddaje się działaniom instrumentalnym instytucji medycznej, nastawionej na leczenie. Przeważały wtedy choroby o charakterze ostrym, wymagające nagłej interwencji medycznej [3]. Dalszy postęp medycyny

(rozwój technologii, wprowadzenie nowych leków, udoskonalenie metod leczenia) wraz ze zwiększeniem dostępności do jej usług, a także szereg zmian społecznych (m.in. ogólna poprawa warunków mieszkaniowych i pracy, poprawa warunków higieny osobistej i otoczenia) doprowadziły do opanowania większości chorób o charakterze ostrym [1], a jednocześnie spowodowały powstanie dobrych warunków do rozwoju chorób przewlekłych, które obecnie wiodą prym wśród przyczyn zgonów ludzi w krajach rozwiniętych, w tym w Europie i Polsce [2]. Biorąc pod uwagę fakt, że ich występowanie jest bezpośrednio związane z rozwojem cywilizacji, nazywamy je chorobami cywilizacyjnymi lub chorobami XXI wieku.

Choroby przewlekłe, niezakaźne (*noncommunicable diseases*, NCD), takie jak: choroba sercowo-naczyniowa, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego oraz cukrzyca, stanowią obecnie w Europie bardzo poważny problem nie tylko natury medycznej, ale także w wymiarze społecznym. NCD są odpowiedzialne za większość zgonów na świecie [4], a w samej Europie dwie pierwsze jednostki chorobowe są odpowiedzialne za ponad połowę zgonów mieszkańców Unii Europejskiej (odpowiednio 36% i 28% zgonów) [5]. Rozwój tych chorób jest w dużej mierze uwarunkowany stylem życia. Wymienia się cztery podstawowe zachowania antyzdrowotne, determinujące stan zdrowia populacji oraz odpowiedzialne za rozwój NCD: palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, niewystarczająca aktywność fizyczna oraz niewłaściwe odżywianie [4, 5]. Interwencje w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki powinny być ukierunkowane na eliminowanie wymienionych zachowań, które stanowią powszechnie występujące, a jednocześnie modyfikowalne czynniki ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych.

W związku z tym, iż już na początku drugiej połowy XX w. zaobserwowano, że intensywny postęp i rozwój medycyny nie przekładał się już na dalszą poprawę stanu zdrowia społeczeństw [2, 3], zaczęto poszukiwać nowych czynników warunkujących zdrowie. Kluczowa w tej kwestii okazała się koncepcja „pól zdrowia” M. Lalonde’a, w której udział opieki medycznej w kształtowaniu zdrowia oceniono jedynie na ok. 10% [6]. Tym samym zakwestionowane zostało „wielkie równanie”, w myśl którego opieka medyczna równa się zdrowiu [7]. Przełomowym było stwierdzenie, że styl życia jednostki determinuje stan zdrowia w ok. 50% [8]. W związku z tym, że występowanie chorób przewlekłych w tak dużym stopniu związane jest ze stylem życia, z dokonywanymi przez człowieka wyborami, podejmowanymi zachowaniami zdrowotnymi oraz ze środowiskiem społecznym, w którym on funkcjonuje, nastąpiły również zmiany w podejściu do zdrowia i choroby. Model biomedyczny, jako niefunk-

cjonalny i pomijający sferę psychospołeczną, został wyparty i zastąpiony przez model społeczno-ekologiczny, który holistycznie obejmuje pacjenta i koncentruje się przede wszystkim na zdrowiu, nie zaś na chorobie [2, 3]. Przełom w postrzeganiu zdrowia ma odzwierciedlenie we współczesnych definicjach, w których jest ono rozpatrywane w kategoriach pozytywnych oraz charakteryzowane jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko jako brak choroby [9]. Powyższe zmiany wymusiły również proces reorientacji służby zdrowia, która w głównej mierze powinna skupić swoje działania na promocji zdrowia i profilaktyce, a nie na działaniach interwencyjnych [3, 10]. Zmienił się podmiot i miejsce świadczeń medycznych – działania z zakresu zdrowia i choroby ukierunkowane są w tym modelu przede wszystkim na osobę zdrową, która – co wymaga szczególnego podkreślenia – funkcjonuje w swoim środowisku (rodzynie, grupie zawodowej, społeczności lokalnej itp.), a także w społeczeństwie. Wszystkie te grupy oddziałują na jednostkę i poprzez proces socjalizacji kształtują określone postawy oraz zachowania zdrowotne [11].

### Promocja zdrowia – idea upodmiotowienia

Współczesna promocja zdrowia narodziła się na gruncie rozwoju zdrowia publicznego w odpowiedzi na dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiologiczną m.in. na kontynencie europejskim. Obecnie jest ona definiowana przez WHO jako „proces umożliwienia jednostkom i społeczeństwu zwiększenia kontroli nad czynnikami determinującymi zdrowie. Promocja zdrowia ma utworzyć zunifikowaną koncepcję sposobów i warunków życia, w celu zachowania zdrowia. Ma ona także reprezentować strategię mediacyjną pomiędzy ludźmi a ich środowiskiem w celu umożliwienia, zarówno wyboru osobniczego, jak i odpowiedzialności społecznej za zdrowie obecnie i w przyszłości” [12]. Wytyczono pięć głównych strategii/kierunków promocji zdrowia, mianowicie: budowanie zdrowotnej polityki publicznej, tworzenie środowisk wspierających zdrowie, reorientacja służby zdrowia, kształtowanie indywidualnych zachowań prozdrowotnych oraz wzmacnianie prozdrowotnych działań w społecznościach [9]. Wszystkie te działania zawierają się w modelu promocji zdrowia opartej na upodmiotowieniu, które powinno stanowić nadrzędny cel każdych interwencji.

Ze względu na wieloczynnikowe uwarunkowania chorób przewlekłych niezbędny jest kompleksowy proces leczenia, w którym – ze względu na tak duży wpływ stylu życia – kluczową rolę odgrywa aktywny udział pacjenta. Powszechną akceptację zyskał model terapii „własnej” – samoopieki (*self-care*), definiowanej jako „wszelkie działania związane ze zdrowiem,

podjęwane przez jednostki na rzecz zdrowia swojego lub rodziny, a starania te mogą dotyczyć utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom, autodiagnozy oraz samoleczenia” [9: 137]. Są to często działania niesformalizowane i doraźne, ale opierające się na procesach poznawczych, emocjach oraz będące pod wpływem społecznym, a więc uwarunkowane kulturowo [9].

Z racji iż, to na jednostkach spoczywa duża część odpowiedzialności za własne zdrowie, jedną z nadrzędnych idei promocji zdrowia jest wspomniana idea upodmiotowienia jednostki, bowiem: „aktywny udział jest podstawą skuteczności podejmowanych wysiłków. Aby uzyskać pożądane efekty, ludzie muszą być w centrum działań promocji zdrowia i uczestniczyć w procesie podejmowania dotyczących ich decyzji” [13]. Niezbędna jest aktywizacja jednostki na rzecz zdrowia własnego i innych [3, 9]. Proces ten ma na celu, poprzez nabycie kompetencji zdrowotnych, przejęcie przez jednostkę kontroli nad własnym zdrowiem, którą rozumie się jako zdolność podejmowania odpowiednich decyzji (dokonywanie prozdrowotnych wyborów) oraz właściwe gospodarowanie zasobami [9]. Kompetencje zdrowotne oznaczają zdobywanie wiedzy, nabywanie i rozwijanie umiejętności przez jednostkę oraz właściwe ich wykorzystanie w kontekście własnym – realizacja prozdrowotnego stylu życia (podjęcie zachowań zdrowotnych), a także w kontekście społeczeństwa – tworzenie efektywnych działań na rzecz poprawy zdrowia lokalnej społeczności, w której jednostka funkcjonuje [9]. W realizacji tej idei kluczową rolę odgrywa edukacja zdrowotna oraz środowiska wspierające zdrowie, które katalizują proces zdobywania kompetencji zdrowotnych.

Obok upodmiotowienia jednostki niezwykle ważne jest ukierunkowanie działań na upodmiotowienie społeczeństwa. Wszystkie grupy społeczne powinny aktywnie uczestniczyć w działaniach na rzecz zdrowia poprzez inicjowanie samodzielnych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia lokalnej społeczności oraz poprzez świadomy udział w podejmowanych decyzjach o charakterze politycznym, mających wpływ na stan zdrowia (nacisk publiczny).

### Polityka zdrowotna Unii Europejskiej

Główne kierunki polityki zdrowotnej w Europie wyznaczają Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (EURO WHO), Unia Europejska (UE) oraz Rada Europy [2]. Współczesna polityka zdrowotna wykorzystuje przede wszystkim działania promocji zdrowia jako kluczową strategię w poprawie stanu zdrowia populacji, zaś zasadniczym obszarem tych interwencji jest budowanie prozdrowotnego stylu życia (kreowanie zachowań prozdrowotnych) oraz podniesienie poziomu bezpieczeństwa (zapobieganie

wypadkom i urazom). Wybór powyższych priorytetów jest uwarunkowany panującą sytuacją epidemiologiczną na kontynencie.

Obecnie kraje członkowskie UE realizują strategię zdrowia publicznego „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013”, która opiera się na trzech głównych celach, a mianowicie: propagowanie zdrowia w starzejącej się Europie, ochronę obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia oraz wspieranie dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii [14]. Szczególną uwagę zwraca pierwszy cel, który został opisany następująco: „Zdrowe starzenie się musi być wsparte działaniami promującymi zdrowie i zapobieganie chorobom przez całe życie, poprzez zajęcie się podstawowymi problemami, m.in. żywieniem, aktywnością fizyczną, spożyciem alkoholu, narkotyków i tytoniu, zagrożeniami związanymi ze środowiskiem, wypadkami drogowymi i wypadkami domowymi. Poprawa zdrowia dzieci, dorosłych w wieku produkcyjnym i osób starszych pomoże w stworzeniu zdrowego, wydajnego społeczeństwa i wspieraniu zdrowego starzenia się teraz i w przyszłości” [14: 9]. Promowanie prozdrowotnego stylu życia zostało zatem obrane za kluczową strategię i priorytet działalności Unii w obszarze zdrowia publicznego. Jak wspomniano wcześniej, ze względu na fakt, iż to na jednostkach spoczywa w dużej mierze odpowiedzialność za stan własnego zdrowia, niezbędna jest ich aktywizacja na rzecz zdrowia, co również podkreśla Komisja Europejska: „Centralną wartością jest wzmacnianie roli i aktywności obywateli. Opieka zdrowotna jest coraz bardziej zindywidualizowana i skupiona na pacjencie: jest on nie tyle przedmiotem opieki zdrowotnej, co jej podmiotem. Na podstawie programu działań na rzecz obywateli wspólnotowa polityka zdrowotna musi brać za punkt wyjścia prawa obywatela i pacjenta. Wiąże się z tym również uczestnictwo w procesie podejmowania decyzji oraz wpływ na ten proces (...)” [14: 5]. Należy pamiętać, że jest to najskuteczniejsza metoda zachęcająca i umożliwiająca realizację prozdrowotnego stylu życia, który – co zostało już niejednokrotnie podkreślone – determinuje stan zdrowia populacji oraz ma bezsprzeczny wpływ na występowanie i rozwój chorób przewlekłych.

### Przykłady kampanii społecznych

Zgodnie z założeniami modelu społeczno-ekologicznego, wspomniane wyżej interwencje powinny odbywać się na poziomie społeczeństw, zaś ze względu na wieloczynnikowe uwarunkowania obecnej sytuacji epidemiologicznej Europy działania te powinny być nadzorowane przez interdyscyplinarny zespół ekspertów, w którym obecność przedstawicieli nauk społecznych wymaga szczególnego podkreślenia. Jednym z narzędzi wykorzystywanych w interwen-

acjach społecznych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki są kampanie społeczne, których tworzenie i wdrażanie jest przykładem realizacji w praktyce idei upodmiotowienia na rzecz zdrowia i propagowania tej idei w szerszej społeczności [15]. Wykorzystywane w kampaniach techniki wpływu społecznego mają na celu zmianę zachowań jednostek, a dzięki wykorzystaniu środków masowego przekazu (mass mediów) możliwe jest dotarcie do znacznej części społeczeństwa jednocześnie.

Poniżej przedstawiono wybrane europejskie kampanie społeczne realizujące ideę upodmiotowienia jednostki, a odnoszące się do najważniejszych elementów stylu życia, wpływających na występowanie chorób przewlekłych (aktywność fizyczna, dieta, stosowanie używek).

**Aktywność fizyczna.** Wzrost aktywności fizycznej jest zagadnieniem szczególnie istotnym w kontekście działań promocji zdrowia oraz tzw. profilaktyki wczesnej (I-rzędowej). Podjęcie regularnej aktywności ruchowej wywiera korzystne, wielokierunkowe (plejotropowe) efekty zdrowotne (m.in. zwiększenie wydajności pracy serca, układu oddechowego, poprawa parametrów hemodynamicznych, regulacja gospodarki lipidowo-cukrowej, normalizacja ciśnienia tętniczego krwi oraz rytmu serca) [16, 17] oraz w kontekście obecnej sytuacji epidemiologicznej – niedostateczna aktywność fizyczna odgrywa rolę w patogenezie dominujących chorób przewlekłych (takich jak choroba sercowo-naczyniowa, niektóre choroby nowotworowe oraz cukrzyca) [18]. Zatem ukierunkowanie na poziomie społeczeństwa działań propagujących aktywność ruchową jest jedną ze strategii zdrowia publicznego, mającej na celu ogólną poprawę stanu zdrowia populacji oraz zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności wśród dominujących obecnie chorób przewlekłych. Działania te nabierają szczególnego znaczenia w obliczu dynamicznego rozwoju epidemii otyłości oraz hipokinezy wśród mieszkańców Europy [17, 19].

Przykładem kampanii dotyczącej aktywności fizycznej, realizującej ideę upodmiotowienia na rzecz zdrowia, jest projekt „Move Week” [20]. Projekt ten jest częścią platformy inicjatyw „Now We Move”, której organizatorem jest Międzynarodowe Stowarzyszenie Sportu i Kultury (ISCA). Celem inicjatywy jest wyrównanie różnic pomiędzy społeczeństwami poszczególnych krajów europejskich w zakresie regularnej aktywności fizycznej i powiększenie liczby aktywnych fizycznie Europejczyków (motto kampanii to: „100 Million more Europeans active in sport and physical activity”) [20]. Coroczna ogólnoeuropejska kampania „Move Week” wspiera tworzenie nowych i promuje dotychczasowe inicjatywy dotyczące aktywności fizycznej i sportu. Akcje obejmują otwarte zajęcia

pokazowe organizowane przez stowarzyszenia i kluby sportowe, a także duże wydarzenia publiczne jak zawody, maratony, festiwale, a także plenerowe lekcje dyscyplin sportowych (np. „Taekwondo” – Islandia) czy lekcje tańca (np. „Zumba For All” – Bułgaria). W tygodniu kampanii osoby indywidualne, organizacje pozarządowe, a także lokalne samorządy, władze miast i większych jednostek terytorialnych, poprzez tworzenie różnego rodzaju wydarzeń sportowych o zasięgu lokalnym, wspierają działania kampanii mobilizując obywateli do aktywności i regularnego uprawiania sportów. Zaangażowanie tak wielu jednostek w działalność na rzecz zdrowia ma za zadanie nie tylko przyciągnięcie uwagi opinii publicznej do kwestii zdrowotnych, ale przede wszystkim tworzenie aktywnych – upodmiotowionych środowisk reprezentujących orientację prozdrowotną, które poprzez tworzenie koalicji i nacisk publiczny zmierzają do pozytywnej modyfikacji zdrowia społeczeństwa [3]. Kampania „Move Week”, tworząc obszar dla lokalnych działań na rzecz zdrowia, obok upodmiotowienia określonych grup i społeczności, w sposób bezpośredni aktywizuje także jednostki do pracy na rzecz własnego zdrowia. Kluczem upodmiotowienia jest zaangażowanie, które poprzez aktywny udział w akcjach kampanii (indywidualnych zajęciach sportowych czy wydarzeniach publicznych), aranżuje sytuację sprzyjającą pojawieniu się dążenia do konsekwencji, a więc zwiększenia codziennej aktywności fizycznej (reguła wpływu społecznego – zaangażowania i konsekwencji) [21].

Oficjalna strona internetowa kampanii jest ważnym źródłem informacji o planowanych akcjach w ramach „Move Week”, jednak nie tylko. Na stronie kampanii możliwe jest także dołączenie do społeczności, dzięki możliwości połączenia strony internetowej kampanii z profilem na popularnych portalach społecznościowych, a także potwierdzanie, poprzez zaznaczenie „I’ve done it!”, wykonania konkretnych aktywności, jak korzystanie ze schodów zamiast windy, poranne bieganie czy zamiana czasu poświęcanego codziennie na oglądanie telewizji na czas poświęcony na aktywność fizyczną. Deklaracja pisemna, jaką jest potwierdzenie wykonania konkretnej aktywności, „stanowi niezbity dowód raz dokonanego aktu, dowód nakłaniający do jakiegoś uzgadniania dalszego myślenia i postępowania z tym własnym przecież aktem początkowym” – ma więc także za zadanie spotęgowanie skuteczności przekazu kampanii [21: 96]. Nie bez znaczenia dla wzmocnienia skuteczności jest upublicznianie ilości osób czy to dołączających do społeczności aktywnych fizycznie, czy też deklarujących wykonanie określonych czynności, bo to właśnie w społecznym dowodzie słuszności doszukujemy się potwierdzenia naszych decyzji i działań [21].

**Dieta.** Szacuje się, że około 80 jednostek chorobowych (m.in. choroby układu krążenia, nowotwory jelita grubego, cukrzyca typu II, otyłość, niedokrwistość, osteoporoza) jest następstwem niedoboru bądź nadmiaru poszczególnych składników odżywczych i energetycznych w diecie [8, 22]. Ogromne znaczenie ma zatem edukacja społeczeństwa w zakresie prozdrowotnego modelu żywienia. Edukacja ta, ze względu na zmieniające się potrzeby żywieniowe i konieczność dostosowania do nich odpowiednich zachowań, powinna być kierowana do ludzi we wszystkich okresach życia, w szczególności zaś do dzieci i młodzieży [10].

Edukacja żywieniowa uczniów szkół podstawowych i średnich, a także szkolenie nauczycieli i edukatorów społeczności lokalnych w zakresie zdrowego żywienia jest nadrzędnym celem brytyjskiej kampanii społecznej „The Focus on Food Campaign” [23]. Fakt, iż zachowania żywieniowe ukształtowane w dzieciństwie i młodości mają decydujący wpływ na sposób odżywiania w dorosłym życiu i trudno poddają się późniejszym modyfikacjom, a błędy żywieniowe popełniane w dzieciństwie mają swoje odzwierciedlenia nie tylko w wadach wzrostu i rozwoju dzieci, ale także zwiększają ryzyko zapadalności na choroby przewlekłe, uzasadniają dobór grupy docelowej niniejszej kampanii [10].

Cele kampanii realizowane są poprzez organizację warsztatów praktycznych obejmujących kluczowe aspekty edukacji żywieniowej tj.: dobór i przygotowanie produktów spożywczych z uwzględnieniem zasad higieny i bezpieczeństwa, a także przyrządzanie smacznych i jednocześnie zdrowych posiłków. Zajęcia przygotowywane przez wyszkolonych edukatorów odbywają się w tygodniowych sesjach warsztatowych przeprowadzanych w mobilnych salach zajęciowych – w specjalnie wyposażonych w niezbędny sprzęt kuchenny i produkty żywieniowe autobusach („The Cooking Bus”).

Autobusy te – odwiedzając szkoły, organizacje i centra kultury Wielkiej Brytanii – bezpośrednio angażują lokalne społeczności w działania na rzecz zdrowia. Narzędzie wpływu społecznego, zastosowane w kampanii w celu zwiększenia upodmiotowienia na rzecz zdrowia odbiorców, opiera się, podobnie jak w przypadku poprzedniej omawianej kampanii, na regule „zaangażowania i konsekwencji”. Po wzbudzeniu zaangażowania i zajęciu jakiegoś stanowiska odbiorcy są bardziej skłonni do dalszego postępowania zgodnie z kierunkiem tego zaangażowania. Najbardziej skuteczne jest zaangażowanie o charakterze aktywnym, publicznym, wymagającym wysiłku i niewymuszonym [21]. Taki właśnie charakter miało zaangażowanie podjęte przez uczestników warsztatów edukacyjnych „The Focus on Food Campaign”. Odbiorcy kampanii, poddawani na co dzień wpływom czynników ryzyka

zdrowotnego związanych z kulturą i warunkami społeczno-ekonomicznymi, jak np. agresywny marketing (zwłaszcza skierowany do dzieci), jedzenie typu fast food, czy wzrost dostępności wysokoprzetworzonej i konserwowanej żywności, poprzez udział w warsztatach, zdobyli wiedzę, a także praktyczne umiejętności, konieczne do sprawowania kontroli nad własnym jadłospisem [15]. Nabyli zatem kompetencje zdrowotnych warunkujących zdolność do przejęcia kontroli nad własnym zdrowiem, co jest istotą upodmiotowienia.

**Palenie tytoniu.** Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju choroby sercowo-naczyniowej (w tym choroby niedokrwiennej serca oraz udaru mózgu), a także rozwoju wielu chorób nowotworowych (nowotworów płuc, gardła, krtani, pęcherza moczowego, nerek, trzustki) [8, 16, 24]. W krajach rozwiniętych jest to najważniejsza pojedyncza przyczyna przedwczesnej śmierci, której można zapobiec, bowiem zaprzestanie palenia powoduje istotne zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób tytoniozależnych (w tym nowotworów), a ryzyko to zmniejsza się jeszcze bardziej w miarę trwania tytoniowej abstynencji [24, 25]. Niepokojące jest, że 90% palaczy sięga po pierwszego papierosa zanim ukończy 21 lat, a 60% czyni to jeszcze przed ukończeniem 14. roku życia [24]. Ważne jest zatem odpowiednio wczesne rozpoczęcie edukacji młodzieży w zakresie szkodliwości palenia, zanim zdążą oni sięgnąć po swojego pierwszego papierosa i na stałe związać się z nałogiem [16].

Przykładem działań mających na celu zniechęcenie młodych ludzi do palenia jest kampania „Nie wiąż się z papierosem” [26]. Stworzony w ramach projektu spot telewizyjny, radiowy i plakat ukazują młodą kobietę, która zawarła związek małżeński z papierosem. Palenie papierosów było nieodłącznym elementem jej życia, bohaterka nie była w stanie funkcjonować bez nałogu. Związek kobiety z papierosem kończy jednak poważna choroba – rak płuca. Zaskakujący koniec tej historii miał ukazać młodym ludziom jakie skutki może przynieść nałóg tytoniowy, a przez to zniechęcić do sięgania po papierosy. Stale rosnący odsetek palących kobiet był przyczyną, dla której to właśnie młode kobiety zostały głównymi adresatkami kampanii, jednak nie tylko. Odbiorcami kampanii są też mężczyźni kierujący się troską o bliskie im kobiety, ale także o własne zdrowie (na stronie internetowej kampanii można przeczytać: „jeżeli osoba niepaląca jest małżonkiem/małżonką osoby palącej papierosy, to ryzyko powstania u niej tego nowotworu jest do 30% większe niż w przypadku osoby pozostającej w związku małżeńskim z kimś niepalącym”) [26]. Hasło kampanii „Nie każdy związek przetrwa próbę czasu. Nie wiąż się z papierosem” ma działać na skojarzenia odbiorców

– związek, jako element pozytywny, został zestawiony z negatywnymi skutkami palenia – zastosowano tu więc regułę wpływu społecznego zwaną zasadą kontrastu, potęgując ostatecznie obraz negatywnych skutków palenia, co było założeniem i celem kampanii [26]. Niewątpliwie na uwagę zasługuje fakt, iż projekt „Nie wiąż się z papierosem” został stworzony przez grupę licealistek i jest zwycięską kampanią IV edycji programu dla młodzieży „Mam Haka na Raka” (tematem przewodnim tej edycji konkursu był nowotwór płuc) [27]. Fakt, iż to młodzież przygotowuje akcje skierowane do swoich rówieśników, zgodnie z zasadą edukacji rówieśniczej (młodzi uczą młodych), dodatkowo wzmacnia skuteczność i uwiarygodnia przekaz kampanii [28]. U podstaw mechanizmu tego wzmocnienia leży nie tylko fakt, iż to właśnie młodzież zna najlepiej swoje potrzeby w zakresie pożądanej metody i formy przekazu treści (także jeśli chodzi o edukację o tematyce palenia tytoniu), przez co niewątpliwie potrafi dobrać i zastosować najskuteczniejsze środki przekazu w kampanii kierowanej właśnie do grupy swoich rówieśników. Warto również podkreślić, że o wiele chętniej ulegamy ludziom do siebie w jakiś sposób podobnym (podobieństwo wieku, wyglądu, doświadczeń życiowych), ponieważ podobieństwo jest „niezauważalnym promotorem sympatii” (reguła wpływu społecznego – lubienia i sympatii) [21].

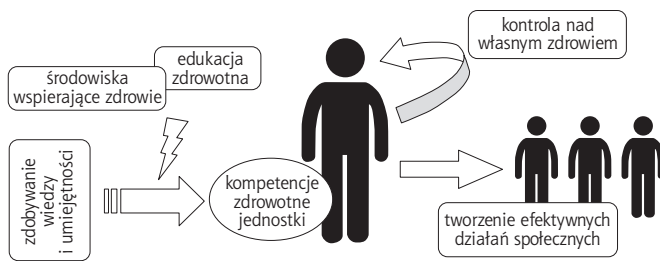
Nadrzędnym celem programu „Mam Haka na Raka” jest „kształtowanie postaw prozdrowotnych poprzez umiejętną edukację i osvajanie młodzieży z tematyką chorób nowotworowych” [27]. Ten ogólnopolski cyklicznie realizowany program ma charakter dwuetapowy – pierwszy etap wymaga od uczestników wykazania się podstawową wiedzą z zakresu onkologii, dotyczącą najczęściej występujących nowotworów w Polsce i jest niejako przygotowaniem do drugiego etapu programu, w którym to właśnie młodzież samodzielnie przygotowuje i wdraża w swym najbliższym otoczeniu (szkole, mieście i regionie) akcje dotyczące tematyki onkologicznej. Program wykorzystuje zatem potencjał młodych ludzi – ich niekonwencjonalny sposób myślenia, siłę perswazji, a także chęć i potrzebę aktywnego współtworzenia otaczającej rzeczywistości – do działań na rzecz zdrowia. „Mam Haka na Raka” jest zatem szczególnym przykładem kampanii opartej na idei upodmiotowienia. Bezpośrednio aktywizując odbiorców poprzez angażowanie ich do działań w społeczności lokalnej, w której funkcjonują (zgodnie z ideą „myśl globalnie działaj lokalnie”), kształtuje świadome zdrowotnie społeczeństwo i przyczynia się do budowania społeczeństwa obywatelskiego [27, 28]. Takie „angażowanie ludzi w działania na rzecz społeczności lokalnej ma [także] bardzo duże znaczenie socjalizacyjne” [28: 97].

## Omówienie

W ostatnich latach wzrasta liczba działań marketingu społecznego podejmujących problematykę zdrowotną [29]. Urzeczywistnieniem idei marketingu jest kampania społeczna, definiowana jako zespół działań, których podstawowym celem jest kształtowanie postaw i zachowań prozdrowotnych, a także podnoszenie poziomu wiedzy jej odbiorców [28, 30, 31]. Obok akcji doraźnych, których cele odnoszą się do wydarzeń bieżących (np. sezonowe zaszczepienie przeciw grypie), wyróżnia się kampanie, których głównym celem jest trwała zmiana zachowań zakorzenionych w stylu życia odbiorców (jak np. rzucenie palenia, czy ograniczenie spożywania tłuszczów). Trwała zmiana zachowań odbiorców jest procesem długotrwałym i niełatwym – „kampanie takie rzadko przynoszą sukcesy, gdyż ludzie unikają lub odrzucają niepokojące lub konfliktowe informacje” [10: 212].

Przed twórcami kampanii stoi więc trudne zadanie, w sprostaniu któremu mogą pomóc, tak często stosowane w kampaniach, techniki wpływu społecznego oparte na regułach psychologicznych sterujących przebiegiem ludzkiego postępowania. W celu zwiększenia skuteczności przekazu w omówionych powyżej wybranych europejskich kampaniach społecznych zastosowano następujące techniki wpływu społecznego: regułę społecznego dowodu słuszności, lubienia i sympatii, regułę kontrastu i najskuteczniejszą z punktu widzenia idei upodmiotowienia społeczeństwa na rzecz zdrowia – regułę zaangażowania i konsekwencji [21]. Kluczem do aktywizacji społeczeństwa na rzecz zdrowia i jego upodmiotowienia, jest wywołanie zaangażowania. Nakłonienie do podjęcia jakiegoś działania, a nawet wypowiedzenia czy deklaracji konkretnej aktywności, aranżuje sytuację sprzyjającą pojawieniu się chęci dążenia do konsekwencji. To dążenie do zgodności między słowami, przekonaniami, postawami i czynami ma swoje źródło w społecznym pojmowaniu konsekwencji, jako cnoty, w korzyściach płynących z postępowania konsekwentnego, a przede wszystkim ze zwolnienia z podejmowania nieustannie nowych decyzji i rozpatrywania wciąż napływających informacji przy konsekwentnym trwaniu przy raz dokonanym wyborze [21]. Fakt, iż zajęcie jakiegoś stanowiska sprawia, że „ludzie bardziej są skłonni do ulegania dalszym prośbom zgodnym z kierunkiem tego zaangażowania, wykorzystywane jest bardzo często przez praktyków wpływu społecznego, w tym przez twórców kampanii społecznych” [21: 95].

Upodmiotowienie jednostek i społeczności na rzecz zdrowia jest procesem złożonym i wieloetapowym (ryc. 1). Zdobywanie wiedzy i umiejętności, a także kształtowanie postaw i zachowań jednostek uwarunkowane jest właściwie realizowanymi działaniami edukacji zdrowotnej. Obok zinstytucjonalizo-



Ryc 1. Upodmiotowienie jednostki na rzecz zdrowia i jej skutki społeczne (opracowanie własne)

Fig 1. Empowerment of an individual for health and its social impact (own presentation)

wanej edukacji zdrowotnej interesującą alternatywą jest właśnie organizacja prozdrowotnych kampanii społecznych [29]. Nie bez znaczenia w procesie upodmiotowienia na rzecz zdrowia jest również dążenie do kształtowania sprzyjających zdrowiu warunków funkcjonowania jednostek i społeczności, co jest nadrzędnym celem środowisk wspierających zdrowie [3]. Wszystkie te działania mają na zadanie wyposażyć jednostkę w niezbędne kompetencje zdrowotne

warunkujące zdolność do przejęcia kontroli nad zdrowiem i życiem na poziomie indywidualnym, a przez podejmowanie efektywnych działań społecznych, także na poziomie społecznym [3, 21]. Najlepszym przykładem realizacji obu tych zadań jest właśnie tworzenie i realizacja kampanii społecznych o tematyce prozdrowotnej. Poprzez działania kampanii aktywizujące jej odbiorców do podejmowania działań na rzecz zdrowia, a także prozdrowotnych decyzji indywidualnych, jak również publicznych, realizowane jest zadanie upodmiotowienia jednostek na rzecz zdrowia. Nie należy jednak zapominać, że już samo „tworzenie i wdrażanie [kampanii społecznych] jest przykładem realizacji w praktyce idei upodmiotowienia” [28: 87]. Bo tylko dzięki upodmiotowieniu indywidualnemu, warunkującemu świadomość konieczności działań na rzecz społeczności lokalnych, chęć wzmacniania wsparcia społecznego i dostarczania różnorodnych umiejętności niezbędnych do zdobycia kompetencji zdrowotnych społeczności, możliwe jest skuteczne upodmiotowienie na rzecz zdrowia całego społeczeństwa.

## Piśmiennictwo / References

1. Leowski J. Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej. CeDeWu.pl, Warszawa 2004.
2. Lwów F, Milewicz A. Promocja zdrowia. Podręcznik dla studentów i lekarzy rodzinnych. Urban&Partner, Wrocław 2004.
3. Synowiec-Piłat M. Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych. Adam Marszałek, Toruń 2009.
4. Alwan A, Armstrong T, Cowan M, et al. Noncommunicable Diseases. Country Profiles 2011. WHO, Geneva 2011.
5. Health at a Glance Europe 2012. OECD Publishing 2012.
6. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians, A Working Document. Government of Canada, Ottawa 1978.
7. Słońska Z. Promocja zdrowia – zarys problematyki. Promocja Zdrowia. Nauk Społecz Med Rocz I, Nr 1-2, 1994.
8. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa 1999.
9. Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia. PZWL, Warszawa 2010.
10. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa 2010.
11. Barański J, Piątkowski W. Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Atut, Wrocław 2002.
12. Kickbusch I. Action on Health Promotion – Approaches to Advocacy and Implementation. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1991.
13. Deklaracja Dżakarcka, IV Międzynarodowa Konferencja na temat Promocji Zdrowia. Dżakarta, Indonezja 1997. [w:] Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia. Karski JB (red). Sanmedia, Warszawa 1994.
14. Biała Księga – Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013. Komisja Wspólnot Europejskich, Bruksela 2007.
15. Jacennik B. Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko. Vizja Press & IT, Warszawa 2008.
16. Karski JB. Promocja zdrowia. Ignis, Warszawa 1999.
17. Camm AJ, Luescher TF, Serruys PW. Choroby serca i naczyń. Podręcznik Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Termedia, Wrocław 2006.
18. Physical activity and health in Europe: evidence for action. WHO Europe 2006.
19. Beręsewicz A. Patofizjologia miażdżycy i choroby niedokrwiennej serca. CMKP, Warszawa 2011.
20. Oficjalna strona internetowa kampanii „Move Week”. <http://www.nowwemove.com/en/moveweek> (19.04.2013).
21. Cialdini R. Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. GWP, Gdańsk 2013.
22. Gawęcki J, Roszkowski W. Żywność człowieka a zdrowie publiczne. PWN, Warszawa 2009.
23. Oficjalna strona internetowa kampanii „The Focus on food Campaign”. <http://www.focusonfood.org/home.html> (19.04.2013).
24. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. PZWL, Warszawa 2009.

25. Mutschler E, Geisslinger G, Kroemer H i wsp. *Farmakologia i toksykologia*. MedPharm Polska, Wrocław 2013.
26. Oficjalna strona internetowa kampanii „Nie wiąż się z papierosem”. <http://www.niezpapierosem.pl> (19.04.2013).
27. Oficjalna strona internetowa kampanii „Mam Haka na Raka”. <http://www.mamhakanaraka.pl> (19.04.2013).
28. Synowiec-Piłat M. Realizacja idei upodmiotowienia na rzecz zdrowia w kampaniach społecznych dotyczących problematyki onkologicznej. [w:] *Socjologia i psychologia dla pacjenta. Wybrane zagadnienia*. Synowiec-Piłat M, Olchowska-Kotala A (red). Adam Marszałek, Toruń 2012: 84-105.
29. Piasecka A. Skuteczność prozdrowotnych kampanii społecznych. *Perspektywa Public Relations*. [w:] *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia*. Jacennik B (red). Vizja Press & IT, Warszawa 2010: 63-73.
30. Wasilewski P. *Szlachetna propaganda dobroci, czyli pierwszy tom o reklamie społecznej*. Agencja Wasilewski, Kraków 2002.
31. Wasilewski P. *Szlachetna propaganda dobroci, czyli drugi tom o reklamie społecznej*. Agencja Wasilewski, Kraków 2007.