

# Jak ulepszyć programy promocji zdrowia? Część I. Istota promocji zdrowia

## How to improve health promotion programs? Part I. Health promotion substance

DOROTA CIANCIARA<sup>1,2/</sup>, EWA URBAN<sup>2/</sup>, MARIA PIOTROWICZ<sup>2/</sup>, MAŁGORZATA GAJEWSKA<sup>2/</sup>,  
KATARZYNA LEWTAK<sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>2/</sup> Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

W wielu dokumentach rangi krajowej i międzynarodowej w celu poprawy zdrowia ludności zaleca się prowadzenie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Te dwie strategie działania zwykle wymienia się łącznie, obok siebie. Z teoretycznego, logicznego i koncepcyjnego punktu widzenia obie strategie są całkowicie odmienne. W praktyce bywają dość trudne do odróżnienia, ponieważ łączą się i nakładają. Skuteczne zapobieganie chorobom nie może odbywać się bez udziału promocji zdrowia.

Celem artykułu jest wyjaśnienie istoty promocji zdrowia. Opisano ją poprzez porównanie z profilaktyką chorób, aby znaleźć ważne cechy różniące. Do porównania profilaktyki chorób i promocji zdrowia zastosowano następujące kryteria: a. koncepcja (percepcja) zdrowia i jego uwarunkowań i b. architekt, *spiritus movens* i strategię oraz wykorzystywane strategie i metody.

Co do zasady w profilaktyce chorób i promocji zdrowia inaczej interpretuje się zdrowie i determinanty zdrowia, inaczej postrzega siłę sprawczą zmian oraz wykorzystuje inne instrumentarium, a także – w konsekwencji – posługuje się innym językiem. W opracowaniu przedstawiono w maksymalnie syntetyczny sposób zakres działania i wzajemne relacje czystej profilaktyki chorób i czystej promocji zdrowia. Podkreślono, że WHO konsekwentnie podtrzymuje wykładnię promocji zdrowia zgodną z Kartą Ottawską, pomimo wielu konkurencyjnych podejść i interpretacji.

**Słowa kluczowe:** *promocja zdrowia, profilaktyka chorób, zdrowie, działania promocji zdrowia, działania profilaktyki chorób*

In many documents, both national and international, in order to improve the health of population, health promotion and disease prevention are recommended. Those two strategies for action are usually mentioned together, side by side. From a theoretical, logical and conceptual point of view, these two strategies are completely different. However, in practice, they tend to be quite difficult to distinguish because they overlap. Effective disease prevention cannot take place without health promotion.

The purpose of the article is to clarify the essence of health promotion. It has been described by comparing it with disease prevention to find important differences. To compare disease prevention and health promotion the following criteria have been used: a. concept (perception) of health and its determinants and b. architect, *spiritus movens* and strategies and methods used.

As a rule, in disease prevention and in health promotion, health and its determinants are interpreted one way and the *spiritus movens* of change is perceived in a different way, separate instrumentation is used and – in consequence – a different language is applied. The article presents the maximum synthetic range of activities and mutual relations of pure disease prevention and pure health promotion. It was emphasized that WHO consistently upholds the interpretation of health promotion in accordance with the Ottawa Charter in spite of many competing approaches and interpretations.

**Key words:** *health promotion, disease prevention, health, health promotion activities, disease prevention activities*

© Hygeia Public Health 2018, 53(1): 9-15

www.h-ph.pl

Nadesłano: 21.09.2017

Zakwalifikowano do druku: 20.12.2017

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Katarzyna Lewtak

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. 22 542 13 63, e-mail: klewtak@pzh.gov.pl

## Wprowadzenie

W wielu dokumentach rangi krajowej i międzynarodowej w celu poprawy zdrowia ludności zaleca się prowadzenie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, czyli dwóch strategii działania, które zwykle wymienia się łącznie, obok siebie. Obie, razem z ochroną zdrowia, rozumianą jako zapewnienie bezpieczeństwa

żywności i środowiskowego, należą do instrumentów zdrowia publicznego [1]. Z teoretycznego, logicznego i koncepcyjnego punktu widzenia obie strategie są całkowicie odmienne. Jednak w praktyce bywają dość trudne do odróżnienia, ponieważ łączą się i nakładają. Skuteczne zapobieganie chorobom nie może odbywać się bez udziału promocji zdrowia [2, 3].

Niestety, wieloletnie doświadczenie zawodowe uczy, że w wielu krajowych programach promocji zdrowia (w tym samorządowych programach polityki zdrowotnej realizowanych na mocy Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w programach dofinansowanych ze środków zagranicznych) nagminnie występują dwie nieprawidłowości [4]. Pierwsza dotyczy niewłaściwej interpretacji promocji zdrowia, przy czym najczęściej jest ona utożsamiana z promowaniem zdrowego stylu życia. Wykładnię taką zdaje się również stosować Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji: „Na uwagę zasługuje fakt, że liczba projektów PZ z zakresu promocji zdrowia, które wpłynęły do AOTM do zaopiniowania jest niewielka i właściwie nie ma wśród tych projektów takich, które nakierowane byłyby przede wszystkim na promocję aktywności fizycznej” [5].

Często promocję zdrowia interpretuje się również jako odpowiednik edukacji zdrowotnej, działania na korzyść zdrowia prowadzone wśród osób zdrowych, a nawet synonim profilaktyki. Druga nieprawidłowość dotyczy planowania działań promocji zdrowia i w znacznej mierze wynika z pierwszej. Oba uchybienia mają podstawowe, rozstrzygające znaczenie dla przebiegu promocji zdrowia, a więc jej skuteczności i dlatego wymagają niwelowania.

Celem tego artykułu jest wyjaśnienie istoty promocji zdrowia. Opisano ją poprzez porównanie z profilaktyką chorób, aby znaleźć ważne cechy różniące. W części II zostaną przedstawione zasady planowania programów promocji zdrowia.

## Definicje

Profilaktykę chorób definiuje się jako działania, które zapobiegają ich wystąpieniu. Są to działania ukierunkowane na eradykację (wykorzenienie), eliminację lub minimalizowanie wpływu choroby lub niepełnosprawności albo – jeśli nie jest to możliwe – opóźnienie postępu choroby lub niepełnosprawności [6]. Tu uwaga: nie ma profilaktyki zdrowotnej, czyli zapobiegania zdrowotnego. A w szczególności nie powinno być profilaktyki zdrowia! (np.: „Program Promocji i Profilaktyki Zdrowia w Gminie... na lata 2016-2018”) [7].

Konstytutywna definicja sformułowana przez WHO w 1986 r. w Karcie Ottawskiej określa promocję zdrowia jako proces, który umożliwia ludziom kontrolę (panowanie) nad zdrowiem i jego poprawę. Proces ten powinien przebiegać na 5 płaszczyznach: prowadzenia polityki prozdrowotnej, tworzenia wspierających środowisk, wzmacniania działań społeczności, rozwoju umiejętności indywidualnych oraz reorientacji sektora świadczeń zdrowotnych [8]. W późniejszych opracowaniach i dokumentach WHO, w tym w Health 2020, podtrzymano taką wykładnię [9, 10].

W literaturze przedmiotu istnieją różne definicje i interpretacje promocji zdrowia, pochodzące zarówno z czasów przed Kartą Ottawską [11-18], jak po niej [19-25], przy czym podane pozycje piśmiennictwa nie obejmują wszystkich modyfikacji i koncepcji. Niemniej stanowisko WHO jest aprobowane na świecie, w tym w Europie Zachodniej, Kanadzie i Australii, gdzie przywiązuje się wagę do społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia i jego strukturalnego kontekstu. Natomiast w USA przeważa indywidualistyczne podejście do zdrowia. W promocji zdrowia wygrywa moralizatorstwo profesjonalistów, akcent pada na zmianę zachowań i stylu życia jednostki. Umacnia to redukcjonistyczne rozumienie zdrowia w odbiorze społecznym [26].

Trzeba jednak podkreślić, że Amerykanie byli pionierami promocji zdrowia, czego dowodem jest m.in. opracowanie w 1983 r. modelu planowania zdrowia społeczności (wspólnoty) PATCH (*Planned Approach to Community Health*). Miał on służyć pomocą różnym partnerom przy planowaniu programów zdrowotnych na poziomie lokalnym, ale także podmiotom współpracującym na szczeblu federalnym i stanowym, zarówno w trybie wertykalnym, jak i horyzontalnym [27]. Wkrótce schemat PATCH był poddany ocenie (ewaluacji procesu), co dowodzi pragmatyzmu [28]. Ponadto w USA realizowano w przeszłości i prowadzi się obecnie masę obiecujących i innowacyjnych projektów zgodnych ze społecznym podejściem promocji zdrowia.

## Różnice między profilaktyką chorób a promocją zdrowia

### Koncepcja zdrowia

Przy tradycyjnym rozumowaniu, że zdrowie zależy od jednostkowych czynników ryzyka fizjologicznego, to w pogoni za zdrowiem prowadzi się działania biomedyczne (czyli diagnostyczne i lecznicze) skierowane do poszczególnych osób. Jeśli założeniem jest, że zasadnicze znaczenie dla zdrowia mają jednostkowe zachowania, to podejmowane są próby zmian w stylu życia danych osób, ewentualnie z budowaniem sieci wsparcia społecznego. Ten sposób myślenia wyrósł w latach 70. XX w. Jeśli zaś za najważniejsze uznaje się czynniki społeczne i środowiskowe, a jest to odłona lat 80. XX w., to prace polegają na ingerencji w warunki życia całych społeczności i społeczeństw [29, 30]. Spośród tych trzech sposobów postrzegania zdrowia (biomedyczny, behawioralny, społeczno-środowiskowy) najbliższy duchowi promocji zdrowia jest ten ostatni, przy akceptacji drugiego. W profilaktyce bazą jest natomiast jednostkowość zdrowia i paradygmat biomedyczny. Rozwinięciem jest włączenie do profilaktyki takich działań, które odpowiadają paradygmatowi behawioralnemu.

W konsekwencji różnic w percepcji zdrowia czasem wyróżnia się pięć podejść do promocji zdrowia, tj. z perspektywy: biomedycznej (w istocie czysto prewencyjnej), behawioralnej, edukacyjnej, podmiotowości (np. rozwój społeczności) i zmiany społecznej (np. środki fiskalne i polityczne), spośród których najbliższe wykładni ottawskiej są trzy ostatnie [31]. Podział taki akceptuje faktyczną różnorodność interpretacji uwarunkowań zdrowia, ale legitymizuje działania, które zawierają składniki obce w promocji zdrowia.

Tradycyjnie o zdrowiu myśli się głównie w kategoriach choroby, a ściślej jej braku, patologii i różnych deficytów (tzw. zdrowie negatywne). W pogoni za zdrowiem szuka się wtedy czynników szkodliwych dla zdrowia i zwalcza je. Istnieje jednak przeciwstawne podejście do zdrowia, jako stanu pozytywnego – salutogenetyczne. W tym wypadku budowanie zdrowia polega na wspieraniu dobrych stron i zasobów osób/ społeczności, takich jak np. indywidualne umiejętności czy sieci społeczne [32-35]. Promocja zdrowia intensywnie korzysta z podejścia salutogenetycznego, chociaż nie odżegnuje się od patologicznego, które jest charakterystyczne dla profilaktyki.

### Główny architekt (spiritus movens)

Czyste podejście prewencyjne, tzw. z góry na dół (*top-down*), odgórne, polega na tym, że profesjonalisci od spraw chorób zgodnie ze swoimi założeniami i kryteriami oceny sytuacji wybierają problem do rozwią-

zania, określają grupy dotknięte tym problemem oraz metody przeciwdziałania problemowi, oferują usługi (świadczenia), a od wybranych grup i osób oczekują posłuszeństwa oraz odpowiedzialności (tab. I). Czyste podejście promocji zdrowia, tzw. z dołu do góry (*bottom-up*), oddolne, zakłada natomiast znaczne upodmiotowienie osób (społeczności), umożliwienie im wyboru problemu, który jest dla nich ważny, wyboru metod przeciwdziałania oraz współpracy przy tworzeniu świadczeń publicznych. Zarazem osoby te mogą zyskać poczucie kontroli (panowania) nad zdrowiem i jego uwarunkowaniami [36].

Zarówno systematyczne włączenie społeczności do planowania i realizacji programów promocji zdrowia, jak też akceptacja przez specjalistów wiedzy potocznej laików, napotyka na liczne przeszkody. W praktyce zazwyczaj dochodzi do pewnych napięć, konkurencji między tymi podejściami i ich łączenia.

### Podejścia, strategie i metody

W obrębie profilaktyki chorób i promocji zdrowia można wyróżnić ich liczne formy lub strategie działania, opierające się na mocnym podłożu teoretycznym i dobrze udokumentowane w sferze praktycznej i badawczej. Strategia jest szerokim pojęciem, które oznacza pewien plan, kierunek i orientację działania, które mają doprowadzić do zamierzonego celu albo rozwiązania problemu. Trzeba zaznaczyć, że terminy takie, jak podejście, strategia czy metoda są często sto-

Tabela I. Zasadnicze różnice między podejściami z góry na dół i z dołu do góry [za 36 w modyfikacji własnej]

Table I. Key differences between top-down and bottom-up approaches [adapted from 36]

Zmienna /Variable	Z góry na dół /Top-down	Z dołu do góry /Bottom-up
podstawowa zasada /base rule	odpowiedzialność jednostki / individual responsibility	upodmiotowienie /empowerment
nastawienie /orientation	słabe strony, deficyt, rozwiązanie problemu /weakness, deficit, problem solution	moce strony, potencjał, wzrost kompetencji /strength, capacity, competence improvement
definiowanie problemu /definition of problem	czynnik zewnętrzny /outside agent	społeczność /community
główna metoda działania /primary methods	edukacja, poprawa świadczeń, styl życia /education, service improvement, lifestyle	wzmacnianie poczucia własności, budowanie zasobów i potencjału społeczności w celu zmiany ekonomicznej, społecznej i politycznej /building community control, resources and capacities towards economic, social and political change
rola czynnika zewnętrznego /role of outside agent	dostarczanie świadczeń, alokacja zasobów /service delivery, resource allocation	reakcja na potrzeby społeczności /response towards community needs
decydenci /decision makers	przedstawiciele agencji, liderzy biznesu, „mianowani” liderzy niewywodzący się z danej społeczności /agency representatives, business leaders, ‘appointed’ community leaders	rodzimi liderzy społeczni /indigenous leaders
panowanie społeczności nad zasobami /community control over resources	niewielkie /low	duże /high
poczucie w społeczności, że projekt jest jej własnością /community ownership	niewielkie /low	duże /high
ewaluacja, kryteria /evaluation, criteria	mieralne rezultaty, mieralne czynniki ryzyka / quantifiable outcomes, specific risk factors	pluralistyczne metody dokumentowania zmian, które mają znaczenie dla społeczności /pluralistic methods documenting change of importance to community

sowane wymiennie i nie ma tu jednolitej terminologii. Ponadto w określaniu co jest czym panuje dowolność.

Najbardziej znane, tradycyjne strategie profilaktyki, tj. profilaktyka I, II i III-rzędowa, wynikają z historii naturalnej choroby. Istnieją jednak inne podejścia do profilaktyki na mocy tego kryterium (np. profilaktyka początkowa (*primordial*) oraz czwartorzędowa). Należy podkreślić, że profilaktyka III-rzędowa (III fazy) polega na leczeniu choroby i rehabilitacji, co jest sprzeczne z potocznym sposobem myślenia o profilaktyce, czyli o zapobieganiu.

Ponadto profilaktykę można prowadzić, np. z perspektywy adresata (na poziomie jednostki – tzw. strategia wysokiego ryzyka oraz populacji – tzw. strategia populacyjna), triady epidemiologicznej (unieszkodliwienie źródła zakażenia, przecięcie dróg szerzenia się zakażenia, uodpornienie populacji) czy poziomu ryzyka (uniwersalna, selektywna, wskazująca).

Strategie czystej profilaktyki biorą swój początek z problemu zdrowotnego (*issue-based, problem-based*), zaś promocji zdrowia z siedliska, środowiska życia ludzi (*setting-based*). Siedliskowe podejście propagowane przez WHO obejmuje m.in. zdrowe miasta, wsie, gminy i społeczności, promujące zdrowie szkoły, zakłady pracy, szpitale i placówki medyczne, więzienia, uniwersytety oraz miasta przyjazne ludziom starszym [37].

W obrębie siedliskowej promocji zdrowia opisano pięć strategii, czy też poziomów aktywności, w których kaskadowo zwiększa się stopień uspołecznienia i upodmiotowienia oraz uniwersalizm (tab. II). Najbardziej rozwiniętym, ambitnym i radykalnym rodzajem jest model strukturalny. Jest on zarazem najtrudniejszy do oceny pod względem uzyskiwanych efektów zdrowotnych [38].

I podobnie, aktywności szpitala promującego zdrowie podzielono na następujące strategie – poziomy zaawansowania: 1. realizacja poszczególnych projektów dla zdrowia w szpitalu, 2. delegowanie zadań pro-

mocji zdrowia do wyznaczonego zespołu, 3. tworzenie środowiska promującego zdrowie wewnątrz szpitala (pacjenci, rodziny, personel), 4. tworzenie środowiska promującego zdrowie wewnątrz szpitala oraz poprawa zdrowia społeczności w sąsiedztwie [40].

Przez wiele lat magiczną formułą promocji zdrowia, kluczem, celem i zarazem metodą działania było upodmiotowienie (*empowerment*) oraz aktywne uczestnictwo społeczności [41, 42].

Wraz z rozwojem promocji zdrowia zagadnienie to nie tyle straciło na znaczeniu, co spowszedniało. Dzisiaj na pierwszy plan wysuwają się inne kwestie strategiczne, tj. dobre zarządzanie, gospodarowanie (*governance*) zdrowiem oraz kształtowanie kompetencji zdrowotnych (*health literacy*). Promocja zdrowia wymaga, aby decydenci, zwłaszcza szczebla rządowego, ze wszystkich sektorów, uznali zdrowie za oś swoich polityk, zgodnie z ideą 'zdrowie we wszystkich politykach'. Współcześnie uważa się, że dobre gospodarowanie zdrowiem może zapewnić podejście 'cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia' (*whole-of-government and whole-of-society*) [43-45]. Poprawa kompetencji zdrowotnych jest niezbędna, aby ludzie mogli dokonywać wyborów dobrych dla zdrowia [46-48]. Niezmiernie ważne jest podejście siedliskowe w perspektywie zdrowego miasta [49-51].

Tak więc co do zasady, w profilaktyce chorób i promocji zdrowia inaczej interpretuje się determinanty zdrowia, inaczej postrzega się sprawczą zmian oraz wykorzystuje inne instrumentarium, a także – w konsekwencji – posługuje się innym językiem. Ponieważ w opracowaniu tym nie sposób dokonać teoretycznej wykładni wszystkich podejść/strategii/metod, w tabeli III przedstawiono w maksymalnie syntetyczny sposób zakres działania i wzajemne relacje czystej profilaktyki chorób i czystej promocji zdrowia [52-56]. Jednocześnie zachęcamy wszystkich do zgłębienia stosownych podstaw teoretycznych.

Tabela II. Rodzaje siedliskowej promocji zdrowia [za 39 w modyfikacji własnej]  
Table II. Types of setting-based health promotion [adopted from 39]

Rodzaj /Type	Problem i rozwiązanie problemu /Problem and problem solution	Działania /Activities
model pasywny /passive model	zachowania i działania indywidualne /behaviors and actions of individuals	mass media, komunikacja, edukacja jednostek /mass media, communication, individual education
model aktywny /active model	zachowanie jednostek i wsparcie siedliska /individual behaviors and setting support	mass media, komunikacja, edukacja jednostek, praca w środowisku (zmiana polityczna, strukturalna) stosownie do problemu /mass media, communication, individual education, work in setting (political, structural change) problem-oriented
model nośnika /vehicle model	siedlisko i poszczególne projekty /setting and individually based projects	zmiana polityczna i strukturalna, mass media, komunikacja, edukacja jednostek /political, structural change, mass media, communication, individual education
model organiczny /organic model	problem i rozwiązanie tkwią w siedlisku /problem and solution lies in setting	ułatwianie i wzmacnianie wspólnych działań społeczności /facilitating and strengthening collective/community action
model kompleksowy, strukturalny /comprehensive, structural model	problem i rozwiązanie tkwią w siedlisku /problem and solution lies in setting	tworzenie polityk i wprowadzanie zmian strukturalnych /developing policies and bringing about structural change

Tabela III. Kontinuum działania profilaktyki chorób i promocji zdrowia [opracowanie własne w oparciu o: 52-56]  
 Table III. Continuum of disease prevention and health promotion [authors' own elaboration based on: 52-56]

podejście odgórne /top-down approach	
populacja widziana z perspektywy historii naturalnej choroby (stadium choroby) /population by stages of disease continuum	
profilaktyka pierwotna/I rzędu/I fazy; skierowana do osób zdrowych /primary prevention/1st stage; for healthy persons	profilaktyka wtórna/II rzędu/II fazy, wczesne wykrywanie; skierowana do osób zagrożonych /secondary prevention/2nd stage; for persons at risk
profilaktyka trzeciorzędowa/III fazy, zarządzanie chorobą; skierowana do osób chorych oraz chorych i leczonych /tertiary prevention/3rd stage; for sick and sick and treated persons	
działania /nature of intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• szczepienia ochronne /vaccination</li> <li>• edukacja w szkole /school education</li> <li>• edukacja zdrowotna /health education</li> <li>• zmiana w środowisku /environmental change</li> <li>• legislacja, nadzór /legislation, supervision</li> </ul>
organizator /responsible sectors	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zdrowie publiczne /public health</li> <li>• podstawowa opieka zdrowotna /primary health care</li> <li>• inne sektory (np. transport, rolnictwo, mieszkalnictwo, finanse) /other sectors (e.g. transport, agriculture, housing, finance)</li> </ul>
instytucja/organizacja wiodąca, partnerzy, społeczność, liderzy społeczni, organizacje pozarządowe /institution/leading organization, partners, community leaders, Non-governmental Organizations (NGOs)	
działania /nature of intervention	<p>działania w społeczności /community activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozwój społeczności, mapowanie zasobów, sieci społeczne, pomoc wzajemna, banki czasu /community development, asset mapping, social networks, mutual aid, time banks</li> <li>• interwencje poprzez osoby równe stanem, wolontariat, liderzy zdrowia/trenerzy, mentoring /peer interventions, volunteering, health champions/health trainers, mentoring</li> <li>• współpraca i partnerstwo, zdrowe miasta, zdrowe strefy /community-based participatory research, healthy cities, health action zones</li> <li>• poprawa dostępu do zasobów i świadczeń, centra społeczności (hub), banki żywności /Access to community resources, community hubs, food banks</li> </ul> <p>działania tradycyjne /traditional activities</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informacja, edukacja, szkolenia, poradnictwo /information, education, trainings, counselling</li> <li>• zmiana środowiska, poprawa świadczeń, zmiana organizacyjna/polityczna/prawna /environmental change, improving health services, organizational, political and legal change</li> <li>• marketing społeczny, rzecznictwo zdrowotne /social marketing, advocacy for health</li> </ul>
promocja zdrowia /health promotion	
populacja widziana z perspektywy społeczności, miejsca życia i pracy (np. miasta, szkoły), z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych /population by community, place of living and work (cities, schools), considering specific health needs	
podejście oddolne /bottom-up approach	

## Podsumowanie

Reasumując powyższe – promocja zdrowia jest taką interwencją, która:

- dąży do upodmiotowienia zainteresowanych osób, grup, społeczności
- opiera się na partnerstwie, włącza wszystkich zainteresowanych we wszystkie etapy pracy
- respektuje zasadę sprawiedliwości społecznej i wspiera najbardziej potrzebujących
- traktuje zdrowie holistycznie (w wymiarze fizycznym, psychicznym i emocjonalnym oraz społecznym, także duchowym)
- wykorzystuje liczne metody pracy
- włącza do pracy podmioty i reprezentantów z różnych sektorów (np. transport, rolnictwo, NGO etc.), a nie tylko sektora zdrowotnego (tzw. międzysektorowość)

– jest trwała, czyli uruchamia takie mechanizmy, które umożliwiają kontynuację działań po zaprzestaniu finansowania [ 57 ].

Promocja zdrowia jest pracą z ludźmi. Aktywny udział społeczności, obywateli, w działaniach formalnych i nieformalnych, w programach i dyskusjach na temat planowanych zmian, przewidywanych ulepszeń ma liczne uzasadnienia: przeciwdziała wykluczeniu, mobilizuje zasoby i energię ludzką, umożliwia bardziej zasadne, oparte na realiach podejmowanie decyzji, uwzględnia różne warunki, daje ludziom poczucie panowania nad sytuacją życiową [ 58-62 ].

Nie bez przyczyny zatem czynny udział obywateli jest podstawową zasadą promocji zdrowia.

*Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.*

*Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo / References

- Regional Committee for Europe Sixty-second session. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. WHO Regional Office for Europe, Malta 2012. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1) (15.10.2017).
- Tengland PA. Health promotion or disease prevention: a real difference for public health practice? *Health Care Anal* 2010, 18(3): 203-221.
- Tengland PA. Health promotion and disease prevention: logically different conceptions? *Health Care Anal* 2010, 18(4): 323-341.
- Cianciara D, Rdzany R. Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja. *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 97-103.
- Rdzany RS. Krytyczna analiza lokalnych programów z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Projekt Predefiniowany: Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13. Maj 2015. <http://bazawiedz.pzh.gov.pl/download/484/> (15.10.2017).
- Porta M (ed). *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, Oxford 2014: 224-225.
- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 11/2017 z dnia 20 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Promocji i Profilaktyki Zdrowia w Gminie Nowogród Bobrzański na lata 2016-2018”. <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/opz/2017/OP-011-2017.pdf> (15.10.2017).
- Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promot Int* 1986, 1(4): 405. <https://academic.oup.com/heapro/article/1/4/405/933881> (15.10.2017).
- Health promotion glossary. WHO, Geneva 1989: WHO/HPR/HEP/98.1. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> (16.10.2017).
- Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. WHO, Copenhagen 2013: 24. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1) (16.10.2017).
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians – a working document. Government of Canada, Ottawa 1974: 67-68. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (15.10.2017).
- National Consumer Health Information and Health Promotion Act of 1976. Public Law 94-317, June 23 1976. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-90/pdf/STATUTE-90-Pg695.pdf> (15.10.2017).
- Healthy People: The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. U.S. Department Of Health, Education, And Welfare, Washington 1979: 10-1. <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf> (15.10.2017).
- Green LW. Current report: Office of Health Information, Health Promotion and Physical Fitness and Sports Medicine. *Health Educ* 1980, 11(2): 28.
- Tannahill A. What is health promotion? *Health Educ J* 1985, 44(4): 167-168.
- Epp J. Achieving health for all: A framework for health promotion. *Health Promot* 1986, 1(4): 419-428.
- O'Donnell MP. Definition of Health Promotion. *Am J Health Promot* 1986, 1(1): 4-5.
- Goodstadt MS, Simpson RI, Loranger PO. Health Promotion: A Conceptual Integration. *Am J Health Promot* 1987, 1(3): 58-63.
- Caplan R, Holland R. Rethinking health education theory. *Health Educ J* 1990, 49(1): 10-12.
- Caplan R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promot Int* 1993, 8(2): 147-157.
- Beattie A. Knowledge and control in health promotion. [in:] Gabe J, Calnan M, Bury M (eds). *The Sociology of the Health Service*. Routledge, London 1991: 162-202.
- Tones K, Tilford S. *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. Nelson Thornes, London 1994.
- Baum F, Narayan R, Sanders D, et al. Social vaccines to resist and change unhealthy social and economic structures: a useful metaphor for health promotion. *Health Promot Int* 2009, 24(4): 428-433.
- O'Donnell MP. Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities. *Am J Health Promot* 2009, 24(1): 4.
- Duplaga M. The evolving concept of health promotion: definitions, outcomes and classification of interventions. *Zesz Nauk Ochr Zdr Zdr Publ Zarz* 2015, 13(2): 141-149.
- Crisan ARB. An exploration of the ideology of health promotion and critical implications for public health. University of Pittsburgh – Graduate School of Public Health, Pittsburgh 2013. [http://d-scholarship.pitt.edu/19593/1/Bodea\\_A\\_ETD\\_2013.pdf](http://d-scholarship.pitt.edu/19593/1/Bodea_A_ETD_2013.pdf) (15.10.2017).
- Kreuter MW. Patch: Its Origin, Basic Concepts, and Links to Contemporary Public Health Policy. *J Health Educ* 1992, 23(3): 135-139.
- Goodman RM, Steckler A, Hoover S, Schwartz R. A critique of contemporary community health promotion approaches: based on a qualitative review of six programs in Maine. *Am J Health Promot* 1993, 7(3): 208-220.
- Labonte R. Health promotion and empowerment: practice frameworks. Centre for Health Promotion – University of Toronto, Toronto 1993: 3-5. [https://www.researchgate.net/publication/246362374\\_Health\\_Promotion\\_and\\_Empowerment\\_Practice\\_Frameworks](https://www.researchgate.net/publication/246362374_Health_Promotion_and_Empowerment_Practice_Frameworks) (15.10.2017).
- Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promot Int* 2000, 15(4): 355-367.
- Naidoo J, Wills J. *Foundations for health promotion*. Baillière Tindall Elsevier, London 2009.
- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996, 11(1): 11-18.
- Frohlich KL, Potvin L. Health promotion through the lens of population health: Toward a salutogenic setting. *Crit Public Health* 1999, 9(3): 211-222.
- Morgan A, Ziglio R. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ* 2007, Suppl 2: 17-22.
- Roy MJ. The assets-based approach: furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses. *Crit Public Health* 2017, 27(4): 455-464.

36. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan* 2000, 15(3): 255-262.
37. WHO. Types of healthy settings. [http://www.who.int/healthy\\_settings/types/en/](http://www.who.int/healthy_settings/types/en/) (14.10.2017).
38. Lieberman L, Golden SD, Earp JAL. Structural approaches to health promotion: what do we need to know about policy and environmental change? *Health Educ Behav* 2013, 40(5): 520-525.
39. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, et al. 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promot Int* 2001, 16(4): 339-353.
40. Johnson A, Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promot Int* 2001, 16(3): 281-287.
41. Labonte R. Health Promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q* 1994, 21(2): 253-268.
42. Milestones in health promotion: Statements from global conferences. WHO, Geneva 2009: WHO/NMH/CHP/09.01. [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf) (17.10.2017).
43. WHO. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (follow-up of the 8th Global Conference on Health Promotion). Report of the Secretariat. Sixty-eight World Health Assembly, provisional agenda item 14.5, 18 May 2015. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_17-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_17-en.pdf?ua=1) (15.10.2017).
44. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2012. The future we want. UNGA, 11 September 2012: A/RES/66/288. [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/288](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/288) (15.10.2017).
45. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012: VII-XV. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf) (15.10.2017).
46. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12: 80.
47. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD (eds). Health literacy: The solid facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) (15.10.2017).
48. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU Member States. HLS-EU Consortium 2012. [http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative\\_report\\_on\\_health\\_literacy\\_in\\_eight\\_EU\\_member\\_states.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf) (15.10.2017).
49. WHO. Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016. *Health Promot Int* 2017, 32(4): 603-605.
50. Tsouros A, de Leeuw E, Green G. Evaluation of the Fifth Phase (2009-2013) of the WHO European Healthy Cities Network: further sophistication and challenges. *Health Promot Int* 2015, 30(suppl 1): 11-12.
51. Tsouros AD. Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. *Health Promot Int* 2015, 30(suppl 1): 13-17.
52. National Public Health Partnership. Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework Background Paper. National Public Health Partnership, Melbourne 2001. <http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2014/nphp/publications/strategies/chrondis-bgpaper.pdf> (15.10.2017).
53. Health Service Executive. The Health Promotion Strategic Framework. Main report. HSE National Health Promotion Office, Dublin 2011. [http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF\\_HSE.pdf](http://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HPSF_HSE.pdf) (15.10.2017).
54. Kumar S, Preetha GS. Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. *Indian J Community Med* 2012, 37(1): 5-12.
55. Public Health England. A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. London, February 2015. <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-wellbeing-a-guide-to-community-centred-approaches> (16.10.2017).
56. Community Toolbox. <http://ctb.ku.edu/en> (16.10.2017).
57. Rootman I. A framework for health promotion evaluation. [in:] Evaluation in health promotion. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. (eds). WHO Regional Publications European Series 2001, 92: 3-6. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108934/E73455.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf) (15.10.2017).
58. Bracht N, Tsouros A. Principles and strategies of effective participation. *Health Promot Int* 1990, 5(3): 199-208.
59. Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques. WHO Regional Office for Europe, 2002 EUR/ICP/POLC 06 03 05D (rev. 1). [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/101065/E78652.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/101065/E78652.pdf) (15.10.2017).
60. Marent B, Forster R, Nowak P. Theorizing participation in health promotion: A literature review. *Soc Theory Health* 2012, 10(2): 188-207.
61. Davies SC, Winpenny E, Ball S, et al. For debate: a new wave in public health improvement. *Lancet* 2014, 384(9957): 1889-1895.
62. Public Health England. A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. London 2015. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/417515/A\\_guide\\_to\\_community-centred\\_approaches\\_for\\_health\\_and\\_wellbeing\\_full\\_report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/417515/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_full_report.pdf) (15.10.2017).