

PSYCHOLOGIA ZDROWIA: KONTEKSTY I POGRANICZA

pod redakcją Małgorzaty Górnik-Durose i Joanny Mateusiak

Spis treści

Wstęp (Małgorzata GÓRNIK-DUROSE, Joanna MATEUSIAK)	9
--	---

ZAGADNIENIA TEORETYCZNE

Rozdział I	Małgorzata GÓRNIK-DUROSE: Konteksty i pogranicza — inspiracje dla psychologii zdrowia	17
Rozdział II	Krzysztof PUCHALSKI: Promocja zdrowia w Polsce w obliczu procesów medykacji. Przedmiot oraz kontekst dla badań z pogranicza psychologii i socjologii zdrowia	41
Rozdział III	Agnieszka ROSIŃSKA: Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategiczne planowanie prozdrowotnej zmiany	69
Rozdział IV	Eleonora BIELAWSKA-BATOROWICZ: Psychologia zdrowia a starzenie się	89
Rozdział V	Piotr OLEŚ, Elwira BRYGOŁA: Świadomość dialogowa — implikacje dla zdrowia	109

PROBLEMY POMIARU

Rozdział VI	Joanna MATEUSIAK, Ewa GWOZDECKA-WOLNIASZEK, Maciej JANUSZEK: Kręte ścieżki pomiaru zdrowia — prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia	125
Rozdział VII	Irena JEŁONKIEWICZ, Marek ZWOLIŃSKI: „Linia Życia” jako sposób pomiaru subiektywnego dobrostanu: założenia teoretyczne, wskaźniki i wstępna ocena użyteczności w badaniach uczniów klas maturalnych	149
Rozdział VIII	Ewa GRUSZCZYŃSKA: Problematiczna trafność dyskryminacyjna pomiaru poczucia koherencji: eksploracja empiryczna redundancji z miarą lęku-cechy	171

Promocja zdrowia w Polsce
w obliczu procesów medykalizacji
Przedmiot oraz kontekst dla badań
z pogranicza psychologii i socjologii zdrowia

Krzysztof Puchalski

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
Instytut Socjologii
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy

ABSTRACT: The article presents how different social contexts understand health promotion and discusses what the processes called medicalization and what their mechanisms are like. Next, the author of the article combines the very two issues and analyses how medicalization is manifested in the sphere of health promotion, how the interpretations of the latter are appropriated by influential biomedicine and marketing-medial practices, as well as what effects for the academic and implementation activity in public health, psychology and sociology they bring. It also shows how the understanding of health promotion is trivialized and how their functions are marginalized, which derives from defensive mechanism of biomedical sciences from ideas preaching the need of big redefinitions in health care. The analyses of health promotion accentuate confrontation of its idea worked out by the WHO with interpretations typical of a professional practice of public health, activity of "an everyday life" and social sciences. The typologies of the diversification of meanings of the very notion are presented. A discussion of medicalization, after a reference to its classical conception, presents an analytical diagram allowing for following interpretations of health promotion on the continuum between a biomedical, socio-medical and socio-ecological paradigm. The aim of the work is to make readers reflect on their own attitude to health promotion, show the effects of the acceptance of its medicalised vision, outline new research areas in the field in question, as well as make an attempt at motivating and opposing negative effects of medicalization by means of the activity connected with building (both a theoretical and institutional) identity of health promotion.

KEY WORDS: health promotion, medicalization, health paradigms

Wstęp

Obszar, na którym w towarzystwie medycyny rozwija się psychologia zdrowia, antropologia medyczna, epidemiologia społeczna, socjologia zdrowia i medycyny, zdrowie publiczne czy pedagogika zdrowia, czyli względnie ugruntowane już subdyscypliny akademickie, a także te, które w Polsce kształtują się od niedawna, takie jak promocja zdrowia, ukazuje dwa przeciwstawne procesy. Z jednej strony, następuje rozwój interdyscyplinarnych teorii, badań i wdrożeń, zanikanie granic pomiędzy tymi dyscyplinami, czerpanie ze wspólnych kontekstów paradygmatycznych, teoretycznych i przedmiotowych, tworzenie znaczących dokonań na ich pograniczach. Z drugiej strony, ujawnia się dążenie tych dyscyplin do samodzielności, poszukiwanie i uzasadnianie własnej specyfiki, budowanie odrębnej tożsamości, a wreszcie instytucjonalizowanie własnej odrębności.

O ile pierwszy z tych procesów, na tle tendencji rozwoju nauki, wydaje się wyrażać ideę postępu, o tyle drugi jawić się może jako coś wstecznego. W takiej sytuacji warto postawić pytanie: Czy jednak dążenie niektórych dyscyplin do wyodrębnienia własnej specyfiki i budowania tożsamości nie jest w obecnej sytuacji uzasadnione i godne poparcia?

W tym miejscu chcę zająć się promocją zdrowia jako osobną dziedziną nauki (aspirującą do miana samodzielnej dyscypliny), a zarazem jako kontekstem, w którym psychologia i socjologia oraz inne przywołane już dyscypliny prowadzą własne badania i realizują wdrożenia. Chcę jednocześnie bronić kontrowersyjnej tezy, że niektóre aspekty procesu integracji nauk o zdrowiu, w tym nasilanie się ich powiązań z medycyną — z jednej strony, a z drugiej — z praktyką „życia codziennego”, mogą być czymś cennym, ale mogą również stanowić poważne zagrożenie dla kilku społecznie istotnych wartości, które legły u podstaw promocji zdrowia. Dwa ogólnie pożądane procesy, jakimi są integracja i aplikacja nauki — jeżeli aktualnie sprzyjać będą rozmywaniu się i zanikowi tożsamości promocji zdrowia — mogą zagrażać jakości badań prowadzonych w jej kontekście. Mogą także nieść negatywne skutki podczas wdrożeń zarówno wyników tych badań, jak i samej idei promocji zdrowia.

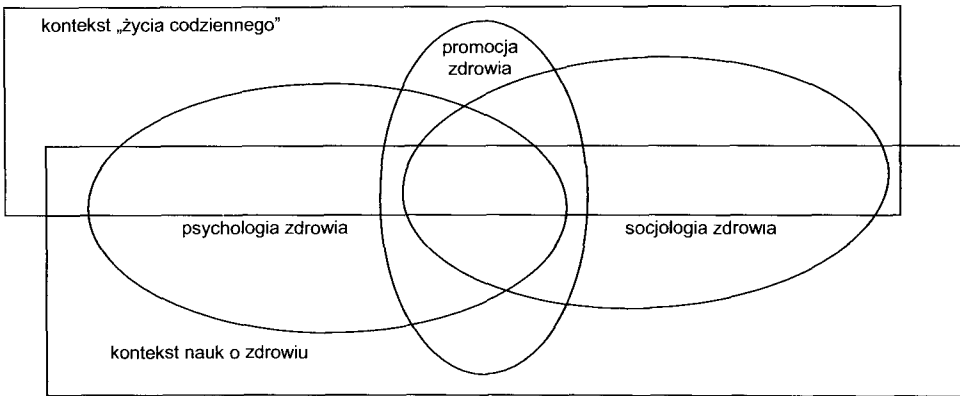
Zagrożenia biorą się stąd, że przywołane nauki i dziedziny praktyki, a także — co tutaj ważne — charakterystyczne dla nich interpretacje promocji zdrowia (spośród licznie występujących) nie mają współcześnie równej pozycji w systemie społecznym. Niektóre zyskują bardzo mocne (np. medycyna, marketing), inne natomiast bardzo słabe (promocja zdrowia) umocowanie instytucjonalne. Za jednymi stoją potężne grupy interesu, ogromny kapitał finansowy, rozbudowane organizacje przenikające wiele sfer życia, liczni profesjonaliści, silne formalne i nieformalne normy oraz sankcje spo-

łeczne, a często także wieloletnia tradycja, za innymi — tylko niewielkie grupy badaczy i większe już kręgi nie zawsze profesjonalnych praktyków oraz entuzjastów, pozbawionych jednak takiego zaplecza społecznego. Promocja zdrowia, jako względnie nowa koncepcja, dopiero poszukuje sobie miejsca zarówno wewnątrz tych potężnych dziedzin, jak i na ich obrzeżach oraz pomiędzy nimi. Jej idee i wartości zakładają potrzebę zmiany wielu dotychczas dominujących punktów widzenia, schematów postępowania oraz instytucji, charakterystycznych dla owego mocnego, medycznego i marketingowego obszaru. Zagrożając im, wyzwalają mechanizmy oporu przed zmianą i powodują, że promocja zdrowia spychana jest w tych silnych dyscyplinach na margines albo ulega przekształceniu w nich tak, by nie zaburzała dominujących tam paradygmatów i stylów działania. W ten sposób, w reakcji zwrotnej, stają się zagrożone — w sferze teorii, działań, instytucji — idee i wartości, które zadecydowały o powstaniu promocji zdrowia jako odrębnej strategii czy dyscypliny. W zetknięciu ze swymi mocnymi partnerami często przybiera ona dość banalną i powierzchowną postać, gubiącą gdzieś jej konstytutywne wartości. W takiej nierównej sytuacji, biorąc pod uwagę aktualny status promocji zdrowia, integracja nauki i dowartościowanie praktyki aplikacyjnej utwierdzają opisany stan rzeczy, legitymizują oraz sankcjonują jego „prawidłowość”, pozbawiając *de facto* promocję zdrowia jej racji bytu, bo przestaje się ona w jakikolwiek sposób odróżniać od swojego tła, gdyż to tło w wielu aspektach jest bardzo do niej podobne, tyle że pozbawione kilku cennych wartości.

Perspektywa socjologiczna

Prezentowana analiza prowadzona jest z perspektywy nazywanej wspólnie „socjologią promocji zdrowia”. Chociaż jest to ujęcie socjologiczne, psychologowie i przedstawiciele innych nauk o zdrowiu odnajdą tu zapewne podobieństwa do własnych perspektyw badawczych, a może zauważą też coś, co stanie się nowym wątkiem lub kontrapunktem dla ich poszukiwań albo co skłoni ich do refleksji nad tożsamością własnej dyscypliny. Obszar dalszych rozważań można przedstawić schematycznie (zob. rys. 1.).

W ramach socjologii, wkraczającej w połowie minionego wieku w problematykę zdrowia i jego ochrony, nastąpił rozwój socjologii medycyny. W późniejszym czasie rozszerzyła ona swój zakres — nie gubiąc wcześniejszych wątków, przekształciła się w socjologię zdrowia, by następnie wyodrębnić w jej ramach m.in. socjologię promocji zdrowia. Już na starcie wypracowała dwie perspektywy poznawcze: pierwszą stanowi socjologia „dla medycyny”,



RYSUNEK 1. Relacje zakresu oraz konteksty rozwoju psychologii, socjologii i promocji zdrowia

natomiast drugą — socjologia „o medycynie”. Pierwsza prowadziła badania w odpowiedzi na zapotrzebowanie nauk medycznych, przyjmując wartości i podejmując problemy zdefiniowane raczej w medycynie niż przez nią samą. Druga spoglądała na medycynę niejako z zewnątrz, ujmując ją jako przedmiot swych badań — podobnie jak każdą inną instytucję społeczną (prawo, naukę i inne). Przyjmowała przy tym często opcję krytyczną wobec wielu wartości i działań medycyny.

Wraz z rozwojem promocji zdrowia i zaangażowaniem się socjologii w tę problematykę pojawiły się, analogicznie, dwie nowe orientacje: socjologia „dla promocji zdrowia” oraz socjologia „o promocji zdrowia” (NETTLETON, BUNTON, 1995). Pierwsza stara się być służebną wobec wartości, celów i działań przypisywanych promocji zdrowia. Druga opisuje promocję zdrowia z zewnętrznej perspektywy, zazwyczaj krytykując ją z różnorodnych pozycji (zob. BUNTON, NETTLETON, BURROWS, eds., 1995), m.in. problematyki *gender* i feminizmu, idei równości społecznej, konsumeryzmu, a zwłaszcza różnych nurtów antymedycznych. O ile w przypadku socjologii medycyny podział na dwie opcje mógł wydawać się klarowny (bo socjologia i medycyna były wtedy wyraźnie odmiennymi dyscyplinami, przy czym ta druga jawiła się pierwszej jako monolit), o tyle w sytuacji „socjologii promocji zdrowia” sprawa jest bardziej skomplikowana.

Komplikacje wynikają stąd, że trudno czasami oddzielić promocję od socjologii zdrowia, bo obie mogą mieć ten sam przedmiot i mogą opisywać go wspólnymi pojęciami, stosować podobną terminologię oraz metody, kierować się zbliżonymi wartościami (PIĄTKOWSKI, 2002). Ale trudno ogólnie mówić o podobieństwie, wszak promocja zdrowia (podobnie jak socjologia) to twór wielce heterogeniczny i nie zawsze spójny. Obserwacja praktyki sugeruje, by raczej myśleć o promocji zdrowia w liczbie mnogiej,

czyli o różnych jego promocjach (MACDONALD, BUNTON, 2002). Wśród nich znajdują się też takie, które reprezentują przywołaną wcześniej strywalizowaną jej wersję, tworzącą się pod wpływem medycyny „naprawczej” i praktyki marketingowej. Socjolog promocji zdrowia stoi więc przed kluczowym pytaniem: Czym jest promocja zdrowia? Dopiero odpowiedź na to pytanie daje mu orientację, jakim wartościom i celom mógłby świadomie sprzyjać albo jakie jej przejawy miałby opisywać (lub krytykować) i z jakich pozycji.

Idea promocji zdrowia

Mówiąc o promocji zdrowia, można mieć na uwadze wiele różnych, wzajemnie powiązanych zjawisk, takich jak:

- ulotna idea społeczna lub bardziej rozwinięta i uporządkowana koncepcja teoretyczna;
- dyscyplina naukowa lub tematycznie wydzielony obszar nauki rozwijanej pod tą nazwą;
- dziedzina działalności praktycznej (podobnie jak system ochrony zdrowia), w której mieści się zarówno aktywność zinstytucjonalizowana, jak i wykraczająca poza formalne reguły;
- typ lub zakres działań albo zbiór konkretnych metod postępowania;
- ruch społeczny (zaliczany do kategorii tzw. nowych ruchów);
- kreowany lub samoistny proces przemian zachodzących w różnych obszarach społecznego i indywidualnego stosunku do zdrowia;
- wszystko to, co stanowi zakres, przedmiot uwagi i oddziaływań przywołanych powyżej form promocji zdrowia.

Kluczową sprawą jest niewątpliwie ustalenie, jakie treści zawierają się w idei promocji zdrowia, innymi słowy — jakimi ona kieruje się wartościami, jaki jest jej zakres, cele, przedmiot uwagi i zastosowania, na czym polega jej istota i jakie są jej racje bytu. To sfera dokonanych rozstrzygnięć paradygmatycznych i pojęciowych — rozciągająca się do granic, gdzie kończy się względnie powszechna zgoda co do jej definicji i wspólnota podzielanych znaczeń, a zaczyna heterogeniczna wielość trudnych do uzgodnienia opcji, charakterystycznych dla odrębnych dyscyplin, szkół, teorii czy instytucji naukowych albo licznych jej zastosowań w praktyce. Kończy się też tam, gdzie zaczyna się dowolne i bezrefleksyjne użycie nazwy „promocja zdrowia” (jak w języku potocznym) lub mniej czy bardziej świadome dostosowywanie jej do celów niezgodnych z ową ideą (jak w niektórych działaniach rynkowych).

Odtworzenie tej idei nie jest sprawą prostą, gdyż posiada ona wielowątkowy rodowód (PUCHALSKI, 2005b). Można jednak odwołać się do najczęściej wskazywanego jej pochodzenia oraz sposobu pojmowania zapisanego w oficjalnych dokumentach WHO (*Health promotion glossary*, 1998; *A Discussion Document*, 1986). Jednocześnie można oprzeć się na tym jej ujęciu, które nazywane jest europejskim (dla odróżnienia od nieco odmiennego nurtu rozwijanego głównie w Ameryce Północnej), a także na pracach tych polskich autorów, którzy czynią tę ideę przedmiotem swoich analiz (zamiast *a priori* przyjmować arbitralne rozstrzygnięcia).

Promocja zdrowia w ujęciu WHO zdefiniowana została pierwotnie jako „proces umożliwiający ludziom zwiększanie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego umacnianie” (*Ottawa charter*, 1986). W późniejszym glosariuszu (*Health promotion glossary*, 1998) nieco doprecyzowano to określenie, mówiąc o kontroli sprawowanej nie tyle bezpośrednio nad zdrowiem, ile nad jego uwarunkowaniami.

Przywołana definicja powstała w kontekście koncepcji „nowego zdrowia publicznego” (MAHLER, 1986), ukierunkowanego na kreowanie środowisk wspierających (warunków i możliwości zdrowego życia, zachęt do zainteresowania sprawami zdrowia, prozdrowotnych idei, programów, usług i polityk itd.) oraz stylów życia sprzyjających zdrowiu. W tym duchu powstało wiele innych definicji, według których promocja zdrowia to „sztuka interwencji w systemy społeczne, by rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk” (GROSSMANN, SCALA, 1997) lub — w amerykańskiej, bardziej behawioralnej tradycji — „nauka i umiejętność pomagania ludziom, by przekształcali swój styl życia w kierunku prowadzącym do optymalnego zdrowia” (O'DONNELL, 1989). W polskiej literaturze psychologicznej odnajdziemy konstatację, że promocja zdrowia jest „ruchem globalnym na rzecz autonomii człowieka, pomagającym mu w rozwoju jego potencjałów i rozszerzającym jego odpowiedzialność za zdrowie własne i cudze” (CZABAŁA, SEK, 2000).

W takim ujęciu promocja zdrowia stanowi przede wszystkim procesualny projekt polityczny. Pierwotnie wpisana została w politykę zdrowia publicznego, ale następnie wkroczyła w pozostałe zakresy polityki oddziałujące na zdrowie społeczeństwa, realizowane w różnych sektorach (edukacji, wsparcia społecznego, mieszkalnictwa, transportu i komunikacji, pracy i zatrudnienia, wyżywienia, ochrony konsumenta i innych) oraz na różnych poziomach organizacji systemu społecznego (od międzynarodowego, przez krajowy i regionalny, po szczebel społeczności lokalnych czy poszczególnych organizacji oraz grup pierwotnych, wreszcie usług kierowanych do indywidualnych osób). Ma za zadanie wpływać na te polityki tak, by — kooperując — tworzyły mechanizmy i warunki do zdrowego życia, by zdrowsze życie czyniły dla obywateli oraz ich grup bardziej przystępnym niż życie w warunkach

i stylu ryzykownym dla ich zdrowia (tu warto nawiązać do Platońskiej idei „dobrego państwa”). Ma zarazem tworzyć mechanizmy równych szans dostępu do zdrowia dla wszystkich osób i grup oraz przeciwdziałać jakiegokolwiek dyskryminacji w tym zakresie. Warto zaznaczyć, że nie idzie tu o jakieś „odgórne” prowadzenie polityki przez rządy czy ekspertów, ale o aktywny i skuteczny udział grup, instytucji, struktur i reprezentantów społeczeństwa w ich tworzeniu.

Promocja zdrowia nastawiona jest na kształtowanie głównych uwarunkowań stanu zdrowia. Wśród nich eksponuje — ze względu na siłę wpływu tego czynnika — styl życia, a także środowisko, które uwzględnia w podwójnej roli: czynnika determinującego działania i styl życia oraz czynnika bezpośrednio wpływającego na zdrowie. Środowisko występuje tu nie tyle w znaczeniu przyrodniczym czy fizycznym, ile w sensie psychicznym, społecznym, ekonomicznym, kulturowym. Z kolei styl życia, choć uwarunkowany statusem osoby w tych różnych środowiskach, stanowi w jakimś stopniu przedmiot jej swobodnego wyboru. Stąd promocja skoncentrowana jest, z jednej strony, na stymulowaniu obywateli do prozdrowotnych korekt ich stylów życia, z drugiej — na umożliwianiu i ułatwianiu im wyborów oraz dokonywania przekształceń sprzyjających zdrowiu. Kluczem do tego jest *empowerment*², czyli upodmiotowienie osób i grup oraz wzmacnianie ich możliwości prozdrowotnego działania, głównie poprzez rozwój sprzyjających temu mechanizmów społecznych. W związku z tym w ramach promocji zdrowia dąży się nie tyle do wykreowania z góry określonych zachowań, ile raczej do ukształtowania świadomego i aktywnego człowieka, chcącego zadbać o swoje zdrowie, umiającego to robić (w sensie działań indywidualnych i inicjatyw wspólnotowych), zdolnego do pokonywania związanych z tym przeszkód oraz wykorzystywania dostępnych zasobów. Mimo nacisku na prozdrowotny styl życia odrzuca się skrajny pogląd o całkowitej odpowiedzialności obywatela — nawet tego wyedukowanego i wspieranego — za jego stan zdrowia, wskazując równoległe na rolę środowisk, prowadzonej polityki i profesjonalistów.

W omawianej idei odnajdziemy myśl, że zdrowie nie jest pojęciem zdefiniowanym raz na zawsze, ale stanowi konstrukcję kulturową, tworzoną przez społeczeństwo i działające jednostki. Jego sens wynika ze zmieniających się ludzkich wartości, dążeń i aspiracji. Nabiera zróżnicowanych znaczeń w od-

¹ Platon uważał, że tworzenie w państwie instytucji leczniczych jest objawem złego funkcjonowania systemu społecznego. W dobrze zarządzanej i dobrze funkcjonującej społeczności nie ma potrzeby inwestowania w opiekę medyczną, bo dobre warunki społeczne sprawiają, że ludzie nie chorują (JAEGER, 1964). W interpretacjach współczesnej promocji zdrowia teza ta jest, oczywiście, wysoce dyskusyjna z uwagi na założoną w niej siłę determinizmu społecznego i sam kształt tego, co d'la Platona oznaczało „dobre” państwo.

² Wielu analityków promocji zdrowia uważa *empowerment* (pojęcie trudne do przełożenia na język polski) za kluczową kategorię tej koncepcji, za jej istotę (ROOTMAN et al., 2001).

miennych sytuacjach i kontekstach społecznych. Jego ogólna treść nie ogranicza się do braku choroby, lecz zawiera w sobie pozytywne zasoby (potencjały) funkcjonowania organizmu (odporność, wydolność, energię itd.), a także wielorakie elementy obiektywnej i subiektywnej jakości oraz sensu życia. Zdrowie nie jest traktowane jako bezwzględnie najwyższa wartość, lecz jako jeden z głównych warunków pomyślnego funkcjonowania osób i społeczności (zdrowie jest dla ludzi, nie ludzie dla zdrowia).

Specjaliści promocji zdrowia nie mogą być jedynie ekspertami medycznymi (czy nawet w dziedzinie zdrowia). Powinni być także profesjonalistami w sferze rozumienia oraz etycznego, partnerskiego kształtowania (lepiej: rozwijania) świadomości i działań człowieka, jak również rozwoju relacji, instytucji i systemów społecznych w kierunku sprzyjającym zdrowiu. Ich rola polegać też powinna na takim konstruowaniu instytucji opieki zdrowotnej, aby były one nie tylko możliwie najbardziej efektywne, ale również przyjazne dla osób korzystających z ich świadczeń. Kluczowy dla promocji zdrowia postulat współpracy międzysektorowej, odnoszący się do polityki i środowisk, dotyczy także interdyscyplinarnego charakteru działań eksperckich.

Idea promocji zdrowia związana jest z takim stylem myślenia, który — w naukach o zdrowiu nazywany paradygmatem społeczno-środowiskowym (NOACK, 1987) — dopiero zdobywa miejsce w przestrzeni społecznej, zdominowanej przez paradygmat biomedyczny. W związku z tym można zaproponować następującą definicję: **promocja zdrowia jest procesem (w znaczeniu zaplanowanych i uporządkowanych przedsięwzięć oraz przemian będących ich efektem) wdrażania paradygmatu socjoekologicznego w praktykę (w tym politykę) społeczną.**

Promocja zdrowia w praktyce naukowej

Jednym z obszarów praktyki jest sfera nauki. Promocja zdrowia rozwija się w ramach odrębnej dyscypliny lub na pograniczach innych nauk. Mieszczą się tu właściwe poszczególnym dyscyplinom³ sposoby odczytywania jej idei, definicje operacyjne, priorytety badawcze, odniesienia teoretyczne, sposoby interpretacji ustaleń. Przywołać tu także trzeba zinstytucjonalizowane formy nauki, tzn. wydawnictwa, realizowane projekty, struktury organizacyjne,

³ W związku z tezą o aktualnie niekorzystnym wpływie integracji nauki na rozwój promocji zdrowia warto odnotować, że w Polsce nie powstało dotąd opracowanie prezentujące tę ideę z punktów widzenia zróżnicowanych dyscyplin i ukazujące ich wyodrębniony wkład w ogólną promocję zdrowia. Ciekawą anglojęzyczną propozycją tego typu jest *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments* (BUNTON, MACDONALD, eds., 2002).

role zawodowe, instytucje edukacyjne czy ścieżki kariery związane z promocją zdrowia, w których kontekście kształtują się i reprodukują takie lub inne interpretacje oraz sposoby instytucjonalizacji omawianej idei, również cele oraz działania aplikacyjne będące pod naukową kuratelą — kończące się tam, gdzie kończy się priorytet dążenia do prawdy, naukowa odpowiedzialność za słowo, systematyczność i jawność warsztatu oraz przyjętych przesłanek.

Lester Breslow wskazuje cztery najbardziej rozpowszechnione, ale odmienne sposoby pojmowania promocji zdrowia, dominujące w praktyce naukowej. Promocja zdrowia może oznaczać:

- wszelkie wysiłki służące przeciwdziałaniu chorobom (rozumianym biomedycznie, w sensie angielskiego słowa *disease*);
- różne przedsięwzięcia zmierzające do umocnienia zdrowia i osiągnięcia wyższego poziomu jakości życia, samopoczucia czy dobrostanu (rozumianego w kategoriach psychospołecznych, bliskich szerokim pojęciom *fitness* czy *wellness*), wykraczające już poza zapobieganie medycznie pojętej chorobie;
- działania mające na celu wywarcie wpływu na ludzi, by postępowali w sposób uznany przez ekspertów za najbardziej korzystny dla ich zdrowia;
- różnorodne interwencje w systemie społecznym, które służą zarówno ochronie przed chorobami, jak i umocnieniu szeroko pojętego zdrowia, łącznie z działaniami skierowanymi na przezwyciężanie problemów ubóstwa i niedostatków edukacyjnych (BRESLOW, 2001).

I chociaż ujęcia te zdiagnozowane zostały jako dominujące w Ameryce Północnej, to promocja zdrowia bywa podobnie rozumiana też w Europie.

Z innego punktu widzenia można wskazać wiele aspektów, w których dochodzi do zróżnicowania naukowego rozumienia promocji zdrowia — używa się ona specyficznym wąskim, niekiedy skrajnie odmienne znaczenia. Ich wyróżnienie ukazuje, jak wiele możliwych interpretacji kryje się za tym pozornie oczywistym pojęciem.

Po pierwsze, promocja zdrowia kojarzy się z wyodrębnionymi narzędziami zdrowia publicznego, takimi jak prewencja chorób lub profilaktyka problemów⁴, edukacja zdrowotna lub ekologiczna, ale również m.in. polityka publiczna, marketing społeczny lub marketing usług medycznych, zarządzanie instytucjami ochrony zdrowia czy wreszcie psychoterapia. Stąd często występują określenia typu „psychoterapia (lub polityka publiczna) i promocja zdrowia” bądź „promocja zdrowia w profilaktyce medycznej (lub oświacie zdrowotnej)” albo — odwrotnie — „profilaktyka medyczna (lub oświata

⁴ Często spotkać tu można określenie „profilaktyka zdrowia (zdrowotna)”. Można to odczytywać jako skrót myślowy wskazujący na obszar (czyli zdrowie), w którym lokuje się problemy będące przedmiotem profilaktyki. Częściej jednak jest to wyraz beztrioski pojęciowej i chaosu w myśleniu teoretycznym (co można odczytać jako „przeciwdziałanie zdrowiu”).

zdrowotna) w promocji zdrowia”. Promocja zdrowia przybiera tu *de facto* wielce ogólne znaczenie lub wyraża treści właściwe dla tych powiązanych z nią dziedzin.

Drugie ujęcie promocji zdrowia odsyła do punktów widzenia właściwych poszczególnym dyscyplinom nauki. Odmienne treści wiążą się zazwyczaj z taką promocją zdrowia, która uprawiana jest w psychologii, naukach o wychowaniu, naukach o kulturze fizycznej, w medycynie i innych subdyscyplinach. I chociaż mówi się o wkładzie poszczególnych nauk w ogólnie pojętą promocję zdrowia (dotyczy to koncepcji lub ustaleń empirycznych, a nie samego pojęcia), to w praktyce prezentowana jest ona raczej z monodyscyplinarnych pozycji, aspirujących do pełnego jej przedstawienia. Często pojawia się spór, czy promocja zdrowia jest dyscypliną medyczną (SZEWCZYK, 2000).

Trzecim aspektem są odmienne role profesjonalne, w których pełnienie wpisana jest promocja zdrowia. Z jednej strony jej znaczenie kształtuje wciąż niejasny normatywny wzór ogólnej roli „promotora zdrowia” oraz specjalisty w tym zakresie⁵, z drugiej strony specyficznie i odmiennie pojmowana jest „promocja zdrowia w pracy pielęgniarki (lub nauczyciela)”, „w działaniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lub przedstawicieli mediów)”, „w działalności edukacyjnej (lub samorządowej)” itd. To jednak już wykracza poza obszar nauki.

Czwarty aspekt różnicuje sens promocji zdrowia ze względu na odmienny podmiot, do którego jest ona adresowana. Rozróżnia się zatem działania kierowane do indywidualnych osób (np. „promocja zdrowia pacjenta”) lub realizowane przez aktywne jednostki („liderzy autopromocji zdrowia”), adresowane do populacji (grup, zbiorowości lub kategorii społecznych) oraz do środowisk zwanych siedliskami (w znaczeniu zaczerpniętym z ekologii i przeniesionym w kontekst społeczny). Tworzy się nie tylko odrębne strategie działania (np. populacyjna vs. siedliskowa), ale także odmiennie stanowiska co do samej istoty promocji zdrowia (czy jest to np. bezpośrednio od-

⁵ Aktualnie w wielu krajach (*Global Health Promotion*, 2009), również w Polsce, wciąż toczy się dyskusja na temat kompetencji właściwych dla tej roli (zob. BIK, PRZEWOŹNIAK, 2005; WOYNAROWSKA, 2008). W naszym kraju w praktyce nie został dotąd wdrożony program specjalizacji z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, który został przygotowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 roku w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (DzU Nr 173, poz. 1419), pomyślany zarówno dla absolwentów studiów medycznych, jak i dla osób z dyplomem niektórych dyscyplin społecznych (zob. [http://www.cmkp.edu.pl/promocja%20zdrowia\(spis\).htm](http://www.cmkp.edu.pl/promocja%20zdrowia(spis).htm) [dostęp 12.10.2009]). Program ten niewiele wykracza jednak poza klasycznie pojęty zakres zdrowia publicznego. Promocja zdrowia została też ujęta w klasyfikacji zawodów i specjalności (kod 223906), ale przedstawiony tam jej opis zdecydowanie odbiega od treści właściwych dla jej idei, wiążąc się z tradycyjną oświatą sanitarną (zob. http://www.praca.gov.pl/index.php?page=klasyfikacja_zawodow&klasyfikacja_zawodow_id=1514 [dostęp: 12.10.2009]).

działywanie na świadomość i zachowania jednostek, czy kreowanie polityki i warunków środowiskowych).

W kolejnym, piątym, ujęciu dominującą rolę odgrywa stosunek do podmiotowości człowieka. Rozstrzyga się m.in., czy promocja zdrowia to koncepcja działań „od ludzi do problemów” („przez ludzi”, *bottom-up*), czy odmiennie — „od problemów do ludzi” („dla ludzi”, *top-down*), czy w związku z tym dopuszcza się wymuszanie na jej adresatach działań uznanych za prozdrowotne (i jakimi metodami), czy tylko zachęcanie ich i wsparcie. Toczy się więc dyskusja nad problemem, czy promocja zdrowia ma służyć kształtowaniu zachowań lub warunków zewnętrznie zdefiniowanych jako pożądane, czy rozwojowi podmiotowości adresatów, pozostawiając im prawo do decydowania o własnym zdrowiu, czy zdrowie jest zatem wartością priorytetową, czy mieści się wśród indywidualnych preferencji.

Szósty aspekt dotyczy zróżnicowania populacji (w epidemiologii — grup ryzyka, w marketingu — targetów) lub siedlisk interesujących promocję zdrowia. Bywa ona adresowana do ogółu społeczeństwa, ale również do specyficznych grup. Początkowo główną z nich miała być populacja osób zdrowych, gdyż chorych uznano za obiekt działalności leczniczej (co odróżniać miało promocję zdrowia od leczenia). Później w ramach promocji zdrowia zainteresowano się także specyficznymi potrzebami osób chorych, niepełnosprawnych i pacjentów (np. KAPLUN, 1997). Inne grupy nadające promocji zdrowia specyficzny sens wyróżniane bywają m.in. z uwagi na płeć („promocja zdrowia kobiet”), wiek („promocja zdrowia dzieci i młodzieży”, „promocja zdrowia osób starszych”), status społeczno-ekonomiczny. Istotną grupę stanowi populacja aktywnych zawodowo („promocja zdrowia pracujących”). Do tego typu grup, potraktowanych już jednak jako siedliska (środowiska społeczno-organizacyjne), należą głównie: zakłady pracy, szkoły, szpitale, miasta i gminy. Możemy zatem obserwować osobny rozwój „promocji zdrowia w miejscu pracy”, „szkół (szpitali, gmin) promujących zdrowie” czy nawiązującego do promocji zdrowia „ruchu zdrowych miast”. W odniesieniu do każdej z tych grup i każdego z siedlisk tworzone są specyficzne koncepcje i projekty wdrożeniowe.

Siódme ujęcie opiera się na wyodrębnieniu: po pierwsze, strategii skierowanej na zjawiska stanu zdrowia lub jego determinanty — wiąże się to z odesłaniem do metodologii interwencji medycznych, psychologicznych, pedagogicznych czy społecznych, po drugie, promocji samej problematyki zdrowia (m.in. wiedzy na jego temat, „marki zdrowie”) — łączą się z tym przede wszystkim działania zbliżone do marketingu (także marketingu społecznego), ale i ukierunkowane na edukację medyczną społeczeństwa.

Ósmy aspekt odnosi się do sporu, czy promocja dotyczy głównie (lub wyłącznie) zdrowia ujętego inaczej niż brak choroby (pozytywnych potencjałów, jakości życia, samopoczucia, sprawności itd.), czy także (lub głównie)

choroby. Jeżeli przyjmiemy tę drugą możliwość, to pojawiają się różnice wynikające ze specyfiki chorób — stąd m.in. „promocja zdrowia w chorobach układu krążenia”, różniąca się od „promocji zdrowia w chorobach nowotworowych” lub „w problematyce HIV / AIDS”. Różnice generuje też kwestia, czy promocja odnosi się tylko do zapobiegania (a jeżeli tak, to jak ma się ona do profilaktyki, zwłaszcza „pierwotnej” oraz „pozytywnej”), czy także do leczenia. Pochodną rozróżnienia: zdrowie — choroba jest też ukierunkowanie promocji na rozwiązywanie problemów zdrowotnych albo na zaspokajanie potrzeb w zakresie zdrowia. Oczywiście, pojawia się pytanie: Jak rozumieć problemy albo potrzeby zdrowotne — zgodnie z definicją medyczną czy z teorią konstruktywizmu społecznego? Ujawnia się też różnica stanowisk co do tego, czy celem promocji jest walka z zagrożeniami i czynnikami ryzyka, czy głównie wsparcie i wzmacnianie potencjałów zdrowia.

Kolejny, dziewiąty już, aspekt wynika z tradycji odrębnych sfer zdrowia. W tym ujęciu występują m.in. „promocja zdrowia psychicznego” (utożsamiana niekiedy z programami *wellness*, redukcji stresu), a także odrębna „promocja zdrowia fizycznego” (czasem rozumiana, choć w nieco odmiennym znaczeniu, jako „promocja kultury fizycznej”). Z innego punktu widzenia specyficznych znaczeń nabiera „promocja zdrowia reprodukcyjnego (seksualnego)”. Co innego oznacza „promocja zdrowia jamy ustnej”. Czym innym jest też „promocja zdrowia publicznego (lub środowiskowego)”.

Podstawę następnego ujęcia stanowi odróżnienie behawioralnego pojmowania promocji od pozostałych jej koncepcji (edukacyjnej, środowiskowej i innych). Przeciwwstawienie takie jest istotne, bardzo często bowiem promocja zdrowia zostaje utożsamiona z kształtowaniem zachowań lub stylów życia związanych ze zdrowiem (ich zmianą, wpływaniem na nie, zwalczaniem niektórych, a popieraniem innych), co marginalizuje pozostałe treści. Podobnie można też ocenić koncepcję edukacyjną, która w Polsce zazwyczaj sprowadza promocję zdrowia do działań polegających na popularyzowaniu wiedzy medycznej.

Kolejny aspekt, związany z ujęciem behawioralnym, obejmuje różnice specyfiki poszczególnych zachowań zdrowotnych. Stąd obok ogólnej „promocji zdrowego stylu życia” rozwijają się odmiennie pojmowane: „promocja trzeźwego stylu życia”, „promocja aktywności fizycznej (lub zdrowego odżywiania)”, „promocja zdrowia w walce z paleniem”. Czym innym jest promocja skierowana na kreowanie, a czym innym promocja skoncentrowana na eliminowaniu danych zachowań. Jeżeli zdrowy styl życia rozszerzy się na tzw. zachowania medyczne, to pojawią się kolejne znaczenia, takie jak „promocja szczepień (lub badań profilaktycznych)”, rozumianych ogólnie lub szczegółowo (szczepień przeciwko WZW, badań mammograficznych).

Warto na koniec odróżnić takie ujęcia, które traktują promocję zdrowia jako złożoną i uporządkowaną koncepcję, łączącą (w bardziej lub mniej spój-

ny sposób) różne cele, obiekty oddziaływań, strategie itd., od takich, które utożsamiają ją z pojedynczym, zazwyczaj nieskomplikowanym typem czynności. Niezależnie od tego, jakie wartości kierują konstrukcją tych pierwszych ujęć, a co decyduje o wyborze tych drugich, pierwsze podejście czyni z promocji zdrowia dziedzinę wiedzy profesjonalnej, drugie zaś pozwala traktować ją jako kwestię trywialną, niewymagającą specjalistycznych kompetencji (ewentualnie tylko wiedzy o przedmiocie promocji).

Promocja zdrowia w praktyce życia codziennego

Ten ostatni sposób pojmowania promocji zdrowia wyprowadza ją poza obszar nauki. Jednocześnie pozwala licznym osobom czuć się kompetentnymi w tej dziedzinie — bo któż nie rozumie, co oznacza promocja i co to jest zdrowie. Sens wynikający ze złożenia tych słów wydaje się zatem oczywisty. Promocja zdrowia, która stała się w wielu kręgach atrakcyjnym i nośnym hasłem, rozwija się więc w różnorodnych kontekstach życia społecznego (takich jak gospodarka i rynek, trzeci sektor, administracja publiczna, a także — z innego punktu widzenia — edukacja i wychowanie, rekreacja, ochrona zdrowia). Ów wykraczający poza naukę obszar rozwoju promocji zdrowia obejmuje wszelkie praktyki oraz ich instytucjonalne formy, które nazywane są promocją zdrowia przez działających w ich ramach aktorów — począwszy od różnego typu organizacji (takich jak gabinety, centra, fundacje, sieci promocji zdrowia), przez różnorodne uregulowania formalne z tym związane, po rynkową ofertę wielorakich produktów i usług „promujących zdrowie” oraz działalność popularnych mediów. Zakres tego obszaru kończy się tam, gdzie owe praktyki i instytucje pozbywają się już nazwy „promocja zdrowia”.

Aby poznać ów najszerszy zakres praktycznych znaczeń promocji zdrowia, wystarczy wpisać tę nazwę w wyszukiwarkę internetową i sprawdzić, co oprócz definicji i aktywności ze sfery nauki odnajdziemy w zbiorze desygnatów⁶. Warto prześledzić zakres zadań mieszczących się w opisach roli zawodowej „promotora zdrowia”. Należałoby także obserwować, co oferowane jest na różnorodnych „stoiskach” albo czego dotyczy oferta „gabinetów (przychodni, ośrodków, centrów, studiów, agencji) promocji zdrowia”⁷. Można również

⁶ Wyszukiwarka internetowa Google podaje ponad 550 tys. wyników dla hasła „promocja zdrowia” (stan z dnia 3 listopada 2009 roku).

⁷ Przykładowo, na internetowych stronach Panoramy Firm (www.pf.pl) zarejestrowanych jest ponad sto organizacji z promocją zdrowia w swej nazwie, a blisko drugie tyle ma wpisaną promocję zdrowia w zakresie swojej działalności. Ł. kolei portal www.bazy.ngo.pl rejestruje ponad 170 aktualnie działających organizacji z promocją zdrowia w nazwie (stan z dnia 3 listopada 2009 roku).

pytać ludzi, z czym kojarzy im się ta nazwa, jeżeli w ogóle ją znają. Kwerenda tych źródeł ujawni ogromną rozległość zakresu promocji zdrowia.

Przyglądając się działaniom przynależnym do praktyki społecznej oraz poszukując ich ukierunkowania, można wyróżnić trzy podstawowe, nachodzące na siebie sensory promocji zdrowia: pierwszy skupia się na słowie „promocja” (w znaczeniu marketingowym), drugi odwołuje się do swobodnej interpretacji całego pojęcia, zaczerpniętej z języka potocznego, trzeci odsyła do skojarzeń z innymi pojęciami, opisującymi działania o zbliżonym do promocji zdrowia zakresie.

W pierwszym z tych ujęć mamy do czynienia nie tyle z promocją „zdrowia”, ile z marketingiem towarów i usług powiązanych w jakiś sposób ze zdrowiem. Mogą to być produkty, które obiektywnie sprzyjają zdrowiu bądź są takimi tylko według autorów komunikatu (a w rzeczywistości bywają nawet szkodliwe). W tę koncepcję wpisują się m.in.: promocja nowo otwartego gabinetu medycznego i salonu masażu, reklama turnusów sanatoryjnych, promocja jogurtu (chroniącego jakoby przed zachorowaniem), wyprzedaż sprzętu sportowego, reklama kierunku kosmetyka w jednej ze szkół wyższych czy obniżka cen w internetowym sklepie oferującym gadżety erotyczne — wszystko to określone zostaje terminem „promocja zdrowia”.

Drugie ujęcie występuje wówczas, gdy osoby używające nazwy „promocja zdrowia” nie zadają sobie trudu, by wykraczać poza powszechne intuicje oraz skojarzenia semantyczne. Tu także — zgodnie z dominującym rozumieniem słowa „promocja” — mogą pojawiać się odniesienia marketingowe, ale już w mniej biznesowej formie. Warto zauważyć, że znaczenia inne niż związane z marketingiem stopniowo przysławiane są przez te pierwsze i tracą popularność w świadomości społecznej. Nie zawsze pozytywny odbiór słowa „promocja” łączy z nią też takie skojarzenia, jak nagabywanie, manipulacja czy oszustwo. Pomimo tego promocja zdrowia nadal jeszcze odczytywana bywa pozytywnie lub choćby neutralnie — jako mówienie o zdrowiu, propagowanie, popularyzowanie, krzewienie, popieranie spraw zdrowia⁸. Promocja może też oznaczać — już w bardziej tradycyjnym sensie — podnoszenie zdrowia na wyższy poziom, nadawanie mu wyższej rangi, większego znaczenia, a także po prostu sprzyjanie mu, jego poprawę, umacnianie.

Wreszcie trzecie ujęcie, podobne do opisanego już w sferze nauki, sytuuje promocję zdrowia obok oświaty i profilaktyki (np. „promocja profilaktyki zdrowia”), ale także takich kategorii jak: ochrona zdrowia, walka z kalem, badanie oraz innowacje medyczne, rozwój oddziału chirurgii, poród naturalny, odnawialne źródła energii, odnowa biologiczna, rekreacja, uroda, dietetyka, styl życia, zachowania prozdrowotne, psychoedukacja, rozwój oso-

⁸ Takie właśnie sposoby rozumienia tego pojęcia wyraża zapewne nazwa „Zakopiański Teatr Promocji Zdrowia”.

bowości — pojęcie „promocja zdrowia” występuje tu w złożeniu z pozostałymi („... i promocja zdrowia”). Określenia te — funkcjonujące tu w znaczeniu potocznym, a nie naukowym — przekazują swoje znaczenie „promocji zdrowia”, która traci w takim złożeniu swój odrębny sens.

Procesy medykalizacji

Pojęcie promocji zdrowia zrodziło się w końcu lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, prawie w tym samym czasie, gdy do społecznej świadomości wkraczały idee Ivana Illicha. Autor ów w swej głośnej pracy o „medycznej Nemezis” posłużył się parabolą nawiązującą do mitycznej bogini, która współcześnie, rękoma naukowej medycyny, karze społeczeństwo za próby ucieczki od odpowiedzialności za własne zdrowie i od wysiłków związanych z troską o jego stan, za konsumpcjonistyczne i hedonistyczne poszukiwanie dróg życia ponad problemami bólu, choroby, cierpienia czy śmierci. Karą są tu zjawiska i procesy, nazwane jatrogenezą. I. ILLICH (1975) wskazał trzy jej typy:

- jatrogeniza kliniczna — obejmująca skutki błędów popełnianych przez personel medyczny, w tym negatywne efekty podejmowania zbędnych, nieuzasadnionych interwencji leczniczych;
- jatrogeniza społeczna — skutki ekspansji poglądów i technologii medycznych w coraz szersze, niezwiązane ze zdrowiem i medycyną dziedziny życia, traktowanie coraz szerszego zakresu zwykłych ludzkich spraw jako chorób wymagających leczenia;
- jatrogeniza strukturalna — skutki całkowitego oddania tak szeroko rozumianych spraw choroby i zdrowia w kompetencje profesji medycznej, przy rezygnacji z jakichkolwiek form społecznej kontroli nad tą potężną instytucją i jej działaniami.

I chociaż autor ów krytykował medycynę za opisany stan rzeczy, to jednak odpowiedzialnością za owe jatrogenne zjawiska obarczył nie tyle medycynę, ile całe społeczeństwo industrialne (zob. ILLICH, 1975).

Tego typu złożone procesy — polegające na ekspansji władzy instytucji medycznych i właściwego im sposobu myślenia w te dziedziny życia, które tradycyjnie nie są związane ze zdrowiem ani medycyną, przy społecznym przyzwoleniu, a nawet oczekiwaniu tego — nazywane są ogólnie medykalizacją⁹,

⁹ Pojęcie medykalizacji jest, oczywiście, wykorzystywane także w pracach innych autorów (takich jak m.in. Zola, Foucault), rozbudowujących krytykę medycyny i społeczeństwa o nowe wątki. Ivan Illich jest niewątpliwie najbardziej znanym i wpływowym klasykiem tego nurtu analiz.

oznaczającą powstawanie „totalnie chorego społeczeństwa wymagającego totalnego leczenia” (ILLICH, 1975). Medykalizacja wynika z ujmowania coraz szerszego zakresu codziennych spraw zwykłych ludzi, a także niezwiązanych ze zdrowiem problemów psychicznych czy społecznych jako problemów medycznych — są one definiowane poprzez pojęcia właściwe medycynie, wpiśywane w obszar kompetencji medycznych, podejmuje się próby ich rozwiązywania poprzez heurystyki (schematy działania i metody) nauk medycznych, regulowania ich na terenie medycznych instytucji, a wszystko przy wsparciu ze strony szerszych mechanizmów życia wspólnotowego. Owe mechanizmy to m.in. coraz większe komplikowanie się różnorodnych systemów technologicznych i społecznych (ryнку, komunikacji, energetyki itd.) przy coraz mniejszych możliwościach ich opanowania oraz kontroli ze strony osób i państw, coraz częściej występujące dążenie do powierzania własnych spraw w ręce profesjonalistów czy też poszukiwanie szybkich i prostych technicznych rozwiązań skomplikowanych problemów ludzkiej egzystencji (zob. BECK, 2004).

Zdaniem Illicha medykalizacja bierze się stąd, że instytucje medyczne zaczęły zajmować się — zamiast leczeniem choroby — zdrowiem, a więc życiem ludzi nieposzukujących medycznej pomocy. Tu, oczywiście, pojawia się analogia do promocji zdrowia, która — w wielu interpretacjach — adresowana była właśnie do osób zdrowych. Miała się nimi zajmować w kontekście ich codziennego życia, a nie w instytucjach leczniczych. Promocja zdrowia mogła więc zostać uznana za narzędzie medykalizacji społeczeństwa. W tym duchu Petr SKRABANEK (1994; za: BARIC et al., 2001) krytykuje ją za przyczynianie się do rozpowszechnienia ideologii bezkrytycznego kultu zdrowia (*healthism*). Wini promocję nie tyle za to, że mobilizuje ludzi do troski o zdrowie, ile za uczynienie z tej troski ideologii państwowej, która represjonuje „niezdrowe” zachowania i nakazuje „zdrowe” życie. Innymi słowy, Skrabanek uważa, że promocja zdrowia zamieniła prawo do zdrowia w obowiązek bycia zdrowym. Jednym z aspektów kultu zdrowia są opisywane przez tego autora zjawiska analogiczne do zbiorowej hipochondrii, tyle że dotyczące przesadnej troski o zdrowy styl życia (*lifestylism*). To ideologia nakazująca obsesyjną wręcz troskę o „wieczną młodość”, doskonałą sprawność i urodę, przestrzeganie wyszukanych reżimów zdrowego odżywiania, stałe i nie zawsze dobrowolne kontrolowanie własnego zdrowia itd., przy czym zalecenia te wyznaczają nową moralność. Skrabanek pyta, czy za chwilę nie zagrozi nam *genetism*, nakazujący wykorzystać wszelkie zdobycze badań genetycznych do przewidywania własnej biografii zdrowotnej, ze wszelkimi konsekwencjami uzyskania (i ujawnienia) takiej wiedzy. Oczywiście, za opisane zjawiska nie obwinia samej medycyny, lecz jej mariaż z „przemysłem zdrowotnym”, podsuwającym społeczeństwu coraz to nowe usługi, „cudowne” leki oraz suplementy żywności, sprzęt sportowo-rekreacyjny, działania umożliwiające osiągnięcie

doskonałości cielesnej i duchowej, wydawnictwa o zdrowiu i szczęściu, coraz to nowe technologie osiągania tych oczekiwanych stanów¹⁰.

Należałoby zastanowić się, czy i na ile zjawiska te wynikają z założeń promocji zdrowia zawartych w jej idei, na ile zaś są efektem takich jej interpretacji (oraz wdrożeń), które znacząco odbiegają od kluczowych dla niej wartości. Wszak powstała ona nie tylko jako narzędzie bardziej skutecznej ochrony zdrowia społeczeństwa, ale również jako sposób na obronę przed rozwijającym się imperializmem medycznym. Miała kreować, wspierać i umacniać prawa jednostki do decydowania o własnym zdrowiu, indywidualne zdolności oraz społeczno-środowiskowe możliwości dokonywania wyboru stylu życia, samoorganizację społeczeństwa obywatelskiego wokół potocznie definiowanych potrzeb i problemów zdrowotnych czy angażowanie w sprawy zdrowia na równych prawach „zwykłych” ludzi oraz profesjonalistów medycyny i odległych od niej dyscyplin.

Specyficzne ujęcie medykalizacji — przydatne do analizy promocji zdrowia, w tym do odpowiedzi na powyższe pytanie — zaproponowała Zofia Słońska. Przyjmując, że skuteczna poprawa zdrowia populacji, z uwagi na siłę i rozległość jego społecznych uwarunkowań, wymaga oddziaływań na czynniki o społecznym zakorzenieniu, uznała że działania w tym obszarze powinny odwoływać się do paradygmatu społeczno-środowiskowego (socioekologicznego), będącego teoretyczną podstawą promocji zdrowia (NOACK, 1987; SŁOŃSKA, 1994). Tymczasem interwencje w systemach zdrowia, skierowane na zjawiska społeczne (mentalność, działania, style i jakość życia, relacje międzyludzkie, status społeczno-ekonomiczny, struktury instytucjonalne, wartości itd.), często są inspirowane i realizowane zgodnie z paradygmatem biomedycznym. To z kolei prowadzi do zubożenia diagnozy owych zjawisk, stosowania mało adekwatnych metod działania i do generowania takich reakcji społecznych, które nie są zgodne z ideą promocji zdrowia. Właśnie tego typu procesy — polegające na zastępowaniu socioekologicznego myślenia biomedycznym wszędzie tam, gdzie do rozwiązywania problemów w istocie społecznych powinien być stosowany inny paradygmat — autorka nazywa medykalizacją (SŁOŃSKA, 2008).

¹⁰ Tu można zastanawiać się i analizować, na ile i w jaki sposób rozwój Internetu jako medium w komunikacji o zdrowiu i chorobach przyczynia się do opisywanych przez Petra Skrabanka zjawisk, na ile natomiast i w jakich formach im przeciwdziała.

Paradygmaty w naukach o zdrowiu jako kontekst analiz medykalizacji

Oba wspomniane paradygmaty, traktowane zazwyczaj jako przeciwstawne, doczekały się już licznych opisów w literaturze (np. NOACK, 1987; CAPRA, 1987; KULMATYCKI, 2003). Ich precyzyjne rozgraniczenie nie jest jednak proste, gdyż w rzeczywistości są one w wielu miejscach powiązane, wzajemnie się przenikają. Przyjmując, że zachodzące w naukach o zdrowiu przemiany paradygmatów mają charakter procesualny i wieloaspektowy, proponuję wydzielić nie dwie, jak to funkcjonuje w literaturze, a trzy tego typu konstrukcje myślowe (w sposób wielce syntetyczny przedstawia je tabela 1.).

TABELA 1. Kluczowe paradygmaty w naukach o zdrowiu

Paradygmat / aspekt	Biomedyczny	Socjomedyczny	Społeczno-środowiskowy
Ogólna orientacja	redukcjonistyczna	syntetyzująca	holistyczna i systemowa
Koncepcja człowieka	organizm, mechanizm biologiczny	osoba, istota biopsychospołeczna	aktor w interakcjach ze środowiskiem, element ładu systemowego
Podmiot zdrowia	jednostka	kategoria społeczna, grupa	społeczność (lokalna, globalna, organizacja)
Koncepcja działań	zachowania (ujęcie behawioralne)	działania (ujęcie poznawcze lub interpretatywne)	styl życia (ujęcie kulturowe lub strukturalne)
Aktywność podmiotu	pasywny: bierny	aktywny: podporządkowany, posłuszny	aktywny: decydujący o sobie
Koncepcja zdrowia	brak patologii	sprawność funkcjonalna, dobre samopoczucie	zasoby zdrowia, równowaga systemu, miejsce w społeczności
Uwarunkowania stanu zdrowia	przyczyny chorób	czynniki ryzyka	warunki (potencjały) dobrego zdrowia
Cel działań	leczenie, przywrócenie	ochrona, zapobieganie	wzmacnianie, rozwój
Istota działania	walka z patologią	opieka, pomoc (paternalizm)	umożliwianie, wspieranie
Wartości	długość życia	jakość życia	sens życia
Kontekst kulturowy	sejentyzm	humanizm	późna nowoczesność
Kontekst naukowy	monodyscyplinar-ny (medycyna)	polidyscyplinar-ny	interdyscyplinar-ny

Z jednej strony, modele te pozwalają analitycznie dostrzec ewolucję naukowego myślenia o sprawach zdrowia (od paradygmatu biomedycznego, przez socjomedyczny, po społeczno-środowiskowy), dokonującą się wraz z rozwojem badań i zainteresowań dyscyplin psychospołecznych ukierunkowanych na tę problematykę. Z drugiej strony, w odniesieniu do promocji zdrowia w sposób bardziej precyzyjny pozwalają analizować (w wielorakich, wydzielonych w tabeli aspektach), w jakim kierunku przebiegają interpretacje i wdrożenia tej koncepcji oraz czy zmierzają one w stronę medykalizacji, czy przeciwnie.

Paradygmat biomedyczny w oczywisty sposób związany jest z medycyną jako nauką i towarzyszącą jej praktyką leczniczą. Chociaż jest on też akceptowany w różnych obszarach dyscyplin psychospołecznych, to w kontekście medykalizacji istotna wydaje się analiza pozwalająca określić stosunek medycyny do promocji zdrowia.

Medykalizacja promocji zdrowia w naukach o zdrowiu

Stosunek medycyny do promocji zdrowia jest wyraźnie ambiwalentny (por. PUCHALSKI, 2005b; SŁOŃSKA, 2008). Z jednej strony, deklaratywnie ją dowartościowuje, podkreślając, jak ważna jest ona dla zdrowia współczesnych społeczeństw. Udostępnia dla niej miejsce we własnych strukturach instytucjonalnych, wpisuje w zakres własnych ról zawodowych, kompetencji, świadczeń i procedur, próbując zmonopolizować (często jako niezamierzony efekt słabości innych dyscyplin) nabyte w ten sposób terytorium. Jednocześnie interpretuje ją zgodnie z własnym aparatem pojęciowym, wartościami i metodami działania (zgodnie z biomedycznym paradygmatem lub w sposób zbliżony do niego). Z drugiej strony, różnymi drogami usiłuje zmarginalizować jej znaczenie i rolę — zarówno w sferze teorii, jak i w systemie instytucji ochrony zdrowia. Być może dzieje się tak dlatego, że promocja zdrowia wymaga od medycyny reorientacji wielu jej poglądów oraz stylu działań, co *explicite* wyraża ona w swych fundamentalnych założeniach. Z punktu widzenia medycyny zapewne lepiej jest zmienić promocję (interpretując ją „po swojemu”), niż samemu się zmieniać.

Medycyna nie jest jednak odosobniona w tego typu praktykach. Inne dyscypliny też niekiedy usiłują zawłaszczać promocję zdrowia. Różnica polega jednak na tym, że społeczna siła tych innych dziedzin nie może równać się z medycyną (mają w związku z tym mniejsze szanse na sukces w monopolizacji), a ich interpretacje promocji zdrowia są bardziej odległe (co nie znaczy wolne) od myślenia biomedycznego, bliższe natomiast pozostałym paradyg-

matom (to zaś rodzi mniejsze potrzeby reinterpretacji jej idei). Trzeba jednak odnotować, że paradygmat społeczno-środowiskowy, konstytutywny dla promocji zdrowia, częściej mieści się w sferze postulatów, niż stanowi rzeczywistą podstawę teorii, badań, interpretacji czy wdrożeń. Stąd zapewne głosy, że rozwój promocji zdrowia dotyczy głównie jej retoryki, a nie realizacji (PARISH, 1995), że powszechne jest niezrozumienie jej istoty, przy jednoczesnym żonglowaniu cytatami programowymi (BARIC et al., 2001), że zagubieniu ulegają najistotniejsze jej cechy (SZEWCZYK, 2000).

Pytanie, na które choćby częściowo chcę tu odpowiedzieć, dotyczy wskazania takich sposobów myślenia czy mechanizmów intelektualnych, które — rozpowszechnione wśród naukowców i praktyków zajmujących się promocją zdrowia — sprzyjają procesom jej medykalizacji.

Po pierwsze, geneza polimorficznej promocji zdrowia wywodzona jest z tradycji dyscyplin i działań medycznych, przy jednoczesnym pomijaniu innych nurtów przyczyniających się do jej powstania. Niejako w konsekwencji tegoż bagatelizowany jest nowatorski lub miejscami alternatywny charakter promocji zdrowia w stosunku do opcji medycznych, jak gdyby była to tylko nowa nazwa dla tradycyjnych działań¹¹.

Po drugie, medykalizacji sprzyja posługiwanie się ogólnymi, niezdefiniowanymi i rozmytymi (potocznymi) pojęciami promocji zdrowia, bez precyzowania jej szczegółowych znaczeń. Sugeruje to prostotę działań w jej zakresie i, w konsekwencji, brak potrzeby posiadania profesjonalnych kompetencji wykraczających poza wiedzę o zachowaniach, które sprzyjają zdrowiu¹². Zazwyczaj milcząco przyjmuje się również założenie, że wiedza medyczna jest wystarczająca do tego, by skutecznie realizować interwencje nazywane promocją zdrowia. Stąd często dyrektywne zakłęcia w stylu „powinno się... (uzyskać dany cel zdrowotny)” zastępują odwołania do koncepcji mówiących, w jaki sposób to osiągnąć.

Po trzecie, promocję zdrowia ściśle łączy się ze zjawiskami związanymi z chorobą (z przeciwdziałaniem jej, wykrywaniem, czynnikami ryzyka itd.), a nawet ogranicza się jej zainteresowania do obszaru typowych kompetencji medycznych. Uwaga kierowana jest na zagrożenia zdrowia, z pominięciem

¹¹ Np. co drugi lekarz specjalista medycyny pracy — a jest to specjalność, która jako jedyna ustawowo ma przypisane rozległe zadania związane z promocją zdrowia — uważa, że promocja zdrowia to tylko nowa nazwa dla tradycyjnej oświaty zdrowotnej i profilaktyki. Podobnie myśli blisko co druga pielęgniarka zatrudniona w medycynie pracy (PUCHALSKI, KORZENIOWSKA, IWANOWICZ, 2007).

¹² Przykładowo, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku próbuje zdefiniować promocję zdrowia jako „promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu”. Z kolei ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 roku wyjaśnia ją jako „propagowanie zachowań prozdrowotnych i zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie”.

słabo zaznaczonych w medycynie psychicznych i społecznych potencjałów wspierających jego dobry stan. W takiej sytuacji nauki niemedyce, z założenia mniej kompetentne w problematyce chorób, mogą jedynie wesprzeć, uzupełnić medycynę, ale nie mogą przejąć kluczowych kompetencji w omawianej dziedzinie.

Następny, czwarty, mechanizm — czy raczej ich grupa — polega na uznaniu uniwersalnego charakteru wiedzy medycznej i reprezentowanych w jej ramach wartości, a także absolutnej słuszności „racjonalności medycznej” (często w parze z lekceważeniem „racjonalności potocznej”). Można tu przytaczać wiele przykładowych konsekwencji takiego myślenia, sprzecznych z ideą promocji zdrowia. Warto odnotować choćby rozpowszechnienie poglądu, że do promocji zdrowia powinno się ludzi przymuszać¹³. Zdrowie traktowane jest jako najwyższa wartość, uzasadniająca oczekiwanie od osób i instytucji całkowitego podporządkowania się normom związanym z jego ochroną¹⁴. „Laikom” odbiera się prawo do własnych przekonań i ocen, jeśli są one odmienne od tez przyjętych w nauce¹⁵.

Kolejna sprawa dotyczy tego, co współcześnie określa się „medycyną (nauką, promocją zdrowia) opartą na faktach”. Idea ta, w wielu interpretacjach, pozbawia promocję zdrowia (jej wdrożenia) zindywidualizowanego statusu *art*, próbując uczynić z niej gotową do powielania i uniwersalną procedurę („świadczenie” w sensie usług medycznych), adekwatną dla każdego podmiotu i środowiska. W ocenach efektów implementacji takich działań liczy się głównie to, co można szybko i prosto zmierzyć, potwierdzić w dużej liczbie podobnych przypadków. Trudno w ten sposób oceniać długotrwałe procesy społeczne, uwarunkowane wieloma niekontrolowanymi czynnikami, pozostające pod wpływem niepowtarzalnych cech ich uczestników, sytuacji i środowisk, w których zachodzą. Stąd łatwiej prowadzić proste, ale „naukowe” interwencje, których ulotne efekty trzeba szybko ocenić, zanim w ogóle zanikną. Samo uzyskanie mierzalnego efektu jest przecież przy takim podej-

¹³ Pogląd taki odnaleźć można zarówno w propozycjach zdefiniowania pojęcia promocji zdrowia (KUŃSKI, 1997), jak również w poglądach personelu medycznego. Przykładowo 80% wspomnianych już pielęgniarek medycyny pracy uważa, że przedsiębiorstwa powinny być prawnie przymuszane do promocji zdrowia personelu. Jeszcze liczniejsza ich grupa (i blisko co drugi lekarz tej specjalności) twierdzi, że do udziału w takich programach powinni być też przymuszani pracownicy (PUCHALSKI, KORZENIOWSKA, IWANOWICZ, 2007).

¹⁴ Zmiana jest tu np. nazwa jednej z fundacji — „Wszystko dla zdrowia”.

¹⁵ Przykładowo, to prymat przyznawany długości życia jako kryterium zdrowia, podczas gdy dla obywateli w tym kontekście jest to mało istotna sprawa (D’HOUTAUD, FIELD, 1984; PUCHALSKI, 1997). To także m.in. negowanie skuteczności różnych metod terapeutycznych, które okazują się skuteczne w doświadczeniu indywidualnych osób, ale nie znajdują potwierdzenia w badaniach naukowych lub ich skuteczność potwierdzona została w stosunku do nielicznych osób. Na problem ten w szerszym kontekście „społeczeństwa ryzyka” zwraca uwagę Ulrich BECK (2004).

ściu znacznie ważniejsze niż jego trwałość i znaczenie. Takie scjentystyczne podejście (trudno je utożsamiać z medycyną, lecz raczej z bliskim jej stylem uprawiania nauki) wpływa, oczywiście, na sposób rozumienia promocji zdrowia. Staje się tu ona technicznym działaniem interwencyjnym (jak szczepienia, porady, skriningi), skierowanym raczej na samo wykonanie czynności zawodowych¹⁶ lub na pojedyncze zachowania ludzi niż na przekształcenia w społecznie zakorzenionych stylach życia oraz mechanizmach funkcjonowania grup i organizacji¹⁷.

Z tym wiąże się akceptacja redukcjonistycznej koncepcji człowieka — jako istoty kierującej się głównie bodźcami o charakterze poznawczym (zwłaszcza wiedzą medyczną) lub reagującej na behawiorystycznie pojęte pobudzenia. Pierwsza teza sprowadza promocję do niewyszukanych form edukacji, druga wiąże ją z logiką walki (z nadwagą, paleniem, ze stresem) lub — w łagodniejszej formie — logiką zmiany (zachowań, przyzwyczajzeń). W walce nie ma miejsca na wątpliwości, pytania o preferencje i zgodę (czy ludzie chcą narzucanych im zmian? czy godzą się na walkę z ich słabościami?), poszukiwanie i negocjowanie wspólnych rozwiązań, poszanowanie różnorodności czy odmienności — liczy się zewnętrznie ustanowiony cel (medycyna wie, co jest słuszne dla zdrowia) i stojące za nim siły, a nie marzenia o upodmiotowieniu człowieka i społeczności. Walka zakłada niszczenie (zagrożeń), a nie budowanie (potencjałów), eksploatację zasobów, a nie ich rozwój.

Chcę na koniec zwrócić uwagę na interpretację środowiskowych uwarunkowań stanu zdrowia. Otóż myślenie biomedyczne sprowadza środowisko do materialnych (biologicznych, chemicznych, fizycznych) jego aspektów, pomijając społeczny (kulturowy, ekonomiczny, psychiczny) jego wymiar. Konsekwencją tego jest, z jednej strony, samo ograniczenie zakresu branych pod uwagę uwarunkowań stanu zdrowia (zubożenie ich o czynniki społeczno-środowiskowe), z drugiej — lekceważenie mechanizmów środowiskowo-społecznych, które warunkują przebieg i efekty podejmowanych interwencji. Jednocześnie obiektem promocji zdrowia stają się nie tyle środowiska społeczne (siedliska), ile po prostu populacje i poszczególne osoby.

¹⁶ Często jako cel programów promocji zdrowia przyjmuje się same czynności (wykonanie X badań, przeprowadzenie X szkoleń), a nie ich efekty uzyskiwane w świadomości czy działaniach ludzi lub w infrastrukturach wsparcia.

¹⁷ Stąd zapewne bierze się medyczna koncepcja stylu życia, sprowadzająca tę kategorię do pytania o realizację kilku wybranych zachowań wpływających na zdrowie (m.in. odżywiania, aktywności fizycznej i rekreacji, konsumpcji używek), wyabstrahowanych z ich psychologicznego czy socjologicznego kontekstu, w konsekwencji trywializująca to pojęcie. Przykładem tej trywializacji, zaczerpniętym już z codzienności, może być ostatnio zauważony przeze mnie napis na etykiecie butów sportowych: „Przeznaczenie --- styl życia”.

Medykalizacja promocji zdrowia a kontekst życia codziennego

Procesy medykalizacji promocji zdrowia następują nie tylko przy tworzeniu koncepcji naukowych, ale również w wykraczającej poza naukę praktyce społecznej, jaka realizowana jest pod jej szyldem. Polegają one generalnie na wdrażaniu scharakteryzowanego wyżej sposobu myślenia, ale warto tu odnotować i zilustrować inne charakterystyczne zjawiska.

Działania nazywane promocją zdrowia podejmowane są głównie w instytucjach medycznych i, co za tym idzie, mają typowo medyczny charakter. Dotyczy to zarówno nauczania promocji zdrowia (a więc powielania określonych sposobów myślenia), jak i świadczenia usług nazywanych w ten właśnie sposób (tworzenia wzorów społecznych, modeli zachowań — potocznych i profesjonalnych). Warto zauważyć, że usługi te ograniczają się zazwyczaj do standardowych świadczeń profilaktyki medycznej (badań, szczepień, udzielania porad, stosowania prostych form terapii, ordynowania leków), co wzmacnia krytykowane przez Illicha zjawiska biernego stosunku społeczeństwa do zdrowia i wyzbywania się odpowiedzialności za nie. Podobnie, tworzone i upowszechniane w tych instytucjach „programy” promocji zdrowia prowadzą się najczęściej do określenia treści wiedzy medycznej, która ma być przedmiotem przekazu.

Takiż stan ma swoje umocowanie legislacyjne. Jeżeli pojęcie promocji zdrowia występuje w dokumentach prawnych, to głównie w tych, których zapisy odnoszą się do sektora ochrony zdrowia, zdominowanego przez medycynę¹⁸. Przykładowo, promocja zdrowia stała się (oczywiście, tylko w zapisach, nie w praktyce) jednym z dwóch głównych obszarów działania zakładów opieki zdrowotnej, zapisanych w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku. Z kolei wpisanie jej w system świadczeń oferowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego spowodowało ją do typowych procedur postępowania medycznego (zob. MILLER, CIANCIARA, 2003).

Promocja zdrowia poddana została bezpośrednio, formalnej kontroli ze strony medycyny, czego przykładem jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 roku w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Zgodnie z nim tytuł „specjalisty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej” dostępny stał się

¹⁸ Przepisy dotyczące innych sektorów operują nieco odmiennymi pojęciami, np. działalność oświatowo-wychowawcza, lub — jak m.in. ustawy samorządowe — używając terminu „promocja zdrowia” (równoległe z pojęciem „ochrona zdrowia”), odsyłają w szczególności do przepisów dotyczących sektora medycznego.

nie tylko dla medyków, ale także dla niektórych innych zawodów (m.in. socjologów, pedagogów, psychologów), co mogłoby sugerować, że medycyna otwiera się na bardziej „uspołecznione” interpretacje promocji zdrowia. Jednakże (pomijając zmedykalizowanie treści kształcenia) kierownikiem takiej specjalizacji może być wyłącznie lekarz z dowolną specjalizacją medyczną drugiego stopnia, a wszelkie procedury organizacyjne i kontrolne związane z postępowaniem specjalizacyjnym nadzorują instytucje medyczne.

Zmedykalizowanie myślenia o promocji zdrowia, prowadzące do zredukowania zakresu i treści jej pojęć, koncepcji teoretycznych i wdrożeniowych, oraz silne powiązanie tych zredukowanych opcji z interesami rynku (także medialnego) prowadzi do medykalizacji szerszych obszarów społeczeństwa poprzez przywołane trzy typy jatrogeny. O jatrogenie klinicznej można mówić m.in. wówczas, gdy ponosimy negatywne konsekwencje stosowania spopularyzowanych jako dobre dla wszystkich sposobów odżywiania, używania preparatów OTC, realizacji form aktywności itp. Podobnie o jatrogennych konsekwencjach mówić można wtedy, kiedy nakłaniany jesteśmy do wykonywania określonych badań profilaktycznych, podczas gdy usługi te mają wątpliwą jakość, a osoby, u których prawidłowo zdiagnozowano niepokojące symptomy, albo się o tym w ogóle nie dowiadują, albo informowane są w dość niewybredny sposób, albo mają utrudniony dostęp do adekwatnej terapii. Z kolei jatrogena społeczna przejawia się m.in. tym, że lawinowo wzrasta zarówno liczba serwowanych nam — nie zawsze już przez medycynę — różnego typu „prawd”, a także usług dotyczących „zdrowego” życia, o których pisał Peter Skrabanek. Wśród nich znajduje się również cały szereg takich o wątpliwej jakości. Jednocześnie mariaż ich „producentów” z przemysłem i mediami wzmacnia siłę ich oddziaływania. Pojęcie jatrogeny strukturalnej zwraca natomiast uwagę m.in. na fakt, że rozwój zmedykalizowanej promocji zdrowia zamiast kreować podmiotowe postawy społeczeństwa, rozwijać różne formy kooperacji i zwiększać możliwości działania, faktycznie zrzuca na jednostki odpowiedzialność za własne zdrowie („twoje zdrowie w twoich rękach”), wzmacniając jednocześnie „wyuczoną bezradność” wobec zdrowia i uległość wobec medycyny wspieranej przez przemysł i media.

Podsumowując ten wątek, można stwierdzić, że medykalizacja w omawianym obszarze przebiega w taki oto sposób: instytucjonalnie pojęta medycyna anektuje i zawłaszcza promocję zdrowia, prowadząc do jej reinterpretacji i strywalizowania jej „niemedycznych” treści, po czym tak pojęta promocja (jako nienaukowa lub tożsama z innymi, tradycyjnie realizowanymi działaniami) zostaje zmarginalizowana w systemie ochrony zdrowia, a w takiej postaci rozwijana — przy wsparciu mechanizmów rynkowych i medialnych — w praktyce życia codziennego.

Zakończenie

Opisany tu proces jest, oczywiście, tylko jednym z wielu, jakie rozgrywają się wokół promocji zdrowia. Uderza on w wartości, które wielu są zapewne bliskie. W takiej sytuacji można zająć pozycję obserwatora lub — przyjmując obecną w socjologicznej tradycji opcję nauki zaangażowanej — włączyć się w działania mające na celu reaktywowanie tych wartości w systemach zdrowia. Jedno z takich działań polega na próbie odbudowywania tożsamości promocji zdrowia, tym bardziej że w uprawianiu nauki zaangażowanej tak ważne jest ujawnienie przesłanek własnego warsztatu badawczego.

Mówiąc o tożsamości, nie mam na myśli tworzenia jakichkolwiek granic pomiędzy dyscyplinami związanymi z promocją zdrowia. Wprost przeciwnie. Jednakże interdyscyplinarna współpraca w tym obszarze wymaga partnerstwa, a więc wyrównania pozycji. To wiąże się z potrzebą wzmocnienia marginalizowanych ujęć promocji zdrowia, reprezentowanych głównie przez te nurty społecznych nauk o zdrowiu, które nawiązują do „idealnego” jej ujęcia. Nie chodzi tu też o jakikolwiek próby zawracania procesów toczących się w nauce i codziennej praktyce, lecz o rozwój teoretyczny oraz — co ważne — instytucjonalny badań i analiz w omawianym obszarze, w tym badań samej promocji zdrowia jako zjawiska społecznego. To, oczywiście, wymaga wzmocnienia autorefleksji badaczy nad koncepcją promocji zdrowia, jaką przyjmują u podstaw swoich naukowych poszukiwań (i pilotowanych wdrożeń). Wymaga też lepszego komunikowania własnych dokonań w tym zakresie (tu przepraszam Czytelnika za wszelkie niejasności swojej wypowiedzi), by nadawać promocji zdrowia autonomizujący społeczzeństwo, a nie jatrogeny kierunek rozwoju.

Pojawiają się jednak wątpliwości, na ile w praktyce realna jest wizja społeczeństwa upodmiotowionego i aktywnego wobec zdrowia, a także potrzeba samokontroli, by w imię pięknych wartości nie popaść w pułapkę chęci uszczęśliwienia ludzi wbrew ich woli. Stąd potrzeba badań nie tylko nad uwarunkowaniami i skutecznością prozdrowotnych interwencji, ale także nad ich etyką.

Bibliografia

- A Discussion Document on the concept and principles of health promotion, 1986. *Health Promotion International*, 1 (1), s. 73—76.
- BARIĆ L., BARIĆ L.F., OSIŃSKA H., 2001: *Ewaluacja, jakość, audyt*. Warszawa: PTOZ.

- BECK U., 2004: *Spółeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- BIK B., PRZEWOŹNIAK L., 2005: Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia. W: PIĄTKOWSKI W., BRODNIAK W.A., red.: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Tyczyn: Wydawnictwo WSS-G, s. 145—165.
- BRESLOW L., 2001: Why Health Promotion Lags Knowledge About Healthful Behavior. *American Journal of Health Promotion*, 15 (5), s. 388—390.
- BUNTON R., MACDONALD G., eds., 2002: *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments*. London and New York: Routledge.
- BUNTON R., NETTLETON S., BURROWS R., eds., 1995: *The sociology of health promotion*. London: Routledge.
- CAPRA F., 1987: *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*. Warszawa: PIW.
- CZABAŁA J., SĘK H., 2000: Pomoc psychologiczna. W: STRELAU J., red.: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk: GWP.
- D'HOUTAUD A., FIELD M.G., 1984: The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health and Illness*, 6, s. 30—59.
- Global Health Promotion*, 2009, 16 (2).
- GROSSMANN R., SCALA K., 1997: *Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Health promotion glossary*, 1998. Geneva: WHO. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [dostęp: 12.11.2009].
- ILLICH I., 1975: *Medical Nemesis — The Expropriation of Health*. London: Calder and Boyars.
- JAEGER W., 1964: *Paideia*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo PAX.
- KAPLUN A., 1997: *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- KULMATYCKI L., 2003: *Promocja zdrowia w kulturze fizycznej. Kryteria dobrej praktyki*. Wrocław: Wydawnictwo AWF.
- KUŃSKI H., 1997: *Promowanie zdrowia. Podręcznik dla studentów wychowania fizycznego i zdrowotnego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- MACDONALD G., BUNTON R., 2002: Health promotion: disciplinary developments. In: BUNTON R., MACDONALD G., eds.: *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments*. London—New York: Routledge.
- MAHLER H., 1986: Towards a new public health. *Health Promotion International*, 1 (1), s. 1.
- MILLER M., CIANCIARA D., 2003: Promocja zdrowia w polityce zdrowotnej państwa. W: *Partnerstwo i odpowiedzialność w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Materiały z Międzynarodowej Konferencji w Ożarowie w dniu 2—5 listopada 2002 r.* Warszawa: PTOZ.
- NETTLETON S., BUNTON R., 1995: Sociological critiques of health promotion. In: BUNTON R., NETTLETON S., BURROWS R., eds.: *The sociology of health promotion*. London: Routledge.
- NOACK H., 1987: Concepts of health and health promotion. In: ABELIN T., BRZEZIŃSKI Z.J., CARSTAIRS V.D., eds.: *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: WHO Regional Publications.
- O'DONNELL M., 1989: Definition of Health Promotion: Part 3: Expanding the Definition. *American Journal of Health Promotion*, 3 (3), s. 5.
- Ottawa charter for Health Promotion, 1986. *Health Promotion International*, 1(4), s. 3—5.
- PARISH R., 1995: Health promotion: rhetoric and reality. In: BUNTON R., NETTLETON S., BURROWS R., eds.: *The sociology of health promotion*. London: Routledge.
- PIĄTKOWSKI W., 2002: Promocja zdrowia. Wybrane aspekty socjologiczne. W: BARAŃSKI J., PIĄTKOWSKI W., red.: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: ATUT.

- PUCHALSKI K., 1997: *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- PUCHALSKI K., 2005a: Medykalizacja promocji zdrowia. W: BINKIEWICZ K., SIEWRUK A., red.: *Zdrowie i choroba w społeczeństwie. Interdyscyplinarna Konferencja Warsztatów Analiz Socjologicznych*. Warszawa: IS UW, s. 21—27.
- PUCHALSKI K., 2005b: Promocja zdrowia w poszukiwaniu tożsamości. W: PIĄTKOWSKI W., BRODNIAK W.A., red.: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Tyczyn: Wydawnictwo WSS-G, s. 73—92.
- PUCHALSKI K., KORZENIOWSKA E., IWANOWICZ E., 2007: Postawy pielęgniarek służby medycyny pracy wobec promocji zdrowia zatrudnionych. *Medycyna Pracy*, 58 (6), s. 485—499.
- ROOTMAN I., GOODSTADT M., POTVIN L., SPRINGETT J., 2001: A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN I., GOODSTADT M., HYNDMAN B., MCQUEEN D.V., POTVIN L., SPRINGETT J., ZIGLIO E., eds.: *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. Geneva: WHO Regional Publications, European Series, No. 92.
- SKRABANEK P., 1994: *The death of humane medicine and the rise of coercive healthism*. London: Social Affairs Unit.
- SŁOŃSKA Z., 1994: Promocja zdrowia — zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1—2, s. 37—52.
- SŁOŃSKA Z., 2008: Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia. W: PIĄTKOWSKI W., PŁONKA-SYROKA B., red.: *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum, s. 83—94.
- SZEWCZYK T., 2000: Specyficzne cechy edukacji zdrowotnej. W: GŁOWACKA M.D., red.: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Poznań: Wydawnictwo Wolumin.
- WOYNAROWSKA B., 2008: Kształcenie kadr dla promocji zdrowia w Polsce i w Unii Europejskiej. W: OKULICZ-KOZARYN K., OSTASZEWSKI K., red.: *Promocja zdrowia psychicznego, badania i działania w Polsce*. Warszawa: IPiN, s. 17—32.