

MIRONA OGRYZKO-WIEWIÓROWSKA

Promocja zdrowia w praktyce
Prezentacja projektu dla Lubelszczyzny

Health promotion in practice
Presentation of the project for the Lublin Region

Promocja zdrowia jest zespołem działań ukierunkowanych na wzmacnianie zdrowia oraz upowszechnianie wiedzy o regułach funkcjonowania ludzkiego organizmu i warunków utrzymania go w dobrej kondycji. Oznacza zainteresowanie utrzymaniem i wzmacnianiem zdrowia jednostek i grup społecznych na różnych poziomach ich funkcjonowania poprzez wdrażanie programów, usług i rozwiązań na poziomie mikro i makrospołecznym.¹ Trafnie ujmuje to jedna z definicji: „promocja zdrowia są to działania nakierowane na umocnienie i rozwój zdrowia jednostek oraz złożonych z nich zbiorowości, realizowane głównie w sferze prozdrowotnych przekształceń ich stylu życia (zachowań zdrowotnych) oraz w sferze tych elementów najszerzej rozumianego środowiska, które istotnie warunkują możliwość dokonania tego rodzaju zmian”.²

Ostatnie trzy dekady są okresem dynamicznego rozwoju promocji zdrowia w świecie, a okres transformacji systemowej to także okres jej rozwoju w Polsce. Znaczącym czynnikiem stymulującym jej rozwój stały się procesy globalne, prowadzące do pojawienia się, szczególnie widocznych w krajach wysoko rozwinię-

¹ K. Puchalski, *Promocja zdrowia w poszukiwaniu tożsamości*, [w:] *Zdrowie i choroba Perspektywa socjologiczna*, W. Piątkowski, A. Brodniak (red.), Tyczyn 2005, s. 84–85.

² A. Gniazdowski, *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, Łódź 1997, s. 57.

tych, nowych problemów związanych z ochroną zdrowia i konieczność radzenia sobie z nimi. Do tych globalnych procesów można zaliczyć między innymi:³

- * rozwój ekonomiczny sprzyjający nadmiernej konsumpcji, również produktów szkodliwych dla zdrowia oraz dążenie do sukcesu i wysokich zarobków kosztem zdrowia,

- * pogarszanie się sytuacji ekologicznej – narastający poziom zanieczyszczeń środowiska naturalnego i atmosfery,

- * przemiany demograficzne, takie jak: wzrost liczby ludności świata, wydłużanie się przeciętnej długości trwania życia, zwiększanie się liczby ludzi w podeszłym wieku wymagających szczególnej troski,

- * pogłębianie się sfery ubóstwa,

- * rozwój technologiczny w medycynie, przyczyniający się, z jednej strony, do doskonalenia diagnostyki medycznej, terapii i skuteczniejszego leczenia chorób, z drugiej natomiast prowadzący do niepożądanego wzrostu kosztów medycyny naprawczej,

- * przemiany w obrazie chorób, jakie nastąpiły w krajach wysoko rozwiniętych w połowie ubiegłego wieku – opanowane choroby zakaźne ustąpiły miejsca chorobom przewlekłym (takim jak: choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, otyłość), w których decydujące znaczenie mają indywidualne zachowania zdrowotne i styl życia.

Skuteczność promocji zdrowia tkwi włączeniu edukacji zdrowotnej z wielowymiarowym wsparciem (organizacyjnym, ekonomicznym i środowiskowym) dla zachowań prowadzących do zdrowia. Doświadczenia wielu krajów podejmujących liczne działania na rzecz promocji zdrowia wskazują, że w realizacji tak rozumianych zadań uczestniczy wiele osób i instytucji społecznych niezwiązanych bezpośrednio z medycyną. Efektywność w tym zakresie wymaga wielosektorowego współdziałania. Powodzenie uzależnione jest od wielu czynników, wśród których ważne miejsce zajmują⁴:

- * liderzy – jednostkowi i zbiorowi, formalni i nieformalni,

- * dobre rozpoznanie problemów społeczności,

- * włączenie możliwie szerokiego *spectrum* podmiotów lokalnych.

Najtrudniejszą chyba grupę do wprowadzania jakichkolwiek zmian w dziedzinie zdrowego stylu życia stanowią tzw. środowiska szczególnego ryzyka. Ich styl życia często jest skrajnie niekorzystny, a ich wykształcenie nie sprzyja prozdro-

³ C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe*, [w:] J. B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*, Wydawnictwo Ignis, Warszawa 1999, s. 43–44.

⁴ P. Puska, J. Tuomilehto, A. Nissinen, et al. *The North Karelia Project. 20 Year Results and Experiences*, Helsinki 1995; I. Lignowska, *Projekt północnokarelski – przykład modelowego projektu promocji zdrowia w społeczności lokalnej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 20, 2001, s. 145–158.

wotnym modyfikacjom dotychczasowych nawyków, przyzwyczajzeń. Wprowadzanie jakichkolwiek zmian w mentalności i codziennych zachowaniach tego typu ludzi wymaga cierpliwego i zindywidualizowanego podejścia, długotrwałych zabiegów i subtelnych, ale stanowczych działań.

W niniejszym tekście zaprezentuję projekt mający na celu propagowanie promocji zdrowia w różnych środowiskach, w tym również w grupach zmarginalizowanych.⁵ Ze względu na zwiększone ryzyko zagrożenia zdrowia oraz występowania zachowań bionegatywnych w grupach zagrożonych wykluczeniem społecznym ofertę udziału w projekcie kieruję do pracowników instytucji wspierających grupy szczególnego ryzyka.

1. ZDROWIE JAKO FUNDAMENT ŻYCIA SPOŁECZNEGO

Zdrowie stanowi jedną z podstawowych wartości zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym. W początku lat 50. ubiegłego wieku T. Parsons pisał, że jest ono warunkiem powodzenia społeczeństwa.⁶ Również Z. Bauman w posiadaniu dobrego zdrowia upatruje główny warunek sukcesu. W epoce ponowoczesnej zdrowie, według tego autora, stanie się najpotężniejszym ze znanych dotąd czynników społecznego uwarstwienia i polaryzacji.⁷ Narastanie podziałów jeszcze bardziej pogłębi upośledzenie grup społecznie upośledzonych i/lub zagrożonych społecznym wykluczeniem.

Badania socjomedyczne wskazują, że zdrowie jest nie tylko efektem zachowań jednostkowych. Ma także wymiar społeczny. Indywidualny styl życia, codzienne zachowania jednostki, w tym zachowania zdrowotne, są warunkowane przez środowisko, przez kontekst społeczny i kulturowy. Ludzie wobec zdrowia podejmują działania wynikające z funkcjonujących, bądź propagowanych, w danym środowisku wzorów życia.⁸ W bardziej lub mniej odległych konsekwencjach zachowania te mogą mieć wpływ korzystny na zdrowie, mogą mu służyć bądź mogą być dla niego szkodliwe, bądź zgubne.⁹

Dostrzeganie wartości zdrowia obecne jest w różnych grupach społecznych. Pokazuje to badanie warunków i jakości życia Polaków (*Diagnoza społeczna*), z którego wynika, że zdrowie uznawane jest za podstawowy (na pierwszym miej-

⁵ Był on realizowany w ramach unijnego projektu „Zmiana przez zdrowie” ze środków EFS.

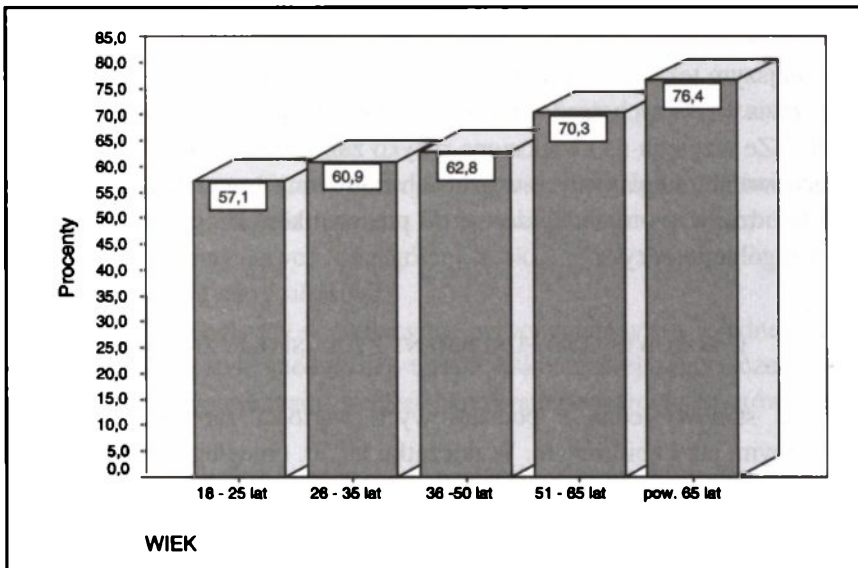
⁶ T. Parsons, *Definicja zdrowia i choroby w świetle amerykańskiego systemu wartości i struktury społecznej*, [w:] *Struktura społeczna i osobowość*, Warszawa 1969, s. 340–347.

⁷ Por. m.in. Z. Bauman, *Ponowoczesność jako źródło cierpienia*, Warszawa 2000, s. 266.

⁸ A. Ostrowska, *Nierówności w sferze zdrowia*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2.

⁹ A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Łódź 1990.

scu) warunek udanego życia przez wszystkie analizowane kategorie społeczne i przekonanie to rośnie wraz z wiekiem badanych (wykres 1).¹⁰



Wykres 1. Wiek a zdrowie jako warunek udanego życia

Gorzej jest natomiast, gdy chodzi o występowanie nieobojętnych dla zdrowia codziennych zachowań. Pomijając szkodliwe dla zdrowia sposoby odżywiania, czy nałogi, w wielu środowiskach nadal lekceważy się objawy poważnych niekiedy chorób. Jest to niepokojące, zwłaszcza że mamy coraz więcej chorób, które zaniedbane w pierwszej fazie stają się trudno uleczalne lub w ogóle nieuleczalne w fazach późniejszych. Przykładem mogą być choroby nowotworowe, układu krążenia, wszelkiego rodzaju nerwice. Zamiast udawać się jak najszybciej do lekarza, wiele osób zwleka, czekając, aż „samo przejdzie” albo podejmuje mało skuteczne metody samoleczenia.¹¹

Z badań wynika, że proporcje pomiędzy zachowaniami niekorzystnymi dla zdrowia a biopozytywnymi zmieniają się w zależności od położenia społecznego. Im niższa pozycja społeczna, tym większa przewaga tego co niesprzyjające.¹²

¹⁰ J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2007*, Warszawa 2007.

¹¹ H. Havshykova, *Postawy zdrowotne studentów Lublina i Lwowa*, rozprawa doktorska, EKPiUU, Lublin 2007, s. 275; A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa 1999; J. Biernicka, *Samoleczenie faktem społecznym*, „Społeczeństwo i Rodzina. Stalowski Studia KUL Jana Pawła II”, nr 7 (2/2006), rok. 3, ss. 4–15; A. Gniazdowski, *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, Łódź 1990.

¹² A. B. Hollingshead, F. O. Redlich, *Social class and mental illness*, John Wiley and Sons,

„Wśród osób mniej zamożnych i niewykształconych obserwujemy zarówno częstsze oddawanie się praktykom szkodliwym dla zdrowia, jak i rzadsze działania aktywnie nakierowane na budowę i zachowanie zdrowia”.¹³

Według Projektu Narodowego Programu Zdrowia 2006–2015 „największym zagrożeniem zdrowia jest ubóstwo i niski poziom wykształcenia”.¹⁴ Analiza wyników badań dotyczących stanu zdrowia Polaków wyraźnie wskazuje np. zależność zachowań profilaktycznych od wykształcenia. Wraz ze wzrostem wykształcenia systematycznie zwiększa się odsetek Polek w wieku 15 lat i więcej, które miały wykonaną mammografię chociaż raz w życiu.¹⁵ Prawidłowość ta dotyczy także innych rodzajów badań (np. prześwietlenie klatki piersiowej, badanie przerostu prostaty u mężczyzn). W badaniach brytyjskich uwzględniających położenie społeczne badanych wykazano, że im niższe położenie społeczne tym więcej niekorzystnych dla zdrowia zachowań, np. palenie papierosów, nadużywanie alkoholu. W klasie najwyższej mniej niż jeden z sześciu badanych był palaczem (ok. 16%), natomiast w klasie najniższej prawie 1 z 2 mężczyzn (49%) oraz 1 z 3 kobiet (36%).¹⁶ Badania CBOS na temat zachowań kulinarnych i sposobów żywienia Polaków także wskazują na społeczne różnice w tym zakresie. Najbardziej zasady prawidłowego żywienia przestrzegają osoby najmłodsze (fastfoody), robotnicy niewykwalifikowani (nadużywanie tłustych potraw) oraz prywatni przedsiębiorcy (brak czasu na spokojne i zróżnicowane odżywianie). Najczęściej natomiast reguł zdrowego żywienia przestrzegają osoby należące do najstarszych kategorii wiekowych, do kadry kierowniczej i pracujących w zawodach inteligenckich.¹⁷

Konsekwencją występowania ryzyka zdrowotnego są pogarszające się wskaźniki zdrowia. Bardzo wyraźnie ilustrują tę zależność dane statystyczne. Według Raportu WHO 77% zgonów z powodu zawału serca oraz 82% spowodowanych udarem mózgu przypada na kraje o średnim i niskim poziomie dochodów na głowę mieszkańca.¹⁸ W Polsce umieralność z powodu chorób układu krążenia jest wyższa o ok. 60% od średniej w krajach UE, a zgonów spowodowanych nowotworami dróg oddechowych o ok. 30%. Ostrzej to zróżnicowanie widać w przewidywanej długości życia ludności w wybranych krajach współczesnego świata (spośród 100 opisywanych)¹⁹:

N. York 1958; J. M. Muurinen, J. Le Grand, *The economic analysis of inequalities in health*, „Social Science and Medicine” 1985, vol. 20, nr 10, s. 1029–1035.

¹³ A. Ostrowska, *Styl życia*...

¹⁴ Projekt Narodowego Programu Zdrowia 2006–15, s. 8.

¹⁵ *Stan zdrowia Polaków*, GUS, 1996.

¹⁶ L. Przewoźniak, *Zdrowie publiczne*, Kraków 2000, t. I, s. 72–73.

¹⁷ *Nawyki żywieniowe i zachowania kulinarne Polaków*, CBOS 2000, nr 145.

¹⁸ Opracowanie własne na podstawie danych z WHO, Report 2002.

¹⁹ Dane za: *Świat w liczbach 2003*, The Economist, Wyd. Studio EMKA Ltd., Warszawa 2003, s. 76–77.

Japonia	81,5	kobiety – 85,0	mężczyźni – 77,8
Szwecja	80,1	kobiety – 82,8	mężczyźni – 77,6
Afganistan	43,2	kobiety – 43,5	mężczyźni – 43,0
Botswana	36,1	kobiety – 35,6	mężczyźni – 36,5

Z zestawienia wynika, że wskaźniki przeciętnego trwania życia w krajach zamożnych są dwukrotnie wyższe aniżeli w krajach ubogich. Ponadto w tych ostatnich płęć nie różnicuje tak znacząco wskaźnika.

Przyczyny tak wyraźnego zróżnicowania wiążą się nie tylko z gorszymi warunkami życia, niedorozwojem instytucji medycznych, ale też z „niedostatkiem wiedzy, umiejętności i zachowań zdrowotnych”.²⁰ Skutkiem jest niedostatek zachowań prozdrowotnych grup szczególnego ryzyka oraz gorszy stan ich zdrowia. Ta zależność ma charakter cyrkularny – pogorszenie sytuacji, pociąga osłabienie możliwości zdrowotnych. Natomiast pogorszenie zdrowia sprzyja obniżaniu standardu życia. Zatem przerwanie tego łańcucha zależności przez działania promocyjne z zewnątrz może mieć kluczowe znaczenie dla zmiany niekorzystnych tendencji.

2. PREZENTACJA – OGÓLNE ZAŁOŻENIA PROJEKTU

Projekt „Zmiana przez zdrowie. Szkolenia dla grup szczególnego ryzyka”²¹ został pomyślany jako zastosowanie wiedzy o zdrowiu (szczególnie z zakresu promocji zdrowia) do wspomagania działań ukierunkowanych na wspieranie młodzieży i dorosłych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

W odniesieniu do zdrowia grup szczególnego ryzyka projekt ma charakter innowacyjny. Zawarte w tytule projektu pojęcie zmiany ma dwojakie znaczenie. Po pierwsze, wiedza o promocji zdrowia czyni pracujących z grupami szczególnego ryzyka osobami bardziej kompetentnymi, zdolnymi do bardziej profesjonalnego dobierania środków i efektywniejszego oddziaływania. Drugie odnosi się do beneficjentów ostatecznych projektu. Dzięki korzystnym zmianom w codziennych zachowaniach, w nawykach związanych ze stylem życia (kształtowanych przez kompetentnych pracowników) zmniejsza u nich ryzyko zagrożenia zdrowia, wzrasta szansa poprawy położenia społecznego, stwarza możliwości wyjścia ze społecznego wykluczenia. Przygotowanie ludzi zintegrowanych ze środowiskiem daje możliwość skuteczniejszego oddziaływania. Podejmując pracę z gru-

²⁰ *Narodowy Program Zdrowia do 2005*, s. 22.

²¹ Opracowany w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004–2006, Priorytet 1. Aktywna polityka rynku pracy oraz integracji zawodowej i społecznej, Działanie 1.5. Promocja aktywnej polityki społecznej poprzez wsparcie grup szczególnego ryzyka. Projekt był realizowany w okresie od 1 marca 2007 do 31 stycznia 2008. Miał charakter regionalny. Kierowany był do pracujących z województwa lubelskiego.

pami szczególnego ryzyka, przychodzą oni do swoich. Znają środowisko, wiedzą jak do niego dotrzeć. Łatwiej wówczas o trafną diagnozę, o bardziej korzystne rozwiązania.

Celem bezpośrednim projektu jest wsparcie polegające na wzbogaceniu zawodowych kompetencji 200 osób pracujących z grupami szczególnego ryzyka poprzez szkolenia z zakresu promocji zdrowia. Celem pośrednim było oddziaływanie na sytuację społeczną tych grup, poprawa warunków życia w kierunku minimalizowania zachowań antyzdrowotnych. Dotychczasowa praca osób z grupami szczególnego ryzyka nie przynosi oczekiwanych efektów nie tylko z powodu nadmiernego zbiurokratyzowania samej pracy, ale też ze względu na niewystarczające przygotowanie merytoryczne pracowników socjalnych (nie mają wiedzy z zakresu promocji zdrowia i często sami nie rozumieją ważności działań promocyjnych).²² Natomiast ich obecność w środowisku ma bardzo duże znaczenie, ponieważ w tych grupach pełnią oni często rolę profesjonalistów pierwszego kontaktu, są jedyną kategorią specjalistów docierającą do tych domów.

3. BENEFICJENCI PROJEKTU

W omawianym projekcie można wyróżnić dwie kategorie beneficjentów – beneficjenci ostateczni oraz beneficjenci pośredni. Beneficjent ostateczny to osoba (niekiedy instytucja) uprawniona do skorzystania ze wsparcia po spełnieniu pewnego rodzaju wstępnych warunków rekrutacyjnych. Zwykle dokumentacja dotycząca konkursu określa wszystkie warunki, jakie powinien spełniać uczestnik, aby jego udział w projekcie był kosztem kwalifikowalnym.²³ Wniosek oraz przewidywana dotacja odnoszą się do osób pracujących z grupami szczególnego ryzyka jako beneficjentów ostatecznych. Natomiast w naszym projekcie docelowo, korzyści odniosą osoby zaliczane do grup szczególnego ryzyka i korzystające z działań promujących zdrowie.

W realizowanym przez nas projekcie przewidywany jest udział pracowników oraz wolontariuszy instytucji i organizacji działających na rzecz grup szczególnego ryzyka z województwa lubelskiego. Dokumentacja konkursowa do grup szczególnego ryzyka zaliczała dwie kategorie. Pierwszą tworzyły **osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, ze szczególnym uwzględnieniem osób korzystających długotrwale ze świadczeń pomocy społecznej**, m.in. z powodu (1) długotrwałego bezrobocia (powyżej 24 miesięcy – nieprzerwanie od momentu

²² Strategia Polityki Społecznej Woj. Lubelskiego, Lublin 2005, s. 65.

²³ Obfitość dokumentacji, a zwłaszcza jej częste aktualizacje są poważnym problemem na etapie pisania i przygotowywania wniosku, zwłaszcza dla początkujących autorów. Opanowanie tej wielości i różnorodności źródeł innego charakteru może stanowić pewien problem zwłaszcza dla pracowników twórczo pracujących źródła.

ostatniej rejestracji); (2) uzależnień (są alkoholikami i narkomanami poddającymi się procesowi leczenia lub po jego ukończeniu); (3) bezdomności; (4) opuszczenia zakładu karnego. Do drugiej kategorii natomiast należały **osoby młode, w wieku 15–24 lata, stanowiące tzw. młodzież trudną**, podejmujące obowiązki szkolne bądź nie, pochodzące z rodzin ze środowisk ubogich i zagrożonych dysfunkcją społeczną (w tym z rodzin niezaradnych, wchodzących w konflikt z prawem).

Biorąc pod uwagę tak zdefiniowane instytucjonalnie grupy szczególnego ryzyka, konieczne było skierowanie oferty do takich kategorii pracowniczych, jak: (1) pracownicy instytucji pomocy społecznej (MOPS, GOPS, PCPR); (2) przedstawiciele organizacji pozarządowych, znani społecznie – liderzy społeczności lokalnych; (3) pedagodzy szkolni, nauczyciele, wychowawcy; (4) wolontariusze współpracujący z tymi instytucjami i organizacjami.²⁴ W kręgu beneficjentów projektu znalazły się także osoby reprezentujące instytucje i organizacje działające na pograniczu sfery zdrowia i pomocy społecznej, ukierunkowane na pomoc uzależnionym.

W każdym projekcie bardzo poważnym zadaniem jest rekrutacja uczestników. W naszym przypadku kandydat na uczestnika był rozproszony. Zazwyczaj nie dostrzegał bezpośrednich zawodowych korzyści, jakie może dać udział w projekcie. Na etapie powstawania pomysłu i szacowania cech potencjalnego uczestnika wielkość populacji skłaniała, by przyjąć znaczącą liczbę 200 (jako stosunkowo łatwo osiągalną i zapewniającą opłacalność projektu). W praktyce okazało się, że możliwości wykorzystania korzyści płynących z uczestnictwa doceniło znacznie mniej osób, niż szacowano.

Przewidywano dwa etapy rekrutacyjnych działań w projekcie. W pierwszym etapie planowano dotarcie z informacją o projekcie do kandydatów na beneficjentów ostatecznych za pomocą wielu kanałów, takich jak: poczta (rozesyłanie przesyłek zawierających ulotki i materiały informacyjne do instytucji i organizacji pozarządowych), dostępne adresy e-mail (w takich instytucjach, jak: lubelskie Kuratorium Oświaty, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, a także Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej oraz własna strona internetowa projektu). Ważnym elementem pierwszego etapu rekrutacji było seminarium promocyjno-informacyjne, w którym przewidywany był udział wszystkich osób zgłoszonych. Było ono planowane jako element wstępnego wprowadzenia w ideę projektu, okazja do zabrania wszystkich potrzebnych dokumentów i informacji, m.in. wypełnionych ankiet dostarczających wiedzy o zdrowiu, oczekiwaniach wobec uczestnictwa w projekcie oraz motywacji do doksztalcania. Zebrane tą drogą dane miały pozwolić na wyselekcjonowanie osób spełniających kryteria udziału w projekcie.

²⁴ Jest to zgodne z zapisami Uzupelnienia Programu SPO RZL oraz Wytycznymi dla Beneficjentów Działania 1.5.

W przypadku dużej liczby zainteresowanych przewidywany był drugi etap rekrutacji. Stał się on jednak zbędny ze względu na zgłoszenie się wystarczającej, ale nie wykraczającej poza zaplanowany limit liczby osób.

Interesująco wygląda przekrój demograficzny kandydatów. Wśród zainteresowanych projektem dominującą kategorią były kobiety (95%), co wynika z feminizacji zawodów oraz instytucji objętych projektem. Również zdecydowaną większość, choć nie tak silnie przeważającą, stanowiły osoby z wyższym wykształceniem (73%). Gdy chodzi o zawód, dwie z pięciu (40%) osób zainteresowanych projektem miały pedagogiczne kwalifikacje, a prawie jedna z trzech (30%) była pracownikiem socjalnym. Prawie 60% pracowało w instytucjach pomocy społecznej, jedna z pięciu (19%) w szkolnictwie, co dziesiąta (10%) była przedstawicielem organizacji pozarządowych, a tylko 1 z 14 osób była wolontariuszem.²⁵

4. FORMY WSPARCIA W PROJEKCIE

Przygotowanie uczestników do realizowania działań promujących zdrowie wymagało wyposażenia ich w niezbędną wiedzę o zdrowiu, a także promocji zdrowia oraz w umiejętności rozpoznawania potrzeb i podejmowania odpowiednich działań. Osiągnięciu założonych celów służyło przeprowadzenie cyklu szkoleń z zakresu promocji zdrowia, oddziaływania na styl życia i zachowania zdrowotne grup szczególnego ryzyka.

Podstawowymi elementami wsparcia były szkolenia i warsztaty. SZKOLENIA realizowane były w formie wykładów i ćwiczeń. Dostarczały wiedzy o zdrowiu oraz o możliwościach jego kształtowania (działaniach). Obejmowały one pięć modułów:

Moduł pierwszy *ZDROWIE w społeczeństwie* dotyczył ogólnej wiedzy o zdrowiu i czynnikach je warunkujących. Pokazywał związek położenia społecznego z jakością zachowań zdrowotnych, a także znaczenie stylu życia dla kształtowania zdrowotności. Pracującym z grupami szczególnego ryzyka pomagał rozumieć związki zdrowia z warunkami życia oraz kompetentnie oceniać sytuację zdrowotną klientów, a w konsekwencji skuteczniejsze udzielać wsparcia.

Moduł drugi *CHOROBA – negatywne konsekwencje stylu życia* obejmował wiedzę o zagrożeniach zdrowia. Główna uwaga skupiona była na chorobach we współczesnym świecie związanych głównie ze stylem życia. Bazą egzemplifikacji było społeczeństwo polskie. Uczestnicy otrzymali wiedzę pozwalającą rozumieć

²⁵ Zainteresowanie zgłosiło znacznie więcej osób pracujących w roli wolontariusza. Nie mogły być one zakwalifikowane do udziału w projekcie, ponieważ nie miały umowy o wolontariacie, a instytucje czy organizacje takiej umowy nie chciały podpisać. Okazuje się, że wiele instytucji i organizacji korzysta z pracy wolontariuszy, nie rejestrując jej.

skutki niekorzystnych dla zdrowia zachowań oraz zagrożenia zdrowia występujące w grupach zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Moduł trzeci *PROMOCJA zdrowia – element systemu medycznego* zawierał bazową wiedzę dla działań promocyjnych. Wiedza ta była traktowana jako podstawa dla zrozumienia istoty i idei promocji zdrowia. Zapoznanie m.in. z narodowymi programami zdrowia pozwoliło uczestnikom zobaczyć znaczenie promocji zdrowia w wymiarze globalnym, lokalnym i indywidualnym.

Moduł czwarty *PROMOCJA zdrowia – działania instytucjonalne* pokazywał promocję zdrowia na różnych szczeblach i w różnych dziedzinach życia społecznego. Ten moduł służył poszerzeniu wiedzy uczestników projektu o istocie działań promocyjnych. Uczestnicy mieli możliwość zapoznania się z modelowymi programami promocji zdrowia. Czyniło ich to świadomymi partnerami w działaniach na rzecz zdrowia grup szczególnego ryzyka w środowisku społecznym.

Moduł piąty *SOCJOTECHNIKA promocji zdrowia* wprowadzał w promocję zdrowia na poziomie relacji interpersonalnych. Pokazywał modele zachowań zdrowotnych oraz możliwości ich kształtowania. Połowa zajęć poświęcona była rozwiązaniom realnych problemów zdrowotnych grup szczególnego ryzyka. Dzięki temu uczestnicy otrzymali wiedzę i umiejętności diagnozy sytuacji, a także motywację do oddziaływania na zachowania zdrowotne.

WARSZTATY były zajęciami, podczas których przekazywano pewne umiejętności praktyczne.

Podczas zajęć z modułu szóstego, *PRAKTYKI środowiskowej implementacji wiedzy o promocji zdrowia*, uczestnicy nabywali umiejętności w rozwiązywaniu konkretnych problemów życiowych klientów. Było to bardzo ważne zadanie w projekcie. Zamierzonym efektem końcowym było opracowanie projektu indywidualnego programu działania na rzecz wsparcia zdrowia jednostek i grup będących w sferze ich profesjonalnego oddziaływania. Uczestnicy mieli pełną swobodę wyboru przedmiotu zainteresowań. Opracowany został schemat pracy. Uczestnicy byli zachęceni do podejmowania problemów ważnych w ich roli zawodowej, w ich miejscu pracy, w środowisku życia.

Ostatni, siódmy moduł: *TRENING interpersonalny dla promocji zdrowia* obejmował zajęcia wzbogacające efektywność pracowników w ich relacjach z klientami, a zwłaszcza należącymi do grup szczególnego ryzyka. Pozwalały one rozumieć własne zachowania. Służyły rozwijaniu umiejętności wyrażania siebie oraz umiejętności interpersonalnych, skutecznego przekonywania w związku z działaniami z zakresu promocji zdrowia.

Moduły 1 i 2 zawierały bazową wiedzę dla działań promujących zdrowie. Moduły 3, 4 i 5 wprowadzały w istotę promocji zdrowia i sposoby jej realizacji na poziomie instytucjonalnym oraz relacji interpersonalnych z wykorzystaniem rozwiązań modelowych. Moduły 6 i 7 – warsztatowe – pozwalały wykorzystać

wiedzę teoretyczną w praktyce. W rezultacie tak pomyślanych szkoleń i warsztatów każda uczestnicząca w projekcie osoba otrzymywała 112 godzin zajęć.

Dla ułatwienia udziału w szkoleniach zajęcia były realizowane w czterech miastach województwa lubelskiego: Białej Podlaskiej, Chełmie, Lublinie oraz Zamościu.

Realizacja zadania, jakim jest projekt, staje się małym przedsiębiorstwem zatrudniającym różne kategorie personelu i posiadającym swoją strukturę zarządzania. W projekcie *Zmiana przez zdrowie* potrzebne było zaangażowanie w różnym zakresie około 50 osób, a więc stał się on wcale niemałym zakładem pracy.

W ramach promocji zdrowia podejmowane są działania mające na celu zmianę stylu życia różnych (na ogół dużych) grup i kategorii społecznych. Wymaga to przekazywania wiedzy sprzyjającej zmianom świadomości, a także oddziaływania na zachowania oraz przekształcanie środowiska. Jednakże nie może to być odgórne zlecenie czy też narzucanie. Podstawowy bowiem rezultat – zmiana stylu życia – może się dokonywać poprzez internalizację i przyjęcie zmiany jako wartościowej i dla siebie korzystnej. Jak zauważa K. Puchalski – „szary człowiek w swojej refleksji i działaniu kieruje się własną, potoczną racjonalnością [...] ma powody, by czuć się wobec siebie i swojego zdrowia «w porządku». Jego nie-działanie zdrowotne może być dobrze zrozumiane jako odpowiadające jego sposobom myślenia”. Efektywna edukacja zdrowotna wymaga znalezienia „sposobu stymulowania takich potocznych przekonań, które kształtować mogą motywację do prozdrowotnej aktywności”.²⁶ Z tego wynika, że potrzebne jest aktywizowanie jednostek i społeczności, aby mogły wypracować dla siebie najkorzystniejsze formy działania.²⁷ Za zdrowie nie odpowiadają już tylko profesjonaliści zdrowotni. Obok nich istotna rola przypada środowiskom lokalnym. Z tego powodu potrzebnych jest wielu liderów mogących zmobilizować różne grupy. Wykorzystanie środków unijnych ułatwia podejmowanie tych działań. Przygotowanie licznej grupy osób pracujących z grupami szczególnego ryzyka z terenu województwa stanowi wsparcie licznych środowisk na rzecz zdrowia. Jednak, aby stało się skuteczne na dłuższą metę, nie może być działaniem jednorazowym.

SUMMARY

The health promotion covering a complex of activities aimed at the improvement of people's health. In this paper I present a project of promotion of health in a group living on the margins of society. This project was done in 2007 by the Sociological Institute (Maria Curie-Skłodowska University, Poland) as “A Change by Health” (*Zmiana przez zdrowie*) and funded by the European Social Fund.

²⁶ K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, Łódź 1997, s. 204.

²⁷ B. Wawak-Sobierajska, *Promocja zdrowia w społeczności lokalnej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1998, nr 14, s. 93–102.