

Promocja zdrowia wykład 1 – 16.04.2026

Spis zagadnień

1. Definicje i modele zdrowia
2. Nierówności w zdrowiu i potencjał zdrowotny
3. Promocja zdrowia – definicje, historia i cele
4. Wyróżniki i zasady współczesnej promocji zdrowia
5. Profilaktyka zdrowotna – rodzaje i badania przesiewowe
6. Zachowania zdrowotne, styl życia i determinanty zdrowia
7. Dokumenty i programy promocji zdrowia – poziom krajowy i międzynarodowy
8. Strategie promocji zdrowia na poziomie lokalnym – siedliska i szpital promujący zdrowie
9. Planowanie i ewaluacja profilaktycznych programów zdrowotnych
10. Przykład praktyczny – program higieny rąk i historia Semmelweissa

1. Definicje i modele zdrowia

Wieloznaczność pojęcia zdrowia

Zdrowie jest pojęciem, które każdy człowiek rozumie nieco inaczej. Różnice w definiowaniu zdrowia wynikają z wielu czynników: indywidualnych (wiek, doświadczenia życiowe, stan zdrowia), społecznych (normy i wartości grupy), kulturowych (tradycje medyczne danego kraju, medycyna wschodnia kontra zachodnia), historycznych (w średniowieczu kołtun był uznawany za chorobę, dziś wiemy, że jest to zaniedbanie higieniczne), a także sytuacyjnych (warunki pokoju lub wojny zmieniają hierarchię wartości, w tym pojmowanie zdrowia). Istotne są też różnice między podejściem potocznym a profesjonalnym oraz między krajami rozwiniętymi a rozwijającymi się.

Wykładowczynie podkreśla, że osoba z niepełnosprawnością wrodzoną może postrzegać swoje zdrowie korzystniej niż osoba pełnosprawna, ponieważ z tą niepełnosprawnością żyje od zawsze i potrafiła tak poukładać swoje życie, że czuje się w pełni sprawna fizycznie, psychicznie i emocjonalnie. To ważna obserwacja dla przyszłych pielęgniarek – nie należy oceniać zdrowia pacjenta wyłącznie przez pryzmat własnych standardów.

Podstawowe definicje zdrowia

Najprostsza definicja zdrowia to brak choroby lub stan przeciwny chorobie. Jest to definicja niewystarczająca, ale stanowi punkt wyjścia.

Marcin Kacprzak – pionier medycyny społecznej w Polsce, lekarz epidemiolog – zdefiniował zdrowie jako nie tylko brak choroby czy niedomagań, ale także dobre poczucie i taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki. Definicja ta jest ważna, ponieważ wprowadza pojęcie przystosowania i wskazuje na indywidualny charakter zdrowia.

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1948 roku – najbardziej znana i najczęściej cytowana: zdrowie jest to całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby czy niedomagań. Definicja ta jest fundamentem współczesnego, holistycznego podejścia do zdrowia. Wykładowczynie zaznaczają, że dobrostan jest raczej celem niż rzeczywistością – należy do niego dążyć, a nie traktować jako stan osiągnięty raz na zawsze.

Definicja z Karty Ottawskiej (1986) – zdrowie jest zasobem i potencjałem indywidualnym i społecznym, jest jednym z bogactw naturalnych kraju. Determinuje rozwój społeczny, gospodarczy i indywidualny. Sprzyjają mu lub szkodzą czynniki polityczne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe, środowiskowe, biologiczne oraz styl życia danej jednostki.

Zdrowie jest też **wartością społeczną** – szkodząc sobie, okradamy społeczeństwo, bo zdrowy człowiek jest bardziej przydatny i wnosi wartość dodaną do wspólnoty.

Modele zdrowia

Model biomedyczny

Oparty na kartezjańskim dualizmie i separacji duszy od ciała. Dominował w nauce przez większość XX wieku. Zakłada, że normalnie organizm ludzki cechuje się brakiem dysfunkcji, a zdrowienie jest naprawą uszkodzonych elementów. W tym modelu funkcjonuje pojęcie **medycyny naprawczej** – stan zdrowia istnieje całkowicie pod kontrolą lekarza, a od chorego oczekuje się całkowitego podporządkowania zleceniom lekarskim. Jednostka jest

albo zdrowa, albo chora – nie ma stanów pośrednich. Model ten jest uproszczony i nie uwzględnia wpływu psychiki, środowiska ani relacji społecznych na zdrowie.

Model społecznościowy (model społecznego wykluczenia)

Głównym założeniem jest przekonanie o hierarchii systemów – istnieje system większy (społeczny) i mniejszy (indywidualny), a model podkreśla współzależność między nimi. Człowiek jest pojmowany jako całościowy system funkcjonujący biologicznie, umysłowo i duchowo, podlegający wielorakim wpływom. Najważniejsze jest dążenie do realizacji swojego potencjału w korelacji z wymaganiami społecznymi.

Model ekonomiczny

Uświadamia, że aspekty finansowe stanowią silny element współczesnego życia. Zasobność materialna determinuje status społeczny, poczucie kompetencji i skuteczności. Model ten wskazuje na wartość ubezpieczeń zdrowotnych, programów socjalnych, zwolnień chorobowych i polis od następstw nieszczęśliwych wypadków. Pokazuje też zjawisko **zachowań symulacyjnych** – niektórzy wolą chorować, by nie pracować. Z drugiej strony niepełny dochód na zwolnieniu lekarskim może motywować do szybszego powrotu do zdrowia.

Model norm kulturowych

Zdrowie jest różnicowane w zależności od kraju lub grupy społecznej. Postęp wiedzy medycznej, system opieki zdrowotnej, postawy i normy społeczne, warunki ekonomiczne, rewolucja technologiczna – wszystko to wpływa na pojmowanie zdrowia przez obywateli danego kraju.

Model biopsychospołeczny

Najważniejszy z perspektywy współczesnej pielęgniarstwa. Definiuje zdrowie w trzech wymiarach: biologicznym, psychologicznym i społecznym. Uświadamia, że zdrowie zależy od środowiska, w którym żyjemy, od społeczeństwa, w którym się wychowujemy, oraz że nie tylko fizjonomia, ale i psychika, emocje, duchowość i seksualność wpływają na stan zdrowia. Jeśli w każdym z tych wymiarów jesteśmy zdrowi, będziemy zdrowi jako całość.

Jakość życia związana ze zdrowiem

W latach 70. XX wieku pojawiło się pojęcie **jakości życia związanej ze zdrowiem** (health-related quality of life). Obejmuje aspekty życia dotyczące zdrowia i działania służące jego utrzymaniu. Definiowana jest jako zadowolenie jednostki z fizycznego, psychicznego i emocjonalnego funkcjonowania, relacji rodzinnych i społecznych oraz wpływu stanu zdrowia na zdolność prowadzenia normalnego życia. Dla każdego człowieka ta „normalność” oznacza coś innego – stąd subiektywny charakter jakości życia.

2. Nierówności w zdrowiu i potencjał zdrowotny

Nierówności w zdrowiu – definicja i rodzaje

Nierówności w zdrowiu (ang. health inequity, health inequality) to różnice w stanie zdrowia poszczególnych grup społeczno-ekonomicznych, które można mierzyć za pomocą zmiennych takich jak dochód, wykształcenie i zatrudnienie. Nierówności wynikają z czynników społecznych, ekonomicznych, asymetrii władzy oraz nierównego dostępu do usług i dóbr. Są niesprawiedliwe i możliwe do uniknięcia – jako społeczeństwo powinniśmy dążyć do ich niwelowania.

W Stanach Zjednoczonych używa się terminu **health disparities** (dysproporcje w zdrowiu), który podkreśla różnice w zdrowiu mające ścisły związek z warunkami społecznymi i ekonomicznymi.

Nierówności w zdrowiu mogą mieć charakter:

- **wertykalny** – osoby z taką samą potrzebą zdrowotną nie mają dostępu do takich samych zasobów opieki zdrowotnej,
- **horyzontalny** – osoba z większymi potrzebami zdrowotnymi nie ma dostępu do większych zasobów.

Selekcja zdrowotna

Profesor Claire Siembra (profesor zdrowia publicznego) wyjaśnia pojęcie **selekcji zdrowotnej**: podejście to przyjmuje, że zdrowie bardziej decyduje o selekcji społeczno-ekonomicznej, aniżeli selekcja społeczno-ekonomiczna wpływa na zdrowie. Oznacza to, że:

- osoby zdrowsze i lepiej przystosowane mogą wspinać się wyżej w hierarchii społecznej,

- osoby słabego zdrowia mają trudności ze wspinaniem się po drabinie społecznej i często spadają w hierarchii.

Jest to ważne uzupełnienie tradycyjnego poglądu, że to zasobność portfela determinuje dostęp do opieki zdrowotnej (np. możliwość szybszego zabiegu prywatnego). Selekcja zdrowotna pokazuje, że zależność działa w obie strony.

Potencjał zdrowotny człowieka

Potencjał zdrowotny to dynamiczny proces zrównoważenia potrzeb jednostki z wymaganiami otoczenia. Jest determinowany poziomem zasobów tkwiących zarówno w jednostce, jak i w środowisku. Umacniając potencjał zdrowotny, powinniśmy zmierzać do poszerzania możliwości jednostki.

Zasoby potencjału zdrowotnego:

- mogą być nieograniczone i są zmienne,
- bez względu na poziom rozwoju, czas i miejsce służą zdrowiu,
- gwarantują dostęp do wiedzy (wiedza o zdrowiu, chorobie i systemie ochrony zdrowia pomaga pielęgnować i umacniać zdrowie),
- obejmują zasoby materialne,
- poziom intelektualny zapewnia lepszy poziom i jakość życia.

Potencjał zdrowotny charakteryzuje zdrowie jako przystosowanie i umiejętność dostosowania się organizmu do warunków biogeograficznych i społeczno-bytowych, gwarantujących optymalne funkcjonowanie jednostki przez jak najdłuższy czas.

Pani profesor **Anna Gawęł** wskazuje, że pojęcie zasobów w odniesieniu do zdrowia może być stosowane dwojako:

1. samo zdrowie może być traktowane jako zasób,
2. można analizować zasoby dla zdrowia – czynniki służące osiągnięciu, udoskonalaniu i umacnianiu zdrowia.

Socjologiczny paradygmat zdrowia

W socjologicznym paradygmacie zdrowia wyróżnia się dwa kluczowe pojęcia: dynamiczna równowaga i potencjał zdrowia. Warunkiem utrzymania tej równowagi jest potencjał zdrowotny właściwy człowiekowi i otaczającemu go środowisku. Potencjał ten warunkują:

- odporność na stres,
- fizjologiczne rezerwy energii,
- wsparcie społeczne,
- prozdrowotne i proekologiczne systemy wartości kulturowych.

3. Promocja zdrowia – definicje, historia i cele

Geneza i historia promocji zdrowia

Mówi się, że w latach 70. XX wieku doszło do **poczęcia promocji zdrowia**, w latach 80. się **narodziła**, a w latach 90. **uzyskała dojrzałość** – wtedy bowiem wyodrębniono ją jako samodzielną naukę. Stając się nauką, promocja zdrowia uległa szybkiemu rozwojowi dzięki badaniom naukowym i zyskała narzędzia do udowadniania swojej skuteczności.

Helbert Dan – biostatystyk medyczny, ojciec ruchu **Wellness** – wskazał na różnicę między brakiem choroby a dobrym samopoczuciem na wysokim poziomie. Wellness to dążenie do możliwie najdłuższego zachowania młodości, zdrowia i dobrego samopoczucia. Kondycja zdrowotna (wellness) to stan, w którym człowiek dąży w kierunku wyższego potencjału funkcjonowania – każdy z nas powinien nad nią indywidualnie pracować.

Marc Lalonde – Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Kanady, autor raportu „Zdrowie Kanadyjczyków” (1973) – wykazał, że:

- **styl życia** determinuje zdrowie w **50%**,
- środowisko i biologia człowieka – w **20%** każde,
- opieka medyczna – jedynie w **10%**.

To fundamentalne odkrycie zmienia perspektywę: lekarz i pielęgniarka mają ograniczony wpływ na zdrowie pacjenta, a sam pacjent – poprzez styl życia – ma wpływ największy. Ważna metafora: **genetyka ładuje pistolet, a środowisko i styl życia pociągają za spust** – predyspozycje genetyczne do chorób mogą nigdy nie zaistnieć, jeśli prowadzimy odpowiedni styl życia.

Jan Kostrzewski – polski epidemiolog – podkreślał, że przedmiotem medycyny społecznej jest badanie i kształtowanie zdrowia ludności. Promocja zdrowia stawia w centrum uwagi zdrowie, a nie chorobę.

Polska nie odstaje od Europy w promocji zdrowia – już w **1992 roku** odbyła się pierwsza Krajowa Konferencja Promocji Zdrowia w Polsce.

Definicje promocji zdrowia

Definicja z Biura Naczelnego Lekarza Kraju USA: każda forma łączenia oświaty zdrowotnej z działaniem interwencyjnym o charakterze organizacyjnym, politycznym i ekonomicznym, mającym na celu przyczynianie się do zmian behawioralnych i środowiskowych sprzyjających zdrowiu.

Definicja z „American Journal of Health Promotion”: promocja zdrowia jest nauką i sztuką pomagania ludziom w zmianie stylu życia, aby osiągać stan optymalnego zdrowia. Optymalne zdrowie wynika z równowagi zdrowia fizycznego, emocjonalnego, społecznego, duchowego oraz intelektualnego. Zmiany stylu życia mogą być ułatwione przez:

1. zwiększanie świadomości,
2. zmianę zachowania,
3. tworzenie środowisk wspierających dobre praktyki zdrowotne (czynnik o największym wpływie na trwałe zmiany).

Przykład ze środowiska: budowa ścieżek rowerowych w Zabrzu sprawiła, że wykładowczynie zaczęły dojeżdżać do pracy rowerem – środowisko wspierające dobre praktyki zmotywowało ją bardziej niż sama wiedza o korzyściach z jazdy na rowerze.

Definicja WHO: działania społeczne i demokratyczne na poziomie indywidualnym i zbiorowym, których celem jest podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego stylu życia i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jest to proces aktywizacji społeczności lokalnych, polityków, profesjonalistów i laików w celu podejmowania trwałych zmian w środowisku, które zmniejszają i eliminują społeczne i środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia.

Definicja z Karty Ottawskiej: promocja zdrowia jest procesem, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem w celu jego poprawy – poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia.

Cele promocji zdrowia

Główne cele promocji zdrowia:

- zmniejszenie zachorowalności i umieralności przedwczesnej,
- redukcja czynników ryzyka,
- obniżanie kosztów opieki zdrowotnej (im mniej ludzi choruje, tym system jest bardziej wydajny),
- wzrost wiedzy społecznej o czynnikach wpływających na zdrowie,
- lepsze standardy organizacyjne,
- zmniejszenie absencji chorobowej.

Karta Ottawska wskazała pięć obszarów działań promocji zdrowia:

1. **Budowanie zdrowotnej polityki publicznej** – podnoszenie rangi zdrowia we wszystkich obszarach życia społecznego i gospodarki; odpowiedzialność za zdrowie powinna spoczywać na wielu podmiotach (nie tylko ochronie zdrowia), np. deweloperzy powinni wybierać zdrowe lokalizacje i ekologiczne materiały budowlane.
2. **Tworzenie wspierającego środowiska** – zapewnienie bezpiecznych, stymulujących, dających radość i satysfakcję warunków życia, pracy i wypoczynku; ochrona zasobów naturalnych.
3. **Zachęcanie społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia** – usamodzielnianie, upodmiotowianie, wzmacnianie społeczności do wspólnych działań na rzecz zdrowia.
4. **Rozwijanie u ludzi umiejętności służących zdrowiu** – poprzez informacje, edukację, trening umiejętności w szkole, domu, miejscu pracy i siedlisku.
5. **Reorientacja ochrony zdrowia** – włączenie instytucji i personelu opieki medycznej w zadania inne niż medycyna naprawcza; większa wrażliwość na potrzeby użytkowników i współpraca z innymi instytucjami.

Poziomy promocji zdrowia

- **Poziom środowiskowy** – oddziaływanie na środowisko życia i pracy; przykłady: zdrowe miasto, zdrowy dom.
- **Poziom organizacyjny/instytucjonalny** – instytucje jako ośrodki promocji zdrowia; przykłady: zdrowa szkoła, zdrowy szpital; tworzenie kultury sprzyjającej zdrowiu w środowisku pracy.

- **Poziom społeczny** – oddziaływanie na grupy społeczne; tworzenie i propagowanie nowych prozdrowotnych wzorów zachowań; instrumenty: reklama, zmiany w ustawodawstwie, działania edukacyjne.
- **Poziom indywidualny** – dawniej główna sfera działań; dziś wiemy, że łatwiej dotrzeć do jednostki przez poziomy środowiskowy, instytucjonalny i społeczny.

Strategie promocji zdrowia

- **Podejście medyczne** – poprawa zdrowia i prewencja chorób jako priorytet.
- **Podejście behawioralne** – koncentracja na zmianie zachowań.
- **Podejście zmiany społecznej** – przemiana norm i kultur w społeczeństwie, wprowadzanie zdrowszej diety w środowisku lokalnym.
- **Podejście edukacyjne** – bliskie tradycyjnej oświacie zdrowotnej; bez edukacji pacjentów niewiele zyskamy w umacnianiu zdrowia.
- **Podejście marketingowe** – orientacja na odbiorcę, jego specyficzne cechy, potrzeby i oczekiwania; zastępuje orientację na wytworzony produkt.

4. Wyróżniki i zasady współczesnej promocji zdrowia

Zasady promocji zdrowia

Promocja zdrowia będzie skuteczniejsza, jeśli przestrzega następujących zasad:

- obejmuje wszystkich ludzi, nie tylko chorych czy zagrożonych,
- zajmuje się wszystkimi czynnikami zwiększającymi potencjał zdrowotny,
- człowiek jest podmiotem, a nie jedynie przedmiotem opieki,
- odpowiedzialność człowieka za własne zdrowie jest wyartykułowana i stawiana na pierwszym miejscu,
- aktywizacja postawy każdego człowieka jest podkreślana,
- troska o jakość życia jest priorytetem.

Idealny model promocji zdrowia zakłada, że otoczenie tworzy sprzyjające, prozdrowotne warunki życia, a człowiek i lokalne środowisko stają się twórcami instytucji promujących zdrowie. Promocja zdrowia ma być działaniem dokonany nie dla, ale przez ludzi na rzecz własnego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Wyróżniki współczesnej promocji zdrowia

Sprawiedliwość w zdrowiu (equity)

Solidarność w działaniu, respektowanie praw człowieka, uwzględnianie społecznych determinantów zdrowia. Wykazano, że grupy silniejsze społecznie cieszą się lepszym zdrowiem, co czyni je jeszcze bardziej uprzywilejowanymi – a słabsze grupy w gorszej kondycji zdrowotnej są bardziej pokrzywdzone.

Salutogeneza

Spojrzenie pod kątem czynników, które budują, a nie rujną zdrowie. Termin wprowadzony przez **Aarona Antonowskiego** do socjologii medycyny. Wskazał on na kluczowe znaczenie **poczucia koherencji** – człowiek będzie angażować się w działania prozdrowotne, jeśli uzna je za:

1. **zrozumiałe** – wie, o co chodzi,
2. **sterowalne** – ma poczucie, że może wpływać na swoje zdrowie,
3. **sensowne** – uważa, że warto się angażować.

Jeśli wszystkie trzy warunki są spełnione, człowiek jest koherentny i zaczyna działać. Podejście salutogenetyczne zakłada, że zdrowie nie jest zrzędzeniem losu, lecz wynika z zachowania i stylu życia.

Samodzielność (empowerment)

Posiadanie mocy sprawczości, sprawowanie kontroli nad własnym życiem. Kluczowy termin: **health literacy** (kompetencje zdrowotne, alfabetyzm zdrowotny, piśmienność zdrowotna) – aby być samodzielnym, trzeba mieć kompetencje, a do tego potrzebna jest wiedza. Temu właśnie służy promocja zdrowia.

Społeczność i uczestnictwo

Praca w społeczności, czynne uczestniczenie w projektowaniu działań prozdrowotnych, poczucie własności i sprawczości. Badania wykazały, że **ryzyko względne zgonu** w grupie o małej integracji społecznej jest **2,3 razy wyższe dla mężczyzn i 2,8 razy wyższe dla kobiet** w stosunku do grupy o dużej integracji społecznej. Przykład:

zauważenie, że starsza sąsiadka nie wyszła na spacer i zadzwonienie do jej rodziny, może uratować jej życie.

Drabina uczestnictwa (klasyczna koncepcja) opisuje zakres uczestnictwa obywateli w życiu publicznym:

- najniższe szczeble: manipulacja, brak partycypacji,
- środkowe: informowanie, konsultacja, łagodzenie animozji – znaczenie symboliczne,
- najwyższe: partnerstwo, przyznanie władzy i kontroli obywatelskiej – prawdziwe uczestnictwo (np. budżet obywatelski).

Międzysektorowość i partnerstwo

Budowanie koalicji i sieci obejmujących sektor przemysłowy, edukacyjny, finansowy, pracy, publiczny, prywatny, społeczny i obywatelski. Przywództwo naturalnie powinno wypływać ze strony pracowników ochrony zdrowia.

Wielotorowość

Wykorzystanie różnych strategii i metod z jednym wspólnym celem. Planowanie zwiększa efektywność promocji zdrowia. Należy wyróżnić fazy wykonania, ocenić potrzeby, okoliczności, czas i narzędzia, a następnie monitorować i oceniać działania. Ważne jest planowanie oparte na matrycy logicznej – przewidywanie przeszkód i zarządzanie ryzykiem projektu.

Odpowiedzialność

Każdy powinien czuć się odpowiedzialny za zdrowie własne i innych. Odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa rozkłada się na wiele sektorów i podmiotów. Oznacza dobrą jakość, solidność, gotowość do podnoszenia kompetencji i ponoszenia konsekwencji za działanie.

Trwałość

Uczestnictwo do końca; ważne jest określenie, jak długo powinna trwać interwencja promocji zdrowia. Dotyczy to zarówno programów populacyjnych, jak i edukacji pojedynczego pacjenta po wypisie ze szpitala.

Internacjonalizm

Współpraca międzynarodowa, globalizacja, czerpanie z doświadczeń innych narodów. Polska jako członek UE uczestniczy w tej wymianie.

5. Profilaktyka zdrowotna – rodzaje i badania przesiewowe

Definicja i różnica między profilaktyką a promocją zdrowia

Profilaktyka zdrowotna (prewencja) to działanie chroniące człowieka przed potencjalnymi zagrożeniami zdrowia i szkodliwymi konsekwencjami. Może skutkować uniknięciem choroby, zahamowaniem jej progresji lub ograniczeniem skutków jednostki chorobowej.

Kluczowa różnica: profilaktyka jest ukierunkowana na **jednostkę chorobową** (zapobieganie konkretnej chorobie lub jej skutkom), natomiast promocja zdrowia jest zorientowana na **zdrowie** (umacnianie zdrowia ogólnie). Profilaktyka zawiera w sobie promocję zdrowia i edukację zdrowotną, ale nie jest z nimi tożsama.

Cecha	Promocja zdrowia	Profilaktyka
Orientacja	Na zdrowie	Na chorobę
Populacja	Cała populacja	Wyodrębnione grupy ryzyka
Cel	Utrzymanie dobrego stanu zdrowia	Unikanie choroby
Kierunek działań	Oddolny (bottom-up)	Odgórny (top-down)
Miernik sukcesu	Kategorie społeczne (samodzielność, asertywność)	Kategorie zdrowotne (zmniejszenie umieralności/zapadalności)

Rodzaje profilaktyki

Podział opracowany przez dr. Bogdana Kleczkowskiego:

Profilaktyka pierwotna (pierwszej fazy)

Utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia. Zapobieganie chorobom poprzez zwiększenie odporności osobniczej i zmniejszanie ekspozycji na czynniki szkodliwe.

Dzieli się na:

- **swoistą** – zapobiega konkretnej chorobie, np. szczepienie przeciw gruźlicy (BCG), podawanie witaminy D niemowlętom w celu zapobiegania krzywicy,
- **nieswoistą** – umacnia zdrowie i zapobiega chorobom, ale nie wskazuje konkretnej jednostki chorobowej; przykłady: karmienie piersią, racjonalne żywienie, aktywność fizyczna, poprawa jakości środowiska, promocja zdrowia.

Profilaktyka wtórna (drugiej fazy)

Zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie. Obejmuje: poprawę skuteczności leczenia i rehabilitacji, wczesne rozpoznawanie i skuteczne leczenie, zapobieganie rozwojowi choroby. Narzędziem profilaktyki wtórnej są **badania przesiewowe**.

Profilaktyka trzeciorzędowa

Zahamowanie postępu choroby, ograniczenie powikłań, zapobieganie utrwaleniu się niekorzystnych skutków choroby poprzez rehabilitację i resocjalizację.

Badania przesiewowe (screening)

Test przesiewowy to stosunkowo prosty, niekosztowny test diagnostyczny służący przebadaniu dużych grup ludności w celu wczesnego wykrycia choroby lub jej wczesnego stadium. Jest narzędziem profilaktyki wtórnej.

Cechy dobrego testu przesiewowego:

- prosty w wykonaniu,
- tani,
- niebolesny,
- czuły i swoisty,
- bezpieczny,
- akceptowalny dla badanych.

Testy przesiewowe dzielą populację na **prawdopodobnie zdrowych** i **prawdopodobnie chorych** – nie stanowią diagnozy i wymagają dalszych badań pogłębionych.

Czułość i swoistość testu diagnostycznego

Czułość diagnostyczna – stosunek wyników prawdziwie dodatnich do sumy prawdziwie dodatnich i fałszywie ujemnych. Określa zdolność testu do wykrywania osób chorych (odnosi się do populacji chorych). Czułość 100% oznaczałaby, że wszystkie osoby chore zostaną rozpoznane.

Swoistość diagnostyczna – stosunek wyników prawdziwie ujemnych do sumy prawdziwie ujemnych i fałszywie dodatnich. Określa zdolność testu do wykrywania osób zdrowych (poprawne wykluczenie choroby). Swoistość 100% oznaczałaby, że wszyscy zdrowi zostaną oznaczeni jako zdrowi.

Wiarygodność testu – odsetek pacjentów prawidłowo zakwalifikowanych jako zdrowi lub chorzy. Obliczana jako: $(\text{prawdziwie dodatni} + \text{prawdziwie ujemni}) / (\text{prawdziwie dodatni} + \text{prawdziwie ujemni} + \text{fałszywie dodatni} + \text{fałszywie ujemni}) \times 100\%$. Żaden test nie ma 100% wiarygodności.

Rodzaje przesiewu

- **Masowy** – badanie całej populacji,
- **Wielokierunkowy** – zastosowanie wielu testów wykrywających różne cechy w tej samej populacji,
- **Celowany** – badanie osób narażonych na konkretne czynniki szkodliwe (makro- lub mikrośrodowiskowe),
- **Przypadkowy** – np. dawniej wszyscy przyjmowani do szpitala byli badani w kierunku WZW typu B; dziś rzadziej stosowany ze względów ekonomicznych.

Przykłady badań przesiewowych

- rak szyjki macicy: badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy,
- rak sutka: badanie palpacyjne piersi, mammografia, USG piersi,
- rak płuc: RTG płuc,
- rak okrężnicy: kolonoskopia (mało akceptowalna przez pacjentów),
- nadciśnienie tętnicze: pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- cukrzyca: poziom glukozy we krwi.

Wykładowczynie zachęca studentów do regularnego mierzenia własnego ciśnienia i poziomu glukozy – mają do tego dostęp w miejscu pracy.

Samokontrola i samoopieka

Samokontrola w profilaktyce pierwotnej i wtórnej obejmuje: samoobserwację i samobadanie (obserwacja znamion, samobadanie piersi, obserwacja uzębienia, pomiar masy ciała, pomiar ciśnienia krwi, liczby oddechów, tętna).

Samoopieka i samoleczenie według Artura Kleinmana (psychiatra, antropolog społeczny): każdy system opieki zdrowotnej składa się z trzech komponentów:

1. **opieka profesjonalna** – zawody medyczne,
2. **opieka popularna** – działania laików (największy komponent),
3. **opieka ludowa** – zielarze i podobni.

Komponenty te się zazębiają. Medycyna alopacyjna (naukowa, konwencjonalna) funkcjonuje obok medycyny alternatywnej. Pielęgniarka powinna umieć ocenić, co z medycyny niekonwencjonalnej może zaszkodzić, co jest nieszkodliwe, a co prozdrowotne.

Przyczyny sięgania po medycynę niekonwencjonalną: niezadowolenie z wyników leczenia, niezadowolenie ze sposobu udzielania świadczeń, ograniczony dostęp do opieki profesjonalnej.

Samopomoc – działania podejmowane przez laików w celu uruchomienia zasobów niezbędnych do wspierania, utrzymania lub przywracania zdrowia jednostki i społeczności.

6. Zachowania zdrowotne, styl życia i determinanty zdrowia

Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne to zachowania związane ze sferą zdrowia – dotyczą zachowań, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej wywołują określone pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne. Jest to szeroka kategoria obejmująca zarówno zachowania prozdrowotne, jak i antyzdrowotne.

Zachowania prozdrowotne – działania pozytywne, sprzyjające zdrowiu (podkategoria zachowań zdrowotnych).

Zachowania antyzdrowotne – stwarzają ryzyko dla zdrowia, powodują bezpośrednie lub odległe szkody.

Niedziałania zdrowotne – brak podejmowania działania skierowanego na zdrowie we wszystkich sytuacjach, w których takie działanie powinno być podjęte (np. brak próby rzucenia palenia mimo świadomości szkodliwości).

Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne

1. **Czynniki predysponujące** – wiedza, przekonania, wartości i postawy (np. wiedza, że palenie jest szkodliwe).
2. **Czynniki wzmacniające** – normy obyczajowe, społeczna akceptacja lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie lub grupie rówieśniczej.
3. **Czynniki umożliwiające** – przepisy prawne, priorytety i polityka zdrowotna na poziomie lokalnym i krajowym, dostępność i jakość opieki zdrowotnej.

Przyczyny bierności wobec zdrowia

Mimo że zdrowie jest wysoko cenioną wartością, poziom dbania o zdrowie w Polsce jest nadal niewystarczający. Przyczyny bierności:

- niedostatki wiedzy medycznej,
- gotowość do poświęcania zdrowia dla innych celów,
- podejmowanie działań na rzecz zdrowia dopiero po jego utracie,
- **zewewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli** – przekonanie, że moje zdrowie nie zależy od tego, co sam dla niego robię,
- **niskie poczucie własnej skuteczności** – brak poczucia koherencji sprzyja bierności.

Uwarunkowania zachowań zdrowotnych

- czynniki demograficzno-społeczne: wiek, płeć, poziom wykształcenia, sytuacja materialna i rodzinna,
- uwarunkowania psychologiczne,
- model nawyków,
- edukacja szkolna,
- otoczenie społeczno-kulturowe,
- status majątkowy, stan cywilny.

Styl życia

Styl życia to zespół codziennych zachowań swoistych dla danej zbiorowości lub jednostki. Jest to charakterystyczny sposób bycia odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych. Obejmuje bardziej lub mniej świadome przyjmowanie strategii życiowej.

Styl życia to także wzór zachowań, który jest trwały i ukształtowany przez:

- dziedzictwo kulturowe,
- relacje społeczne,
- czynniki geograficzne i społeczno-ekonomiczne,
- cechy osobowościowe człowieka.

Styl życia w dużej mierze nabywamy dorastając w danym środowisku, ale z wiekiem, dzięki wiedzy i dojrzwaniu, jesteśmy w stanie go zmienić.

Determinanty zdrowia

Karta Ottawska wskazywała na podstawowe determinanty zdrowia: pokój, schronienie, edukacja, pożywienie, dochód, stabilny ekosystem, podtrzymywane zasoby, sprawiedliwość i społeczna równość.

Karta z Toronto (2002) podkreślała: rozwój w dzieciństwie, edukacja, charakter i warunki pracy, bezpieczeństwo żywności, świadczenia opieki zdrowotnej, warunki mieszkaniowe, wykluczenie społeczne, sieć wsparcia społecznego, bezrobocie, dochód, przynależność do grup szczególnie podatnych na zagrożenia zdrowia.

WHO wskazuje trzy grupy determinantów:

1. **Środowisko społeczno-ekonomiczne** – status społeczny, edukacja, sieć wsparcia społecznego, kultura, świadczenia zdrowotne.
2. **Środowisko fizyczne** – czyste powietrze, bezpieczna woda, warunki pracy i zamieszkania, żywność, urbanizacja, odpady.
3. **Indywidualna charakterystyka i zachowania** – zadatki genetyczne (załadowany pistolet) oraz zachowania i umiejętności (pociągnięcie za spust).

Interwencje zdrowotne

Interwencja zdrowotna to działanie prozdrowotne: przeprowadzenie programu profilaktycznego, wykonanie szczepienia, wykonanie procedury medycznej, działanie edukacyjne.

Misja interwencji: poprawa stanu zdrowia, poprawa jakości życia, zmniejszenie podatności, upodmiotowienie, zmniejszenie nierówności społecznych.

Cel interwencji: zmiana zachowania, zmiana warunków życia, rozwój organizacji, poprawa dostępu do opieki zdrowotnej.

Adresat interwencji: jednostka, grupa, społeczność, grupa ryzyka (dzieci, osoby starsze, mieszkańcy danego obszaru).

7. Dokumenty i programy promocji zdrowia – poziom krajowy i międzynarodowy

Kluczowe dokumenty międzynarodowe

Raport Lalonde'a (1973) – omówiony wcześniej; wskazał na dominującą rolę stylu życia w determinowaniu zdrowia.

Rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia (lata 70.) – zakładała, że do roku 2000 mieszkańcy wszystkich krajów świata powinni mieć zapewniony poziom życia umożliwiający im życie społecznie i ekonomicznie produktywnie.

Deklaracja z Alma-Aty (Auma Ata) – hasło przewodnie: „Zdrowie dla wszystkich”. Podkreślała, że zdrowie nie powinno być przywilejem, lecz prawem dla wszystkich ludzi, a rządy poszczególnych krajów powinny stwarzać warunki dla umacniania zdrowia.

Europejska strategia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” – główne cele: solidarność, równość w zdrowiu, redukcja chorób zakaźnych i niezakaźnych, walka z zagrożeniami środowiska, promocja zachowań sprzyjających zdrowiu, optymalizacja usług zdrowotnych. Hasła: „dodanie zdrowia do życia” i „dodanie lat do życia” – dziś wiemy, że lata do życia dodaliśmy, ale chcemy też dodać zdrowia do tych lat (życie bez niepełnosprawności jako osoby starsze).

Karta Ottawska (1986) – pięć celów strategicznych omówionych w sekcji 3.

„Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” – 21 celów, pokrywających się z wcześniejszymi dokumentami.

Narodowy Program Zdrowia w Polsce

Historia:

- pierwsza edycja: lata 1990–1995 (uwzględniała założenia strategii „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”),
- nowelizacja w 1993 roku,
- kolejny program: lata 1995–2005,
- następny: lata 2007–2015.

Przełomowy moment: Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 (i kolejny na 2021–2025) został uchwalony przez Sejm RP jako **ustawa o zdrowiu publicznym** – po raz pierwszy uzyskał realne umocowanie prawne i zapewnienie finansowania ze środków budżetu państwa.

Wcześniejsze programy miały charakter raczej informacyjny i inspirujący – nie miały umocowania prawnego ani wyodrębnionych środków finansowych, co uniemożliwiało skuteczną realizację.

Zasady Narodowego Programu Zdrowia:

- solidaryzm społeczny,
- działanie na podstawie faktów (evidence-based medicine),
- długofalowość i trwałość działań,
- obiektywność oceny efektów,
- równy dostęp do doświadczeń zdrowia publicznego,
- zdrowie we wszystkich politykach,
- uczynienie wyborów prozdrowotnych najłatwiejszymi wyborami,
- zasada terytorialności,
- obligatoryjność działań,
- powiązanie działań w ochronie zdrowia i opiece medycznej.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 (przedłużony na 2026 rok):

Cel strategiczny: zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu.

Pięć celów operacyjnych z przypisanym finansowaniem:

1. **Profilaktyka nadwagi i otyłości** – 40 mln zł,
2. **Profilaktyka uzależnień** – 30 mln zł,
3. **Promocja zdrowia psychicznego** – 25 mln zł,
4. **Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne** – 25 mln zł,
5. **Wyzwania demograficzne** – 15 mln zł.

Przykłady zadań przypisanych do poszczególnych jednostek:

- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny: prowadzenie Ogólnopolskiego Centrum Edukacji Żywnościowej,
- Ministerstwo Edukacji Narodowej: kształtowanie postaw prozdrowotnych, upowszechnianie koncepcji przedszkoli i szkół promujących zdrowie,
- Ministerstwo Zdrowia: promowanie karmienia piersią, wdrażanie procedury profilaktyki i diagnozy FASD (spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych), kształcenie personelu medycznego w zakresie rozpoznawania wzorów picia alkohol.

Polityka zdrowotna a polityka prozdrowotna

Polityka zdrowotna – zespół decyzji lub zobowiązań do przeprowadzenia kierunków działania, których celem jest osiągnięcie zdefiniowanych celów zmierzających do poprawy zdrowia; dotyczy wąsko rozumianego sektora zdrowia.

Polityka prozdrowotna – wyraźna troska o zdrowie i równość we wszystkich obszarach polityki oraz odpowiedzialność za ich skutki zdrowotne; angażuje inne sektory publiczne; ma szerszy zasięg.

Wzór: **promocja zdrowia = polityka prozdrowotna × edukacja zdrowotna**

Ocena wpływu na zdrowie

Ocena wpływu na zdrowie (Health Impact Assessment) to szacowanie potencjalnego oddziaływania danego projektu lub polityki na różne aspekty życia społecznego. Jest rodzajem prognozy skutków sporządzanej w fazie planowania przedsięwzięcia.

Etapy oceny wpływu na zdrowie:

1. **Screening** – wstępna ocena, czy warto prowadzić daną interwencję,

2. **Scoping** – określenie możliwych oddziaływań zdrowotnych (negatywnych i pozytywnych),
3. **Profilowanie społeczności** – charakterystyka populacji i uwarunkowań pacjentów,
4. **Szacowanie ryzyka** metodą ilościową i jakościową,
5. **Opracowanie zaleceń** – dostosowanie polityki zdrowotnej w celu minimalizacji oddziaływań negatywnych i maksymalizacji pozytywnych,
6. **Podejmowanie decyzji** – wybór spośród kilku opcji,
7. **Wdrożenie i monitorowanie** wpływu polityki zdrowotnej.

8. Strategie promocji zdrowia na poziomie lokalnym – siedliska i szpital promujący zdrowie

Projekt Zdrowe Miasta

Modelowy przykład realizacji idei promocji zdrowia w środowisku lokalnym. Opracowany w **1988 roku przez WHO**. Ideą była promocja zdrowia i strategia zdrowia we wszystkich środowiskach lokalnych. Tworzone były **sieci zdrowych miast**, które wymieniają się doświadczeniami w zakresie opracowywania i realizacji własnych programów zdrowotnych oraz rozwijają wizję miasta opartą na zdrowotnych i ekologicznych wartościach.

Szkoła promująca zdrowie

Idea napisana w **1989 roku**, zainicjowana w **1991 roku** jako program pilotażowy w Czechosłowacji, na Węgrzech i w Polsce. Zakłada:

- tworzenie odpowiedniego środowiska fizycznego i społecznego,
- umożliwienie wszystkim członkom społeczności szkolnej kontrolowania swojego zdrowia fizycznego i emocjonalnego,
- wprowadzenie zmian w sposobie zarządzania szkołą, metodach nauczania i relacjach międzyludzkich.

Podobnie funkcjonuje program **zdrowe województwo promujące zdrowie** – te same zasady w szerszym regionie.

Podejście siedliskowe w promocji zdrowia

Siedlisko to miejsce, w którym ludzie spędzają swoje życie: rodzina, szkoła, zakład pracy, szpital. Podejście siedliskowe jest ważne, ponieważ:

- siedlisko ma specyficzną strukturę, zasoby i funkcje,
- obiektem działań są systemy społeczne, a nie jednostki,
- jest to zawsze podejście uczestniczące (co mogą zrobić dla swojego zdrowia, a nie co ktoś zrobi dla mnie),
- nie jest podejściem paternalistycznym.

Według **Ilony Kickbusch** (politolog, autorka wielu publikacji o polityce zdrowotnej) siedlisko jest dynamicznym systemem, który zgodnie ze współczesną teorią zarządzania można nazwać **uczącą się organizacją** – zarówno szpital, jak i szkoła czy zakład pracy mogą uczyć się dobrych nawyków prozdrowotnych.

Siedliska odgrywające szczególną rolę w edukacji zdrowotnej: rodzina, przedszkole, szkoła, zakłady opieki zdrowotnej. Ważne jest działanie **międzysiedliskowe** – np. edukacja dzieci w szkole na temat diety powinna być połączona z edukacją rodziców, bo to oni gotują obiady.

Szpital promujący zdrowie

Projekt szpitala promującego zdrowie powstał w **1988 roku** i włączył promocję zdrowia do struktury szpitala i zarządzania nim. Pierwsze konsultacje międzynarodowe odbyły się w 1988 roku, program pilotażowy realizowano w latach **1993–1997** – wśród 20 szpitali z 11 krajów europejskich **2 były z Polski**: Górnośląskie Centrum Rehabilitacji w Ustroniu i Centrum Zdrowia Dziecka.

Założenie: szpital poza udzielaniem świadczeń leczniczych na najwyższym poziomie ma promować zdrowie w swoim środowisku (wśród pacjentów, personelu, odwiedzających) oraz w środowisku otaczającym szpital.

Rekomendacje wiedeńskie podkreślają, że:

- szpital ma dostęp do dużej części społeczeństwa (pacjenci, odwiedzający, personel),
- szpital jest miejscem pracy, które powinno być bezpieczne (ryzyko ekspozycji na infekcje, substancje chemiczne, czynniki fizyczne, stres),
- szpital jest producentem znacznej ilości odpadów (problem szczególnie widoczny w czasie pandemii COVID-19).

Na ponad **1000 szpitali w Polsce** tylko **25** przyłączyło się do europejskiej sieci szpitali promujących zdrowie. Krajowym koordynatorem polskiej sieci jest **prof. Bożena Woynarowska-Soldan** z Uniwersytetu Warszawskiego.

Konstytucja sieci szpitali promujących zdrowie zaakceptowana w **2008 roku**. Misja: wdrażanie idei, wartości, strategii i standardów promocji zdrowia do struktur organizacyjnych i kultury szpitala oraz innych podmiotów leczniczych.

Pięć standardów szpitala promującego zdrowie

Standard 1 – Polityka zarządzania:

- opracowanie własnej polityki promocji zdrowia,
- zaznajomienie pracowników z tą polityką,
- włączenie jej do systemu jakości szpitala,
- skierowanie na pacjentów, ich rodziny i personel,
- wspieranie rozwoju kompetencji personelu w zakresie promocji zdrowia.

Standard 2 – Ocena potrzeb pacjenta:

- ocena potrzeb edukacyjnych pacjenta przy przyjęciu do szpitala (w kontekście danej jednostki chorobowej i czynników ryzyka),
- ocena przy wypisie – czy działania edukacyjne były skuteczne,
- przekazanie informacji niezbędnych do walki z chorobą i umacniania zdrowia po wypisie.

Standard 3 – Edukacja pacjenta i interwencja:

- informowanie pacjenta o czynnikach wpływających na jego zdrowie w sposób jasny i zrozumiały (dostosowany do poziomu wiedzy pacjenta),
- zapewnienie dostępu do informacji o czynnikach wpływających na zdrowie dla wszystkich pacjentów, personelu i odwiedzających.

Standard 4 – Szpital jako zdrowe i bezpieczne miejsce pracy:

- określenie czynników ryzyka na poszczególnych oddziałach,
- zapewnienie możliwości szczepień ochronnych dla pracowników,
- opracowanie procedur na wypadek ekspozycji na czynniki zakaźne i chemiczne,
- rozwijanie świadomości zdrowotnej personelu (kiedy używać maski HEPA, kiedy chirurgicznej, kiedy rękawice, kiedy wystarczy dezynfekcja rąk).

Standard 5 – Ciągłość opieki i współpraca z innymi instytucjami:

- dbałość o spójność przekazywanych informacji przy przekazywaniu pacjenta między placówkami (np. informacja o patogene alarmowym w ranie),
- współpraca z innymi instytucjami ochrony zdrowia.

9. Planowanie i ewaluacja profilaktycznych programów zdrowotnych

Definicja profilaktycznego programu zdrowotnego

Profilaktyczny program zdrowotny to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające w przyjętych ramach czasowych osiągnięcie założonych celów polegających na wykrywaniu i realizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych określonej grupy świadczeniobiorców.

Według Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT): program polityki zdrowotnej to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, służących poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Może być opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra lub jednostkę samorządu terytorialnego.

Regulacje prawne: rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Program powinien być zbieżny z Narodowym Programem Zdrowia.

Rodzaje programów zdrowotnych

Programy wertykalne – wynikają z biomedycznego podejścia do zdrowia, ustalane centralnie (z Ministerstwa Zdrowia, Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu Miasta). Zwykle nieelastyczne, nie uwzględniają potrzeb lokalnych. Dobrze finansowane.

Programy horyzontalne – mają społeczno-ekonomiczne podejście do zdrowia, zakładają mnogość czynników determinujących zdrowie, ukierunkowane na ryzykowne zachowania zdrowotne, czynniki środowiskowe, społeczno-ekonomiczne lub cechy indywidualne. Uważane za bardziej skuteczne, ale trudniejsze w finansowaniu.

Etapy planowania programu zdrowotnego

Krok 1: Analiza potrzeb zdrowotnych

Przeprowadzenie analizy potrzeb zdrowotnych populacji i stopnia ich zaspokojenia. Identyfikacja obszarów, w których interwencja przyniesie efekty zdrowotne. Brane pod uwagę:

- dane epidemiologiczne (twarde dowody na skalę problemu),
- przyczyny zaistniałej sytuacji,
- wybór problemu zdrowotnego,
- określenie populacji docelowej (np. przedszkola całego województwa śląskiego, dzielnicy, konkretnego oddziału szpitalnego).

Krok 2: Określenie celów i mierników efektywności

Dobrze sformułowany cel powinien być zgodny z koncepcją **SMART**:

- **S** – sprecyzowany, konkretny, szczegółowy, dobrze zdefiniowany,
- **M** – mierzalny (zaplanowany sposób monitorowania i pomiaru),
- **A** – osiągalny (nie za łatwy, nie za trudny),
- **R** – istotny, ważny (powiązany z wartościami i priorytetami),
- **T** – zaplanowany w czasie (określone ramy czasowe).

Cel główny – wyraźnie zdefiniowany, precyzyjny w odniesieniu do planowanego czasu; jego osiągnięcie potwierdza skuteczność działań. Nie musi być osiągnięty w 100% – można zaplanować, że 60% skuteczności to sukces.

Cele szczegółowe – uzupełniają cel główny, charakteryzują się dużą szczegółowością; są poszczególnymi zadaniami w programie. Im bardziej szczegółowe, tym łatwiej je zrealizować.

Przykład: cel główny – w ciągu jednego roku obniżenie wskaźnika BMI do prawidłowej wartości u 50% uczestników programu. Cel szczegółowy – w ciągu jednego roku zwiększenie o 50% liczby osób świadomych, w jakich produktach żywnościowych występują nasycone kwasy tłuszczowe.

Mierniki efektywności – wskaźniki umożliwiające obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów. Wyrażone w odpowiednich jednostkach miary. Dobierane za pomocą pytań: co chcemy osiągnąć, co powinno się zmienić, po czym można poznać, że cel został osiągnięty.

Cechy dobrych mierników: obserwowalne, obiektywne, dane łatwo dostępne.

Etapy tworzenia mierników:

1. opisanie stanu istniejącego (wartości wyjściowe),
2. opisanie spodziewanego efektu po interwencji,
3. wskazanie sposobu pomiaru,
4. wybór wskaźników najlepiej odpowiadających celom.

Krok 3: Opis populacji docelowej

Określenie:

- wielkości populacji w danym rejonie,
- odsetka populacji możliwego do włączenia do programu przy posiadanych zasobach,
- kryteriów kwalifikacji (przejrzyste, ustalone przed wdrożeniem programu),
- kryteriów wykluczenia (np. przeciwwskazania lekarskie, wiek poniżej określonego pułapu),
- sposobu dotarcia do grupy docelowej (dostosowanego do specyfiki grupy).

Ważne: im większa włączona populacja (dobrana prawidłowo), tym większe możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych. Warto wyodrębnić więcej niż jedną grupę docelową – np. w profilaktyce raka szyjki macicy: młodzież (szczepienia i edukacja), rodzice/opiekunowie prawni (edukacja zdrowotna), matki dziewczynek (badania cytologiczne).

Przykład prawidłowego doboru populacji: badanie poziomu glukozy we krwi u wszystkich dzieci byłoby nieprawidłowe – należy zawęzić do dzieci otyłych i w określonym wieku. Działania edukacyjne (prawidłowa dieta, aktywność fizyczna) kierujemy do najszerzej populacji.

Krok 4: Opis interwencji

Interwencja to działanie planowane w ramach programu: świadczenie medyczne (diagnostyczne, terapeutyczne), działanie edukacyjne lub społeczne. Program może zawierać jedną lub więcej interwencji.

Wymagania wobec opisu interwencji:

- jasny i szczegółowy opis poszczególnych interwencji,
- działania o udowodnionej skuteczności i bezpieczne (zgodne z EBM),
- przedstawienie dowodów naukowych, rekomendacji, wytycznych, opinii ekspertów,
- dostosowanie do potrzeb populacji docelowej,
- uzupełnienie istniejących świadczeń zdrowotnych (nie powielanie),
- jasne określenie zakresu usług, częstości i czasu trwania,
- wskazanie zależności między interwencjami (jeśli jest ich kilka),
- określenie warunków przechodzenia uczestnika między etapami programu,
- wskazanie sposobu zakończenia udziału w programie i zaleceń dalszego postępowania.

Krok 5: Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie – proces zbierania danych o realizacji programu, służący kontrolowaniu przebiegu i postępów. Odpowiada na pytania: czy program przebiega zgodnie z planem, czy uzyskano rezultaty. Czas wykonania: cały okres realizacji programu. Umożliwia bieżące modyfikacje.

Ewaluacja – analiza danych z programu w celu oceny efektów prowadzonych działań. Odpowiada na pytania: czy osiągnięto cel, w jaki sposób, dlaczego nie osiągnięto. Czas wykonania: po zakończeniu programu; wyniki obserwowane w długim okresie.

Wskaźniki monitorowania:

- zgłaszalność uczestników,
- liczba osób niezakwalifikowanych,
- jakość świadczeń (ankieta satysfakcji).

Wskaźniki ewaluacji:

- efekty zdrowotne (np. odsetek nowo zdiagnozowanych chorych, odsetek osób z obniżoną masą ciała),
- trwałość efektów (np. czy masa ciała jest utrzymana rok po interwencji).

Przykład monitorowania programu szczepień przeciw grypie: ocena zgłaszalności (liczba zaszczepionych vs. populacja kwalifikująca się), powody braku szczepienia, ocena jakości świadczeń (ankieta satysfakcji, obiektywna ocena kontrolera jakości).

Przykład ewaluacji programu szczepień przeciw grypie: zapadalność na grypę w danym regionie, wpływ programu na liczbę hospitalizacji z powodu grypy, wpływ działań edukacyjnych na zgłaszalność poza programem (wymaga współpracy z POZ-ami i punktami szczepień).

Raporty końcowe muszą zawierać: skrócony opis działań, oceniane wskaźniki, sposób zbierania danych, sposób analizy, osoby odpowiedzialne, analizowany okres. Raporty powinny być rozpowszechniane, aby kolejne osoby mogły uczyć się na sukcesach i błędach.

Trwałość efektów zdrowotnych

Utrzymanie korzyści dla zdrowia po zakończeniu realizacji programu. Czynniki kluczowe dla trwałości:

- planowanie strategiczne,
- potencjał organizacyjny,
- wsparcie polityczne,
- partnerstwo,
- stabilność finansowa,
- ewaluacja i adaptacja programu.

AOTMiT zaleca wyodrębnienie w programie oddzielnej części dla działań zapewniających trwałość. Należy określić cel realizowany w ramach trwałości (np. pomiar BMI rok po zakończeniu programu).

Ewaluatorzy wewnętrzni i zewnętrzni

Cecha	Ewaluator zewnętrzny	Ewaluator wewnętrzny
Znajomość programu	Słaba	Bardzo dobra
Obiektywność	Wysoka	Niska (trudno zachować)
Przygotowanie metodologiczne	Wysokie	Może być niewystarczające
Zaangażowanie osobiste	Brak	Duże (ryzyko stronniczości)
Prestiż	Zyskuje po ewaluacji	Brak zewnętrznego prestiżu

Warto korzystać z obu opcji.

Planowanie budżetu

Wycena kosztów poszczególnych składowych: wynagrodzenia, wynajem pomieszczeń, koszty działań edukacyjnych, promocja i informacja o programie, koszty sumaryczne. Wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie. Uwzględnienie udziału partnerów (działania gratisowe).

Źródła finansowania: konkursy ogłaszane przez Ministerstwo Zdrowia, Urzędy Marszałkowskie, Urzędy Miast, Urzędy Wojewódzkie, sponsorzy prywatni.

10. Przykład praktyczny – program higieny rąk i historia Semmelweissa

Historia Ignacego Semmelweissa – błędy we wdrażaniu programu profilaktycznego

Ignacy Semmelweis – ginekolog-położnik pracujący w jednej z dwóch klinik wiedeńskich. Zauważył, że w jego klinice umieralność położnic z powodu gorączki połogowej sięgała nawet 20%, podczas gdy w sąsiedniej klinice wynosiła poniżej 10%. Jedyna różnica między klinikami: w klinice Semmelweissa pracowali studenci medycyny, było prosektorium i prowadzono kliniczne nauczanie. W sąsiedniej pracowały tylko położne, bez prosektorium.

Przez dwa lata Semmelweis prowadził badania nad czynnikami ryzyka gorączki połogowej. Przełom nastąpił w **1847 roku**, gdy jego przyjaciel Jakub Koleczka zadrasnął się skalpelem podczas sekcji zwłok kobiety zmarłej na gorączkę połogową i kilka dni później zmarł z identycznymi objawami. Semmelweis zrozumiał, że istnieje czynnik sprawczy przenoszony na dłoniach i narzędziach – w czasach, gdy nie znano jeszcze świata bakterii (przed odkryciami Pasteura i Kocha).

Semmelweis wprowadził **nakaz dezynfekcji rąk** – i tu popełnił kluczowe błędy:

1. **Wprowadził procedurę jako nakaz**, bez konsultacji z dyrekcją i bez przekonania pracowników. Nakazy budzą sprzeciw – ludzie pytają „po co?” i „czy muszę?”.
2. **Zarzucał kolegom, że zabijają pacjentki** – mówił: „wasze ręce zabiły tyle a tyle położnic”. Żaden medyk nie przychodzi do pracy z zamiarem zabijania pacjentów, więc przekaz spotkał się z negatywnym odbiorem.
3. **Nie porozumiał się z dyrekcją** – pracownicy poskarżyli się dyrektorowi, który stanął przed wyborem: jeden człowiek kontra grupa pracowników grożących odejściem.

Efekty: Semmelweis obniżył zapadalność na gorączkę połogową z 18–20% do 1%, ale procedura została znienawidzona, a on sam – zwolniony ze szpitala. Ostatecznie trafił do zakładu psychiatrycznego.

Lekcja: interwencje medyczne i programy profilaktyczne nie powinny być wprowadzane na siłę, w formie nakazów. Pracownicy muszą być edukowani i zachęcani, a nie zmuszani. Przekaz powinien być pozytywny: „dezynfekując ręce, ratujesz pacjentów”, a nie „nie dezynfekując rąk, zabijasz pacjentów”.

Mówi się o **kłątwie Semmelweissa** – znienawidzeniu procedury dezynfekcji rąk, które trwa do dziś.

Program WHO „Higiena rąk to bezpieczna opieka”

WHO stwierdziła, że przestrzegamy wskazań do dezynfekcji rąk jedynie na poziomie **53%** – praktycznie raz dezynfekujemy, raz nie. Najczęściej pomijamy dezynfekcję:

- **przed kontaktem z pacjentem** (wydaje nam się, że nasze ręce są czyste),
- po kontakcie z otoczeniem pacjenta (powierzchnie szpitalne są skolonizowane po 72 godzinach).

Bardziej mamy nawyk dezynfekcji **po kontakcie z pacjentem** – traktujemy go jako potencjalne źródło zakażenia.

Elementy programu WHO

1. Zmiana systemu – zapewnienie środka dezynfekcyjnego w punkcie opieki (point of care). Na każdym łóżku pacjenta powinien wisieć dozownik z preparatem dezynfekcyjnym. Jeśli pracodawca wymaga dezynfekcji rąk, musi zapewnić do niej dostęp. Firmy produkujące środki dezynfekcyjne często wyposażają szpitale w dozowniki bezpłatnie (bo zależy im na zwiększeniu zużycia preparatu).

2. Szkolenia i edukacja – nie w formie corocznych szkoleń na sali szkoleniowej, lecz praktycznych obserwacji na oddziale. Pielęgniarka epidemiologiczna przychodzi na oddział, obserwuje pracownika przez 20 minut i na bieżąco wskazuje wskazania do dezynfekcji. Wzmocnienie w praktyce: „jesteś w stanie zdezynfekować ręce przy mnie – możesz to zrobić nawet jak mnie nie ma”.

3. Ocena i informacja zwrotna – wyniki przestrzegania procedury (zużycie preparatu, procent przestrzegania wskazań) przekazywane poszczególnym oddziałom raz na kwartał lub raz na rok. Efekt: zdrowa rywalizacja między oddziałami, motywacja do poprawy. Ważne: nie porównujemy oddziałów między sobą (różna liczba wskazań), lecz porównujemy dany oddział z jego wynikami z poprzedniego roku.

4. Transparentność – na każdej sali chorych powinien wisieć plakat z **pięcioma momentami higieny rąk** (według WHO):

1. przed kontaktem z pacjentem,
2. przed procedurą czystą/aseptyczną,
3. po ryzyku ekspozycji na płyny ustrojowe,
4. po kontakcie z pacjentem,
5. po kontakcie z otoczeniem pacjenta.

Pacjent ma prawo wiedzieć i kontrolować, czy personel przestrzega procedury.

5. Kultura organizacyjna – przykład idzie od góry. Jeśli ordynator na wizycie dezynfekuje ręce przy każdym łóżku, reszta zespołu bierze z niego przykład. Dyrekcja powinna nagradzać pracowników za przestrzeganie procedury (przykład z Irlandii: czytelniki na identyfikatorach mierzące liczbę podejść do dozownika, wyższe premie dla pracowników z wysoką liczbą dezynfekcji).

Mierniki przestrzegania dezynfekcji rąk

- **Pośredni:** zużycie preparatu dezynfekcyjnego na 1000 osobodni pacjenta (może być zafałszowany – preparat można wylać lub wynieść).
- **Bezpośredni:** obserwacje przestrzegania dezynfekcji rąk na oddziale przez pielęgniarkę epidemiologiczną.

Wyniki własne wykładowczyni (szpital, 2013–2020)

W 2013 roku (przed wejściem do programu): zużycie 13,7 l/1000 osobodni, 0,86 ml na pacjenta. Powolny wzrost dzięki edukacji: do 2016 roku – 15,69 l/1000 osobodni, do 2018 roku – 16 l/1000 osobodni. Wzrost był powolny i wymagał dużego zaangażowania.

Pandemia COVID-19 spowodowała drastyczny wzrost zużycia do ponad **36 l/1000 osobodni** – strach przed wirusem SARS-CoV-2 osiągnął w kilka miesięcy to, czego edukacja nie osiągnęła przez lata. Wniosek: dezynfekujemy ręce częściej po kontakcie z pacjentem niż przed, bo boimy się zakażenia od pacjenta.

Wykazana zależność: wzrost zużycia preparatu do dezynfekcji dłoni → spadek liczby zakażeń szpitalnych. Na oddziale ortopedii: pracownicy zużywający powyżej 64 ml preparatu na osobę mieli niższe ryzyko wystąpienia zakażenia u pacjentów po endoprotezoplastyce i osteosyntezie złamań.

Ekonomika: **1 złotówka wydana na dezynfekcję = 10 złotych zaoszczędzone na antybiotykoterapii** – argument przekonujący dyrekcję do finansowania programu.

Błędy w polskim podejściu do programu

Zamiast nagradzać pracowników za częstą dezynfekcję rąk (jak w Irlandii), w Polsce zaczyna się ich karać za paznokcie z tipsami i odbierać premie. Takie podejście piętnuje pracowników zamiast docierać do ich świadomości epidemiologicznej – i sprzyja dalszemu znienawidzeniu procedury.

Refleksja końcowa – lekcja z historii medycyny

Torwald Jürgen w książce „Stulecie chirurgów” opisuje Henry'ego Stevena Hartmana – lekarza, który jeździł po Europie i USA w pogoni za osiągnięciami medycyny. Skupił się na pierwszym znieczuleniu (wielkie osiągnięcie – pacjent nie cierpi podczas operacji), ale przeoczył doniesienia Semmelweissa. Gdyby dezynfekcja rąk została doceniona, chirurgia rozwinęłaby się o **30 lat szybciej** – operacje się udawały, ale pacjenci umierali z powodu zakażeń szpitalnych.

Dopiero **Joseph Lister** (ortopeda) odkopał doniesienia Semmelweissa i wprowadził dezynfekcję rąk, narządził oprysk karbolem powietrza na bloku operacyjnym – udowadniając po raz drugi skuteczność walki z bakteriami.

Przestanie dla przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy: proste prawdy (jak dezynfekcja rąk) są równie ważne jak spektakularne procedury. Chęć do ich przestrzegania powinna wypływać ze świadomości i wiedzy, a nie z nakazów i kar. Jako przyszłe oddziałowe, pielęgniarki epidemiologiczne czy dyrektorzy szpitali pamiętajcie, że na siłę nic z pracownika nie wyrzесimy – skuteczniejsze jest uświadamianie niż przymuszanie.

— KONIEC —