

Krzysztof Krajewski Siuda, Krzysztof Kaczmarek

PROMOCJA ZDROWIA OPARTA NA DOWODACH

Zakład Polityki Zdrowotnej Wydział Zdrowia Publicznego
Śląska Akademia Medyczna w Katowicach
Kierownik: Krzysztof Krajewski Siuda

Artykuł prezentuje proces kształtowania oraz założenia promocji zdrowia opartej na dowodach. Jednocześnie proces ten wpisany zostaje w szerszy kontekst kształtowania założeń nauki i zasad określania naukowego charakteru twierdzeń. Autorzy ukazują rolę, jaką dla rozwoju promocji zdrowia opartej na dowodach odegrała medycyna, a jednocześnie wskazują na konieczność znaczącego zmodyfikowania dla potrzeb promocji zdrowia medycznego postrzegania dowodu.

Słowa kluczowe: medycyna oparta na faktach, promocja zdrowia, projekt promocji zdrowia, dowód

Key words: evidence based, evidence based medicine, health promotion, health promotion project, evidence

WSTĘP

Ostatnie trzy dekady XX wieku były okresem powstania i szybkiej ewolucji koncepcji promocji zdrowia. Zaistniały w tym czasie stan rzeczy zawdzięczać można dostrzeżeniu ograniczeń medycyny w zakresie radzenia sobie z niektórymi problemami zdrowotnymi (głównie z problemem chorób przewlekłych w społeczeństwach zachodnich), jak również dostrzeżeniu i wyartykułowaniu przez naukę istotnego związku pomiędzy stanem zdrowia jednostki a jej zachowaniami, stylem życia i warunkami funkcjonowania (1).

Wraz z postępowaniem badań oraz kształtowaniem nowych podejść do promocji zdrowia zaobserwować możemy we wspomnianym okresie istotne przemiany w zakresie pojmowania przedmiotu zainteresowań promocji zdrowia. Na lata siedemdziesiąte przypada silne ukierunkowanie na zagadnienia takie jak czynniki ryzyka oraz choroby, którym można zapobiegać poprzez informację i edukację. W latach 80. akcent przeniesiony zostaje na realizację strategii zdrowotnych, co w konsekwencji rodzi zainteresowanie takimi obszarami jak zdrowotna polityka społeczna, wzmacnianie indywidualnych umiejętności jednostki, środowiska wspierające zdrowie, działania społeczności lokalnych, świadczenia na rzecz zdrowia (2). Po roku 2000 zwrócono większą uwagę na przełożenie teorii i doświadczeń wyniesionych

z poprzednich etapów rozwoju na działania praktyczne. Konieczne stało się zareagowanie na globalne trendy społeczne pozostające w ścisłej korelacji ze stanem zdrowia (2).

Pomimo wspomnianych przemian, niezmienną pozostaje wykładnia rozumienia promocji zdrowia, a tę odnaleźć można w pochodzącej z 1986 roku Karcie Ottawskiej. Definicja zawarta w tym dokumencie mówi o promocji zdrowia jako o procesie umożliwiającym ludziom „zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego ulepszenie” (3). Godne podkreślenia jest świadome nawiązanie do koncepcji zdrowia jako rezultatu oddziaływania wielu zmiennych o charakterze biologicznym, środowiskowym, społecznym, ekonomicznym itd.

Podjęmowane w ostatnich latach przez Światową organizację zdrowia działania wskazują na dążenie do uwzględnienia światowych wyzwań zdrowotnych. W związku z zaistniałą sytuacją uczestnicy odbywającej się w 2005 roku w Bangkoku VI Światowej konferencji poświęconej promocji zdrowia przyjęli cztery kluczowe zobowiązania, które mają uczynić promocję zdrowia (4):

1. centralnym elementem światowej strategii rozwoju
2. podstawowym obszarem odpowiedzialności wszystkich rządów
3. punktem skupienia uwagi wspólnot lokalnych i społeczeństwa obywatelskiego
4. elementem wymaganym w dobrych praktykach korporacyjnych. Promocja zdrowia nie może jednak liczyć na status obszaru zwolnionego z obowiązku dowodzenia przydatności i skuteczności wprowadzanych interwencji.

W sytuacji silnej konkurencji o środki, a szczególnie o finanse publiczne, obowiązkiem promotorów zdrowia jest dostarczenie argumentów przemawiających na korzyść postulowanych przez nich przedsięwzięć. Promocja zdrowia konkuruje o ograniczone zasoby i by czynić to skutecznie, musi odwoływać się do katalogu mocnych argumentów, uzasadniając długotrwałe i często wysokie nakłady (5). Poszukiwanie mocnych fundamentów, na których oprzeć można działania związane z promocją zdrowia, staje się nie jedną z alternatyw, ale jedyną, a rozwiązaniem powstających dylematów jest sięgnięcie po dowody jako twarde podstawy planowania, realizacji i oceny działań z zakresu promocji zdrowia.

MEDYCYNA OPARTA O DOWODY

Bezpośrednim źródłem inspiracji dla tworzenia promocji zdrowia opartej o dowody stała się medycyna realizowana w zgodzie z założeniami tego samego podejścia.

Uznając za słuszną filozoficzną definicję dowodzenia jako czynności *polegającej na ukazywaniu badanego faktu i podawaniu jego koniecznej przyczyny* (6) przyjąć musimy jednocześnie nierozzerwalny związek pomiędzy medycyną i dowodem. Przełożenie to jest na tyle oczywiste, iż często przymuje się je bezrefleksyjnie. Pojawia się na poziomie jednostkowym – na poziomie pacjenta. Dowodem słuszności przyjętych przez lekarza założeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta jest skuteczność wprowadzonych działań o charakterze terapeutycznym, rehabilitacyjnym etc. Dowód jawi się zatem jako integralna część medycyny, którą w istocie jest. Ostatnie dziesięciolecia zmieniły jednak jego umiejscowienie w medycynie w trzech zasadniczych aspektach (7):

1. standaryzacji zasad zbierania dowodów
2. narzędzi ich analizy
3. społecznego kontekstu, w jakim są one wykorzystywane

Punktem wyjścia dla kształtowania zupełnie nowego spojrzenia na kwestię dowodów w medycynie stała się działalność wybitnego brytyjskiego epidemiologa *Archiego Cochrane'a* (1909-1988). W 1979 roku wyraził on następujący pogląd: „Fakt, że nie zorganizowaliśmy dotąd, na poziomie podstawowych lub szczegółowych specjalności medycznych, systemu opracowywania krytycznych i okresowo uaktualnianych podsumowań wiarygodnych wyników badań z randomizacją, jest jednym z większych niedopatrzeń w naszym zawodzie” (8). Cytowana opinia wywołała w środowisku spore zamieszanie i stała się bodźcem do podjęcia szeregu działań zmierzających do naprawienia poważnego błędu tkwiącego na poziomie zbierania, przetwarzania i wykorzystywania informacji. Pierwszą tego typu inicjatywą były badania, jakie podjął *Iain Chalmers*, dyrektor Brytyjskiego Krajowego Ośrodka Epidemiologii Opieki Okołoporodowej. Z jego inicjatywy przeprowadzono zakrojone na szeroką skalę kwerendy w 60 czasopismach. W ich trakcie zgromadzono wszelkie dostępne we wspomnianych źródłach wyniki losowych badań dotyczących różnych interwencji terapeutycznych w okresie ciąży, porodu i wczesnego niemowlęctwa (9). Uzyskany materiał poddany został analizie przez międzynarodowy zespół badaczy, a jej wyniki zaprezentowano w obszernej monografii „Effective care in pregnancy and child-birth”. Jednocześnie w 1986 roku utworzono bazę danych *Oxford Database of Perinatal Trials*, która zawiera kompleksowe informacje z zakresu objętego badaniami *Chalmers'a* (co 6 miesięcy poddawana jest aktualizacji) (9).

Na czym jednak polega medycyna oparta o fakty? W ślad za niektórymi definicjami stwierdzić można, iż stanowi ona „dokładne, jasne i rozważne użycie aktualnie najlepszych danych przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych w stosunku do poszczególnych pacjentów, łączące doświadczenia kliniczne z najlepszymi zewnętrznymi danymi klinicznymi, pochodzącymi z systematycznych badań” (10).

Powyższa definicja daje do zrozumienia, iż dla jej realizacji konieczne stają się dwa kryteria:

- zmniejszenie nacisku na nieusystematyzowane doświadczenie kliniczne, w zamian proponując sprawdzanie dostępnych wyników badań klinicznych;
- wymaganie rozwijania pogłębionych, systematycznych studiów fachowej literatury oraz wprowadzenie standaryzowanych procedur oceny zawartych w niej dowodów (11,12).

Opierając się na tych założeniach wskazać można pięć etapów praktycznej realizacji medycyny opartej o fakty (13):

1. sformułowanie jasnych pytań klinicznych, związanych z problemem klinicznym
2. przejrzanie literatury z wiarygodnymi informacjami medycznymi, pomagającymi w rozwiązaniu problemu
3. ocena (krytyczna) wyników pod względem ich dokładności (możliwie najbardziej zbliżone do prawdy) i przydatności (zastosowanie kliniczne)
4. wprowadzenie danych do praktyki klinicznej
5. ocena następstwa.

Dzięki odwołaniu się do dowodów możliwe staje się stałe uzupełnianie wiedzy i lepsze zrozumienie metod badawczych przez lekarzy, co zwiększa ich krytycyzm w odniesieniu do używanej informacji oraz doskonalenie procesu podejmowania decyzji terapeutycznych.

Dostrzeżone zalety podejścia sprawiły, iż wkrótce zaczęto się interesować jego przeniesieniem na inne obszary ochrony zdrowia, jednakże skala zadania (ilość istniejących danych

faktograficznych) zdecydowanie przekraczała możliwości jednego ośrodka, a nawet pojedynczego państwa. Z tego też względu w 1993 roku powołano międzynarodową organizację, na cześć inicjatora ruchu oparcia o dowód, nazwana Cochrane Collaboration, a w dwa lata później pracę rozpoczęła Cochrane Database of Systematic Reviews (9).

OD MEDYCZYNY OPARTEJ O DOWODY (EVIDENCE BASED MEDICINE – EBM) DO PROMOCJI ZDROWIA OPARTEJ O DOWODY (EVIDENCE BASED HEALTH PROMOTION – EBHP)

Rozwój nowego podejścia do dowodów w medycynie wkrótce wzbudził zainteresowanie promotorów zdrowia i ekspertów. Było to związane ze stałą koniecznością udowodnienia zasadności przekazywania środków publicznych na cele związane z promocją zdrowia, przed którą postawione zostały jednostki realizujące działania z tego obszaru. Promocja zdrowia nie stanowi wyjątku i podobnie jak tradycyjna medycyna musi udowodnić swą skuteczność, jeśli chce być brana pod uwagę przy podziale publicznych lub prywatnych środków. Racjonalność zachowania decydentów wymaga, aby godzili się na finansowane jedynie tych inicjatyw, które rzeczywiście rokują nadzieje na odniesienie pożądanych skutków (5,14). Dowód pozwala na wyeliminowanie niepewności z działań decydentów (15). Dysponując tego typu wsparciem możliwe jest przedstawienie gwarancji właściwego spożytkowania środków publicznych, co z kolei zwiększa konkurencyjność promocji zdrowia i pozwala na skuteczniejszą rywalizację. Dowód urósł zatem do rangi karty przetargowej w rozmowach z dysponentami publicznych funduszy, a także z samą opinią publiczną oczekującą wyraźnych uzasadnień dla proponowanych wydatków (7).

Już pierwsze próby stosowania oparcia o dowody uzmysłowiły ekspertom, iż niemożliwym jest wierne skopiowanie mechanizmów znakomicie funkcjonujących na gruncie medycyny do promocji zdrowia. Na przeszkodzie stanął w tym wypadku dowód, a ściślej mówiąc jego natura.

W celu bliższego rozpatrzenia problemu warto nawiązać do zaproponowanej przez *Parka* koncepcji trzech rodzajów wiedzy, a co za tym idzie, trzech odmiennych rodzajów dowodów. Wspomniany autor proponuje następujący podział dowodów (16):

1. instrumentalne – dostarczane poprzez tradycyjne podejście naukowe; związane z kontrolą środowiska fizycznego i społecznego;
2. interaktywne – wywiedzione z dzielenia doświadczeń życiowych; związane ze zrozumieniem i więziami pomiędzy istotami ludzkimi (znaczenia i interpretacje przypisywane zjawiskom) ;
3. krytyczne – wywiedzione z refleksji i działań związanych z tym, co uznawane jest za dobre i sprawiedliwe (stan pożądany) ; związane są z podnoszeniem świadomości na temat przyczyn problemu i dążeniem do ich łagodzenia.

Jest to koncepcja na tyle ogólna, że daje się zastosować do różnorodnych dziedzin nauki i działalności praktycznej. By jeszcze dokładniej zarysować istotę problemu dowodów w promocji zdrowia, należy zestawić przytoczoną klasyfikację z podejściem do złożonego zjawiska, jakim niewątpliwie jest zdrowie. Rozpatrując różne sposoby ujmowania zdrowia można wyróżnić trzy dominujące podejścia (15):

- podejście biomedyczne – koncentruje uwagę na grupach wysokiego ryzyka, badaniach przesiewowych i dostarczeniu świadczeń opieki zdrowotnej;

- podejście behawioralne – skupia się na postawach i zachowaniach nacechowanych podwyższonym stopniem ryzyka, a także rozwijaniem programów, które wspierają jednostki w zakresie zmiany niekorzystnych zachowań;
- podejście społeczno-środowiskowe – koncentruje się na uwarunkowaniach niosących wysokie ryzyko i rozważa, w jaki sposób jednostki przystosowują się do nich, bądź je zmieniają.

Z zaprezentowanych koncepcji wyciągnąć można dwie konkluzje. Po pierwsze, nauki medyczne koncentrują się na dowodach, które określić można mianem dowodów twardych. Dowody tego typu mają status, który badacze społeczni Berger i Luckman określili mianem „*taken for granted*”, a więc branych za pewnik, niewątpliwych (17). Z tego punktu widzenia promocja zdrowia, jej założenia oraz praktyka stanowią wyzwanie dla tradycyjnego „medycznego” pojmowania problemów zdrowotnych i kultuowanego w jego obrębie sposobu interpretowania prawdziwości dowodów. Podważane jest typowe dla nauk medycznych podejście ilościowe do dowodów takich, jak chociażby świadectwa osób będących celem, czy też przedmiotem prowadzonych działań promocyjnych (15). W tym zakresie promocja zdrowia odbiega od metodologii powszechnie przyjętej na gruncie nauk przyrodniczych, skłania się natomiast bardziej ku podejściu, jakie od kilku dziesięcioleci funkcjonuje w obrębie nauk społecznych. To na tym polu zaistniało znaczące zainteresowanie dowodami interaktywnymi. Protoplaści nowego podejścia – William Thomas i Florian Znaniecki odrzucili obiektywizm w analizowaniu zachowań ludzkich, uznając go za w pewnej mierze nienaturalny. Punktem ich zainteresowania stały się znaczenia, jakie swoim zachowaniom przypisują osoby działające. Działania ludzkie w życiu społecznym nie funkcjonują bowiem w oderwaniu od kontekstu, w jaki wpisują je osoby działające. Podejście to określane mianem współczynnika humanistycznego stało się zarówno założeniem teoretycznym, jak i wytyczną metodologiczną stosowaną przy rozpatrywaniu przejawów działalności ludzkiej (18).

Zaszczepienie wymienionego powyżej podejścia na gruncie promocji zdrowia pozwoliło badaczom na bliższe przyjrzenie się przyczynom konkretnych zachowań, bądź też motywacji, jaka kieruje zmianami postaw i schematu działań jednostek i społeczności. Jednocześnie dzięki jego specyfice uwzględniona została także społeczna konstrukcja wiedzy i nauki. „Twardy” dowód naukowy nie traci w tym wypadku swej mocy, nadal bowiem traktowany jest jako główna przesłanka wnioskowania o efektywności i jakości programów promocji zdrowia. Konieczne staje się jednak uwzględnienie także opinii grup naukowców, promotorów zdrowia oraz samych społeczności (7). Tradycyjne podejście koncentrując się na łatwo dających się zmierzyć aspektach (takich, jak zachorowalność, śmiertelność etc.) pomija jednak szerokie spektrum zjawisk o znacznej doniosłości z punktu widzenia promocji zdrowia takich, jak przemiany wspólnotowych i społecznych warunków wspierających zdrowie (15).

Drugi wniosek wiąże się z charakterem danych stanowiących przedmiot zainteresowania nauk medycznych i promocji zdrowia. O ile klasycznej medycynie najbliższe jest podejście biomedyczne, o tyle promocja zdrowia znacznie więcej uwagi poświęca analizie zagadnień stanowiących kanwę podejścia behawioralnego i społeczno-środowiskowego. Podążając tym tokiem myślenia można wysnuć hipotezę, że o ile medycy w naturalny sposób kładą będą duży nacisk na te dane, które wskazywać będą na istnienie choroby w społeczności, o tyle osoby zajmujące się promocją zdrowia nie mogą sobie pozwolić na takie zawężenie horyzontu. Byłoby to sporym błędem, utrudniającym, jeśli nieuniemożliwiającym skuteczną promocję zdrowia.

Nadal otwarte pozostaje pytanie, jakie dowody kwalifikować się będą do wykorzystania w ramach nowego podejścia. Konieczne jest stworzenie spójnego zespołu kryteriów, wedle których można by dokonywać oceny przydatności dowodu z punktu widzenia planowanego działania. Zespół takowych kryteriów mógłby się opierać o funkcjonujące w epidemiologii kryteria przyczynowości *Austina Bradforda Hilla* (1897-1991) – cenionego brytyjskiego statystyka medycznego. Wyróżnił on dziewięć warunków, jakie musi spełniać rozpatrywana przesłanka, by można ją było uznać za przyczynę danego zjawiska. W przypadku koncepcji *Hilla* kryteria służą głównie ocenie związku pomiędzy czynnikiem chorobotwórczym a chorobą, jednak zawarte w niej założenia są na tyle ogólne, że stanowią znakomity punkt wyjścia dla rozpatrywania również innych aspektów niewiązanych się bezpośrednio z chorobą, jednak powiązanych z obszarem zainteresowań promocji zdrowia. Wyróżnione w ramach tej koncepcji kryteria (19):

1. Następstwo czasowe: przyczyna zawsze musi poprzedzać skutek.
2. Siła związku: oceniana na podstawie kryteriów statystycznych. Im większa siła związku, tym większe prawdopodobieństwo zachodzenia pomiędzy przyczyną a skutkiem relacji przyczynowej.
3. Trwałość: powtarzalność związku w doświadczeniach różnych badaczy, w różnym czasie i w różnych miejscach.
4. Specyficzność związku: szczególna przyczyna wywołuje specyficzny skutek, lub też specyficzna grupa przyczyn działa szczególnie efektywnie.
5. Nachylenie: zwiększona liczba występowania skutku idzie w parze ze zwiększoną ekspozycją na przyczynę.
6. Wiarygodność: zgodność założenia o istnieniu związku przyczynowego z funkcjonującymi przekonaniem.
7. Koherencja: zgodność pomiędzy obserwacjami i hipotezą.
8. Eksperyment: demonstracja możliwości istotnej zmiany skutku poprzez kontrolowaną zmianę przyczyny.
9. Analogia: większa gotowość do zaakceptowania twierdzenia, jeśli jest ono zgodne dotychczasowymi poglądami.

Podobnie jak medycyna oparta o dowody (EBM), promocja zdrowia oparta o dowody wymusza przewartościowanie dotychczasowego sposobu ujmowania praktyki promocji zdrowia. Jej nieodłącznymi elementami stają się interdyscyplinarne studia istniejącego piśmiennictwa, wybór najbardziej efektywnych programów spośród tych, które odpowiadają lokalnym uwarunkowaniom, a także wprowadzenie zasad oceny i oszacowania jakości danego studium dla ustalenia wiarygodności jego wyników (12).

Rolę mechanizmów przeniesienia teorii promocji zdrowia opartej o dowody stanowią mechanizmy oceny i gwarantowania jakości stosowane wobec planowanych, wprowadzanych lub realizowanych programów. Posługują się one zróżnicowanymi kryteriami zależnymi od przyjętych przez autorów założeń dotyczących zarówno zakresu, jaki objęty ma być działaniami jak i metodologii. Jako przykład dla zobrazowania procesu przeniesienia założeń oparcia o dowody do praktyki promocji zdrowia, z zachowaniem uwarunkowań lokalnych może posłużyć nowozelandzka propozycja kryteriów, jakie winny być uwzględnione w promocji zdrowia. Kryteria te pogrupowane zostały w cztery wymiary. Wymiary te konstytuują ramy, na których wspierać powinny się interwencje i programy kierowane do wspomnianej grupy. W ramach każdego z wymiarów wyszczególniono szereg kryteriów, jakie należy wziąć pod uwagę (7):

1. wymiar naukowy
 - a) dobrze zaprojektowany RCT (*Randomised Controlled Trials*) ;
 - b) dobrze dobrana grupa kontrolna bez randomizacji;
 - c) dobrze zaprojektowane badanie kohortowe;
 - d) dobrze zaprojektowane studium kontrolne przypadku;
 - e) rekomendacje uznanych autorytetów, oparte o doświadczenie w zakresie promocji zdrowia, badań klinicznych, studiów opisowych lub raportów społeczności badaczy;
 - f) poparcie interwencji przez specyficzną grupę docelową
2. wymiar organizacyjny;
 - a) dostępność – usługi powinny być dostępne i powinny odpowiadać potrzebom populacji;
 - b) efektywność – usługi powinny przynosić korzystne rezultaty dla odbiorców;
 - c) wydajność – największa korzyść zdrowotna w zamian na wydane środki;
 - d) bezpieczeństwo – regionalne instytucje kupujące usługi powinny chronić populacje przed dającymi się uniknąć szkodami;
 - e) akceptowalność – usługi powinny odpowiadać kulturowemu zróżnicowaniu;
 - f) zarządzanie ryzykiem – regionalne instytucje zakupujące usługi powinny rozwinąć strategie minimalizowania ryzyka zarówno dla świadczeniodawców jak i świadczeniobiorców.
3. wymiar promocji zdrowia;
 - a) własność – instytucje finansujące powinny brać pod uwagę kwestie związane z własnością programu;
 - b) personel programu – powinien obejmować reprezentację społeczności, do której jest adresowany;
 - c) gotowość obywatelska – odnosi się do gotowości społeczności do podjęcia interwencji;
 - d) porównywalne strategie – czy interwencja obejmuje porównywalne strategie;
 - e) oddziaływanie środowiskowe projektu;
4. wymiar socjo-kulturowy;
 - a) dostępność interwencji;
 - b) społeczna akceptowalność;
 - c) bezpieczeństwo – zapewnienie bezpieczeństwa w kategoriach fizycznych i pozafizycznych (psychicznych, kulturowych) ;
 - d) ocena oddziaływania programu na zdrowia publiczne.

Nieco innym tropem poszła propozycja brytyjska z 1997 roku, która określiła standardy, jakie powinny spełniać zespoły odpowiedzialne za realizację promocji zdrowia. Standardy te zawierają się w sześciu podanych niżej kryteriach (20):

- planowanie strategiczne;
- zarządzanie programem;
- monitoring i ocena;
- edukacja i szkolenie;
- zasoby i informacje;
- doradztwo i konsultacje.

Każdy z nich oceniany jest w oparciu o zespół specjalnie przygotowanych kryteriów.

W proponowanych rozwiązaniach szczególną uwagę zwrócić należy na kwestie związane z wykorzystaniem informacji. Dowodzi to, iż zaczęto postrzegać ten obszar jako istotny element prowadzenia promocji zdrowia. Jednocześnie rozwijanie w tym zakresie zdolności osób prowadzących promocję zdrowia zaczęło być postrzegane jako czynnik kształtowania nowoczesnego obrazu promocji zdrowia.

PROPOZYCJA GŁÓWNYCH SKŁADOWYCH MODELU PROMOCJI ZDROWIA OPARTEJ O DOWODY

Na podstawie zaprezentowanych rozwiązań przyjąć można model roboczy promocji zdrowia opartej o dowody, stanowiący punkt wyjścia do dyskusji nad jej kształtowaniem w kraju, który musi składać się z trzech zróżnicowanych perspektyw.

Jako pierwszą wymienić należy w tym wypadku **perspektywę medyczną**. W jej obręb zaliczyć trzeba wkład w promocję zdrowia, jaki ma do wniesienia medycyna oparta o fakty. Szczególnie istotne będzie znaczenie tej perspektywy na poziomie identyfikowania problemów zdrowotnych społeczności obejmowanych interwencjami i definiowania sposobów rozwiązania problemu. Istniejące dane pozwolą m.in. na określenie istotności czynników ryzyka i skoncentrowanie wysiłków promocyjnych na konkretnej grupie zagrożeń.

Drugą perspektywą jest **perspektywa społeczna**. Objęte byłyby nią wszelkie dane zaczerpnięte z dorobku naukowego nauk społecznych (psychologii społecznej, socjologii, politologii, ekonomii itd.). Przesłanki zaczerpnięte z tego obszaru będą znacząco wpływały na efektywność prowadzonych działań, pomagając w konstruowaniu pożądanych i możliwych do realizacji strategii promocyjnych. Niewątpliwie słabością będzie w tym wypadku brak stosownych baz danych, umożliwiających dotarcie do najbardziej wartościowych materiałów. W większości przypadków osoby projektujące interwencje zmuszone będą do prowadzenia samodzielnych kwerend w literaturze fachowej, co ze względu na złożoność perspektywy i ilość dostępnych źródeł będzie wymagało znacznego nakładu pracy. W miarę budowania bazy dowodowej promocji zdrowia problem ten będzie stopniowo ograniczany, jednak w chwili obecnej jest to poważna bariera, której efektem będzie odwoływanie się promotorów zdrowia nie do dowodów najbardziej koherentnych, lecz jedynie do najbardziej koherentnych dowodów spośród tych, do których zdołają oni dotrzeć.

Trzecią perspektywę stanowi **perspektywa humanistyczna**, bezpośrednio wiążąca interwencję z uwarunkowaniami kontekstualnymi danej wspólnoty. Będzie ona stanowiła mechanizm przełożenia sformułowanych w oparciu o perspektywy medyczną i społeczną założeń na rzeczywistość konkretnych wspólnot. W tym wypadku dość ograniczona będzie możliwość korzystania ze źródeł zewnętrznych. Materiał dowodowy składać się będzie w całości z opinii, przekonań, postaw i zachowań członków określonej społeczności. Pozyskanie tych informacji stanowić będzie zadanie osób bezpośrednio zaangażowanych w działanie promocyjne. Jako forma uzupełnienia stosowane będą informacje uzyskane przez inne zespoły w tej samej społeczności lub w społeczności o zbliżonych uwarunkowaniach medycznych, społecznych i środowiskowych.

PODSUMOWANIE

Podejście oparcia o dowody oferuje mocne podstawy dla kształtowania programów interwencji w obszarze promocji zdrowia. Stanowiący fundament podejścia dowód (nieza-

leżnie od jego naukowego lub społecznego charakteru) wzmacnia znacząco rangę działań promocyjnych nadając im walory aktywności opartej o ważne przesłanki merytoryczne. Z przytoczonych wcześniej względów natury finansowej korzystanie z tego typu wsparcia staje się nie tylko wariantem, ale wręcz koniecznością. Pomimo oczywistych zalet wymienić należy szereg utrudnień, z jakimi boryka się promocja zdrowia zbudowana na zasadzie oparcia o dowody. Do przeszkód takich zaliczyć należy:

1) stosunkowo krótki okres funkcjonowania promocji zdrowia – jako osobna dyscyplina naukowa funkcjonuje od ok. 30 lat;

2) krótki okres funkcjonowania oparcia o dowody na gruncie nauk medycznych – jak wspomniano pierwsze inicjatywy w tym zakresie podejmowane są na początku lat 80.

3) krótki okres funkcjonowania oparcia o dowody promocji zdrowia – nurt ten rozwija się dopiero od lat 90. ubiegłego stulecia.

W wyniku nakładania się tych trzech elementów pojawiają się dwa zasadnicze braki, będące prawdopodobnie najsilniejszymi czynnikami wpływającymi na wartość praktyczną podejścia oparcia o dowody. Przede wszystkim jest to brak odpowiedniego wsparcia teoretycznego. Jako dowód na poparcie tej tezy przytoczyć można ciągnący się dyskurs nad rolą i charakterem dowodów w promocji zdrowia. Fakt, iż problem o tak fundamentalnym znaczeniu dla przyszłości oparcia o dowody promocji zdrowia jest obecnie przedmiotem debat, świadczyć może o jego rozwojowym charakterze. Poczynione zostały w tym zakresie znaczące postępy, jak chociażby fakt odrzucenia bezwzględnego prymatu dowodów biomedycznych. Niemniej jednak należy się spodziewać, iż prawdziwy rozwój i postęp w zakresie promocji zdrowia budowanej według priorytetów oparcia o dowody będzie dziełem następnych kilku lat.

Kolejnym brakiem, który ogranicza możliwość stosowania rozpatrywanego podejścia jest niedostateczna ilość informacji zawierających dowody skuteczności promocji zdrowia. Tego typu bazy są w chwili obecnej w stadium tworzenia, jednak zarówno ich zasięg (zwykle są to bazy krajowe), jak i zdolności prowadzenia systematycznych przeglądów literatury są znacząco ograniczone. Dlatego materiał, jakim dysponują promotorzy zdrowia jest dość ograniczony, a nierzadko zostają oni postawieni w sytuacji, w której zmuszeni są do samodzielnego wyszukiwania informacji.

Pozostaje jeszcze jeden problem, który może zaważyć na sukcesie podejścia oparcia o dowody. Jest nim kwestia dobrej woli jednostek prowadzących promocję zdrowia do zastosowania nowego podejścia. Szczególnie wśród jednostek administracji publicznej – struktur o charakterze biurokratycznym, pojawić się może niechęć do zmiany obowiązującego *status quo*. Utrzymanie dotychczasowych rozwiązań może być dla nich bardziej korzystne, ponieważ nie będzie wymagało wypracowywania nowych procedur i schematów organizacyjnych.

K Krajewski Siuda, K Kaczmarek

EVIDENCE BASED HEALTH PROMOTION

SUMMARY

Aim: The purpose of the paper is to present assumptions underlying the evidence based approach in health promotion.

As a starting point the development of the evidence based approach successively implemented since 1980's in medicine was taken. Its fast development effected with transitioning principles of the approach to other areas directly connected to health. Implementation into health promotion was correlated with necessity to redefine role and characteristics of evidence. Biomedical approach to evidence, presented in the evidence based medicine, due to marginalization of social and behavioural aspects does not include the complete specificity and full spectrum of tasks of health promotion. In addition strong concentration of this evidence group on the category of sickness causes its usefulness to be severely limited. Evidence-based health promotion emphasizes the role of a social factor through the incorporation of target society opinion as a fully legitimated evidence material. Additionally evidence-based approach incorporates new elements into health promotion, such as systematic reviews of a professional literature conducted with use of standardized methodology and standard tools of possessing and housing information produced in the conducted programmes.

PIŚMIENNICTWO

1. Karski J B. Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX wieku. W: Karski J B. (red) Promocja zdrowia. Praca zbiorowa. Warszawa: IGNIS 1999
2. Karski JB. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia. Warszawa: CeDeWu, 2003.
3. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986
4. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August 2005 <http://www.who.int>
5. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education Part 1. Core Document ECSC-EC-EAEC, Brussels – Luxembourg, 1st edition 1999, 2nd edition January 2000.
6. Krapiec M A. Dowodzenie faktyczne. W: Maryniarczyk A (red.): Powszechna Encyklopedia Filozofii (wersja internetowa) , Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, <http://www.kul.lublin.pl/efk/>
7. Rada J, Ratima, Howden-Chapman P. Evidence-based purchase of health promotion: methodology for reviewing evidence. *Health Promotion International* 1999; 14 (2):177-187.
8. Cochrane AL.:1931-1971: a critical review, with particular reference to the medical profession. W: *Medicines for the year 2000*. London: Office of Health Economics, 1979: 1-11.
9. Glasziou P. EBM – rola Cochrane Collaboration i Cochrane Library. *Medycyna Praktyczna* 2003 (03).
10. Sackett D. L. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM/1. Wyd. New York: Churchill Livingstone, 1997
11. Guyatt G. Cook D. Haynes B. Evidence based medicine has come a long way. *BMJ* 2004; 329: 990-991
12. Belsey J. Snell T. What is evidence-based medicine? What is...? Vol. 1, No. 2, 2003 www.evidence-based-medicine.co.uk
13. Radican L. Medycyna oparta na faktach. Teoria. W: *Terapia* 1999 <http://www.warman.com.pl/~osteol/>
14. Bury J.A. Evidence base in health promotion: why bother? *Sozial- und Praventivmedizin* 2003; 48 (5):277-278.
15. Raphael D, The question of evidence in health promotion, *Health Promotion International*, 2000;15 (4).

16. Park P. What is participatory research? A theoretical and methodological perspective. W: Park P, Brydon-Miller M, Hall B, Jackson T. (red.) Voices of change: Participatory Research in the United States and Canada. Toronto: Greenwood Publishing Group, 1993: 1-20.
17. Berger P., Luckman T. The Social Construction of reality. New York: Doubleday Garden City 1966.
18. Thomas W J, Znaniecki F. Chłop polski w Europie i Ameryce. Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, 1976.
19. Schoenbach VJ. Causal inferencje 1999 www.sph.unc.edu/courses/EPID168
20. Speller V, Evans D, Head M J. Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK. Health Promotion International 1997; 12 (3): 215-224.

Otrzymano: 23.05.2006 r.

Adres Autora:

Dr n. med. Krzysztof Krajewski Siuda
Zakład Polityki Zdrowotnej
Śląska Akademia Medyczna w Katowicach
Ul. Piekarska 18
41-902 Bytom
tel/fax: (32) 386 23 26
e-mail: zpz@slam.katowice.pl