

Izabella Lignowska

Instytut Kardiologii, Warszawa

Wybrane uwarunkowania działalności lokalnych stowarzyszeń na rzecz promocji zdrowia

1. Wprowadzenie

Promocja zdrowia określana jest jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę (*Ottawa Charter for Health Promotion* 1986). Zdrowie traktowane jest w tym ujęciu jako pewnego rodzaju zasób – poddająca się zmianom zdolność człowieka do osiągnięcia pełni własnych fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości i właściwego reagowania na wyzwania środowiska (Słońska, Misiuna 1994). Społeczno-ekologiczny model zdrowia, leżący u podstaw promocji zdrowia, podkreśla znaczenie środowiskowych uwarunkowań zdrowia, biorąc pod uwagę zarówno wymiar fizyczny, gospodarczy, jak również społeczny i kulturowy środowiska, w którym człowiek żyje (Słońska 1994). Promocja zdrowia prowadzić ma zatem do poprawy zdrowia ludności poprzez zwiększenie wpływu jednostek i społeczności na jego jednostkowe, jak i środowiskowe determinanty.

Promocja zdrowia jest procesem, na który składają się konkretne działania zmierzające do stworzenia ludziom warunków do kontroli i poprawy stanu ich zdrowia. Są to działania w pięciu następujących obszarach: 1) budowanie prozdrowotnej polityki we wszystkich sektorach i na wszystkich szczeblach – od poziomu administracji centralnej po samorząd lokalny; 2) tworzenie korzystnych dla zdrowia warunków w miejscach, w których człowiek żyje, czyli bezpiecznych i satysfakcjonujących środowisk pracy, nauki, zamie-

szkania itp.; 3) rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu; 4) reorientacja służby zdrowia dla celów promocji zdrowia oraz 5) *wzmacnianie społecznego uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia* (Słońska 1994).

W praktyce większość działań podejmowanych pod szyldem promocji zdrowia koncentruje się na rozwijaniu indywidualnych umiejętności służących zdrowiu, głównie poprzez edukację zdrowotną ludności lub wybranych grup. Jest to wynikiem rozpowszechnionego, szczególnie wśród przedstawicieli zawodów medycznych, przekonania, że ludzie poinformowani o zagrożeniach związanych z niektórymi zachowaniami i korzyściach wynikających z ich zmiany we własnym interesie będą postępowali zgodnie z prozdrowotnymi zaleceniami. Jest również wynikiem ignorowania faktu istnienia całego szeregu czynników środowiskowych wpływających na indywidualne decyzje dotyczące zmiany zachowań (Fincham 1992). Tymczasem realizowanie zdrowego stylu życia nie zależy jedynie od wiedzy, umiejętności i chęci przestrzegania zaleceń dotyczących zachowań korzystnych dla zdrowia i unikania zachowań szkodliwych, lecz również od tego, czy warunki, w jakich człowiek żyje, sprzyjają prozdrowotnym zachowaniom i wyborom.

Reorientacja promocji zdrowia z poziomu jednostki na poziom rodziny, instytucji, społeczności i – szerzej – polityki społecznej spowodowała wzrost zainteresowania tworzeniem i realizowaniem programów interwencyjnych skierowanych do zbiorowości, z naciskiem na programy promocji zdrowia w społecznościach lokalnych. Przykładami takich programów są: *the North Karelia Project*, *Minnesota Heart Health Program* czy *the Pawtucket Heart Health Program*. Ich powodzenie było wynikiem włączenia społeczności lokalnych w proces diagnozowania problemów zdrowotnych i podejmowania decyzji dotyczących konkretnych rozwiązań, a także wykorzystania w fazie realizacji funkcjonujących w społecznościach liderów, organizacji, instytucji i ich wzajemnych powiązań (*social networks*) (Roncarati i wsp. 1989; Fincham 1992).

Realizacja kompleksowych programów promocji zdrowia w społecznościach lokalnych z założenia wymaga współdziałania wielu partnerów reprezentujących różne sektory, nie tylko ochrony zdrowia, lecz również finansów, gospodarki, pracy, pomocy społecznej, transportu, oświaty itd. Formą organizacyjną zapewniającą taką międzysektorową współpracę są koalicje, będące czasowymi sojuszami zawieranymi przez instytucje i organizacje mające na co dzień różne zadania, a decydujące się na współpracę, aby osiągnąć ustalony wspólny cel (Słońska 2002, O'Neill i wsp. 1997). Doniesienia z realizacji różnych projektów promocji zdrowia odnotowują znaczącą obecność organizacji pozarządowych wśród partnerów takich sojuszy (Gillies 1998). Współpraca międzysektorowa odnosić się może zatem także do współdziałania sektora publicznego i tzw. sektora non-profit.

Według Rissela (1994) kluczowym pojęciem uosabiającym istotę promocji zdrowia, pozwalającym zrozumieć jej specyfikę i odróżnić od tradycyjnej edukacji zdrowotnej czy prewencji chorób, jest *empowerment*. Termin ten oznacza mechanizm, dzięki któremu ludzie, organizacje i społeczności zdobywają kontrolę nad własnym życiem (Rappaport i in. 1984, za: Rissel 1994). Innymi słowy, jest to proces, dzięki któremu ludzie stają się zdol-

ni do kontrolowania i wpływania na wydarzenia i instytucje, które oddziałują na ich życie (Torre 1986, za: Rissel 1994). Koncepcja *community empowerment* jest bliska rozumieniu pojęcia udziału społeczności (społecznego uczestnictwa) w działaniach na rzecz zdrowia zaprezentowanemu w Karcie Ottawskiej. Zgodnie z nim społeczność kontrolująca własne życie (*an empowered community*) to taka, w której jednostki i organizacje używają posiadanych umiejętności i zasobów w zbiorowych wysiłkach mających na celu wyznaczanie priorytetowych potrzeb zdrowotnych, a następnie ich zaspokajanie. Dzięki takiemu uczestnictwu pojedynczych osób i organizacji w działaniach na rzecz zdrowia społeczności zyskują coraz większy wpływ i kontrolę nad czynnikami determinującymi zdrowie, co w efekcie przyczynia się do jego poprawy (*Health Promotion Glossary* 1998, *Ottawa Charter for Health Promotion* 1986).

Waga, jaką w promocji zdrowia przypisuje się społecznemu uczestnictwu, znalazła odzwierciedlenie w fakcie wyodrębnienia jako oddzielnego obszaru działań (jednego z pięciu wymienionych wcześniej) wysiłków mających na celu wzmacnianie udziału społeczności w przedsięwzięciach na rzecz zdrowia. Ma to głębokie uzasadnienie, gdyż trudno oczekiwać pozytywnych efektów jakichkolwiek programów interwencyjnych, czyli mających na celu zmianę indywidualnych i środowiskowych uwarunkowań stanu zdrowia, bez aktywnego udziału samych zainteresowanych, a tym bardziej wbrew nim. Włączenie społeczności lokalnych w proces definiowania problemów, w tworzenie planu ich rozwiązywania oraz w jego realizację pozwala na dostosowanie programu do lokalnych potrzeb i uwzględnienie lokalnych uwarunkowań sposobu jego wdrażania.

Uczestnictwo społeczne nie jest jednak zjawiskiem samoistnym, rodzącym się niezależnie od okoliczności. Jego wzrost zależy od postępu procesów demokratyzacji, które z kolei są koniecznym warunkiem kształtowania się społeczeństwa obywatelskiego. W koncepcji społeczeństwa obywatelskiego kładzie się nacisk na zjawisko tworzenia się poziomych więzi społecznych, wzajemnej pomocy i samopomocy, a przede wszystkim prawo obywateli do współudziału w procesach podejmowania decyzji dotyczących spraw istotnych z punktu widzenia danej społeczności. Społeczeństwo obywatelskie zakłada szeroki udział ludzi w wielu najróżniejszych typach aktywności: ekonomicznej, społecznej i politycznej. Obywatele uczestniczą w sferze publicznej jako podmioty (indywidualne i zbiorowe), a nie jako obiekty podlegające oddziaływaniu władz.

W społeczeństwie obywatelskim jako pewnym modelu ładu społecznego znaczącą rolę w życiu publicznym odgrywają stowarzyszenia, fundacje i wszelkie dobrowolne organizacje społeczne (Siciński 1995). Określane bywają one mianem organizacji pozarządowych (NGOs – od ang. *non-governmental organizations*). W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że organizacje pozarządowe cechuje: demokratyczna struktura organizacyjna, niezależność od władz i instytucji publicznych, działalność nie nastawiona na osiągnięcie zysku, samorządność i dobrowolność uczestnictwa (*Global civil society...* 1999). Podkreśla się ponadto konieczność prowadzenia przez organizacje pozarządowe działalności skierowanej, przynajmniej częściowo, na wnoszenie wkładu w dobro publiczne oraz to, że

jednym z ich głównych wyróżników jest udział w ich działaniach wolontariuszy (również nie będących członkami organizacji). W związku z tym przypisuje im się znaczącą rolę w motywowaniu ludzi do społecznej (nieodpłatnej, dobrowolnej) pracy na rzecz wspólnego dobra (patrz: dokumenty instytucji Unii Europejskiej skierowane do sektora organizacji pozarządowych w: *Dialog obywatelski...* 2000). Szczególnie dotyczy to małych organizacji – wyrosłych i zakorzenionych w społecznościach lokalnych, którym służą – których rola w stymulowaniu społecznej aktywności i uczestnictwa jest nieoceniona (Rodriguez-Garcia, Macinko 1994).

Do charakterystycznych cech organizacji pozarządowych zalicza się również m.in.: innowacyjność, elastyczność w działaniu, dobre rozpoznanie potrzeb i problemów społecznych, umiejętność rozwiązywania kwestii trudnych i drażliwych społecznie, niskie koszty funkcjonowania (Gliński 2000). Wszystkie te cechy sprawiają, że organizacje pozarządowe jawią się jako idealni partnerzy instytucji powołanych do zaspokajania potrzeb społeczności lokalnych. Według Ewy Leś (1993) ich podstawowe funkcje to: świadczenie usług, rzecznictwo potrzeb i praw obywatelskich oraz obrona wartości demokratycznych. Przypisuje im się ponadto między innymi następujące funkcje obywatelskie: artykulacja interesów różnych grup społecznych, wyrażanie protestów społecznych, kontrola działań władz lokalnych, uczestnictwo w procedurach prawnych dotyczących decyzji władz, a także w procesach przygotowywania i podejmowania decyzji (Gliński 2000). Organizując się, obywatele zyskują zatem skuteczniejsze sposoby artykułowania swoich opinii i potrzeb i wywierania wpływu na decydentów niż wówczas, gdy działają w rozproszeniu. Podkreśla się ponadto, że organizacje pozarządowe mają zdolność docierania do najbardziej upośledzonych społecznie grup, dzięki czemu mogą sprawić, by również ich głos został usłyszany (Rodriguez-Garcia, Macinko 1994).

Pojmowanie promocji zdrowia jako głównie środowiskowych działań interwencyjnych mających na celu nasilenie oddziaływania czynników wspierających zdrowie oraz ograniczenie lub eliminację tych, które zdrowiu zagrażają, prowadzi do dostrzeżenia związku problematyki promocji zdrowia z problematyką rozwoju społecznego. Oba procesy dążą do zapewnienia warunków do tego, aby jednostki i zbiorowości mogły poprzez dokonywanie świadomych i wolnych wyborów przejąć kontrolę i odpowiedzialność za własne życie – w przypadku promocji zdrowia za własne zdrowie, w przypadku rozwoju społecznego za inne sfery życia. Rozwój społeczny, szczególnie trwały (zrównoważony) rozwój, z definicji uwzględniający dobro człowieka i środowiska, stanowi podstawowy warunek ochrony i pomnażania potencjału ludzkiego zdrowia. Z drugiej strony, coraz powszechniejsze staje się postrzeganie zdrowia jako istotnego warunku rozwoju społecznego (Słońska 1997; Rodriguez-Garcia, Macinko 1994). Instytucje i organizacje działające na rzecz rozwoju lokalnego oddziałują zatem na zdrowie w sposób pośredni, kształtując warunki, które nie są dlań obojętne, i powinny mieć tego świadomość. Powinny również być zainteresowane poprawą stanu zdrowia społeczności, który w dużym stopniu warunkuje jej szanse na rozwój.

Stowarzyszenia lokalne służące społecznościom, w których działają, szczególnie te zaangażowane w działalność na rzecz rozwoju lokalnego, wydają się niezwykle ważnym

zasobem dla promocji zdrowia. Ich znaczenie dla promocji zdrowia wynika nie tylko z ich zaangażowania na przykład w podnoszenie poziomu wiedzy czy umiejętności życiowych poszczególnych ludzi, które mogą służyć im do oddziaływania na czynniki determinujące zdrowie. Także nie tylko z ich wpływu na kształtowanie warunków społeczno-ekonomicznych, w których ludzie żyją, a które z kolei warunkują styl życia odpowiadający w dużej mierze za stan ich zdrowia (Słońska 2002). Wynika natomiast przede wszystkim z ich roli w stymulowaniu społecznej aktywności i zwiększaniu zdolności kontrolowania przez społeczności własnego życia. Stowarzyszenia lokalne, które upowszechniają normy wzajemności, tworzą sieci powiązań i budują zaufanie społeczne, generują i rozwijają kapitał społeczny, którego związek ze zdrowiem został dobrze udokumentowany¹ (Gillies 1998; Lomas 1998). Z punktu widzenia promocji zdrowia ważne jest, że w ten sposób tworzą warunki sprzyjające współpracy, a więc również umożliwiające uczestnictwo ludzi we wspólnych działaniach na rzecz zdrowia.

Jak pokazują doświadczenia wielu krajów, stowarzyszenia lokalne obok innych organizacji pozarządowych mają znaczący udział w tworzeniu i realizacji programów promocji zdrowia skierowanych do społeczności lokalnych. Efektem tych programów są nie tylko zmiany indywidualnych zachowań na sprzyjające zdrowiu, ale również zmiany w relacjach społecznych i rozwój różnych form współdziałania, który sprzyja powstawaniu trwałych mechanizmów umożliwiających włączenie społeczności w podejmowanie decyzji i w praktyczne działania (Gillies 1998). Wydaje się, że również w polskich warunkach lokalne organizacje pozarządowe mogą odgrywać podobną rolę. W literaturze przedmiotu brakuje jednak doniesień na ten temat.

2. Cele, założenia i metoda badawcza

Zarysowany powyżej charakter promocji zdrowia i jej relacji z problematyką rozwoju społecznego, rozwoju lokalnego, rozwoju społeczności lokalnych (rozumianego jako *community empowerment*) i roli, jaką w tych procesach pełnią i mogą pełnić organizacje pozarządowe, pozwoli lepiej zrozumieć założenia i cele projektu badawczego, którego wstępne wyniki zostaną zaprezentowane w niniejszej pracy.

Celem badania „Stowarzyszenia lokalne w promocji zdrowia” było rozpoznanie zakresu i charakteru zaangażowania stowarzyszeń działających na szczeblu lokalnym w promocję zdrowia, uwarunkowań prowadzenia tego typu działań oraz ocena gotowości organizacji nie zajmujących się do tej pory tą problematyką do udziału w programach promocji zdrowia lub uwzględnienia w swej działalności elementów działań promujących zdrowie. Oprócz obiektywnych uwarunkowań działalności na rzecz promocji zdrowia w badaniu uwzględniono również pytania o opinie organizacji na temat czynników, które

¹ Zaobserwowano na przykład istnienie związku między poziomem kapitału społecznego a takimi wskaźnikami stanu zdrowia populacji, jak umieralność niemowląt, przewidywane dalsze trwanie życia czy umieralność z powodu zawału serca, wypadków czy samobójstw.

mogłyby sprzyjać ich większej aktywności i skuteczności na tym polu, a także opinie organizacji niezaangażowanych w promocję zdrowia na temat czynników, które utrudniają lub uniemożliwiają im włączenie się w tego typu działalność. Reasumując, starano się poznać nie tylko rzeczywistą aktywność, ale także potencjał stowarzyszeń lokalnych do działań na rzecz promocji zdrowia. Poniżej zostaną przedstawione wyniki dotyczące jedynie części wymienionych zagadnień, a mianowicie wybranych uwarunkowań działalności organizacji na rzecz promocji zdrowia.

Ze względu na problematykę badawczą do badania zakwalifikowano organizacje, których „polami działania” były: ochrona zdrowia (z wyjątkiem organizacji zajmujących się wyłącznie ludźmi chorymi i niepełnosprawnymi), pomoc społeczna, rekreacja i wypoczynek, ekologia, rozwój lokalny/regionalny, czyli dziedziny istotne z punktu widzenia promocji zdrowia. Ponieważ wstępna analiza danych zawartych w Banku Informacji o Organizacjach Pozarządowych w Polsce Klon/Jawor wskazywała na zainteresowanie poprawą zdrowia niektórych organizacji typu: „towarzystwo przyjaciół/miłośników danej miejscowości/miasta/regionu”, wszystkie takie organizacje również zostały włączone do badania. Stanowią one 45% badanej zbiorowości. Pozostałe organizacje podzielono wstępnie (tylko na użytek badacza) na trzy kategorie: „bezpośrednio związane ze zdrowiem (8% badanej zbiorowości), „pośrednio związane ze zdrowiem” (27%) i „niezwiązane ze zdrowiem” (20%). Użyteczność tej wstępnej klasyfikacji badanej zbiorowości na cztery grupy zostanie wykazana w dalszej części przy omawianiu problemu tzw. zwrotności i „reprezentatywności”.

Badaniem objęto stowarzyszenia lokalne, przy czym była to lokalność różnego stopnia: od obejmowania zasięgiem jednej wsi, osiedla lub dzielnicy miasta, całej gminy, kilku gmin lub powiatu, po województwo lub region. Wyłączono z badania stowarzyszenia będące oddziałami organizacji ogólnopolskich lub międzynarodowych. Celowo nie uwzględniono fundacji, głównie ze względu na nieobecność w ich strukturze członków, tak jak jest to w przypadku stowarzyszeń.

Dzięki uprzejmości Stowarzyszenia Klon/Jawor, które udostępniło Instytutowi Kardiologii dane dotyczące organizacji pozarządowych, możliwe było sporządzenie listy 1588 stowarzyszeń, które spełniały przyjęte przez badacza kryteria.

Ze względu na dysponowanie skromnymi środkami finansowymi zdecydowano się na zrealizowanie badania metodą ankiety pocztowej. Badanie przeprowadzono na przełomie 2002 i 2003 roku. Z tego powodu, że realizatorem badania była instytucja medyczna i że jego tematyka związana była ze zdrowiem, obawiano się, że organizacje mające inne niż ochrona zdrowia pola działania, a szczególnie „towarzystwa miłośników/przyjaciół”, które w zdecydowanej większości nie odpowiedziały na żadną z ankiet Stowarzyszenia Klon/Jawor, nie wezmą w nim udziału. Aby temu zapobiec, wysłano do wszystkich organizacji list zapowiedni informujący o celach badania, a następnie dołączony do ankiety list wprowadzający, w którym zwrócono się ze specjalną prośbą do organizacji, których działalność nie ma związku ze zdrowiem, aby mimo to również wypełniły i odesłały ankietę. Dzięki temu i zastosowaniu dodatkowo dwóch monitów uzyskano zwrotność ankiet na poziomie 53,4% (odsetek ten obliczono zgo-

dnie z przyjętymi w badaniach metodą ankiety pocztowej zasadami; patrz: Sztabiński 1997)².

Wspomniana wcześniej wstępna kwalifikacja badanych organizacji na cztery grupy pozwoliła porównać rozkład organizacji według wyróżnionych grup w całej badanej zbiorowości z rozkładem wśród organizacji, które odesłały wypełnioną ankietę i stwierdzić, że były bardzo zbliżone. Podobnie było z rozkładami według województw. Niestety oprócz tych dwóch zmiennych nie dysponowano żadnymi innymi nadającymi się do porównań charakterystykami badanej zbiorowości. Można zatem jedynie stwierdzić, że przynajmniej pod względem tych dwóch zmiennych nie dokonała się selekcja.

3. Omówienie wyników³

3.1. Charakterystyka badanych organizacji

Powyżej określono, jakiego typu organizacje znalazły się w kręgu zainteresowania badacza. W tym miejscu, na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte o najważniejsze cele organizacji, możemy przedstawić sześć głównych „misji”, które przyświecają ich działaniom. Najczęściej wymienianym najważniejszym celem, zapewne z uwagi na znaczący udział w badanej populacji „towarzystw miłośników/przyjaciół”, było „zachowanie tradycji, ochrona zabytków, popularyzacja wiedzy o miejscowości/gminie/regionie” (29,4% wskazań). Na kolejnych miejscach znalazły się: „pomoc różnie określanym kategoriom potrzebujących” (wymieniane były m.in. dzieci, młodzież, kobiety, osoby starsze, biedne, bezdomne, bezrobotne) (21,2%); „rozwój miejscowości/gminy/regionu”, czasami określany przez samych badanych jako rozwój lokalny (18,7%); „aktywizacja ludzi do działań na rzecz wspólnego dobra, integracja społeczności” i inne działania, które można określić jako przyczyniające się do wzrostu kapitału społecznego (16,3%); na przedostatnim miejscu znalazła się „poprawa zdrowia mieszkańców lub wybranych grup” (12,9%), a najrzadziej wymienianą „misją” okazała się „ochrona środowiska” (8,1%).

Należy pamiętać, że są to najważniejsze cele organizacji, co nie znaczy, że na przykład ochroną środowiska nie zajmuje się dużo większy odsetek organizacji, tyle że nie jest to ich priorytetowe zadanie. Podobnie ma się rzecz w wypadku zdrowia. Mimo iż popra-

² Ostatecznie do analizy zakwalifikowano 712 spośród 757 nadesłanych ankiet (w przypadku 45 organizacji okazało się, że nie spełniają przyjętych kryteriów). Po odjęciu od 1588 wszystkich organizacji tych, o których uzyskano informację, że przestały działać, oraz organizacji, do których ankietka nie dotarła (z powodu zmiany adresu lub zaprzestania działalności), oraz tych, których ankietki nie zostały zakwalifikowane do dalszych analiz, przyjęto, iż badaną zbiorowość stanowiły 1333 stowarzyszenia lokalne.

³ Uzyskane w wyniku badania dane zostały poddane analizie statystycznej za pomocą programu SPSS PL for Windows. Pierwszym krokiem w poszukiwaniu związków między badanymi zmiennymi było sporządzenie tabel krzyżowych i analiza profili procentowych. Jako miar siły związków między zmiennymi, w przeważającej części o charakterze nominalnym, użyto współczynników korelacji Chi², Phi i V Cramera. W drugim kroku, aby wyodrębnić najbardziej znaczące związki i porównać ich siłę na tle innych zmiennych, posłużono się metodą regresji logistycznej.

wa zdrowia jest „misją” ok. 13% badanych organizacji, na pytanie, czy znajduje się ona wśród realizowanych celów, odpowiedziało twierdząco 64,8% stowarzyszeń. Wynik ten wskazuje, że mimo tak różnych „misji” badanych stowarzyszeń zdecydowana większość z nich jest zainteresowana potrzebami zdrowotnymi społeczności, na rzecz których działają. Inną rzeczą jest, czy drogę do poprawy zdrowia społeczności widzą w nowocześnie pojmowanej promocji zdrowia, czy też raczej w tradycyjnej profilaktyce lub poprawie efektywności i dostępności *stricto* leczniczej opieki zdrowotnej.

Ponieważ, jak wspomniano powyżej, obiektem szczególnego zainteresowania badacza były organizacje działające na rzecz rozwoju lokalnego, należy dodać, że ponad 84% badanych stowarzyszeń odpowiedziało twierdząco na pytanie: „czy wśród celów realizowanych przez organizację jest rozwój lokalny?” rozumiany jako „proces polegający na rozwiązywaniu lokalnych problemów i stwarzaniu warunków do zaspokajania potrzeb indywidualnych i zbiorowych dzięki zaangażowaniu mieszkańców, instytucji, organizacji i grup interesu” (definicja za: Skrzypczak 2001).

3.2. Charakterystyka działań stowarzyszeń lokalnych w dziedzinie promocji zdrowia

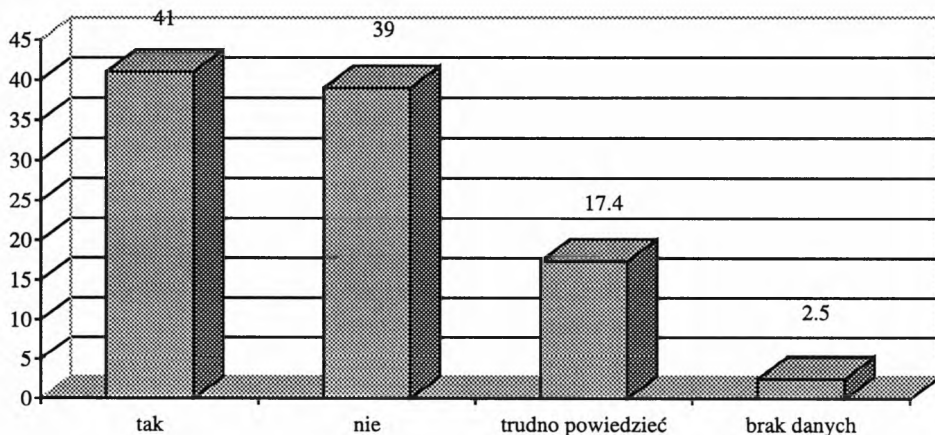
Ponieważ pojęcie promocji zdrowia nie jest powszechnie znane i bywa rozumiane w bardzo różny sposób, niekoniecznie tak jak to określono we wprowadzeniu, chcąc dowiedzieć się, czy organizacje podejmują działania w dziedzinie promocji zdrowia, podano badanym definicję tego typu działalności. Aby uczynić ją jak najlepiej zrozumiałą, posłużono się definicją skonstruowaną specjalnie na potrzeby tego badania: „...w promocji zdrowia chodzi o dostarczenie ludziom wiedzy na temat tego, co szkodzi zdrowiu, a co je wzmacnia, oraz tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych, politycznych i kulturowych umożliwiających zastosowanie tej wiedzy w codziennym życiu”. Definicja ta podkreśla znaczenie edukacji, na drugim miejscu stawiając zmiany w środowisku, co odaje charakter promocji zdrowia w tym sensie, że odpowiedni poziom wiedzy i stan świadomości są niezbędnymi warunkami podejmowania wszelkich innych konkretnych działań na rzecz zdrowia. Promocja zdrowia bywa nawet określana jako „kombinacja” edukacji zdrowotnej i polityki społecznej (Tones, Tilford 1994 za: Stońska 1999).

Dysponując powyższą definicją, badani, nawet jeśli do momentu badania nie zetknęli się z pojęciem „promocji zdrowia” lub promując zdrowie, nie nazywali swoich działań tym terminem, mogli zakwalifikować swoją działalność jako promocję zdrowia lub nie. Okazało się, że wiele organizacji miało kłopoty z określeniem, czy to, co robią, jest promocją zdrowia, gdyż znaczny odsetek badanych wybrał kategorię „trudno powiedzieć”

Dzięki temu, że w ankiecie jest wiele innych pytań dotyczących konkretnych działań właściwych promocji zdrowia, w dalszych analizach możliwe będzie określenie faktycznej roli stowarzyszeń lokalnych na tym polu i skonfrontowanie ich działalności z deklaracjami. Z racji prezentowania wstępnych wyników ograniczono się w tej pracy do przedstawienia czynników warunkujących działalność w dziedzinie promocji zdrowia określonych na podstawie analiz uwzględniających odpowiedzi na pytanie wskazane w wykresie 1.

Wykres 1.

Rozkład odpowiedzi na pytanie „czy organizacja prowadziła działania w dziedzinie promocji zdrowia”



Należy dodać, że nie poprzestano na samej deklaracji, lecz również zapytano organizacje, które odpowiedziały twierdząco, o to, jakie konkretne działania podejmują. Analiza odpowiedzi na to otwarte pytanie pozwoliła na wyodrębnienie sześciu głównych rodzajów działań w dziedzinie promocji zdrowia, które zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1.

Rodzaje działań podejmowanych przez organizacje w dziedzinie promocji zdrowia

Rodzaje działań podejmowanych w dziedzinie promocji zdrowia	Organizacje, które wskazały dany rodzaj działania	
	N	%
Edukacja zdrowotna ludności	176	60,3
Upowszechnianie zdrowego stylu życia	74	25,3
Poradnictwo zdrowotne	70	24,0
Rzecznictwo na rzecz zdrowia	40	13,7
Edukacja grup zawodowych	33	11,3
Organizowanie badań profilaktycznych	23	7,9

Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ część organizacji wymieniła więcej niż jeden rodzaj działania.

Zgodnie z przewidywaniami głównym obszarem działania organizacji na polu promocji zdrowia okazała się edukacja zdrowotna ludności, prowadzona w formie prelekcji, wykładów i spotkań z profesjonalistami oraz przy wykorzystaniu lokalnych mediów, niekiedy również za pomocą własnych wydawnictw. Zwraca uwagę dość pokaźny udział wskazań na działalność określoną hasłem „upowszechnianie zdrowego stylu życia”, która

odbywa się głównie w formie masowych imprez angażujących dużą część lokalnej społeczności, oraz na działalność określoną mianem rzecznictwa na rzecz zdrowia, na którą składają się m.in. różnego rodzaju naciski na władze lokalne, aby podejmowały decyzje korzystne dla zdrowia mieszkańców.

Zwrócenia uwagi wymaga ostatni z wymienionych w tabeli 1 rodzajów działań, który sam w sobie trudno nazwać promocją zdrowia, chociaż bywa z nią mylnie utożsamiany. Organizowanie badań profilaktycznych (tzw. przesiewowych) może być natomiast i bywa często jednym z wielu elementów kompleksowych programów promocji zdrowia. Należy w tym miejscu dodać, że niewielka część organizacji wymieniła ten rodzaj działań jako jedyny. Łącznie z organizacjami, które w pytaniu otwartym opisały działania nie mieszczące się w definicji promocji zdrowia, stanowią one około 8% spośród stowarzyszeń, które zadeklarowały działalność w dziedzinie promocji zdrowia. Z drugiej strony nie można wykluczyć, że wśród organizacji, które wybrały odpowiedź „trudno powiedzieć”, są takie, których działalność spełnia kryteria promocji zdrowia.

3.3. *Uwarunkowania działalności stowarzyszeń lokalnych w dziedzinie promocji zdrowia*

Dane zawarte w tabelach 2. i 3. pokazują, że cele organizacji w dużym stopniu, choć nie do końca, determinują ich zaangażowanie w działalność na rzecz promocji zdrowia. Aż 89% organizacji mających w swojej „misji” poprawę zdrowia zadeklarowało podejmowanie działań w dziedzinie promocji zdrowia, podczas gdy wśród stowarzyszeń, których „misją” jest pielęgnowanie tradycji – jedynie 22%. Nieistotny statystycznie okazał się jedynie związek zaangażowania w promocję zdrowia z takimi najważniejszymi celami organizacji, jak „aktywizacja ludzi do działań na rzecz wspólnego dobra, integracja społeczności” i „ochrona środowiska”, co oznacza, że „misje” te ani nie sprzyjają, ani nie hamują działalności organizacji w dziedzinie promocji zdrowia (tabela 2).

Tabela 2.

Misja organizacji a prowadzenie działań w dziedzinie promocji zdrowia

Najważniejsze cele (misja) organizacji w dziedzinie promocji zdrowia	Organizacje deklarujące prowadzenie działań	
	N	%
Zachowanie tradycji, zabytków, popularyzacja wiedzy o miejscowości/gminie/regionie	45	22,1*** (bd=5)
Różnego typu pomoc potrzebującym	97	61,5*** (bd=2)
Rozwój miejscowości/gminy/regionu	42	32,3* (bd=3)
Aktywizacja ludzi do działań na rzecz wspólnego dobra, integracja społeczności	45	39,5 (bd=2)
Poprawa zdrowia społeczeństwa lub wybranych grup	81	89,0*** (bd=1)
Ochrona środowiska (ekologia)	24	43,6 (bd=3)

* p<0,05; *** p<0,001; bd – brak danych

Ważnym czynnikiem warunkującym podejmowanie działań w dziedzinie promocji zdrowia jest również stopień zainteresowania organizacji poprawą zdrowia społeczności. Zależność tę ilustruje tabela 3. Stowarzyszenia, dla których poprawa zdrowia jest głównym celem, częściej angażują się w promocję zdrowia niż te, dla których jest tylko jednym z wielu celów. Natomiast wśród stowarzyszeń, które nie stawiają sobie takiego celu, działalność w dziedzinie promocji zdrowia zadeklarowało zaledwie co dziesiąte.

Tabela 3.

Działalność w dziedzinie promocji zdrowia a obecność poprawy zdrowia wśród realizowanych celów

Czy poprawa zdrowia należy do celów realizowanych przez organizację?	Czy organizacja prowadzi działania w dziedzinie promocji zdrowia?							
	Tak		Nie		Trudno powiedzieć		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak, jest głównym celem	75	87,2	5	5,8	6	7,0	86	100
Tak, jest jednym z wielu celów	185	50,7	96	26,3	84	23,0	365	100
Nie	23	10,3	170	76,2	30	13,5	223	100
Ogółem	283	42,0	271	40,2	120	17,8	674	100

$\chi^2=230,178$; $df=4$; $p<0,001$; $\Phi=0,584$; $p<0,001$; V Cramera= $0,413$; $p<0,001$

Tak ścisły związek zaangażowania w promocję zdrowia z obecnością poprawy zdrowia wśród celów organizacji może w jakiejś części wynikać z utożsamiania przez niektóre stowarzyszenia wszelkich działań służących poprawie zdrowia, również tych *stricto* medycznych, z promocją zdrowia.

Ponieważ zapisane w statutach stowarzyszeń cele nie przesądają do końca o ich faktycznym zaangażowaniu w różnego rodzaju aktywność, która bywa wynikiem rozmaitych okoliczności zewnętrznych (np. pojawienia się nowych wyzwań, zaproszenia do udziału w programie, nawiązania kontaktów z nowymi partnerami) i wewnętrznych (np. zmiany sytuacji życiowej członków, przystąpienia nowych osób, zmian organizacyjnych), interesujące było zidentyfikowanie czynników, które wpływają na podejmowanie działań w dziedzinie promocji zdrowia niezależnie od oficjalnych celów organizacji. Szczegółowa analiza związków pomiędzy poszczególnymi charakterystykami organizacji a deklaracją prowadzenia bądź nie działań w dziedzinie promocji zdrowia przyniosła ciekawe rezultaty, które zostaną przedstawione poniżej.

Okazało się mianowicie, że aktywność na rzecz promocji zdrowia nie jest związana z wielkością organizacji mierzoną zarówno liczbą aktywnych, jak i wszystkich członków.

Nie zależy również od stażu (wieku) organizacji, chociaż przypuszczano, że młodsze organizacje częściej będą angażowały się w promocję zdrowia niż te z dłuższym stażem. Nie znaleziono również związku między zaangażowaniem w promocję zdrowia a przynależnością do porozumienia organizacji pozarządowych ani takiego związku z faktem utrzymywania kontaktów z innymi organizacjami pozarządowymi (z wyjątkiem organizacji pozarządowych zajmujących się zdrowiem), czy też kontaktów ze szkołami na szczeblu gminy, uczelniami i instytutami naukowymi.

Początkowo zaskakujący wydał się brak związku między działalnością w dziedzinie promocji zdrowia a współpracą z samorządem lokalnym, utrzymywaniem kontaktów zarówno z samorządem gminnym jak i powiatowym, faktem korzystania z dotacji od samorządu lokalnego czy poziomem udziału źródeł samorządowych w strukturze przychodów organizacji. To, że relacje z samorządem lokalnym nie wpływają na zaangażowanie w promocję zdrowia, staje się jednak zrozumiałe w świetle dominującego wśród władz lokalnych tradycyjnego podejścia do zdrowia, tzn. traktowania go jako domeny sektora ochrony zdrowia, oraz niedostrzegania związku zdrowia z rozwojem społeczno-ekonomicznym, a w konsekwencji braku zainteresowania samorządów tą dziedziną.

Nie znaleziono również związku aktywności na rzecz promocji zdrowia z poziomem udziału innych źródeł finansowania w strukturze przychodów organizacji ani z subiektywną oceną sytuacji finansowej stowarzyszenia. Okazuje się więc, że kłopoty finansowe czy brak dofinansowania ze strony różnych donatorów nie stanowią dostatecznej przeszkody dla organizacji, które chcą prowadzić działania w dziedzinie promocji zdrowia, zaś dobra sytuacja finansowa nie zwiększa szans na zaangażowanie się stowarzyszenia w tego typu działalność.

Natomiast czynnikami mającymi istotny związek z aktywnością na rzecz promocji zdrowia okazały się: kontakty z gminnymi i powiatowymi zakładami opieki zdrowotnej, szkołami powiatowymi, organizacjami pozarządowymi zajmującymi się zdrowiem i placówkami pomocy społecznej na szczeblu gminy i powiatu. Przy czym należy zaznaczyć, że kontakty z ośrodkiem pomocy społecznej lub Centrum Pomocy Rodzinie nie mają znaczenia w wypadku organizacji, dla których poprawa zdrowia znajduje się wśród realizowanych celów, natomiast sprzyjają zajmowaniu się promocją zdrowia przez organizację, które stwierdziły, że w swych celach nie mają poprawy zdrowia. Podobna zależność występuje w odniesieniu do kontaktów z Kościołem. Zaobserwowany związek wymaga głębszego zbadania, ale na obecnym etapie można postawić hipotezę, iż kontakty organizacji nie stawiających sobie za cel poprawy zdrowia z instytucjami pomocy społecznej i/lub Kościołem sprzyjają ich angażowaniu się w świadczenie pomocy różnym kategoriom potrzebujących. Zaś pomoc, nie tylko materialna, ale na przykład polegająca na dostarczaniu wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i innego, skutkuje również zwiększeniem szans na lepsze zdrowie tych upośledzonych społecznie grup. Prawdopodobnie świadomość owego związku spowodowała częstsze kwalifikowanie przez te organizacje swej działalności jako promującej zdrowie.

Kolejną grupą czynników mających związek z działalnością na rzecz promocji zdrowia są źródła, z jakich organizacje czerpią informacje potrzebne im do funkcjonowania.

Istotnymi źródłami sprzyjającymi aktywności na rzecz promocji zdrowia okazały się: Internet, wydawnictwa adresowane do sektora pozarządowego i administracja publiczna. Przy czym czerpanie informacji od administracji publicznej nie miało znaczenia w wypadku stowarzyszeń nie mających w swoich celach poprawy zdrowia. Wynika stąd wniosek, że administracja samorządowa (bo z tą głównie mają kontakty organizacje lokalne) nie jest źródłem inspiracji dla działalności na rzecz promocji zdrowia. Okazuje się, że taką inspiracją mogą być niektórzy członkowie organizacji, bowiem obecność pielęgniarek i pracowników pomocy społecznej wśród aktywnych członków wyraźnie sprzyja zaangażowaniu organizacji w promocję zdrowia. Roli takiej nie pełnią natomiast lekarze, gdyż przy kontroli wpływu zmiennej „obecność poprawy zdrowia wśród celów” ich udział w organizacji okazał się z punktu widzenia zaangażowania w promocję zdrowia nieistotny. Działalności na rzecz promocji zdrowia sprzyja ponadto fakt zatrudniania płatnych pracowników i udział wolontariuszy nie będących członkami stowarzyszenia w działaniach organizacji. Znaczenie tego ostatniego czynnika będzie analizowane jeszcze w dalszej części tekstu.

W tabeli 4 przedstawiono pięć najważniejszych czynników, które zwiększają szanse podejmowania przez stowarzyszenia lokalne działań w dziedzinie promocji zdrowia bez względu na to, czy wśród realizowanych przez nie celów jest poprawa zdrowia ludności czy też nie, a także przy kontroli oddziaływania kilkunastu uwzględnionych w analizie cech. Jak widać, obecność poprawy zdrowia wśród celów organizacji dominuje nad innymi czynnikami, ale mimo to nie wyklucza ich istotnego wpływu. Wyłączenie wpływu tej zmiennej osłabia, ale tylko nieznacznie, znaczenie kontaktów z instytucjami zajmującymi się zdrowiem i obecności pielęgniarek wśród członków, zwiększa natomiast znaczenie udziału wolontariuszy w działaniach organizacji i czerpania informacji potrzebnych do funkcjonowania z wydawnictw adresowanych do organizacji pozarządowych.

Najważniejszym czynnikiem mającym istotne znaczenie dla prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia okazały się kontakty stowarzyszeń z innymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się zdrowiem. Trochę mniejsze znaczenie mają kontakty z zakładami opieki zdrowotnej na szczeblu gminy. O ile można przypuszczać, że organizacje, których misją jest poprawa zdrowia społeczności lub wybranych grup, podejmują działania w dziedzinie promocji zdrowia bez inspiracji z zewnątrz i równolegle lub dopiero później nawiązują kontakty z innymi zajmującymi się zdrowiem partnerami, to w wypadku organizacji mających inne niż poprawa zdrowia główne cele, to raczej stymulacja ze strony innych instytucji i organizacji powoduje ich włączenie się w tego typu działalność. Ponieważ rozpatrywane związki okazały się niezależne od obecności poprawy zdrowia wśród celów organizacji, należy traktować wspomniane kontakty jako predyktory zaangażowania stowarzyszeń lokalnych w promocję zdrowia.

To, że wpływ utrzymywania kontaktów z innymi NGO-sami przeważa nad wpływem kontaktów z zakładami opieki zdrowotnej, świadczy o tym, że inspiracja ze strony instytucji medycznych ma mniejsze znaczenie niż płynąca z samego pozarządowego sektora.

Tabela 4.

Działalność organizacji w dziedzinie promocji zdrowia w zależności od wybranych czynników (na podstawie regresji logistycznej)

Czynniki wyjaśniające:	Prowadzenie działań w dziedzinie promocji zdrowia	
	Ilorazy szans wg modelu uwzględniającego 18 zmiennych (w tym zmiennej „obecność poprawy zdrowia wśród realizowanych celów”)	Ilorazy szans wg modelu uwzględniającego 17 zmiennych (bez zmiennej „obecność poprawy zdrowia wśród realizowanych celów”)
Obecność poprawy zdrowia wśród realizowanych celów (1=jest obecna)	13,06***	
Utrzymywanie kontaktów z ZOZ-ami na szczeblu gminy (1=utrzymują kontakty)	3,10***	3,49***
Utrzymywanie kontaktów z krajowymi organizacjami pozarządowymi zajmującymi się zdrowiem (1=utrzymują kontakty)	4,34***	4,59***
Czerpanie informacji z wydawnictw adresowanych do organizacji pozarządowych (1=czerpią informacje)	3,43**	3,00**
Udział wolontariuszy w działaniach organizacji (1=biorą udział)	3,20***	2,95***
Obecność pielęgniarek wśród aktywnych członków (1=są obecne)	2,81**	3,18**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

Kolejnym, przemawiającym za tym faktem jest zaobserwowany istotny związek między działalnością w dziedzinie promocji zdrowia a czerpaniem informacji z wydawnictw adresowanych do NGO-sów. Zważywszy na charakter publikacji przygotowywanych z myślą o organizacjach pozarządowych⁴, wydawanych głównie przez stowarzyszenia i fundacje, których „misją” jest rozwój demokracji partycypacyjnej i społeczeństwa obywatel-

⁴ Na przykład podręczniki wydane w ramach Programu PHARE Dialog Społeczny – NGO-sy (np. S. Habana-Hafner, H.B. Reed *Partnerstwo dla rozwoju społecznego* wydany przez fundację Fundusz Współpracy), informatory i poradniki wydane przez Centrum Informacji dla Organizacji Pozarządowych BORDO fundacji Fundusz Współpracy (np. J. Szmagałski *Organizowanie społeczności lokalnej*), seria poradników dla samorządów terytorialnych i organizacji pozarządowych wydanych w ramach Projektu Sieci Demokratycznej (DemNet) (np. *Jak rozwiązywać problemy społeczności lokalnych* wydany przez Fundację „Bene Vobis”), czy też czasopisma pozarządowe (np. „Rocznik” wydawany przez fundację Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Społecznych BORIS) i wiele innych.

skiego, propagujących m.in. takie programy, jak „Działaj lokalnie”⁵ czy program centrów aktywności lokalnej⁶, można uznać, że mogą one z powodzeniem pełnić rolę stymulującą do działania w dziedzinie nowoczesnie pojmowanej promocji zdrowia w społecznościach lokalnych.

Jako swego rodzaju inspirację ze strony sektora zdrowia można potraktować wpływ udziału pielęgniarek wśród członków organizacji na jej aktywność w promocji zdrowia. Jest to interesujący rezultat omawianych badań, szczególnie w kontekście braku takiego oddziaływania ze strony lekarzy. Wynik ten zdaje się potwierdzać słuszność dużych oczekiwań związanych z tą grupą zawodową w kontekście promocji zdrowia (patrz: Salvage 1993).

Istotnym czynnikiem sprzyjającym zaangażowaniu lokalnych stowarzyszeń w promocję zdrowia okazał się udział w ich działaniach wolontariuszy wywodzących się spoza członków organizacji. Świadczy to o większej skłonności do podejmowania działań w dziedzinie promocji zdrowia organizacji, które przyczyniają się do aktywizacji społeczności lokalnych do wspólnego rozwiązywania jej istotnych problemów. W kontekście wcześniejszych rozważań na temat związków między kapitałem społecznym a promocją zdrowia wynik ten potwierdza zasadność postrzegania organizacji przyczyniających się do wzrostu kapitału społecznego jako ważnego partnera promotorów zdrowia. Ponieważ organizacje, których misją jest rozwijanie kapitału społecznego, często nie dostrzegają związku swojej aktywności ze zdrowiem, wydaje się, że większa wiedza na temat społecznych uwarunkowań zdrowia, może być ważnym bodźcem do zaangażowania się tego typu stowarzyszeń w promocję zdrowia. Dla uświadomienia im owego związku niezbędna wydaje się jednak inspiracja z zewnątrz, np. ze strony organizacji i instytucji już aktywnych w promocji zdrowia.

4. Podsumowanie

W świetle wyników wstępnych analiz danych uzyskanych w badaniu „Stowarzyszenia lokalne w promocji zdrowia” można stwierdzić, że zaangażowanie lokalnych organizacji w promocję zdrowia okazało się nadspodziewanie duże. Dobrze dla przyszłości promocji zdrowia rokuje również fakt znacznego zainteresowania lokalnych stowarzyszeń poprawą zdrowia społeczności, co sprzyja ich włączaniu się w promocję zdrowia. Chociaż trzeba zaznaczyć, że nie zawsze przekłada się ono na rzeczywiste, korzystne z punktu widzenia celów promocji zdrowia działanie.

Udział stowarzyszeń lokalnych w promocji zdrowia jest pożądanym z uwagi na rolę, jaką mogą one odgrywać w tym procesie. Jak starano się wykazać we wstępie, ich znaczenie w promocji zdrowia na szczeblu lokalnym wynika z funkcji, jakie organizacje tego typu pełnią w społecznościach lokalnych. Tymczasem wyniki badania pokazały, że mimo

⁵ Program Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności realizowany przez Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce od 2000 roku.

⁶ Program zapoczątkowany w 1997 roku przez fundację Biuro Obsługi Ruchu Inicjatyw Społecznych BORIS, kontynuowany przez Stowarzyszenie Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL.

podejmowania stosunkowo licznych okazjonalnych działań na rzecz promocji zdrowia, udział lokalnych stowarzyszeń w programach promocji zdrowia i profilaktyki chorób jest rzadki, co pośrednio może świadczyć o nikłej obecności takich programów w społecznościach lokalnych lub o niskiej świadomości pożytków wynikających z włączenia w nie lokalnych organizacji wśród ich realizatorów.

Trudności, jakie miały badane organizacje z jednoznacznym określeniem, czy ich działalność kwalifikuje się jako promocja zdrowia, czy też nie, świadczą o małej znajomości koncepcji promocji zdrowia wśród działaczy lokalnych stowarzyszeń, czyli wśród osób, które nie zajmują się tą problematyką profesjonalnie. Fakt ten może również sugerować, że niektóre organizacje mogą prowadzić działania z zakresu promocji zdrowia w sposób nieświadomy. Dotyczy to szczególnie działań przyczyniających się do tworzenia korzystnych dla zdrowia warunków życia, czy też służących podtrzymywaniu i rozwijaniu kapitału społecznego.

Zdecydowana dominacja oddziaływań edukacyjnych skierowanych do jednostek wśród działań wymienianych przez organizacje deklarujące aktywność w zakresie promocji zdrowia wskazuje na zbyt wąskie i dość już archaiczne podejście do promocji zdrowia, czyli niedocenianie znaczenia środowiskowych uwarunkowań zdrowia. Wszystko to wskazuje na potrzebę rozpropagowania idei promocji zdrowia wśród nieprofesjonalistów, a szczególnie wśród instytucji i organizacji mogących pełnić rolę ważnych partnerów promotorów zdrowia.

Zidentyfikowane czynniki warunkujące zaangażowanie organizacji w działalność w dziedzinie promocji zdrowia wskazują na dużą rolę innych organizacji pozarządowych specjalizujących się w problematyce zdrowia oraz gminnych placówek służby zdrowia, a także obecności pielęgniarek wśród członków w stymulowaniu stowarzyszeń lokalnych do działań na tym polu.

Niepokojącym z punktu widzenia perspektyw rozwoju promocji zdrowia na szczeblu lokalnym zjawiskiem jest brak jakichkolwiek związków między działalnością stowarzyszeń w dziedzinie promocji zdrowia a współpracą z samorządem lokalnym czy współfinansowaniem przez samorząd działalności organizacji, co pośrednio może wskazywać na brak zainteresowania tą dziedziną ze strony samorządów lokalnych i przerzucania odpowiedzialności za zdrowie społeczności na sektor zdrowia. Tymczasem sama aktywność społeczna czy nawet profesjonalne programy promocji zdrowia, realizowane jednak w ograniczonym czasie, bez większego zaangażowania się samorządów w promocję zdrowia społeczności lokalnych, nie gwarantują systemowych i trwałych, a przez to skutecznych działań na tym polu.

Bibliografia

- Dialog obywatelski w procesie integracji europejskiej* (2000) pod red. A. Mazur-Barańskiej, Warszawa: Stowarzyszenie na rzecz Forum Inicjatyw Pozarządowych.
- Fincham S. (1992). *Community health promotion programs*. „Social Science and Medicine”, t. 35, nr 3, s. 239–249.

- Gillies P. (1998). *Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion*. „Health Promotion International”, t. 13, nr 2, s. 99–120.
- Gliński P. (2000). *O pewnych aspektach obywatelskości. Aktywność społeczna a integracja wspólnot obywatelskich*. W: H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Global civil society: dimensions on the non-profit sector* (1999), Baltimore, MD: John Hopkins Center for Civil Society Studies.
- Health Promotion Glossary* (1998). Geneva: World Health Organization.
- Leś E. (1993). *Sektor non-profit*, w: M. Księżopolski, J. Supińska (red.), *Zagrożenia i szanse polityki społecznej w Polsce w okresie transformacji*, Warszawa: Fundacja im. Friedricha Eberta, s. 78–89.
- Lomas J. (1998). *Social capital and health: implications for public health and epidemiology*. „Social Science & Medicine”, t. 42, nr 9, s. 1181–1188.
- O'Neill M., V. Lemieux, G. Groleau, J.-P. Fortin, P.A. Lamarche (1997). *Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions*. „Health Promotion International”, t. 12, nr 1, s. 79–85.
- Ottawa Charter for Health Promotion* (1986). Geneva: WHO.
- Rissel Ch. (1994). *Empowerment: the holy grail of health promotion?* „Health Promotion International”, t. 9, nr 1, s. 39–47.
- Rodriguez-Garcia R., Macinko J.A. (1994). *The role of NGOs in community health and development*, „Promotion & Education”, nr 1, s. 5–10.
- Roncarati D.D., R.C. Lefebvre, R.A. Carleton (1989). *Voluntary involvement in community health promotion: the Pawtucket Heart Health Program*. „Health Promotion”, t. 4, nr 1, s. 11–18.
- Salvage J. (1993). *Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all*. WHO Regional Publications, European Series No 48.
- Siciński A. (1995). *Spółczeństwo obywatelskie a polskie transformacje ustrojowe, w: Ludzie i instytucje. Stawianie się ładu społecznego*, Lublin: UMCS.
- Skrzypczak B. (2001). *Spółczności lokalne – zmierzch czy renesans?*, „Rocznik”, nr 6, s. 8–26.
- Słońska Z. (1994). *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1–2, s. 37–52.
- Słońska Z. (1997). *Promocja zdrowia a rozwój społeczny*. „Człowiek i Przyroda”, nr 7, s. 37–45.
- Słońska Z. (1999). *Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 17, s. 7–21.
- Słońska Z. (2002). *Kształtowanie zdrowia w społeczności lokalnej*. W: Z. Słońska, B. Woynarowska (red.), *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej*. Warszawa: Instytut Kardiologii, s. 15–45.
- Słońska Z., M. Misiuna (1994). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Sztabiński F. (1997). *Ankieta pocztowa i wywiad kwestionariuszowy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

