

Janusz Szymborski, Interdyscyplinarna Szkoła Promocji Zdrowia Seniorów  
**CZYM JEST PROMOCJA ZDROWIA?**  
**CO MUSZĘ WIEDZIEĆ, ABY POPRAWIĆ SWOJE ZDROWIE?**

**Plan prezentacji**

- ***Promocja zdrowia: fakty i mity***
- ***Miejsce promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w:***
  - ***zdrowiu publicznym, jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych***
  - ***istniejącym systemie ochrony zdrowia(SOZ) - problemy pacjentów wieku podeszłego***
  - ***polityce senioralnej***
- ***Projekt WHO „Zdrowe miasta”***
- ***Nowe podejście do promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej***

**ASOS 2014-2020**

Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej  
Osób Starszych na lata 2014-2020

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

**Zdrowie jest najpierwszym dobrem  
uroda drugim  
a bogactwo trzecim**



**Platon**



# DEFINICJA ZDROWIA

- Współcześnie najczęściej stosuje się definicję opracowaną w 1948 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), zgodnie z którą  
*„zdrowie to nie tylko brak choroby, ale także pełnia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu jednostki ludzkiej i jej zdolność przystosowania się do zmieniających się warunków otaczającego środowiska.”*

# Definicje choroby

“...chorobą nazywamy nieproporcjonalne do wieku uszkodzenia struktury i funkcji narządu lub zespołu narządów ciała. Chorobie, tak rozumianej, towarzyszy zazwyczaj, choć nie zawsze, cierpienie, a więc niedobór subiektywnego poczucia sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, które to poczucie nazywam zdrowiem ...”. (prof. Julian Aleksandrowicz)

1. Obiektywne zmiany patologiczne w organizmie (ang. disease)
2. Subiektywne poczucie choroby (ang. illness)
3. Społeczna tożsamość choroby (ang. sickness)

# Modele zdrowia

## 1. Biomedyczny model zdrowia

- nastawienie na ciało z pominięciem uwarunkowań psychicznych, społecznych i środowiskowych
- podział na liczne specjalizacje
- koncentracja na chorobie
- przedmiotowa rola pacjenta
- fascynacja technologią medyczną

# Modele zdrowia c.d.

- **Społeczno-ekologiczny model zdrowia**
  - istnieją powiązania między człowiekiem a środowiskiem
  - na zdrowie wpływa wiele czynników
  - istnieje nierówny dostęp do zdrowia
- **Wymiary zdrowia:** fizyczne, psychiczne, społeczne, emocjonalne, duchowe, seksualne

# Mierniki zdrowia

- Jako podstawa oceny stanu zdrowia jednostki  
( diagnostyka chorób, zaburzeń, orzecznictwo)
- Jako podstawa oceny stanu zdrowia zbiorowości  
( np. dla planowania, realizacji, monitorowania polityki zdrowotnej)



# Mierniki zdrowia – dwa kryteria podziału

- W zależności od tego kto dokonuje oceny zdrowia
- W zależności od „znaku”

# Mierniki zdrowia w zależności od tego kto dokonuje oceny zdrowia

- **Obiektywne:** mierzone przez profesjonalistów i wyrażane w jednostkach, liczbach itp. (np. pomiary medyczne, wskaźniki antropologiczne i sprawności fizycznej)
- **Subiektywne:** samoocena

## Mierniki zdrowia w zależności od „znaku”

- **Pozytywne:** określają prawidłowość lub sprawność narządów, układów, całego organizmu
- **Negatywne:** mierzą natężenie zgonów, chorób, urazów, niepełnosprawności oraz czynników ich ryzyka

# Mierniki zdrowia - ograniczenia

- Mimo że żyjemy w wieku gwałtownego rozwoju wysublimowanych technologii informacyjnych, zebranie danych na temat sytuacji zdrowotnej zbiorowości jest niezwykle trudne. Istniejące informacje o stanie zdrowia populacji bywają często niekompletne i niewiarygodne.
- W ocenie stanu populacji, poza aspektami fizycznymi, konieczne jest uwzględnienie czynników psychologicznych i społecznych oraz łączne widzenie czynników przyczynowych chorób i czynników determinujących rozwój i zdrowie.
- Takie mierniki, jak zachorowalność, chorobowość, śmiertelność, umieralność, choć powszechnie stosowane do oceny stanu zdrowia, postępowania medycznego, określania i hierarchizacji potrzeb zdrowotnych, mają ograniczoną wartość nie tylko z tej przyczyny, iż nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji.

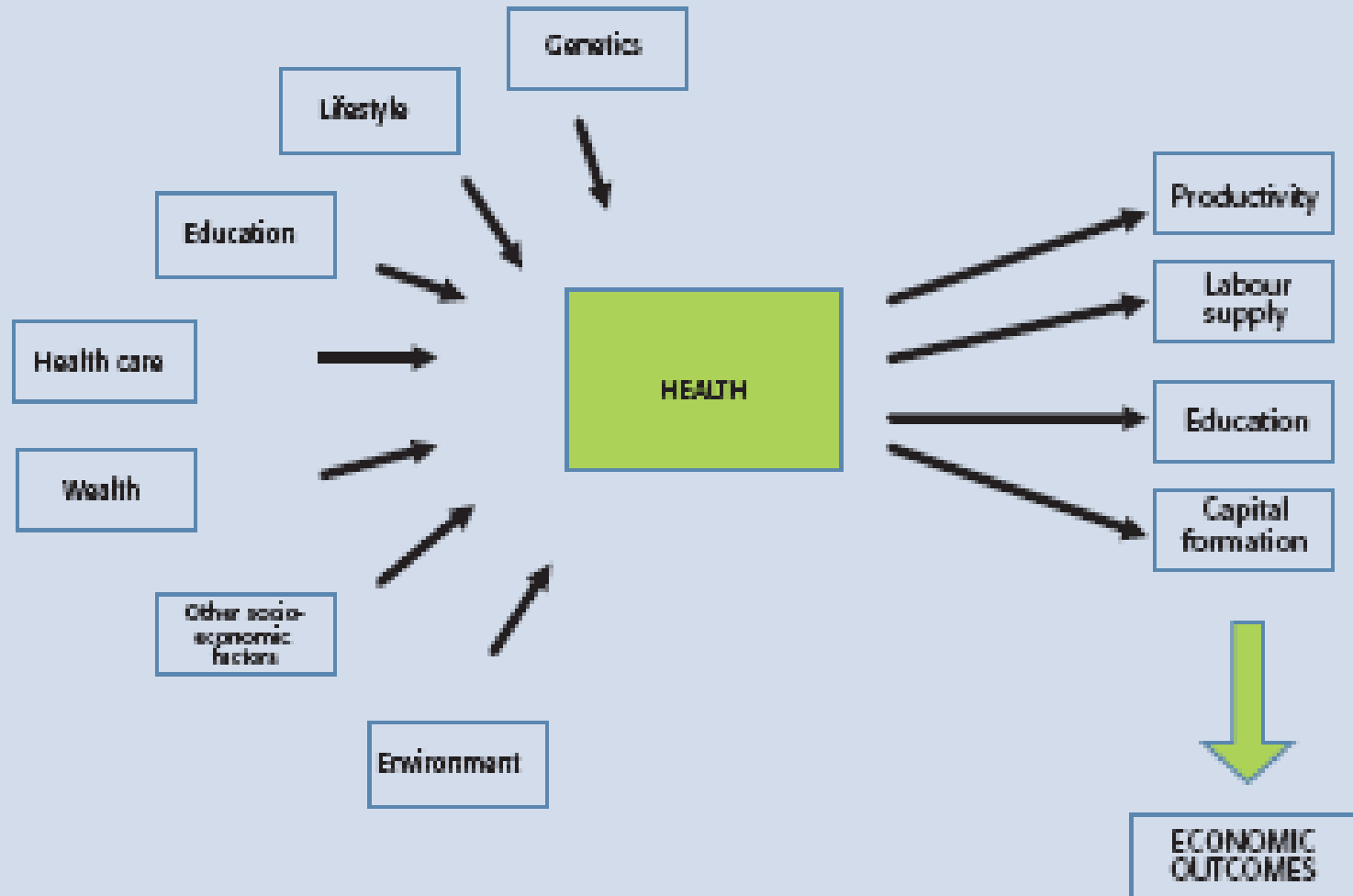
## Mierniki zdrowia – ograniczenia – c.d.

- Dane te tylko w pewnym zakresie zbierane są w sposób ciągły lub systematycznie powtarzany oraz definicji ukierunkowane są na problem zdrowotny a nie na osobę
- Podejście uznające człowieka za podmiot oceny stanowi zaś klucz do racjonalnego inwestowania ochronę zdrowia populacji, w tym w szczególności w rozwój i zdrowie dzieci i ludzi młodych.

# **Badania Stanu Zdrowia Ludności GUS; [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)**

- Ważnym źródłem informacji mogą też być Badania Stanu Zdrowia Ludności GUS z 1996, 2004, 2009(EHIS) i 2014(EHIS) roku.
- Podstawą dla wszystkich tych badań są subiektywne oceny respondentów odnoszone do wielu aspektów zdrowia.
- Takie wielowymiarowe podejście pozwala wyznaczyć profil zdrowotny danego dziecka lub zbiorowiska dzieci i określić, w jakich wymiarach uzyskane wyniki szczególnie odbiegają od normy lub średniej populacyjnej.

Figure 1 – Health inputs and health outputs



Source: Authors.

# Zdrowie jest

- **wartością**, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągnięcia satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie w nim;
- **zasobem** (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny; tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia;
- **środkiem** do osiągnięcia lepszej jakości życia.



**Zdrowie nie jest stanem statycznym.  
We wszystkich okresach życia należy zdrowie:**

- **chronić** - czyli zapobiegać chorobom (*profilaktyka*),
- **doskonalić** - pomnażać, zwiększać jego potencjał (*promocja zdrowia*),
- **przywracać** - gdy pojawi się choroba (*leczenie i rehabilitacja*).

# Profilaktyka/Prewencja/Zapobieganie zagrożeniom i chorobom

- **Profilaktyka pierwotna**
  - Profilaktyka pierwotna swoista
  - Profilaktyka pierwotna nieswoista
- **Profilaktyka wtórna/drugorzędowa**
- **Profilaktyka trzeciorzędowa**

**Uwaga kontrowersja: „Profilaktyka zdrowotna”**

**Uwaga błąd logiczny!: „Profilaktyka zdrowia”**

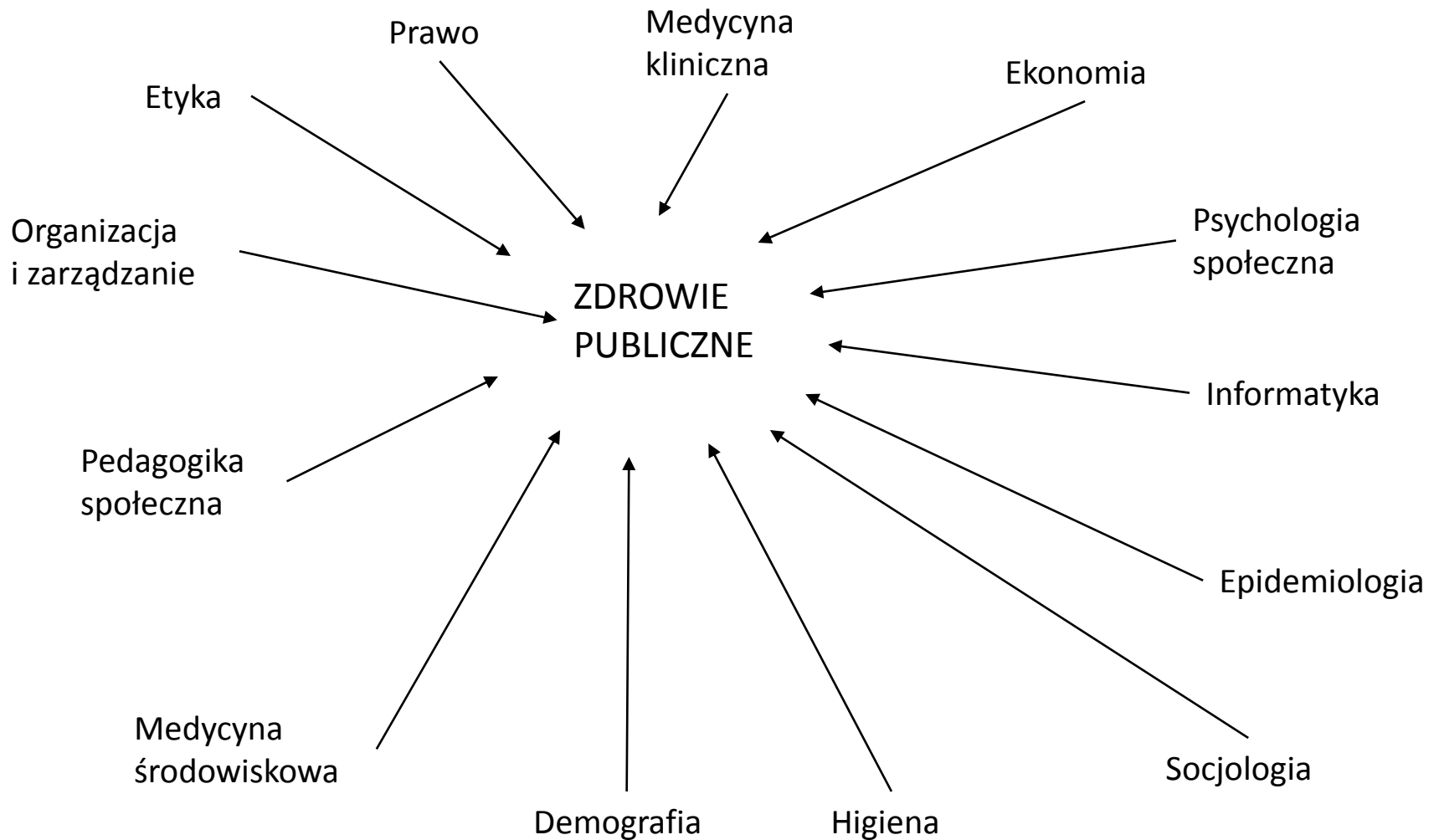
**„W przepisach wyodrębniona jest kwestia profilaktyki zdrowia dzieci i młodzieży.”**

# ZDROWIE PUBLICZNE

**/ Komitet D. Achesona** w raporcie o stanie zdrowia publicznego w Wielkiej Brytanii /

**Zdrowie publiczne** to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa

# INTERDYSCYPLINARNOŚĆ ZDROWIA PUBLICZNEGO





# Pozycja zdrowia publicznego w Polsce

- Zdrowie publiczne winno odgrywać istotną rolę w każdym obszarze polityki społecznej, zwłaszcza w polityce rodzinnej, edukacyjnej, ludnościowej i senioralnej
- **W Polsce niska jest jednak pozycja zdrowia publicznego,** co pogłębia obserwowane dysfunkcje w opiece medycznej i przyczynia się do pojawiania się niepokojących trendów zdrowotnych, m.in. do spowolnienia tempa wzrostu długości życia, zwłaszcza wskutek przedwczesnej umieralności.

# **PROMOCJA ZDROWIA JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH - cele**

- 1. Konieczna zmiana modelu i statusu promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia**
- 1. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania, rozwiązania organizacyjne) oraz działań w obszarze zdrowia publicznego**
- 3. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania) oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej**

- Do istotnego zmniejszenia różnic w dostępie do zasobów decydujących o zdrowiu, a tym samym redukcji społecznych nierówności w zdrowiu doprowadzić ma promocja zdrowia.
- Cel ten ma szansę być osiągnięty pod warunkiem nadania promocji zdrowia statusu wielosektorowej strategii regulującej proces budowania zasobów zdrowia oraz rozwiązywania problemów zdrowotnych.
- Oznacza to konieczność korzystania z założeń paradygmatu socjoeologicznego a nie medycznego.



# PROMOCJA ZDROWIA

- **Koncepcja i strategia działań dla zdrowia – powstała w latach 70-tych XX wieku, z ruchem „zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”**
- **Podstawowe założenia sformułowano w 1986 roku w Karcie Ottawskiej, w czasie konferencji promocji zdrowia w Ottawie:**  
*promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę*

**Promocja zdrowia**

**=**

**edukacja zdrowotna + polityka zdrowia publicznego**

# **Przyczyny powstania koncepcji promocji zdrowia**

- **akceptacja holistycznego podejścia do zdrowia, wzrost zainteresowania zdrowiem pozytywnym i poprawą jakości życia;**
- **gotowość ludzi do kierowania swoim życiem;**
- **mała skuteczność tradycyjnej oświaty zdrowotnej;**
- **liczne dowody naukowe, że poprawa opieki zdrowotnej i wysokie nakłady finansowe w niewielkim stopniu wpływają na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa;**
- **rozwój społeczności lokalnych i inicjatyw lokalnych na rzecz zdrowia (społeczne ruchy prozdrowotne);**
- **wzrost zainteresowania zdrowiem wśród przedstawicieli nauk społecznych na rozwój badań naukowych.**

# Promocja zdrowia jako nowa dyscyplina naukowa

- I. Psychologia, socjologia, teoria nauczania, epidemiologia
- II. Teoria komunikacji, polityka społeczna, ekonomia, marketing społeczny

# Różnice między promocją zdrowia a prewencją

- **Podójście/strategia/ prewencyjne:**

punkt wyjścia – choroba

cel – uniknięcie choroby

- **Podójście/strategia/ promocyjne:**

punkt wyjścia – zdrowie

cel – pomnażanie rezerw i potencjału zdrowia

## **Promocja zdrowia wg Karty Ottawskiej(1986)**

**to działania zmierzające do spełnienia przynajmniej dwunastu uwarunkowań dobrego samopoczucia:**

- 1/ utrzymanie kondycji psychofizycznej stosownej do wieku i płci,
- 2/ możliwość pełnego korzystania z praw i swobód obywatelskich,
- 3/ możliwość uzyskania odpowiedniego wykształcenia,
- 4/ możliwość zatrudnienia,
- 5/ odpowiednie warunki pracy,
- 6/ dobre warunki mieszkaniowe,
- 7/ odpowiednie odżywianie i zaopatrzenie w żywność,
- 8/ dostępność odpowiedniej odzieży,
- 9/ poczucie bezpieczeństwa,
- 10/ możliwość oszczędzania,
- 11/ możliwość komunikacji i łączności z innymi ludźmi,
- 12/ możliwość regeneracji sił, wypoczynku i rozrywki

# **Obszary promocji zdrowia**

- 1. Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej**
- 2. Tworzenie środowiska życia i pracy ( fizycznego i społecznego)**
- 3. Zachęcanie do aktywnych działań na rzecz zdrowia całego społeczeństwa ( jednostki, grupy, społeczności lokalnych)**
- 4. Rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu ( edukacja do zdrowia )**
- 5. Reorientacja służby zdrowia**

# Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej

- odnosi się do polityki państwa;
- większość decyzji rządu dotyczy:
  - czynników warunkujących zdrowie
  - prawnego, ekonomicznego, administracyjnego zagwarantowania równego dostępu do podstawowych zasobów dla zdrowia (żywność, mieszkanie, wykształcenie, praca)
- tworzenie przez państwo warunków do wdrażania koncepcji promocji zdrowia (możliwość działań wielosektorowych i uczestnictwa ludzi).

# **Tworzenie środowisk wspierających zdrowie**

- we wszystkich miejscach, w których żyją ludzie (dom, miejsce pracy, nauki, środowisko lokalne);**
- wymiary środowiska: fizyczny, społeczny, polityczny, edukacyjny, zasobów (finansowych, infrastruktury, ludzkich).**



# Wzmacnianie działań społeczności

**Zachęcanie i stwarzanie członkom społeczności możliwości uczestniczenia w:**

- ustalaniu priorytetów
- podejmowaniu decyzji
- planowaniu, realizacji oraz ewaluacji działań na rzecz zdrowia
  - przejmowanie odpowiedzialności za zdrowie;
  - warunkiem tego procesu jest upodmiotowienie społeczności tego procesu (dostęp do informacji, edukacji zdrowotnej, uzyskanie środków, wzmocnienie ruchów samopomocy).

# Rozwijanie umiejętności indywidualnych

- **Edukacja do zdrowia:**
  - kształtowanie umiejętności życiowych w okresie całego życia człowieka, aby ludzie potrafili dokonywać wyborów sprzyjających zdrowiu;
  - przygotowanie się do kolejnych faz życia;
  - radzenie z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością.

# Reorientacja opieki zdrowotnej

- **uwzględnienie świadczeń ukierunkowanych na pomoc ludziom i społecznościom w identyfikowaniu i zaspokajaniu ich potrzeb zdrowotnych (obok dotychczasowych świadczeń diagnostycznych i leczniczych);**
- **rozbudzanie potrzeby dbania o zdrowie, nabywania do tego umiejętności;**
- **dotyczy całego systemu: polityki resortu zdrowia, organizacji opieki zdrowotnej, kształtowania kadr medycznych.**

# Implikacje dla praktyki

- koncentracja na zdrowiu (nie chorobie) i zwiększeniu jego potencjału, jako środek do poprawy jakości życia (sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większa wydajność w pracy, większe zarobki, satysfakcja z życia);
- kształtowanie sprzyjającego zdrowiu stylu życia i środowiska (fizycznego i społecznego);
- uświadamianie ludziom, że sami podejmują decyzje i wybory w sprawach swojego zdrowia i ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi z otoczenia;
- uświadamianie politykom i zarządzającym, że ich obowiązkiem jest tworzenie warunków, których „zdrowe wybory będą dla ludzi łatwiejszymi wyborami”.

# **Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna**

- **Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym, komplementarnym elementem promocji zdrowia.**
- **Celem jej jest budzenie świadomości, zwiększenie wiedzy, umiejętności, kształtowanie postaw wobec zdrowia poszczególnych jednostek.**
- **Są to niezbędne kompetencje do podjęcia przez ludzi działań na rzecz zmiany swego stylu życia i środowiska.**

## Zadania edukacji zdrowotnej mieszczą się jednocześnie w trzech wymiarach:

- 1) Informacyjnym**, gdzie konieczne jest dostarczanie wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach i możliwościach ochrony. Można ten wymiar nazwać *oświatą zdrowotną*.
- 2) Czynnościowym**, który wymusza nabywanie nawyków zdrowego życia; czyli uczenie działań indywidualnych dla zachowania własnego zdrowia w życiu codziennym, a więc w domu, przedszkolu, szkole, zakładzie pracy. Ten wymiar można nazwać *wychowaniem zdrowotnym*.
- 3) Motywacyjnym**, w którym należy wyzwolić w jednostce zadowolenie z „bycia zdrowym”, wewnętrzną potrzebę utrzymania zdrowia, oraz ciekawość sposobów podnoszenia jego stanu. Zadaniem tego wymiaru jest pobudzenie aktywności jednostek na polu własnych działań na rzecz zdrowia.

# Proces edukacji zdrowotnej przebiega dwutorowo:

- **Tor edukacji bezpośredniej**, która odbywa się w ramach osobistych relacji pomiędzy nauczycielem i uczniem oraz pomiędzy lekarzem i pacjentem. Zaletą edukacji bezpośredniej jest możliwość natychmiastowego rozstrzygnięcia wątpliwości odbiorcy, lepszego dopasowania treści i formy komunikatu zdrowotnego dla jego potrzeb.
- **Drugi tor** edukacji zdrowotnej stanowi **edukacja pośrednia**, odbywająca się poprzez środki masowego przekazu. Edukacja pośrednia przybiera najczęściej formy reklamy i marketingu, a do jej realizacji wykorzystuje się telewizję, radio i prasę.

- Działania edukacji pośredniej i bezpośredniej nastawione są na:
  - ***podnoszenie poziomu wiedzy o zdrowiu,***
  - ***poradnictwo w zakresie zagrożeń zdrowia,***
  - ***budowanie samodzielności dla dokonywania wyborów prozdrowotnych w życiu codziennym.***
- Podstawą prawidłowego wyboru postaw i zachowań, w tym również prozdrowotnych, jest nie tylko zasób posiadanej wiedzy i umiejętności. Istotną rolę odgrywają również ***funkcjonujące systemy wartości, przyzwyczajenia oraz wzorce.*** Dlatego bardzo ważne jest możliwie szerokie docieranie do świadomości indywidualnej i zbiorowej osób zdrowych, chorych i niepełnosprawnych.



# Zakres działań edukacyjnych - Strategia UE

- Położenie nacisku na szerszy zakres problemów związanych ze stylem życia, w tym na zagadnienia samooceny, problem indywidualnych umiejętności oraz kwestie społecznego wsparcia;
- Zapewnienie możliwości szkolenia i edukacji dla wszystkich grup zawodowych działających w obszarze zdrowia;
- Szkolenie grup i reprezentantów dyscyplin spoza sektora zdrowia, w celu zwiększenia świadomości co do możliwości, jakie daje promocja zdrowia.

- Rodzaj zadań jakie stawiane są przed edukacją zdrowotną wymaga działania na różnych poziomach, począwszy od polityki zdrowotnej i społecznej, środki przekazu, społeczność, środowiska szkół, miejsc pracy, ZOZ aż po rodzinę i jednostki.
- Celem edukacji nie jest tylko zmiana zachowań jednostek, ale wprowadzenie zmian skierowanych na rozwiązanie problemów zdrowotnych, obejmujących kompetencje jednostek, sieci powiązań między ludźmi i instytucjami, organizacje, społeczności, struktury polityczne.
- Ogromny zakres zadań stojących przed współczesną edukacją zdrowotną, a także ich bliski związek z promocją zdrowia zaciera różnice między zadaniami osoby odpowiedzialnej za edukację zdrowotną a promotorem zdrowia.

# Odbiorcy i nadawcy w procesie edukacji zdrowotnej

**Istnieją dwie kategorie odbiorców działań edukacyjnych związanych ze zdrowiem:**

- osoby, których zadaniem jest dokonywanie w codziennym życiu wyborów, właściwych z punktu widzenia własnego zdrowia i zdrowia najbliższego otoczenia,
- osoby, których zadaniem obok właściwego funkcjonowania w sferze własnego zdrowia, jest z racji pełnionych funkcji formalnych i zajmowanych pozycji, kreowanie warunków społecznych, gospodarczych i politycznych, zwiększających szanse jednostek i grup na dokonywanie prozdrowotnych wyborów.

# **Typy relacji między nadawcami i odbiorcami informacji a ich konsekwencje dla przebiegu procesu edukacji:**

Klasyfikacja edukacji zdrowotnej ze względu na rodzaj relacji między nadawcą i odbiorcą informacji oraz konsekwencji cech tej relacji dla skuteczności podejmowanych działań edukacyjnych zaproponował Ingrosso (1992). Kierując się wspomnianymi kryteriami wyróżnił on następujące trzy typy (modele) edukacji zdrowotnej :

- **Autorytatywna**
- **Uczestnicząca**
- **Promująca**

# Edukacja autorytatywna

- Oparta na przekazie informacji, obejmującym zarówno element poznawczy, jak i moralny, który to przekaz przebiega od osoby posiadającej wiedzę do osoby pragnącej ją zdobyć.
- Przekazywane są precyzyjne wskazówki co do tego co powinno być zrobione, a czego należy unikać, aby nie stracić zdrowia.

# Edukacja autorytatywna - charakterystyka

- Model ten zakłada, że osoba edukowana jest autonomicznym systemem i w związku z tym **do samoreorganizacji powinno dojść w drodze samorefleksji.**
- Celem opisywanego typu edukacji jest uczenie się, prowadzące się do redefiniowania wcześniej istniejących modeli własnego działania poprzez analizę różnych zadanych kombinacji i rozwiązań alternatywnych.
- Tego rodzaju aktywność doprowadzić ma do powstania zdolności do samoorganizacji.
- W tym modelu edukacji działanie ma charakter „działania z kimś” i zakłada aktywne uczestnictwo osoby objętej edukacją.

# Edukacja autorytatywna – charakterystyka c.d.

- Rodzaj komunikacji między uczestnikami procesu edukacji ma tu charakter asymetryczny, Informacje przekazywane są w jednym kierunku - od nauczyciela do ucznia, w klimacie neutralnym emocjonalnie;
- Proces edukacji ma charakter instruktażowy.
- Rezultaty opisywanego typu edukacji są na ogół niewielkie - człowiek zyskuje nowe informacje, które nie prowadzą do zmiany.
- Ten model edukacji wiązać należy z prewencją wtórną i oddziaływaniem na grupy ryzyka, do których klasyfikacja odbywa się z wykorzystaniem kryteriów zewnętrznych wobec jednostki.

# Edukacja uczestnicząca

Oparta na wymianie wiedzy między **ekspertem**,  
który posiada ogólną wiedzę i umiejętności

oraz

klientem, który zna warunki, w których żyje i pragnie  
podzielić się swoją wiedzą na ten temat z ekspertem,  
po to by poprawić własny stan zdrowia.



# Edukacja uczestnicząca - charakterystyka

- Informacje są przekazywane w dwóch kierunkach a związek między uczestnikami procesu oparty jest na empatii i zaufaniu.
- Komunikacja między uczestnikami procesu edukacji ma tutaj charakter wspomagająco-asymetryczny.
- Podobnie jak w pierwszym modelu mamy tu do czynienia z asymetrią relacji, ale pozycje, na których znajdują się aktorzy procesu wzajemnie się uzupełniają, jeden formułuje pytanie, drugi na nie odpowiada.
- Proces edukacji zakłada rodzaj emancypacji klienta, traktowany jest on bowiem jako osoba zdolna do oceny oraz wykorzystania rady, którą otrzymał.

# Edukacja uczestnicząca – cel i rezultaty

- **Celem procesu edukacyjnego w tym typie edukacji jest:**
  - wyrabianie umiejętności oraz tworzenie warunków oraz relacji działających na korzyść rozwoju jednostkowych i zbiorowych potencjałów;
  - przystosowywanie jednostek do konieczności i ograniczeń napotykanym w codziennym życiu.
- Rezultaty edukacji są bardziej zadowalające niż w poprzednim modelu, ale nie optymalne - człowiek zmienia specyfikę swoich reakcji.
- Ten typ edukacji wiązać należy z prewencją pierwotną, oddziaływaniem na członków homogenicznych grup np. młodych ludzi żyjących na wybranym terenie.

# Edukacja promująca

- Oparta na wzajemności i wspólnym świadczeniu między dwoma aktorami procesu edukacyjnego, z których każdy posiada inne kompetencje i poglądy, ale obydwaj są na równi zainteresowani aktywizacją procesu edukacji skierowanego na zmianę. Ich komunikacja polega na porównywaniu różnic.
- Celem dokonywanego porównania jest doprowadzenie do reorganizacji tego, co wie osoba edukująca (zmiana w kategoriach poznawczo-racjonalnych) oraz tego, czego doświadcza w codziennym życiu osoba edukowana (zmiana w kategoriach doświadczenia).

# Modele edukacji zdrowotnej (Ingrosso, 1992)

	<b>Edukacja autorytatywna</b>	<b>Edukacja uczestnicząca</b>	<b>Edukacja promująca</b>
<b>Ramy odniesienia</b>	Prewencja wtórna	Prewencja pierwotna	Promocja zdrowia
<b>Koncepcje zdrowia</b>	Statyczna „posiadanie”	Statyczna „istnienie”	Dynamiczna „stawanie się”
<b>Typy relacji</b>	Transmisja (nauczyciel-uczeń)	Wymiana (ekspert-klient)	Wzajemność (gracz-gracz)
<b>Forma związku</b>	Ustalona asymetria	Wspomagana asymetria	Wspomagana symetria
<b>Typ procesu</b>	Instruktażowy	Wyzwalający	Ewolucyjny
<b>Cel interwencji</b>	Obrona (unikanie ryzyka)	Ochrona (optymalizacja dobrostanu)	Innowacja (upełnomocnienie i ewolucja)
<b>Rezultaty uczenia się/ metoda</b>	Nowa informacja, brak zmiany/zaprogramowana instrukcja	Zmiana w specyfice reakcji/ rozwiązywanie problemu	Zmiana w grupie alternatyw/ uczenie dla dowiadywania się
<b>Jednostka odniesienia</b>	Członek grupy ryzyka	Członek grupy homogenicznej	Związek jednostki w jej środowisku
<b>Specyfika działania</b>	Działanie na rzecz czegoś	Działanie z kimś	Orientacja na siebie i własną relację z partnerem
<b>Komunikacja</b>	Jednokierunkowa	Dwukierunkowa	Komunikatywne łączenie
<b>Klimat emocjonalny</b>	Neutralny	Empatyczny	Estetyczny i oparty na wspólnocie

# Początkowe błędy w rozumieniu edukacji zdrowotnej:

- niesłuszne przekonanie o edukacji zdrowotnej jako o jedynej i wystarczającej dla upowszechnienia zagadnień zdrowotnych;
- koncentrowanie się tylko na jednostce, zapominając o kontekście jej funkcjonowania i skupianie się na chorobie;
- przeniesienie ideologii chorób zakaźnych na choroby przewlekłe np. dobra rada nie pal to nie zachorujesz;
- przyjęcie tezy, że człowiek poinformowany o szkodliwości danego zachowania porzuci to zachowanie, albo nigdy go nie podejmie.

# Edukacja zdrowotna w prewencyjnym modelu promocji zdrowia:

- oparta na perswazji (nakłanianie ludzi do zmiany zachowań w zdrowiu i chorobie, aby zapobiegać chorobom lub ich skutkom, z zastosowaniem technik „straszenia”);
- wieloletnie doświadczenia pokazują, że perswazyjny model edukacji zdrowotnej nie jest skuteczny i budzi zastrzeżenia z etycznego punktu widzenia.

# **Edukacja zdrowotna w modelu promocji zdrowia ukierunkowanym na upodmiotowienie:**

- **Oddziaływanie na ludzi (jednostki i grupy), tworzenie warunków, w których ludzie uczą się o zdrowiu i chorobach:**
  - w ten sposób wzmacniają swoje zdolności do działania na rzecz zdrowia własnego i innych (stają się podmiotami tych działań);
  - upodmiotowienie jednostek jest bezpośrednim efektem edukacji zdrowotnej;
  - jednostki te mogą zmieniać styl życia, poprawiać swoje zdrowie i tworzyć upodmiotowione (zdolne do działania) społeczności;
  - w ten sposób dochodzi do zmiany społecznej, której celem jest promocja zdrowia.
- **Oddziaływanie na znaczące grupy profesjonalistów i osób tworzących politykę zdrowotną, społeczną, edukacyjną (tworzenie środowisk wspierających zdrowie).**

# Polityka senioralna z perspektywy zdrowia publicznego i praw człowieka

- ❑ W celu zaspokojenia istotnych z punktu widzenia polityki ludnościowej potrzeb zdrowotnych seniorów, musi funkcjonować obok systemu opieki zdrowotnej, komplementarny, efektywny system zdrowia publicznego - oba te systemy zorientowane na:
  - a/ tworzenie warunków do aktywnej, zdrowej starości;
  - b/ poprawę stanu zdrowia populacji;
  - c/ zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji.



**Potrzeby zdrowotne seniorów przewlekle chorych, niepełnosprawnych i znajdujących się w sytuacjach trudnych z innych przyczyn (niesamodzielność, bieda, alkoholizm, przemoc, itd.) mogą być określane na podstawie:**

- a/ ***diagnozy lekarskiej***, jednak bazowanie jedynie na katalogu problemów zdrowotnych i chorób nie zawsze jest efektywne, zwłaszcza, że katalog ten jest niepełny;
- b/ bardziej właściwej ocenie potrzeb na podstawie określenia ***stopnia upośledzenia zdrowia i zaburzenia funkcjonowania chorego i jego rodziny***, co umożliwi ustalenie stopnia zależności pacjenta od leków, aparatury i sprzętu, opieki medycznej oraz uwzględnia podobieństwo specyficznych skutków różnych chorób i problemów zdrowotnych;
- c/ **optymalnego z punktu widzenia zdrowia publicznego podejścia wprowadzającego kategorię seniorów o specjalnych potrzebach w zakresie opieki zdrowotnej**, które to potrzeby co do rodzaju i zakresu opieki medycznej i okołomedycznej przekraczają potrzeby ogółu osób starszych; takie podejście pozwala na upodmiotowienie pacjenta, wymusza konieczność sprecyzowania świadczeń medycznych i okołomedycznych; potrzeby te mogą dotyczyć zarówno osób chorych i niepełnosprawnych fizycznie/psychicznie ale także osób o podwyższonym ryzyku niepełnosprawności.

# DEMOGRAFIA STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA WG PROGNOZY GUS

- Wydłużania oczekiwanego trwania życia ludzi, które w Polsce szacowane jest dziś dla mężczyzn na **73,1** , a dla kobiet **81,1** lat. (GUS TRWANIE ŻYCIA W 2013 R.)
- W 2035r. udział ludności w wieku 60+/65+ w strukturze ludności ogółem wzrośnie do **26,7%**.
- Liczba ludności w najstarszej grupie wiekowej (75 lat i więcej) wzrośnie do **4 493,9 tys.**, a jej udział w populacji do **12,5%**.
- W roku 2035 liczba ludności w wieku poprodukcyjnym zbliży się do liczby ludności w wieku produkcyjnym. Wzrośnie też udział gospodarstw jednoosobowych - **do 32,5%**.
- Zmiany w strukturze rodzin i gospodarstw domowych wpływać będą na zmniejszanie potencjału opiekuńczego rodzin do świadczenia opieki swoim starym, niesamodzielnym i niepełnosprawnym członkom, których liczba znacznie wzrośnie.

**Janusz Szymborski - RRL, Grażyna Marciniak - GUS**  
***PRZYSZŁOŚĆ DEMOGRAFICZNA A ZDROWIE***  
***Europejski Kongres Gospodarczy, Katowice 14-16 maja 2012***  
**PODSUMOWANIE**

- ❑ Zmiany przewidziane prognozą demograficzną będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności; tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się istotnie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej;
- ❑ Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki - o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku - wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze;
- ❑ Można spodziewać się znaczącego wzrostu odsetka populacji osób dorosłych cierpiących na: chorobę wieńcową, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astmę, cukrzycę, zapalenie stawów;
- ❑ Można przewidywać zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, istotny wzrost odsetka osób zażywających leki.

# CZY MOŻNA UNIKNĄĆ PRZEWIDYWANEGO WZROSTU CHOROBY

## (I KOSZTÓW?) W ZWIĄZKU ZE STARZENIEM SIĘ SPOŁECZEŃSTWA?

- Jest coraz więcej dowodów naukowych na to, że dzięki skutecznej promocji zdrowia i prewencji chorób, starzenie się nie musi determinować tak dużego wzrostu chorobowości.
- Zmiana stylu życia na prozdrowotny uzyskana dzięki działaniom promującym zdrowe odżywianie, aktywność fizyczną, niepalenie oraz redukcję niebezpiecznych zachowań związanych z nadużywaniem alkoholu może przynieść znaczne opóźnienie zachorowań lub w ogóle ich uniknięcie.
- Według ekspertów WHO skuteczna walka z paleniem tytoniu, podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi, wysokim stężeniem cholesterolu we krwi, otyłością i cukrzycą, a także nadmiernym spożyciem alkoholu i stresem psychospołecznym może zapobiec wystąpieniu 80% wszystkich zachorowań lub znacznie je opóźnić.
- **Alfabetyzacja zdrowotna (Oświata zdrowotna)** - Health literacy - to jest możliwość pozyskania, rozumienia i korzystania z informacji zdrowotnej do podejmowania właściwych decyzji w zakresie zdrowia. Niski poziom alfabetyzacji zdrowotnej zmniejsza szanse na zdrowie, obniża skuteczność leczenia i jest główną przyczyną nierówności w zdrowiu.

**Uwaga. Starzenie się nie jest główną przyczyną gwałtownego wzrostu kosztów opieki medycznej!  
(Wzrost cen leków, sprzętu, technologii, kosztów administracyjnych )**

## **NOWA POLITYKA SENIORALNA W POLSCE**

- Polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki dla godnego i zdrowego starzenia się.
- Celem polityki senioralnej w Polsce jest wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielneho, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.

# ZAŁOŻENIA DŁUGOFALOWEJ POLITYKI SENIORALNEJ NA LATA 2014-2020 PRZYJĘTE PRZEZ RZĄD 24-12-2013

- Zakłada on m.in. aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu, większy udział w życiu społecznym i solidarność międzypokoleniową.
- Program koncentruje się na ośmiu obszarach dotyczących różnych wymiarów życia seniorów – **zdrowie, samodzielność, aktywizacja zawodowa, aktywność edukacyjna, obywatelska, kultura, wolontariat, srebrna gospodarka.**
- **Profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia oraz rozwój usług medycznych mają wspierać seniorów w jak najdłuższym utrzymaniu dobrego stanu zdrowia i samodzielności.** Dzięki temu będą mogli kontynuować aktywność zawodową, jak i uczestniczyć w wybranych formach życia społecznego.
- Aktywność obywatelskiej i wolontariat ma wspierać zaangażowanie osób starszych w życie społeczności lokalnych i sprawy kraju, wykorzystanie ich umiejętności i potencjału oraz nabywanie przez seniorów nowych kompetencji. To także sposób na ich integrację z młodszymi pokoleniami.

# ZDROWIE i SAMODZIELNOŚĆ

**Priorytet 1. Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych**

**Priorytet 2. Promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna**

**Cel 1.** Przygotowanie do okresu własnej starości pod względem wiedzy na temat zmian fizycznych i psychicznych podczas procesów starzenia i konsekwencji określonych zachowań;

**Cel 2.** Promocja właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, odżywiania, rytmu dnia, rekreacji, higieny ciała i unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym ( m.in. przez rozszerzenie oferty dydaktycznej dla osób pracujących w kontakcie z osobami starszymi o kwestie promocji zdrowia i aktywnego starzenia się).

**Priorytet 3. Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych**

**Wniosek.** *Celem głównym polityki senioralnej w obszarze zdrowie i samodzielność jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii*

# **RZĄDOWY PROGRAM NA RZECZ AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH NA LATA 2014-2020**

*W okresie realizacji Programu (lata 2014-2020) zakłada się m.in.:*

- **Dofinansowanie rozwoju oraz powstanie nowej oferty edukacyjnej dla osób starszych, zwiększenie dostępu do zajęć edukacyjnych w ramach już istniejących oraz nowo utworzonych organizacji m.in. na terenach defaworyzowanych, przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury oświatowo-kulturalnej dla osób starszych;**
- **Wspieranie różnych form edukacji i uczenia się na rzecz poprawy umiejętności osób starszych, w tym zwłaszcza umiejętności cyfrowych oraz szczególnie w odniesieniu do osób pozostających w niekorzystnej sytuacji, w tym w szczególności w procesie wykluczenia społecznego;**
- **Podnoszenie kompetencji/kwalifikacji kadry zajmującej się zawodowo i ochotniczo aktywizacją społeczną osób starszych;**



# KOMPONENT KONKURSOWY ASOS - PRIORYTETY I KIERUNKI DZIAŁAŃ

**Priorytet I. *Edukacja osób starszych*** ( m.in. zajęcia i programy z zakresu zdrowia, w tym profilaktyki zdrowotnej, sportu, turystyki, warsztaty o starzeniu, osobach starszych i aktywnym starzeniu. )

**Priorytet II. *Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową*** ( m.in. aktywność fizyczna i aktywność turystyczno-rekreacyjna osób starszych; zajęcia w obszarze kultury i sztuki, w tym angażujące różne pokolenia. )

**Priorytet III. *Partycypacja społeczna osób starszych***

**Priorytet IV. *Usługi społeczne dla osób starszych*** (usługi zewnętrzne, m.in. rozszerzanie dostępności do usług społecznych, w tym opiekuńczych, kulturalnych, edukacyjnych, poradniczo-doradczych, sportowych i turystycznych)

# Cele programu Zdrowe Miasta

- Poprawa warunków zdrowotnych miast, tj. stanu zdrowia mieszkańców i warunków środowiskowych
- Realizacja na poziomie lokalnym strategii WHO: Zdrowie dla Wszystkich / Zdrowie 21

# Zdrowe Miasto powinno zapewnić:

- zaspokojenie podstawowych potrzeb mieszkańców
- czyste, bezpieczne środowisko
- wysoki poziom zdrowotny
- optymalny poziom usług medycznych
- nowoczesny system ekonomiczny
- silne, wzajemnie wspierające się społeczeństwo
- udział społeczeństwa w decyzjach dotyczących zdrowia

# Zdrowe Miasto to miasto

- które dąży do podniesienia stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz środowiskowych warunków życia mieszkańców;
- które uwzględnia zdrowie w procesie podejmowania decyzji w różnych sektorach życia;
- świadome swoich problemów zdrowotnych i dążące do ich rozwiązania;
- to nie honorowych tytuł przyznany przez WHO, to cel wspólnych działań.

# Elementy pracy w Zdrowym Mieście – wymogi WHO

- Przyjęcie strategii działania Zdrowych Miast – uchwała R.M., list intencyjny Prezydenta, wsparcie władz miasta, akceptacja idei programu i sposobu działania na rzecz zdrowia
- Zabezpieczenie organizacyjnych możliwości realizacji programu – wsparcie wielosektorowych działań
- Zobowiązanie do osiągnięcia konkretnych celów – realizacja działań w obszarach priorytetowych wskazanych przez WHO oraz wybranych przez miasto
- Współpraca na poziomie miasta i kraju

# Program Zdrowe Miasta w Europie

- I faza - 1988-1992 - 35 miast
- II faza - 1993-1997 - 39 miast, w tym: Białystok, Poznań, Toruń, Łódź
- III faza - 1998-2002 - 55 miast, w tym Toruń i Łódź
- IV faza - 2003 –2008, 79 miast, w tym Łódź i Poznań
- V faza – 2009 – 2013, sieć się tworzy, aktualnie: 52 miasta, w tym Łódź i Poznań, aplikuje Warszawa

# V faza programu Zdrowe Miasta 2009-2013

## Zdrowie i sprawiedliwość w sferze zdrowia we wszystkich strategiach lokalnych

### I. Opiekuńcze i wspierające środowiska

- *miasta przyjazne ludziom starszym,*
- *imigranci, dzieci, kobiety,*
- *podstawowa opieka zdrowotna,*
- *wsparcie społeczne,*
- *wzmocnienie aktywności społeczności lokalnej*

### II. Zdrowe życie

- *profilaktyka chorób zakaźnych,*
- *miasta wolne od tytoniu,*
- *aktywność fizyczna, żywienie, alkohol i narkotyki,*
- *zdrowie psychiczne i stres,*
- *przemoc i urazy*

### III. Środowisko miejskie i zagospodarowanie przestrzeni sprzyjające zdrowiu

- *zmiany klimatyczne, planowanie urbanistyczne, rozwój ekonomiczny,*
- *zasoby mieszkaniowe i rewitalizacja, przygotowanie na sytuacje kryzysowe w sferze zdrowia publicznego,*
- *transport, hałas, zanieczyszczenie środowisk*

# Działania w Zdrowych Miastach

- profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów: piersi, szyjki macicy, jelita, prostaty, płuca, skóry;
- profilaktyka chorób układu krążenia;
- profilaktyka uzależnień: alkohol, narkotyki, tytoń;
- działania na rzecz środowiska: poprawa gospodarki wodno-ściekowej, redukcja niskiej emisji, ochrona zieleni, ograniczenie hałasu, selektywna zbiórka odpadów;
- działania wspierające osoby starsze i niepełnosprawne;
- promocja zdrowego stylu życia i edukacja zdrowotna - szkolenia, kampanie, akcje, imprezy prozdrowotne



# Korzyści z realizacji programu Zdrowe Miasta

- stabilność działań i możliwość ich planowania,
- środki finansowe z budżetu miasta,
- lepsza współpraca różnych partnerów,
- większe zaangażowanie i integracja społeczności lokalnej,
- społeczne zapotrzebowanie na działania realizowane pod szyldem Zdrowego Miasta,
- wzrost świadomości zdrowotnej i ekologicznej mieszkańców,
- poprawa zachowań zdrowotnych.

# Dlaczego warto być Zdrowym Miastem?

## Program Zdrowe Miasta:

- kładzie nacisk na podniesienie rangi zdrowia w działaniach samorządów lokalnych,
- proponuje nowoczesny model rozwiązywania problemów zdrowotnych oparty na holistycznej koncepcji zdrowia,
- zapewnia koordynację wielosektorowych działań na rzecz zdrowia a przez to efektywniejsze wykorzystanie posiadanych funduszy,
- dzięki uchwale RM daje zapewnia stabilizację i możliwość planowych, długofalowych działań,
- umożliwia korzystanie z doświadczeń i rozwiązań innych miast europejskich oraz materiałów WHO,
- przyczynia się do promocji miasta jako miasta dbającego o swoich mieszkańców.

# Wtopiona(Wbudowana) PZ/EZ

## Embedded health promotion and health education

- **Wtopiona PZ/EZ** jest zogniskowana na ludziach w obrębie ich środowisk, rozszerza zakres PZ/EZ i lokalizuje ją pośród kompetencji odpowiednich profesjonalistów/specjalistów pracujących bezpośrednio z pacjentem w określonym zakładzie związanym z ochroną zdrowia.
- Uwzględnia specyfikę profilaktyki I, II i III stopnia i wykorzystuje działania w ich obrębie w zależności od wykonywanego zawodu.
- **Wtopiona PZ/EZ** musi zmierzyć się z rosnącym ryzykiem medykalizacji problemów behawioralnych i zapewnić holistyczne podejście odnośnie do wszystkich faz życia człowieka.

***Prof.. Leo Barić – Manchester UK ( 2011)***  
**„Postępy genetyki rewolucjonizują zasady  
edukacji zdrowotnej”**

- Postępy genetyki medycznej
- Medycyna spersonalizowana
- Rozwój diagnostyki prekonceptyjnej;
- Raport Human Genetic Commission UK
- Przewidywane konsekwencje

# Postępy genetyki medycznej

- Poznanie ludzkiego genomu i genetyczny skrining pozwala na uzyskanie specyficznych informacji o kodzie genetycznym unikatowych dla każdego człowieka
- Już dziś szereg testów genetycznych znajduje zastosowanie w kryminologii, ustaleniu ojcostwa, ustaleniu ryzyka określonych chorób

## Postępy genetyki medycznej – c.d.

- Ustalenie związku między genem a chorobą pozwoliło na wykrycie przyczyny setek chorób.
- Następuje gwałtowny spadek kosztów sekwencjonowania ludzkiego genomu (2mld GBP do 1000 GBP za pełny genom, ok. 100 GBP za test częściowy dla potwierdzenia ojcostwa) więc zwiększa się dostępność w systemie ochrony zdrowia i dostępność indywidualna.
- Rewolucyjne postępy genetyki klinicznej mogą przynieść znaczące korzyści dla pacjenta ale mogą też rodzić nieprzewidziane negatywne następstwa.

# Medycyna spersonalizowana

- Można przypuszczać, że w bliskiej przyszłości większość mieszkańców krajów rozwiniętych uzyska dostęp do skryningu genetycznego i z niego skorzysta ciekawości lub rozsądku, a także przymuszona przez pracodawców i ubezpieczycieli.
- Jeżeli taki skryning zostanie wykonany w okresie neonatalnym przed medycyną pojawi się nie tylko kwestia nosicielstwa mutacji genetycznej (np. heterozygota mukowiscydozy) ale także np. nosicielstwa mutacji związanej z ryzykiem uzależnienia od alkoholu w kontekście społecznych uwarunkowań.
- Medycyna musi się zatem zmierzyć nie tylko z potencjalną chorobą ale z potencjalnymi czynnikami ryzyka odnośnie do zachowań badanego człowieka.

## Medycyna spersonalizowana - c.d.

- Poznanie profilu DNA może znacząco poprawić efektywność leczenia i skuteczność terapii lekowej u każdego indywidualnego pacjenta ale koszty (np. Herceptin w raku piersi) będą wymagać nie tylko rozważań etycznych ale będą związane z decyzjami ekonomicznymi i politycznymi.
- Powyższe rodzi wyzwania dla kształcenia medycznego, które nie tylko będzie wymagać nabycia większej wiedzy genetycznej i jej konsekwencji dla zdrowia i dla systemu ochrony zdrowia **ale także nabycia dodatkowej wiedzy i umiejętności w celu udzielenia pomocy pacjentom, by mogli sobie poradzić z tą większą wiedzą i jej następstwami zdrowotnymi.**



# **Rozwój diagnostyki prekonceptyjnej; Raport Human Genetic Commission UK**

- Obecnie genetyczna diagnostyka prenatalna dostępna w czasie ciąży dla rodzin o podwyższonym ryzyku choroby genetycznej
- Brak społecznych, etycznych i prawnych przeszkód oferowania przez NHS prekonceptyjnego genetycznego skriningu populacyjnego, dostępnego dla osób w wieku 16 lat i + mających takie życzenie.
- Zabroniony jakikolwiek przymus lub nakłanianie ze strony lekarzy

- Konieczne udzielenie porady genetycznej przed testem i wsparcie oraz porada co do opcji prokreacyjnych po teście włącznie z możliwością aborcji jako opcją ostateczną.
- Nieuwzględnienie opinii „ruchów obrońców życia”.
- Od 2011 r. Wyspy Owcze są pierwszym krajem świata, który wszystkim swoim mieszkańcom udostępnia badanie genomu.
- 50 – tysięczna populacja Wysp Owczych staje się unikatową grupą badawczą odnośnie do medycznych aspektów skryningu genetycznego oraz do implikacji społecznych (ochrona prywatności, ubezpieczenia, aspekty etyczne).

# Przewidywane konsekwencje

- Duże prawdopodobieństwo, że w kolejnych dekadach każdy noworodek będzie miał wykonany pełny profil genetyczny
- Rodzice i dzieci zostaną postawieni przed wieloma problemami ale też mogą liczyć na odniesienie korzyści zdrowotnych
- Będzie możliwość nie tylko uzyskania wiedzy na temat zmian przedklinicznych odnoszących się do określonej choroby ale również czynników ryzyka pewnych chorób

# Wyzwania związane z rozwojem genetyki medycznej

- **Podjęcie decyzji skringu i przeciwdziałanie dysonansowi poznawczemu:**
  - bariery indywidualne ( strach )
  - bariery społeczne ( praca, ubezpieczenie )

# Wyzwania związane z rozwojem genetyki medycznej-c.d.

- **Zrozumienie znaczenia wyników testu:**
  - determinizm(brak rozróżnienia między chorobą a jej ryzykiem)

# Wyzwania związane z rozwojem genetyki medycznej-c.d.

- **Ochrona danych:**

- poufność zagrożona (lekarz, szpital, policja, pracodawca, ubezpieczyciel)
- poufność złamana ( przestępczość )

# **Wyzwania związane z rozwojem genetyki medycznej**

## **c.d.**

- **Radzenie sobie z wynikami dodatniego testu:**
  - zatrudnienie, ubezpieczenie, rodzina, prokreacja
  - indywidualne przeżycia, motywacje, depresja, poczucie winy

# EZ/PZ – Nowe wyzwania

## Koncepcja „wtopionej” EZ/PZ

- Poziom strukturalny
  - od specjalisty EZ/PZ do zawodu medycznego/paramedycznego
- Poziom funkcjonalny
  - od wiedzy do radzenia sobie z wiedzą



## **Zadania nowego specjalisty EZ/PR**

### **w odniesieniu do indywidualnego pacjenta, by mu pomóc:**

- podjąć świadomą decyzję co do poddania się lub nie poddania się przesiewowemu testowi genetycznemu,
- zrozumieć znaczenie i implikacje związane z wykonaniem testu i jego wynikiem,
- upewnić się co do zachowania prywatności i ochrony poufności kodu genetycznego i wszystkich innych danych,
- przygotować się i poradzić sobie z wynikami dodatniego testu.