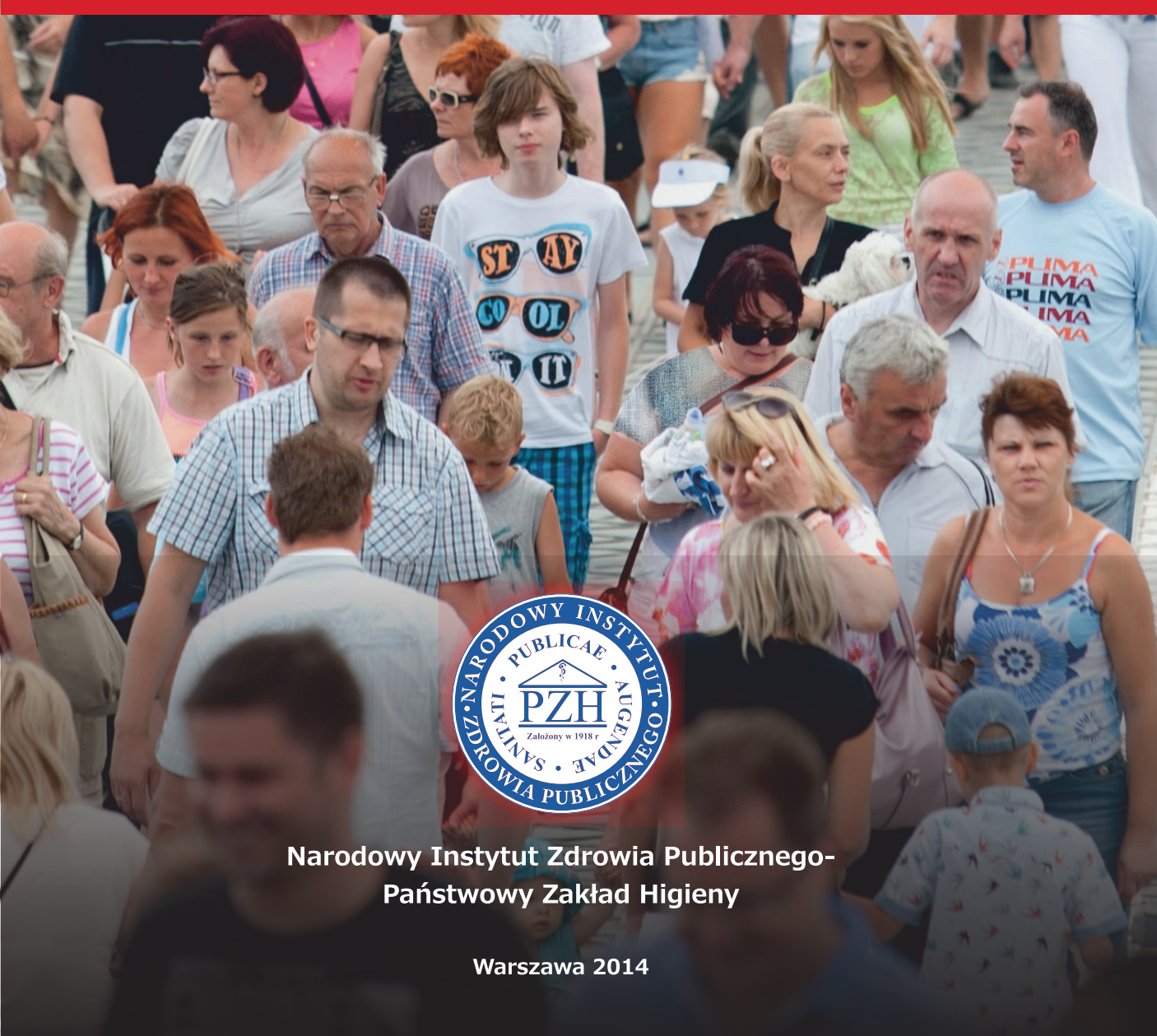


Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego

pod redakcją Doroty Cianciary



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-
Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2014

Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego

pod redakcją Doroty Cianciary



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-
Państwowy Zakład Higieny

Warszawa 2014

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-
Państwowy Zakład Higieny, 2014

Przedruk materiałów w całości lub w części jest możliwy wyłącznie za zgodą
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny.
Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

Redakcja naukowa:

Dr hab.n.med. Dorota Cianciara

Recenzja naukowa:

Dr hab.n.med. Piotr Tyszkowski

Redakcja techniczna:

3.D.K Dorota Kosz
ul. Narutowicza 14/17, 70-240 Szczecin

Projekt okładki:

3.D.K Dorota Kosz
ul. Narutowicza 14/17, 70-240 Szczecin

Zdjęcie na okładce:

© Copyright by Radosław Piotr Reroń
www.niezwykly.szczecin.pl

ISBN 97 883 893 790 92

Publikacja dofinansowana z grantu MNiSW „Stan badań z dziedziny zdrowia publicznego –
ewaluacja piśmiennictwa, mapa drogowa” (nr rej. N N404 0536 39)

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
www.pzh.gov.pl

Skład, druk i oprawa:

Libra-Print
Al. Legionów 114b, 18-400 Łomża
Tel: 86 473 77 84
e-mail: biuro@libra-print.pl
www.libra-print.pl

Spis treści

Przedmowa	11
-----------------	----

Część 1. Komponenty zdrowia publicznego

1. Zdrowie publiczne – nauka i sztuka poprawy zdrowia populacji oraz jakości życia ludzi

Dorota Cianciara, Mirosław J. Wysocki

1.1. Najważniejsze fakty	15
1.2. Wstęp	15
1.3. Definicje zdrowia publicznego	16
1.3.1. Definicja <i>Winslowa</i>	16
1.3.2. Definicja <i>Shepsa (Milbank Memorial Fund)</i>	16
1.3.3. Definicja <i>Achesona</i>	16
1.3.4. Definicja <i>PAHO/WHO</i>	16
1.3.5. Inne definicje zdrowia publicznego	17
1.3.6. Nowe zdrowie publiczne	17
1.4. Podstawowe funkcje zdrowia publicznego	19
1.4.1. USA, 1988 (<i>core functions</i>)	19
1.4.2. USA, 1994 (<i>essential public health services</i>)	19
1.4.3. WHO, 1998 (<i>essential public health functions</i>)	20
1.4.4. Australia, 2000 (<i>core public health functions</i>)	21
1.4.5. Wielka Brytania, 2001 (<i>scope of modern public health system</i>)	21
1.4.6. Polska, 2001	22
1.4.7. <i>PAHO/WHO</i> , 2002 (<i>essential public health functions</i>)	23
1.4.8. WHO, Regional Office for the Western Pacific, 2003 (<i>essential public health functions</i>)	23
1.4.9. Kanada, Kolumbia Brytyjska, 2005 (<i>core functions framework</i>)	24
1.4.10. Nowa Zelandia, 2011 (<i>public health's core business</i>)	27
1.4.11. WHO Regional Committee for Europe, 2012 (<i>essential public health operations-EPHOs</i>)	27
1.5. Podsumowanie	27
1.6. Piśmiennictwo	28

2. Zdrowie we wszystkich politykach – znaczenie i źródła

Anna Dębska

2.1. Najważniejsze fakty	30
2.2. Wstęp	30
2.3. Charakterystyka podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”	31
2.3.1. Myśl przewodnia w podejściu „Zdrowie we wszystkich politykach”	31
2.3.2. Teoretyczne podłoże podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”	33
2.3.3. Praktyczne konsekwencje podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”	34
2.3.4. Narzędzia podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach” – ocena oddziaływania na zdrowie	35
2.4. Historia podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”	36
2.5. Podsumowanie	38
2.6. Piśmiennictwo	38

3. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – geneza i rola w zdrowiu publicznym

Rafał Halik

3.1. Najważniejsze fakty	42
3.2. Wstęp.....	42
3.3. Geneza Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)	42
3.4. Narodowy Program Zdrowia 1996-2005 i monitorowanie jego efektów	43
3.5. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 – ramy instytucjonalne i monitorowanie	46
3.5.1. Metody i wyniki monitorowania realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015	48
3.6. Nowe koncepcje monitorowania Narodowego Programu Zdrowia.....	50
3.7. Inne plany i polityki zdrowotne	51
3.7.1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych	51
3.7.2. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020.....	52
3.8. Podsumowanie	53
3.9. Piśmiennictwo	53

Część 2. Badania naukowe w ochronie zdrowia

4. Badania naukowe dla lepszego zdrowia (i dobrobytu) widziane z perspektywy międzynarodowej

Dorota Cianciara

4.1. Najważniejsze fakty	57
4.2. Wstęp.....	57
4.3. Lata 90. XX wieku	60
4.3.1. <i>Commission on Health Research for Development</i>	60
4.3.2. <i>Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options</i>	61
4.3.3. <i>Global Forum for Health Research (GFHR)</i>	62
4.4. Lata 2000-2013.....	63
4.4.1. <i>International Conference on Health Research for Development, Bangkok, 2000</i>	63
4.4.2. <i>Commission on Macroeconomics and Health, 2001</i>	63
4.4.3. <i>Ministerial Summit on Health Research, Mexico City, 2004</i>	63
4.4.4. <i>World report on knowledge for better health, 2004</i>	64
4.4.5. <i>Task Force on Health Systems Research, 2003-2005</i>	64
4.4.6. Rezolucja WHA58.34: <i>Ministerial Summit on Health Research, 2005</i>	65
4.4.7. Rezolucja WHA60.1: <i>WHO's role and responsibilities in health research, 2007</i>	65
4.4.8. <i>Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako, 2008</i>	65
4.4.9. Rezolucja WHA63.21: <i>WHO's role and responsibilities in health research, 2010</i>	66
4.4.10. <i>Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, 2010</i>	66
4.4.11. <i>Strategy on health policy and systems research, 2012</i>	67
4.4.12. <i>Global Symposium on Health Systems Research, Pekin, 2012</i>	67
4.4.13. <i>WHO strategy on research for health, 2010-2012</i>	68
4.4.14. <i>World Health Report: Research for universal health coverage, 2013</i>	69
4.5. Podsumowanie	70
4.6. Piśmiennictwo	70

5. System badań w dziedzinie zdrowia

Dorota Cianciara

5.1. Najważniejsze fakty	73
5.2. Wstęp.....	73
5.3. Rodzaje badań w dziedzinie zdrowia	74

5.3.1. Badania polityk i systemów zdrowotnych.....	75
5.3.2. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego	75
5.3.3. Badania transdyscyplinarne	76
5.4. Składowe systemu badań w dziedzinie zdrowia	77
5.4.1. Podwaliny i zadania systemu badań w dziedzinie zdrowia	79
5.4.2. Działania systemu badań w dziedzinie zdrowia	80
5.4.3. Ocena systemu badań w dziedzinie zdrowia	81
5.4.4. Budowa systemu badań w dziedzinie zdrowia	83
5.5. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego w Europie	86
5.6. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce.....	87
5.7. Podsumowanie	89
5.8. Piśmiennictwo	89

6. Ustalanie priorytetów badań w dziedzinie zdrowia

Dorota Cianciara

6.1. Najważniejsze fakty	94
6.2. Wstęp.....	94
6.3. Podejścia do określania priorytetów	96
6.3.1. Podejścia wykorzystujące obciążenie chorobami (<i>burden of diseases – BOD</i>)	96
6.3.2. Niezbędne krajowe badania w dziedzinie zdrowia (podejście <i>ENHR – Essential National Health Research</i>)	96
6.3.3. Matryca trójwymiarowa (<i>3D Combined Approach Matrix – 3D CAM</i>).....	100
6.3.4. Metoda <i>Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)</i>	102
6.3.5. Metoda <i>Council on Health Research for Development (COHRED)</i>	103
6.3.6. Elementy wspólne podejść <i>ENHR, 3D CAM, CHNRI, COHRED</i>	107
6.4. Podsumowanie	107
6.5. Piśmiennictwo	108

7. Translacja wiedzy – wprowadzenie do tematyki

Dorota Cianciara

7.1. Najważniejsze fakty	111
7.2. Wstęp.....	111
7.3. Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia	112
7.4. Terminologia stosowana w translacji wiedzy.....	113
7.4.1. Wiedza	113
7.4.2. Dowód	115
7.4.3. Innowacja.....	115
7.4.4. Medycyna oparta na dowodach	116
7.4.5. Zdrowie publiczne oparte na dowodach	116
7.4.6. Polityka zdrowotna	116
7.4.7. Polityka zdrowotna oparta na dowodach	116
7.4.8. Translacja wiedzy	117
7.4.9. Problemy terminologiczne.....	117
7.4.10. Próby unifikacji terminologii	118
7.4.11. Problemy z wyszukiwaniem pozycji piśmiennictwa	119
7.5. Zakres translacji wiedzy.....	121
7.6. Zakres tematyczny piśmiennictwa naukowego na temat translacji wiedzy.....	122
7.7. Niekomercyjna translacja wiedzy	123
7.8. Podsumowanie	123
7.9. Piśmiennictwo	124

8. Translacja wiedzy –relacje badaczy i użytkowników badań

Dorota Cianciara

8.1. Najważniejsze fakty	129
8.2. Wstęp.....	129
8.3. Schematy powiązań badań z działaniami	131
8.3.1. Model <i>Lavisa</i> i współpracowników	131
8.3.2. <i>RAPID research-to-policy framework</i>	133
8.4.1. Świadomość dyrektorów odnośnie do aktualnych problemów zdrowotnych i potrzeby reagowania (USA)	135
8.4. Relacje badaczy z twórcami polityk w świetle badań.....	134
8.4.2. Preferencje twórców polityk i ich oczekiwania wobec badań (USA).....	136
8.4.3. Czynniki ułatwiające i utrudniające wykorzystanie badań przez twórców polityk (dane międzynarodowe)	137
8.4.4. Zachowania i zwyczaje twórców polityk związane z wykorzystaniem badań (Minnesota, USA).....	138
8.4.5. Opinie twórców polityk o badaczach z dziedziny zdrowia publicznego (Australia) ..	139
8.4.6. Znaczenie treści przekazu na temat nowotworów piersi kierowanego do twórców polityk (USA)	139
8.5. Podstawowe rozbieżności między nauką i polityką	141
8.6. Podsumowanie	143
8.7. Piśmiennictwo	143

9. Translacja wiedzy – podejścia i metody

Dorota Cianciara

9.1. Najważniejsze fakty	146
9.2. Wstęp.....	146
9.3. Podejścia do translacji wiedzy	147
9.3.1. Schemat <i>Lavisa</i> i współpracowników	147
9.3.2. Ottawski model wykorzystania badań.....	148
9.3.3. Schemat <i>Grahama</i> i współpracowników	149
9.3.4. Model <i>Parenta</i> i współpracowników	151
9.3.5. Inne podejścia do translacji wiedzy	151
9.4. Znaczenie komunikacji w translacji wiedzy	153
9.5. Brokerstwo wiedzy.....	154
9.6. Podsumowanie	156
9.7. Piśmiennictwo	157

Część 3. Potencjał badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce

10. Zdrowie publiczne w Polsce w latach 2000-2012 na podstawie zawartości polskiej bibliografii lekarskiej

Barbara Niedźwiedzka, Michał Witkowski, Dorota Cianciara

10.1. Najważniejsze fakty	161
10.2. Wstęp.....	162
10.3. Metoda wyszukiwania pozycji piśmiennictwa.....	162
10.4. Omówienie wyników	167
10.4.1. Liczba publikacji według tematyki	167
10.4.2. Liczba publikacji według roku wydania.....	174
10.4.3. Liczba publikacji według czasopisma	178
10.5. Podsumowanie	180

10.6. Piśmiennictwo	180
11. Czasopisma naukowe w dziedzinie zdrowia	
<i>Małgorzata Gajewska, Katarzyna Lewtak, Ewa Urban, Maria Piotrowicz, Dorota Cianciara</i>	
11.1. Najważniejsze fakty	181
11.2. Wstęp	181
11.3. Geneza czasopism naukowych	182
11.4. Liczba czasopism i publikacji	184
11.5. Język publikacji	186
11.6. Dostępność publikacji <i>on-line</i>	187
11.7. Punktacja czasopism	187
11.8. Liczba i rodzaj publikowanych prac, zasady pisania artykułów	190
11.9. Podsumowanie	192
11.10. Piśmiennictwo	192
12. Priorytety badawcze i stan badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce	
<i>Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Katarzyna Lewtak, Dorota Cianciara</i>	
12.1. Najważniejsze fakty	194
12.2. Wstęp	194
12.3. Priorytety zdrowotne i badawcze w zdrowiu publicznym w Polsce	196
12.3.1. Strategiczne kierunki badań naukowych i prac rozwojowych w zdrowiu wyznaczone przez NCBR	196
12.3.2. Projekty badawcze sfinansowane przez Komitet Badań Naukowych (KBN), Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) i Narodowe Centrum Nauki (NCN)	197
12.4. Artykuły oryginalne z wybranych polskich czasopism naukowych z dziedziny zdrowia publicznego	199
12.4.1. Badane populacje	200
12.4.2. Tematyka badań	202
12.4.3. Rodzaj badań i narzędzia badawcze	203
12.5. Podsumowanie	203
12.6. Tytuły projektów badawczych zakwalifikowanych do finansowania w ramach konkursów NCN (OPUS, PRELUDIUM, SONATA) w latach 2011-2013	204
12.7. Piśmiennictwo	220
13. Zainteresowanie problematyką zdrowia kobiet oraz mężczyzn – ilościowa i jakościowa analiza publikacji w wybranych bazach bibliograficznych <i>on-line</i>	
<i>Ewa Urban, Maria Piotrowicz, Dorota Cianciara, Małgorzata Gajewska, Katarzyna Lewtak</i>	
13.1. Najważniejsze fakty	221
13.2. Wstęp	221
13.3. Popularność tematyki zdrowia kobiet oraz mężczyzn w wybranych internetowych bazach bibliograficznych	222
13.3.1. Analiza ilościowa publikacji w bazie <i>MEDLINE/PubMed</i>	224
13.3.2. Analiza ilościowa publikacji w bazie Polska Bibliografia Lekarska	226
13.3.3. Analiza jakościowa w bazie Polska Bibliografia Lekarska	228
13.4. Podsumowanie	229
13.5. Tytuły prac dotyczących wybranych sfer zdrowia kobiet oraz mężczyzn zaindeksowane w bazie PBL i opublikowanych w latach 1991 - (czerwiec) 2012	230
13.6. Piśmiennictwo	238

14. Widoczność Polski w europejskim piśmiennictwie z dziedziny zdrowia publicznego

Dorota Cianciara, Barbara Niedźwiedzka, Michał Witkowski, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Anna Poznańska, Katarzyna Lewtak

14.1. Najważniejsze fakty	239
14.2. Wstęp.....	240
14.3. Konteksty widoczności piśmiennictwa i(lub) badań.....	242
14.4. Schemat koncepcyjny widoczności publikacji z dziedziny zdrowia publicznego.....	243
14.5. Operacjonalizacja widoczności publikacji z dziedziny zdrowia publicznego	244
14.6. Widoczność Polski na tle innych krajów.....	246
14.6.1. Liczba i tematyka publikacji	246
14.6.2. Krajowa specyfika tematyczna publikacji	246
14.6.3. Dynamika publikowania	247
14.6.4. Widoczność względna i kontekst krajowy	249
14.7. Podsumowanie	252
14.8. Piśmiennictwo	253

15. Ilu badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego jest w Polsce? Gdzie pracują?

Katarzyna Lewtak, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Dorota Cianciara

15.1. Najważniejsze fakty	257
15.2. Wstęp.....	258
15.3. Źródła wiedzy o badaczach, jednostkach naukowych oraz towarzystwach naukowych i zawodowych z dziedziny zdrowia publicznego w Polsce	258
15.3.1. POL-on (http://polon.nauka.gov.pl/)	258
15.3.1.1. Osoby ze stopniami naukowymi i tytułem naukowym.....	259
15.3.1.2. Jednostki naukowe prowadzące działalność badawczo-rozwojową w dziedzinie zdrowia publicznego.....	261
15.3.1.3. Szkoły wyższe prowadzące studia na kierunku zdrowie publiczne.....	262
15.3.2. Nauka Polska (http://www.nauka-polska.pl)	266
15.3.2.1. Ludzie Nauki.....	267
15.3.2.2. Towarzystwa naukowe oraz medyczne towarzystwa zawodowe związane z problematyką zdrowia publicznego	269
15.3.3. System Wspomagania Wyboru Recenzentów	278
15.3.4. Centralny Rejestr Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej Naczelnej Izby Lekarskiej... ..	289
15.3.5. <i>Index Copernicus International</i>	289
15.4. Podsumowanie	290
15.5. Piśmiennictwo	291

16. Wstępne wyniki badania „Moja praca w zdrowiu publicznym”

Katarzyna Lewtak, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Dorota Cianciara

16.1. Najważniejsze fakty	292
16.2. Cel i procedura badania.....	293
16.2.1. Cel badania	293
16.2.2. Osoby badane	294
16.2.3. Metody badania	294
16.2.4. Sposób prezentacji wstępnych wyników.....	295
16.3. Charakterystyka społeczno-demograficzna badaczy	295
16.3.1. Płeć oraz wiek badanych	295
16.3.2. Ocena sytuacji materialnej badanych oraz sposoby jej poprawy	295
16.4. Charakterystyka sytuacji zawodowej badaczy	296
16.4.1. Ukończony kierunek studiów	296
16.4.2. Posiadany tytuł zawodowy, stopień i/lub tytuł naukowy	297

16.4.3. Podstawowe miejsce pracy	297
16.4.4. Lokalizacja macierzystych jednostek naukowych.....	298
16.4.5. Publikowanie prac w czasopismach posiadających <i>impact factor (IF)</i>	298
16.4.6. Uczestnictwo w portalach społecznościowych naukowców	299
16.5. Opinie badaczy o potencjale/kondycji zdrowia publicznego w Polsce.....	300
16.5.1. Potrzeba uzgodnienia funkcji zdrowia publicznego właściwych dla Polski	300
16.5.2. Potrzeba stworzenia ustawy o zdrowiu publicznym.....	300
16.5.3. Obszary zdrowia publicznego możliwe do sprywatyzowania.....	300
16.5.4. Zgodność badań i działań zdrowia publicznego z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa	302
16.5.5. Dominacja podejścia biomedycznego w badaniach	303
16.5.6. Dziedziny nauki, które należałoby wzmocnić w zdrowiu publicznym	304
16.5.7. Uwarunkowania zdrowia, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach	305
16.5.8. Elementy infrastruktury systemu ochrony zdrowia, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach	305
16.5.9. Problemy zdrowotne, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach	306
16.5.10. Grupy docelowe, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach	307
16.5.11. Kryteria wyboru priorytetów badawczych	307
16.5.12. Rodzaje potrzebnych badań w zdrowiu publicznym	309
16.6. Opinie badaczy o reformie nauki w Polsce.....	310
16.6.1. Czy reforma jest korzystna dla teorii i badań w dziedzinie zdrowia publicznego?... 310	
16.6.2. Czy reforma jest korzystna dla praktyki zdrowia publicznego?.....	310
16.6.3. Czy reforma doprowadzi do tego, że zdrowie publiczne w Polsce dorówna poziomowi z krajów najbardziej zaawansowanych w tej dziedzinie?.....	311
16.6.4. Czy reforma nauki idzie w dobrym kierunku, nie wymaga zmian ani korekt?.....	312
16.6.5. Czy reforma nauki doprowadzi do awansu tylko najlepszych badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego?	312
16.7. Podsumowanie	313
16.8. Piśmiennictwo	314

Część 4. Podsumowanie

17. Kierunki prac nad rozwojem badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce

Dorota Cianciara, Mirosław J. Wysocki

17.1. Uzasadnienie	317
17.2. Przeznaczenie niniejszego opracowania	319
17.3. Adresat opracowania	319
17.4. Założenia	319
17.5. Wizja (pożądana zmiana)	322
17.6. Wartości.....	322
17.7. Cele szczegółowe	323
17.8. Zadania i działania	323
Ad 1. Wzmocnić społeczność badaczy i praktyków zdrowia publicznego	323
Ad 2. Stworzyć zadowalający i efektywny system badań w obszarze zdrowia publicznego	324
Ad 3. Wykorzystać wyniki badań do polityki zdrowotnej i praktyki.	325
17.9. Analiza SWOT rozwoju badań w dziedzinie zdrowia publicznego	326
17.10. Piśmiennictwo	327

Przedmowa

Niniejsza monografia jest podsumowaniem prac podjętych w trakcie realizacji grantu badawczego MNiSW „Stan badań z dziedziny zdrowia publicznego – ewaluacja piśmiennictwa, mapa drogowa” (nr rej. N N404 0536 39), którego celem była diagnoza stanu badań z tej dziedziny w Polsce w kontekście tendencji międzynarodowych. Inspiracją do przeprowadzonych badań i analiz jest teza – powszechnie akceptowana na całym świecie – że największe znaczenie dla poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia zbiorowości ludzi mają badania w dziedzinie zdrowia publicznego oraz badania polityk i systemów zdrowotnych, a nie badania biomedyczne, poświęcone etiologii i leczeniu chorób.

Przede wszystkim zaprezentowano tu wyniki przeprowadzonych badań własnych, dotyczących kondycji badań i stanu kadry badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce. Niektóre wyniki tych badań zostały już opublikowane w czasopiśmie naukowych, inne są dopiero opracowywane w celu ich opublikowania. Ponadto przedstawiono szeroki przegląd aktualnego, światowego piśmiennictwa naukowego (angielskojęzycznego), poświęconego problematyce wzmocnienia potencjału badań w dziedzinie zdrowia, także w dziedzinie zdrowia publicznego. Zebrany materiał ma całkowicie nowatorski charakter, bowiem nigdy wcześniej nie podjęto próby analizy potencjału badawczego zdrowia publicznego w Polsce, ani też prób wskazania kierunków niezbędnych zmian systemowych.

W części pierwszej pt. „Komponenty zdrowia publicznego” połączono elementy teorii oraz praktyki zdrowia publicznego i zaprezentowano trzy rozdziały poświęcone: (1) definicjom i funkcjom zdrowia publicznego, (2) wiodącej strategii zdrowia publicznego znanej pod nazwą „Zdrowie we wszystkich politykach” oraz (3) realizacji kolejnych Narodowych Programów Zdrowia w Polsce.

Część druga pt. „Badania naukowe w ochronie zdrowia” dotyczy sprawdzonych w wielu krajach zasad i metod budowania systemu badań w dziedzinie zdrowia. W tej części zaprezentowano sześć rozdziałów na temat: (4) stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia w sprawie znaczenia badań naukowych dla poprawy zdrowia ludności, (5) składowych systemu badań i sposobów budowania systemu, (6) najczęściej używanych metod ustalania priorytetów badawczych, (7-9) procesu upowszechniania i wykorzystania wyników badań do celów praktycznych, znanego pod nazwą „translacja wiedzy”.

Część trzecia nosi tytuł: „Potencjał badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce” i obejmuje siedem rozdziałów poświęconych: (10) analizie i ocenie piśmiennictwa w dziedzinie zdrowia publicznego z lat 2000-2012 indeksowanego w Polskiej Bibliografii Lekarskiej, (11) charakterystyce czasopism naukowych z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego, (12) wynikom konkursów ogłaszanych przez NCN i NCBR oraz charakterystyce 1088 artykułów oryginalnych opublikowanych w latach 2007-2011r. w czterech czasopiśmie z dziedziny zdrowia publicznego w Polsce, (13) problematyce zdrowia kobiet i mężczyzn w piśmiennictwie krajowym i światowym, (14) widoczności Polski w europejskim piśmiennictwie z dziedziny zdrowia publicznego, a także (15) oszacowaniu liczby badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce oraz (16) opiniom polskich badaczy na temat stanu badań w dziedzinie zdrowia publicznego oraz reformy nauki.

Część czwarta, pt.: „Podsumowanie” zawiera tylko jeden rozdział (17), w którym zaproponowano kierunki niezbędnych – zdaniem autorów tej monografii – prac, których celem powinno być wzmocnienie badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce. Rozdział ten stanowi materiał do dyskusji nad przyszłymi strategiami zwiększenia potencjału badań.

Przedstawiony P.T. Czytelnikom materiał jest bardzo obszerny. Niemniej – nie wyczerpuje wszystkich wątków istotnych w ocenie aktualnego potencjału badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce oraz tematów związanych z rozwojem systemu takich badań. Dlatego zachęcamy wszystkich Państwa do dyskusji nad kierunkami poprawy sytuacji oraz dalszych badań i analiz.

Autorzy

Część 1

Komponenty zdrowia publicznego

1. Zdrowie publiczne -
nauka i sztuka poprawy zdrowia populacji oraz jakości życia ludzi
Dorota Cianciara, Mirosław J. Wysocki15
 2. Zdrowie we wszystkich politykach - znaczenie i źródła
Anna Dębska 30
 3. Narodowy Program Zdrowia (NPZ) - geneza i rola w zdrowiu publicznym
Rafał Halik 42
-

1. ZDROWIE PUBLICZNE – NAUKA I SZTUKA POPRAWY ZDROWIA POPULACJI ORAZ JAKOŚCI ŻYCIA LUDZI

Dorota Cianciara^{1,2}, Mirosław J. Wysocki²

¹ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
² Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

1.1. Najważniejsze fakty

- Istnieje wiele historycznych oraz współczesnych definicji i wykładni zdrowia publicznego. Różnią się pod względem m.in. zakresu uwzględnionych funkcji zdrowia publicznego oraz zadań dla pracowników a także zakresu rozpatrywanych uwarunkowań zdrowia.
- W kilku krajach oraz w grupach państw należących do regionów Światowej Organizacji Zdrowia sformułowano i uzgodniono listy podstawowych funkcji zdrowia publicznego, zgodne z miejscowym kontekstem historycznym oraz potrzebami.
- Niezależnie od podejścia do istoty zdrowia publicznego oraz jego podstawowych funkcji powszechnie podkreśla się, że dziedzina ta ma do spełnienia ważną misję społeczną, dąży do sprawiedliwości i równości w zdrowiu, koncentruje się na zbiorowym wymiarze zdrowia oraz ma ewidentnie polityczny charakter. Właściwości te przyczyniają się do tego, że zdrowie publiczne ma ścisły związek z wieloma obszarami nauk oraz nieustannie rozwija się.

1.2. Wstęp

Pojęcie „zdrowie publiczne”, zakorzenione w tradycji anglosaskiej, rozumiane jako rodzaj działalności naukowej i praktycznej na rzecz zdrowia, stało się popularne w Polsce w okresie przed akcesją do Unii Europejskiej. Zwłaszcza po roku 1997, kiedy to rozpoczęły się negocjacje akcesyjne i proces dostosowawczy do *acquis communautaire*. Wcześniej używano terminów takich jak „medycyna społeczna”, „medycyna zapobiegawcza”, „higiena”, „nadzór sanitarno-epidemiologiczny” *etc.*, które nie są jednak tożsame ze zdrowiem publicznym [1,2].

Jak można wyczytać z piśmiennictwa przedwojennego, na przykład z prac profesorów *Marcina Kacprzaka* i *Edwarda Grzegorzewskiego*, ten rodzaj działalności ludzkiej nazywano kiedyś w Polsce zazwyczaj higieną społeczną. Zdrowie publiczne było raczej synonimem „zdrowia społeczeństwa”, co zdaje się wynikać m.in. z zapisów Zasadniczej Ustawy Sanitarnej z 19 lipca 1919r.

Na początku XXI w. wraz z rosnącą w Polsce popularnością tej „nowej” dziedziny ukazało się sporo artykułów przeglądowych i dyskusyjnych poświęconych temu obszarowi [3-15]. Wydaje się zatem, że nie ma potrzeby powtarzania podstawowych informacji na temat zdrowia publicznego. W niniejszym opracowaniu przytoczono niektóre historyczne i współczesne definicje zdrowia publicznego. Podano także listy funkcji zdrowia publicznego sformułowane i uzgodnione w różnych

krajach. Ponadto przypomniano funkcje zdrowia publicznego opisane przez prof. *Jerzego Leowskiego*. Listy funkcji podano w porządku logicznym i zachowano oryginalną numerację, w tych przypadkach, w których była zastosowana.

1.3. Definicje zdrowia publicznego

1.3.1. Definicja *Winsłowa*

Definicja *Charlesa-Edwarda Amory'ego Winsłowa* jest cytowana w wersji rozszerzonej w dwóch wariantach, a nierzadko w formie bardzo skróconej. W wersji najbardziej rozbudowanej przedstawia się następująco [16]: „Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobie, wydłużania życia oraz promowania zdrowia i wydajności poprzez zorganizowany wysiłek społeczności (*organized community efforts*) podejmowany w celu higienizacji (*sanitation*) środowiska, kontroli chorób zakaźnych, edukacji jednostek w kwestiach higieny osobistej, organizacji usług medycznych i opiekuńczych, które służą wczesnej diagnozie i zapobiegawczemu leczeniu chorób, oraz rozwijania maszyny społecznej (*social machinery*), aby zapewnić każdemu standard życia niezbędny do utrzymania zdrowia, a więc organizacji tych korzyści, które umożliwią każdemu obywatelowi realizację przynależnego mu z urodzenia prawa do zdrowia i długowieczności”.

Jakkolwiek historycznie nie była to pierwsza definicja, to jednak uznawana jest za klasyczną. W takiej wersji przyjął ją *WHO Expert Committee on Public-Health Administration* w grudniu 1951r. [17]. Niemniej, np. *WHO/EURO* używa dzisiaj definicji *Achesona*.

1.3.2. Definicja *Shepsa (Milbank Memorial Fund)*

Definicja ta jest często cytowana w polskim piśmiennictwie: „Zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania zdrowia ludziom. Programy, świadczenia i instytucje z nim związane, ukierunkowane są na zapobieganie chorobom oraz na potrzeby zdrowotne populacji jako całości. Działania z zakresu zdrowia publicznego zmieniają się w miarę zmian technologii i wartości społecznych lecz cele pozostają te same: zmniejszenie chorobowości i liczby przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących niepełnosprawność i cierpienie” [18].

1.3.3. Definicja *Achesona*

Definicja *Winsłowa* została przetworzona przez *Donalda Achesona*, który w 1988r. w Wielkiej Brytanii opisał zdrowie publiczne jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobie, wydłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki (*efforts*) społeczeństwa (*society*)” [19].

1.3.4. Definicja *PAHO/WHO*

„Zorganizowany wysiłek społeczeństwa, przede wszystkim za pośrednictwem instytucji publicznych, podejmowany w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia populacji

w wyniku wspólnego działania. Obejmuje świadczenia takie jak analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór epidemiologiczny, promocja zdrowia, zapobieganie, kontrola chorób zakaźnych, ochrona środowiska i warunków sanitarnych, przygotowanie do katastrof i reagowanie na nie, higiena i medycyna pracy (*occupational health*) i inne” [20].

1.3.5. Inne definicje zdrowia publicznego

W 1958r. *Goeffrey Vickers* (1894-1982), brytyjski prawnik i badacz systemów, stwierdził, że: „Punkty zwrotne w historii politycznej, ekonomicznej i społecznej są momentami, kiedy pewne okoliczności przestają być dane i oczywiste, a zaczynają być trudne do tolerowania. Wierzę, że historia zdrowia publicznego może być opisana jako kronika następujących po sobie kroków redefiniowania tego, co nie jest możliwe do zaakceptowania” [21].

W 2004r. *Robert Beaglehole* i współautorzy zaproponowali termin „zdrowie publiczne nowej ery”, przez który rozumieją „zbiorowe działania, które zmierzają do trwałej (*sustained*) poprawy zdrowia całej populacji” [22]. Wraz z taką definicją autorzy nakreślili najważniejsze kierunki działań: (a) przywództwo w całym systemie zdrowotnym, (b) współpraca wszystkich sektorów społecznych, (c) wielodyscyplinarne podejście do wszystkich uwarunkowań zdrowia, (d) zaangażowanie polityczne w kreowaniu polityki zdrowia publicznego, (e) partnerstwo z populacjami, którym się służy.

Wyróżnia się również globalne i międzynarodowe zdrowie publiczne, aczkolwiek podział ten nie jest całkowicie jednoznaczny [23].

W 2012r. *Tim Lang* i *Goef Rayner* zaproponowali zaś ekologiczny model zdrowia publicznego, który wyrasta z wcześniejszych podejść i integruje zdrowie publiczne sanitarno-środowiskowe, biomedyczne, społeczno-behawioralne oraz techno-ekonomiczne [24]. W marcu 2014r. w czasopiśmie *The Lancet* opublikowano manifest na rzecz zdrowia planetarnego.

Warto zwrócić uwagę, że w analizie 15 definicji zdrowia publicznego, opublikowanych w latach 1998-2011 i używanych przez poszczególnych interesariuszy na arenie międzynarodowej oraz w kontekstach krajowych, uwidoczniły się znaczące różnice w ich treści [25]. Dotyczyły one: (a) zakresu uwzględnionych funkcji zdrowia publicznego oraz zadań dla pracowników, (b) podejścia (normatywne lub opisowe), (c) zakresu rozpatrywanych czynników społeczno-ekonomicznych, które powiązano ze zdrowiem (np. globalizacja, zmiana klimatu, bezdomność).

1.3.6. Nowe zdrowie publiczne

Zgodnie z definicją z 1986r. nowe zdrowie publiczne to „profesjonalna i społeczna troska o całe środowisko dla zdrowia” [26]. Podkreślono, że termin ten wywodzi się ze starego zdrowia publicznego, które zwłaszcza w XIX w. dążyło do redukcji tych czynników ryzyka dla zdrowia, które płyną ze środowiska fizycznego. Obecnie, z dodanym epitetem, obejmuje także środowisko społeczno-ekonomiczne, jak np. wysokie bezrobocie. Zwrócono uwagę, że termin ten powinien być stosowany do kwestii środowiskowych z wyłączeniem zagadnień dotyczących jednostkowych świadczeń zdrowotnych, nawet zapobiegawczych, takich jak szczepienia ochronne oraz kontrola urodzeń. Sugeruje to, że w pierwotnym zamyśle chciano zerwać z tradycją i zwyczajowymi działaniami zdrowia publicznego. Kilkanaście lat później w słowniku promocji zdrowia utrzymano rozróżnienie

„starego” i nowego zdrowia publicznego, aczkolwiek stwierdzono, że w przyszłości może to być już niepotrzebne, jeśli nowe podejście zostanie włączone do głównego nurtu działania [27]. W zestawieniu 1.1. podano zasadnicze różnice między „starym” i nowym zdrowiem publicznym [28,29].

Zestawienie 1.1. Kontrasty „starego” i nowego zdrowia publicznego, wg *Macfarlane SB, Irvin A.*, 2009; *Baum F.*, 2008

Czynnik różnicujący	Stare, ortodoksyjne zdrowie publiczne	Nowe zdrowie publiczne
Grupa w centrum zainteresowania	Populacja, grupy wysokiego ryzyka	Zbiorowości (np. grupy, organizacje społeczne, społeczność)
Cele	Zmniejszanie umieralności przedwczesnej, chorobowości, niepełnosprawności	Poprawa zdrowia, dobrostanu i jakości życia
Wartości	Zapobieganie cierpieniu, nauka, poprawa warunków grup specjalnej troski, sprawiedliwość społeczna, równość	Równość i sprawiedliwość, wzmocnienie, samookreślenie, społeczność, kultura, różnorodność, poprawa jakości życia
Sposoby tworzenia wiedzy	Epidemiologia, oparcie na dowodach, rygorystyczny schemat badania	Uczestniczące, jakościowe, quasi-eksperymentalne, różne metody, wielodyscyplinarne, krytykujące
Koncepcje wyjściowe	Ryzyko, choroba, zdrowie jako brak choroby, zapobieganie, model medyczny, uwarunkowania chorób	Siła, zdrowie i dobrostan, promocja, ludzie, wzmocnienie, społeczność, model społeczny, uwarunkowania zdrowia
Sposoby interwencji	Legislacja, polityka, duże interwencje odgórne (<i>top-down</i>), regulacja, media, edukacja, wczesne leczenie	Rozwój społeczności, samookreślenie i uczestnictwo, informacja, pozyskiwanie zasobów, działania wynikające z oczekiwań
Udział profesjonalistów medycznych	Planowanie, tworzenie polityki, decyzje i priorytety eksperckie, współpraca międzysektorowa, wiodąca rola, bierność	Wspieranie priorytetów określonych przez ludzi, partnerstwo, ułatwianie społeczności sprawowania kontroli nad przedsięwzięciami, tworzenie zasobów, aktywność
Ogólna atmosfera	Chłód, zobowiązanie, naukowość, mierzalność	Pasja, entuzjazm, intuicja, działanie

Ponadto w piśmiennictwie istnieją inne definicje lub wykładnie nowego zdrowia publicznego. Na uwagę zasługuje tu opinia z 1995r. [30]: „W skrócie, nowe zdrowie publiczne jest nie tyle koncepcją co filozofią; nowym podejściem, które nie może być określone słowem, ale które poszerza starsze rozumienie zdrowia publicznego (zdrowie populacji obejmuje zdrowie jednostki), aby lepiej rozwiązywać współczesne problemy (np. kwestie ochrony środowiska, zagadnienia rozwoju politycznego i społecznego), których nie uznawano wcześniej za problemy zdrowotne. W związku z tym żadna definicja nie będzie wyczerpująca i w tym tkwi siła, ponieważ daje to tej koncepcji pewną elastyczność, która pozwoli jej na uwzględnienie przyszłych wyzwań, jakie będą się jeszcze pojawiać”.

1.4. Podstawowe funkcje zdrowia publicznego

1.4.1. USA, 1988 (*core functions*)

W roku 1988 i 1994 *Committee for the Study of the Future of Public Health* w USA, a następnie amerykańskie *Center for Disease Control (CDC)* w Atlancie, po raz pierwszy w historii podjęły próbę zdefiniowania podstawowych funkcji zdrowia publicznego. W 1988r. do podstawowych funkcji agencji zdrowia publicznego na wszystkich poziomach zaliczono [31]:

- szacowanie (*assessment*): regularne i systematyczne zbieranie, gromadzenie, analizowanie i udostępnianie informacji o zdrowiu społeczności, w tym statystyk dotyczących stanu zdrowia, potrzeb zdrowotnych społeczności, badań epidemiologicznych oraz innych badań problemów zdrowotnych;
- tworzenie polityki (*policy development*): opracowanie wszechstronnych polityk zdrowia publicznego poprzez promowanie wykorzystania wiedzy naukowej do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia publicznego oraz poprzez liderowanie w tworzeniu polityki zdrowia publicznego; agencje mają łączyć strategiczne podejście z akceptacją demokratycznych procesów politycznych;
- wykonanie (*assurance*): osiągnięcie założonych celów poprzez zachęcanie do działania innych podmiotów (publicznych i prywatnych) oraz wymaganie takich działań w wyniku regulacji, albo bezpośrednio dostarczanie świadczeń; agencje powinny włączać kluczowych twórców polityk oraz populację generalną do określania priorytetowych świadczeń indywidualnych oraz przeznaczonych dla społeczności; świadczenia indywidualne, dotowane lub bezpośrednio wykonane, powinny być zagwarantowane wszystkim osobom, których nie stać na nie.

1.4.2. USA, 1994 (*essential public health services*)

Do dziesięciu podstawowych świadczeń wyróżnionych w 1994r. (ryc.1.1) zaliczono [32]:

Szacowanie

1. Monitorowanie stanu zdrowia, aby identyfikować oraz rozwiązywać problemy zdrowotne społeczności.
2. Diagnozowanie oraz badanie problemów zdrowotnych oraz zagrożeń dla zdrowia w społeczności.

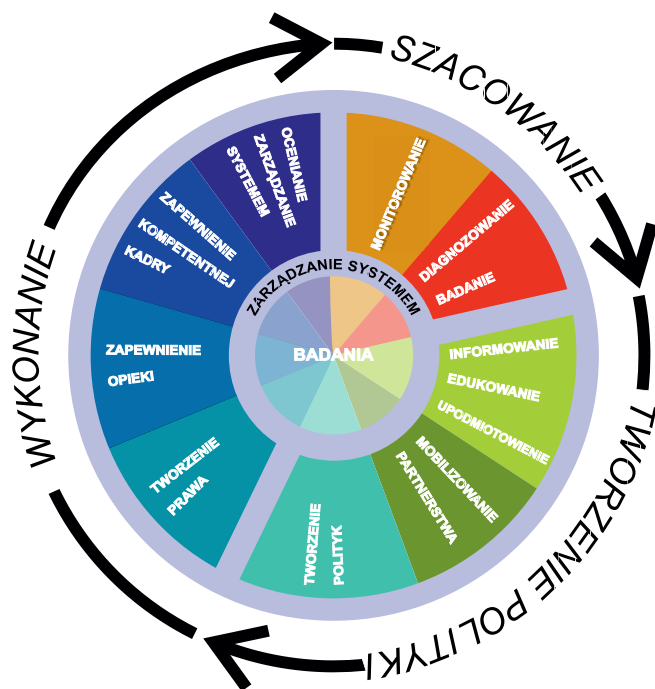
Tworzenie polityki

3. Informowanie, edukowanie oraz wzmacnianie (upodmiotowienie; *empowerment*) ludzi w kwestiach związanych ze zdrowiem.
4. Mobilizowanie partnerstwa oraz działań w społeczności w celu identyfikowania oraz rozwiązywania problemów zdrowotnych.
5. Tworzenie polityk i planów, które wspierają indywidualne i społeczne działania na rzecz zdrowia.

Wykonanie

6. Tworzenie prawa i regulacji, które chronią zdrowie i zapewniają bezpieczeństwo.
7. Łączenie ludzi z niezbędnymi indywidualnymi świadczeniami zdrowotnymi oraz zapewnienie świadczeń, jeśli nie są dostępne.
8. Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej.

9. Ocenianie efektywności, dostępności oraz jakości indywidualnych i populacyjnych świadczeń zdrowotnych.
10. Prowadzenie badań w celu uzyskania nowych informacji (*insights*) oraz innowacyjnych rozwiązań problemów zdrowotnych.



Rycina 1.1. Dziesięć podstawowych świadczeń zdrowia publicznego, wg CDC

1.4.3. WHO, 1998 (*essential public health functions*)

Propozycje z USA zostały wzbogacone i uporządkowane w 1998r. przez trzech pracowników centrali Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) w Genewie. Nowa lista i koncepcja podstawowych funkcji zdrowia publicznego powstała w oparciu o wyniki badań przeprowadzonych metodą delficką i obejmujących 67 krajów. Koncepcja ta miała związek z sytuacją zdrowotną w podlegających demokratycznym zmianom państwach centralnej i wschodniej Europy, a także w niepodległych już republikach postsowieckich. Uważano, że funkcje te, jako działania na rzecz zdrowia ludności, powinny stać się integralną i podstawową częścią programów rządowych. Administracja państwowa powinna być odpowiedzialna za sfinansowanie tych działań oraz zapewnienie niezbędnych do ich realizacji sił i środków. Wyróżniono wtedy dziewięć funkcji [33,34]:

1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej (chorobowość i umieralność, determinanty zdrowia, efektywność działań zdrowia publicznego).
2. Ochrona środowiska (bezpieczna woda, jakość i bezpieczeństwo żywności, ścieki, kanalizacja i usuwanie odpadów, kontrola substancji niebezpiecznych).

3. Promocja zdrowia (działania społeczności na rzecz zdrowia, informacja i edukacja dla zdrowia oraz zwiększanie umiejętności życiowych).
4. Zapobieganie chorobom zakaźnym, nadzór nad nimi i ich kontrola (szczepienia ochronne, kontrola ognisk, nadzór epidemiologiczny).
5. Legislacja, regulacje związane ze zdrowiem publicznym.
6. Higiena i medycyna pracy (*occupational health*).
7. Świadczenia zdrowia publicznego (w tym higiena i medycyna szkolna, usługi laboratoryjne, usługi ratunkowe oraz w stanach kryzysowych).
8. Zarządzanie zdrowiem publicznym (współpraca międzynarodowa, polityka zdrowotna, planowanie i zarządzanie, wykorzystanie dowodów naukowych, badania).
9. Opieka nad populacjami podatnymi oraz wysokiego ryzyka (opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny).

1.4.4. Australia, 2000 (*core public health functions*)

Krajowe badanie *Delphi* pozwoliło wyróżnić dziewięć funkcji [35,36]:

1. Szacowanie, analizowanie potrzeb zdrowotnych populacji i oczekiwań społecznych oraz upowszechnianie informacji na ten temat.
2. Zapobieganie chorobom zakaźnym i niezakaźnym oraz urazom, a także kontrolowanie ich poprzez redukcję czynników ryzyka, edukację, badania przesiewowe, szczepienia i inne interwencje.
3. Promowanie i wspieranie stylu życia i zachowań korzystnych dla zdrowia poprzez działania z jednostkami, rodzinami, społecznościami oraz ogółem społeczeństwa.
4. Promowanie, tworzenie i wspieranie polityki prozdrowotnej (*healthy public policy*) w tym poprzez legislację, regulacje i działania fiskalne.
5. Planowanie, finansowanie, zarządzanie programami poprawy zdrowia i budowania potencjału, stworzonych w celu osiągnięcia mierzalnej poprawy sytuacji zdrowotnej, kształtowania umiejętności i kompetencji, wzmocnienia systemów i infrastruktury, a także ocenianie efektów takich programów.
6. Wzmocnienie społeczności i budowanie kapitału społecznego poprzez konsultacje, uczestnictwo, upodmiotowienie.
7. Promowanie, prowadzenie, wspieranie i inicjowanie działań, które zapewniają bezpieczne i zdrowe środowisko.
8. Promowanie, umożliwianie i wspieranie zdrowego wzrostu i rozwoju w trakcie całego życia.
9. Promowanie, prowadzenie i wspieranie działań podejmowanych w celu poprawy sytuacji zdrowotnej Aborygenów, mieszkańców Wysp w Cieśninie Torresa oraz innych grup podatnych.

1.4.5. Wielka Brytania, 2001 (*scope of modern public health system*)

Zakres zdrowia publicznego opisano za pomocą dziesięciu kierunków działania *NHS* [37]:

1. Nadzór nad zdrowiem, monitorowanie i analiza.
2. Badanie ognisk chorób, epidemii i zagrożeń dla zdrowia.

3. Ustanowienie, zaplanowanie programów promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, a także zarządzanie nimi.
4. Włączenie społeczności i obywateli w promowanie zdrowia oraz zmniejszanie nierówności.
5. Tworzenie i utrzymywanie partnerstwa wewnątrzrządowego i międzysektorowego w celu poprawy zdrowia oraz zmniejszenia nierówności.
6. Zapewnienie przestrzegania przepisów i prawa w celu ochrony i promocji zdrowia.
7. Tworzenie i utrzymanie dobrze wykształconej, wyszkolonej, wielodyscyplinarnej siły roboczej zdrowia publicznego.
8. Zapewnienie efektywnego wykonania świadczeń *NHS*, aby osiągać cele poprawy zdrowia, zapobiegania chorobom oraz zmniejszenia nierówności.
9. Badania, rozwój, ewaluacja, innowacja.
10. Zapewnienie jakości działań zdrowia publicznego.

1.4.6. Polska, 2001

Poniższy podział i opis funkcji zdrowia publicznego został zaproponowany przez *Jerzego Leowskiego* w 2001r. [6,7]:

Działania na rzecz ochrony zdrowia ogółu ludności

1. Monitorowanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności.
2. Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych, wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania.
3. Identyfikacja i zwalczanie zagrożeń zdrowotnych w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, nauki, w żywności i wodzie oraz w placówkach służby zdrowia.
4. Zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie kompleksowej pomocy, w tym medycznej, ofiarom katastrof, kataklizmów i klęsk żywiołowych.
5. Zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych, także zawleczonych z zagranicy oraz laboratoryjnej kontroli zagrożeń środowiskowych (powietrza, wody, gleby, żywności) i zagrożeń mogących wynikać z wymiany handlowej z zagranicą.
6. Promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia poprzez promocję zdrowego stylu życia wszystkich obywateli, ze szczególnym uwzględnieniem promocji zachowań prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży i w wybranych grupach wysokiego ryzyka zachorowania.
7. Kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, nowych technologii diagnostycznolecniczych oraz zgodnie ze skalą potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, w tym zapewnienie warunków rozwoju nauk medycznych.
8. Zapewnienie jednolitych, kompleksowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia dotyczących systemu organizacji, finansowania i zarządzania placówkami opieki medycznej, ekonomiki zdrowia, zasad orzecznictwa lekarskiego – zgodnych z konstytucyjnymi uprawnieniami obywateli.
9. Monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad

bioetyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia.

10. Ocena sytuacji zdrowotnej kraju na tle porównań międzynarodowych, analiza wyzwań i zagrożeń wynikających z procesów globalizacji. Miejsce i rola kraju w pracach Światowej Organizacji Zdrowia i innych międzynarodowych i międzyrządowych organizacji działających na rzecz zdrowia.

Działania na rzecz ochrony zdrowia indywidualnych osób

1. Zapewnienie pełnej dostępności służb zapobiegawczych w zakresie szczepień ochronnych, wczesnego wykrywania i leczenia chorób zakaźnych, w tym gruźlicy, AIDS, chorób wenerycznych, chorób zawleczonych z zagranicy.
2. Zapewnienie pełnej dostępności pomocy medycznej dla osób niepełnosprawnych, bezdomnych i innych grup pozbawionych dostępu do świadczeń zdrowotnych.
3. Objęcie niezbędnym zakresem świadczeń leczniczych wybranych chorób o znaczeniu społecznym, w tym chorób psychicznych, uzależnień, cukrzycy itp.
4. Objęcie badaniami skринingowymi i czynnym poradnictwem grup wysokiego ryzyka zachorowania na wybrane choroby o znaczeniu społecznym.
5. Nadzór merytoryczny i pomoc finansowa dla instytucji charytatywnych udzielających pomocy medycznej i społecznej osobom ubogim i upośledzonym.

1.4.7. PAHO/WHO, 2002 (essential public health functions)

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego opisano w 11 punktach, odmiennych od stanowiska ŚOZ i USA [34, 38,39]:

1. Monitorowanie, ocena i analiza stanu zdrowia.
2. Nadzór, badania i kontrola ryzyka oraz zagrożeń dla zdrowia publicznego.
3. Promocja zdrowia.
4. Partycypacja społeczna w ochronie zdrowia.
5. Tworzenie polityk i budowanie potencjału instytucjonalnego do planowania zdrowia publicznego i zarządzania nim.
6. Wzmocnienie regulacji zdrowia publicznego oraz egzekwowanie przepisów.
7. Ocenianie i promowanie równego dostępu do niezbędnych świadczeń zdrowotnych.
8. Rozwój zasobów ludzkich oraz szkolenie w dziedzinie zdrowia publicznego.
9. Zapewnienie jakości w indywidualnych i populacyjnych świadczeniach zdrowotnych.
10. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego.
11. Zmniejszenie wpływu na zdrowie katastrof i klęsk żywiołowych.

1.4.8. WHO, Regional Office for the Western Pacific, 2003 (essential public health functions)

Również w tym regionie dokonano modyfikacji funkcji zdefiniowanych przez ŚOZ. Wyróżniono dziewięć następujących funkcji [34,40]:

1. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej i jej analiza.

2. Nadzór epidemiologiczny/ zapobieganie chorobom i kontrola.
3. Tworzenie polityk i planowanie w zdrowiu publicznym.
4. Zarządzanie strategiczne systemami zdrowotnymi i świadczeniami w celu uzyskania populacyjnych korzyści zdrowotnych.
5. Regulacje i egzekwowanie prawa w celu ochrony zdrowia publicznego.
6. Rozwój zasobów ludzkich i planowanie.
7. Promocja zdrowia, partycypacja społeczna oraz upodmiotowienie (*empowerment*).
8. Zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych osób oraz świadczeń populacyjnych.
9. Badania, rozwój i wdrożenie innowacyjnych rozwiązań zdrowia publicznego.

1.4.9. Kanada, Kolumbia Brytyjska, 2005 (*core functions framework*)

Stanowisko kanadyjskie jest najbardziej rozbudowane i zarazem odmienne od pozostałych [41]. Zgodnie z tym podejściem zadaniami (*tasks*) zdrowia publicznego są:

- Poprawa zdrowia i dobrostanu populacji.
- Zapobieganie chorobom, urazom lub niepełnosprawności, które mogą skrócić życie lub szkodzić zdrowiu, dobrostanowi i jakości życia.
- Redukcja nierówności w zdrowiu między różnymi grupami i społecznościami w społeczeństwie (to zadanie krzyżuje się z pozostałymi).

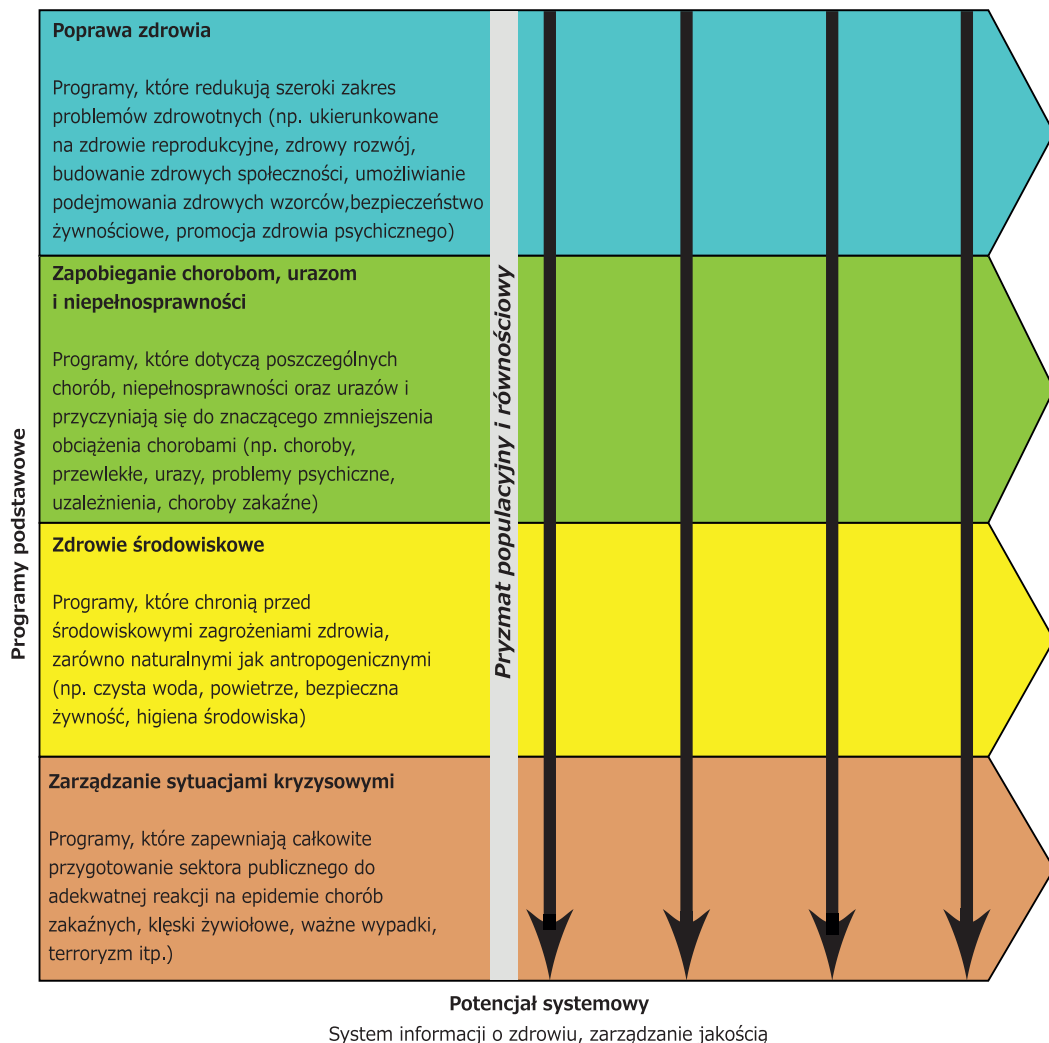
Składnikami struktury zdrowia publicznego są cztery elementy, które przedstawiono na rycinie 1.2. Są to programy, strategie, soczewki (*lens*) oraz potencjał systemu (*system capacity*):

- Programy podstawowe, czyli rodzaj minimum, jakie powinno zostać stworzone przez władze sektora zdrowia. Powinny to być programy długofalowe, nastawione na jeden z czterech kierunków, które nie są rozłączne. Należą tu:
 - programy poprawy zdrowia, które dążą do poprawy zdrowia i dobrostanu, mogą przyczynić się do zapobiegania wielu chorobom ostrym i przewlekłym oraz urazom (zdrowie reprodukcyjne; rozwój dzieci; zdrowe społeczności; zachowania prozdrowotne; promocja zdrowia psychicznego; bezpieczeństwo żywności);
 - programy zapobiegania chorobom, urazom i niepełnosprawności, które zmierzają do zapobiegania konkretnym problemom, które mają (lub mogą mieć) istotny wpływ na obciążenie chorobami (zapobieganie chorobom przewlekłym; zapobieganie urazom; zapobieganie przemocy, wykorzystywaniu, zaniedbywaniu; zapobieganie zaburzeniom psychicznym i problemowemu używaniu substancji psychoaktywnych; zapobieganie chorobom zakaźnym i kontrola takich chorób; zapobieganie chorobom zębów i jamy ustnej; zapobieganie niepełnosprawności; zapobieganie niepożądanym skutkom działania opieki zdrowotnej);
 - programy zdrowia środowiskowego, mające na celu ochronę ludzi przed zagrożeniami środowiskowymi, wywołanymi czynnikami naturalnymi i antropogenicznymi, występującymi w środowisku przyrodniczym i architektonicznym (jakość wody; jakość powietrza; bezpieczna żywność; warunki sanitarne);
 - programy zarządzania sytuacjami kryzysowymi, nastawione na koordynację dostępnych zasobów w celu ratowania życia i unikania urazów (zapobieganie; przygotowanie;

- reagowanie i odbudowa).
- Strategie zdrowia publicznego, czyli ogólne, komplementarne (czasem zachodzące na siebie) strategie, w ramach których realizowane są podstawowe programy. Należą tu:
 - promocja zdrowia (tworzenie polityk prozdrowotnych; tworzenie środowiska fizycznego i społecznego, które sprzyja zdrowiu; umożliwienie społecznościom działania na rzecz zdrowia; kształtowanie umiejętności; reorientacja świadczeń zdrowotnych);
 - ochrona zdrowia (legislacja, opodatkowanie, inspekcja);
 - profilaktyka (pierwotna, w tym szczepienia; wczesna wtórna, w tym badania przesiewowe i wczesne wykrywanie chorób);
 - ocena zdrowia i nadzór nad chorobami (nadzór; badania; epidemiologia kliniczna; nadzór terenowy; laboratoria).
 - Soczewki populacyjne i równościowe (*population and inequalities lenses*) dotyczą spojrzenia na strukturę zdrowia publicznego przez pryzmat poszczególnych populacji oraz pryzmat nierówności. Spojrzenie takie służy zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych szczególnych populacji poprzez dostarczenie programów zdrowotnych w ramach poszczególnych strategii.
 - Potencjał systemowy do wdrożenia podstawowych programów oraz strategii, który obejmuje systemy informacji o zdrowiu, zarządzanie jakością, rozwój badań i wiedzy, szkolenie personelu itp.

Strategie Zdrowia Publicznego

Promocja zdrowia	Ochrona zdrowia	Interwencje profilaktyczne	Ocena zdrowia i nadzór nad chorobami
<ul style="list-style-type: none"> • Polityka prozdrowotna • Wspierające środowisko • Silne społeczności • Umiejętności indywidualne • Partnerstwo 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislacja • Regulacja • Podatki • Inspekcja • Egzekucja • Karanie 	<ul style="list-style-type: none"> • Szczepienia • Badania przesiewowe • Poradnictwo • Wsparcie dla zmiany zachowań • Leczenie 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia • Epidemiologia kliniczna • Sieci laboratoriów • Analiza oraz rozpowszechnienie



Rycina 1.2. Struktura podstawowych funkcji zdrowia publicznego wg *Ministry of Health Services, British Columbia*

1.4.10. Nowa Zelandia, 2011 (*public health's core business*)

Wyróżniono pięć funkcji, którym przypisano odpowiednie strategie [42]. Poniżej wskazano przykładowe strategie tylko dla trzech funkcji:

1. Ocena zdrowia i nadzór.
2. Rozwój potencjału zdrowia publicznego (m.in. system informacji, zasoby ludzkie, badania, ewaluacja, analiza ekonomiczna, partnerstwo z innymi sektorami).
3. Promocja zdrowia.
4. Ochrona zdrowia (m.in. prawo, przygotowanie do katastrof i reagowanie na nie).
5. Interwencje zapobiegawcze (profilaktyka pierwotna i wtórna).

1.4.11. WHO Regional Committee for Europe, 2012 (*essential public health operations-EPHOs*)

W roku 2012 Komitet Regionalny *WHO/EURO* przyjął jednogłośnie uaktualnioną listę podstawowych funkcji (operacji) zdrowia publicznego, podkreślając ponownie, że powinny one stanowić podstawowe narzędzie w umacnianiu zdrowia publicznego w Europie. Wyróżniono dziesięć funkcji [43,44]:

1. Nadzór nad zdrowiem populacji i jej dobrostanem.
2. Monitorowanie czynników ryzyka dla zdrowia oraz sytuacji kryzysowych, a także reagowanie na nie.
3. Ochrona zdrowia, w tym bezpieczeństwo środowiskowe, w miejscu pracy, żywności i inne.
4. Promocja zdrowia, w tym działania ukierunkowane na modyfikację społecznych uwarunkowań zdrowia oraz nierówności w zdrowiu.
5. Zapobieganie chorobom, w tym wczesne wykrywanie chorób.
6. Zarządzanie zasobami dla zdrowia i dobrostanu (m.in. tworzenie polityk w oparciu o dowody).
7. Zapewnienie odpowiedniej i kompetentnej kadry zdrowia publicznego.
8. Zapewnienie trwałej struktury organizacyjnej oraz finansowania.
9. Rzecznictwo, komunikacja i społeczna mobilizacja dla zdrowia.
10. Rozwijanie badań w dziedzinie zdrowia publicznego do celów polityki i praktyki.

1.5. Podsumowanie

Czym jest zatem zdrowie publiczne? Być może nie ma jednej uniwersalnej odpowiedzi, która zadowoli wszystkich. Niemniej, powyższe zestawienia potwierdzają, że zdrowie publiczne ma kilka cech szczególnych [16]:

- dążenie do sprawiedliwości społecznej;
- ewidentnie polityczny charakter;
- nieustanny rozwój i poszerzanie planu działania o nowo pojawiające się problemy i kwestie;
- związek z rządem;
- związek z wieloma obszarami nauk, dziedzinami i dyscyplinami naukowymi;
- podejście do problemów przez pryzmat zapobiegania; unikalne więzi i poczucie misji, które łączą zwolenników.

1.6. Piśmiennictwo

1. Wdowiak L. Dziś i jutro medycyny społecznej i zdrowia publicznego. *Zdr Publ* 2004, 114(2): 125-126.
2. Stonington S, Holmes SM, The *PLoS Medicine* Editors. Social Medicine in the Twenty-First Century. *PLoS Med* 2006, 3(10): e445. doi:10.1371/journal.pmed.0030445.
3. Leowski J. Polityka zdrowotna – dylematy i wyzwania reformy ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. *Prawo i Medycyna* 1999, 1 (2): 5-15.
4. Leowski J. Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia. *Prawo i Medycyna* 2000, 2 (6-7): 21-30.
5. Leowski J, Opolski J. Ochrona zdrowia w Polsce u progu 21-go stulecia – scenariusz naprawy reformy ochrony zdrowia. *Antidotum* 2001, 9: 34-52.
6. Leowski J. Rola i miejsce zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia – o potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym. *Zdr Publ* 2001, 111(4): 219–226.
7. Leowski J. Funkcje zdrowia publicznego. *Zdr Publ* 2001, 111(5–6): 382–386.
8. Nosko J. O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym. *Zdr Publ* 2001, 111(2): 75-80.
9. Włodarczyk C. Zdrowie publiczne a polityka zdrowotna. *Zdrowie Publiczne* 2001, 111(5-6): 414-421.
10. Miller M, Zieliński A. Zdrowie publiczne – misja i nauka. *Przeegl Epidemiol* 2002, 56(4): 547-57.
11. Wysocki M, Miller M. Paradygmat Lalonde’a. Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Przeegl Epidemiol* 2003, 57: 505-512.
12. Wysocki M, Miller M. Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat. *Zdr Publ* 2003, 113 (1/2): 3-7.
13. Leowski J, Miller M. Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce. *Zesz. Nauk. Ochr. Zdr., Zdr. Publ. Zarz.* 2004, 2 (2): 14-21.
14. Opolski J. Zdrowie publiczne – elementy teorii. [w:] *Zdrowie Publiczne – Wybrane Zagadnienia*. Opolski J. (red.) CMKP, 2008; wyd.2.
15. Miller M, Opolski J. Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia. *Postępy nauk medycznych* 2009, 4: 282-289.
16. Turnock BJ. What is public health. [w:] *Essentials of public health*. Turnock BJ. Sudbury, Jones & Bartlett 2001: 1-19.
17. WHO Expert Committee on Public-Health Administration. First report. Geneva, WHO, 1952. Technical report Series No 55: 5.
18. Cecil George Sheps. Higher Education for Public Health: A Report of the Milbank Memorial Fund Commission. Milbank Memorial Fund, Watson Publishing International 1976. [w:] Wdowiak L. Dziś i jutro medycyny społecznej i zdrowia publicznego. *Zdr Publ* 2004, 114(2): 125-126.
19. Acheson D. Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London, HMSO, 1988. [w:] Marks L, Hunter DJ, Alderslader. Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe. A Concept Paper. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2011: 9-14. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/152683/e95877.pdf
20. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2002. [w] World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html
21. Vickers G. What sets the goals of public health? *Lancet* 1958, 1: 599-604. W: Turnock BJ. What is public health. [w:] Turnock BJ. *Essentials of public health*. Sudbury, Jones & Bartlett 2001: 1-19.
22. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet* 2004, 363 (9426): 2084 – 2086.
23. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN. Towards a common definition of global health. *The Lancet* 2009, 373: 1993–1995.
24. Lang T, Rayner G. Ecological public health: the 21st century’s big idea? An essay by Tim Lang and Geof Rayner. *BMJ* 2012, 345:e5466 doi: 10.1136/bmj.e5466.
25. Marks L, Hunter DJ, Alderslader. Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe. A Concept Paper. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2011: 9-14. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/152683/e95877.pdf
26. Nutbeam D. Health promotion glossary *Health Promot Int* 1986, 1(1): 113-127.
27. Nutbeam D. WHO health promotion glossary. Geneva, World Health Organization 1998: 3.
28. Macfarlane SB, Irvin A. Putting the public into public health: towards a more people-centred approach. [w:] Beaglehole R, Bonita R, *Global public health: a new era*. New York, Oxford University Press, 2009, wyd. 2: 267-282.

29. Baum F. *New public health*. Oxford University Press Australia & New Zealand, 2008, wyd. 3: 37.
30. Ncayiyana D. *New public health and WHO's ninth general programme of work*. A discussion paper. World Health Organization, Geneva, 1995: 42. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/HRH_95.6.pdf
31. *The future of public health*. Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington DC, 1988: 7-8. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1091&page=R1
32. Centers for Diseases Control and Prevention. *The 10 Essential Public Health Services* <http://www.cdc.gov/nphsp/essentialservices.html>
33. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. *Essential public health functions: results of the international Delphi study*. *World Health Stat Q*. 1998, 51(1): 44-54.
34. McCracken H. *Essential Public Health Functions; Carpe Diem Time for New Zealand?* July 2004. [http://www.publichealthworkforce.org.nz/Data/media/documents/Essential%20public%20health%20functions%20-%20McCracken%20\(2004\).pdf](http://www.publichealthworkforce.org.nz/Data/media/documents/Essential%20public%20health%20functions%20-%20McCracken%20(2004).pdf)
35. National Public Health Partnership. *National Delphi Study on Public Health Functions In Australia: Report on the Findings*. January 2000. <http://www.nphp.gov.au/publications/phpractice/delphi-body.pdf>
36. National Public Health Partnership. *Public Health Classifications Project. Phase One: Final Report Report to the National Public Health Partnership*. December 2005. http://www.nphp.gov.au/workprog/phi/documents/report_ph_classifications_phase01.pdf
37. Department of Health. *Shifting the Balance of Power within the NHS. Securing Delivery*. July 2001. Annex B. <http://www.nhshistory.net/shiftingthebalance.pdf>
38. Pan American Health Organisation. *Public Health in the Americas: Conceptual renewal, performance assessment and bases for action*, Washington DC; 2002: 59-70. http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EPHF_Public_Health_in_the_Americas-Book.pdf
39. *The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000-2007*.
40. World Health Organization. *Essential Public Health Functions: A three-country study in the Western Pacific Region*. WHO Regional Office for the Western Pacific, 2003. http://www.wpro.who.int/publications/docs/Essential_public_health_functions.pdf
41. *A Framework for Core Functions In Public Health*. Resource Document. Population Health and Wellness. Ministry of Health Services Province of British Columbia. March 2005. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf
42. *Core Public Health Functions for New Zealand*. A report of the New Zealand Public Health Clinical Network. 30 September 2011. <http://www.cph.co.nz/Files/CorePHFunctionsNZ.pdf>
43. Resolution EUR/RC62/R5. *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. Regional Committee for Europe. Sixty-second session. Malta, 10–13 September 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/173616/RC62rs05-EAP-ENG.pdf
44. WHO Regional Office for Europe. *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. Regional Committee for Europe. Sixty-second session. EUR/RC62/12 Rev.1. Malta, 10–13 September 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf

2. ZDROWIE WE WSZYSTKICH POLITYKACH – ZNACZENIE I ŹRÓDŁA

Anna Dębska

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego–Państwowy Zakład Higieny

2.1. Najważniejsze fakty

- Zdrowie, będąc kluczowym elementem dobrostanu i szczęścia, jest warunkowane przez wiele czynników, w tym czynniki niezależne od jednostki.
- Osiągnięcie dobrostanu ludności jest możliwe poprzez połączone działania wszystkich sektorów życia gospodarczego i społecznego, które uwzględniają wpływ podejmowanych w swoim obszarze działań na zdrowie populacji.
- Podejście o nazwie „Zdrowie we wszystkich politykach” jest taką współpracą międzysektorową, której celem jest poprawa zdrowia populacji przez zwiększenie pozytywnego wpływu na zdrowie inicjatyw wszystkich sektorów gospodarki przy równoczesnej realizacji własnych kluczowych celów tych sektorów.
- Do realizacji podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach” wykorzystuje się narzędzia oceny wpływu.
- Podejście „Zdrowie we wszystkich politykach” należy do istotnych wyróżników współczesnego zdrowia publicznego.

2.2. Wstęp

Z perspektywy wartości na zdrowie można patrzeć dwojako. Zdrowie może być traktowane jako wartość autoteliczna, czyli sama w sobie albo jako środek, instrument do uzyskania innych wartości [1]. W pierwszym przypadku dążenie do zdrowia będzie dobrem samym w sobie, niewymagającym legitymizacji, ponieważ jest wartością z samego powodu (za)istnienia. W drugim – wartość zdrowia będzie leżała w tym, co poprzez nie można osiągnąć. U podstaw koncepcji polskiego Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) leży zawarta w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (*WHO*) definicja, określająca zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności, oraz przyjęte międzynarodowe ustalenia, że zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa [2,3]. Oprócz odwoływania się do wartości autotelicznej, podnosi się również w NPZ kwestię zdrowia jako wartości instrumentalnej – „zdrowy człowiek ma większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych, czy też dobrą adaptację do zmian środowiska. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe oraz zapewnić rozwój społeczny i gospo-

darczy” [3]. Ostatnie stwierdzenie dotyczące rozwoju gospodarczego znajduje potwierdzenie w badaniach dotyczących związku sytuacji zdrowotnej ze stanem ekonomicznym państwa. Zauważono, że zdrowie współwystępuje z wyższymi dochodami [4]. Zdrowie jest nie tylko ich konsekwencją, ale i przyczyną. Zdrowsi ludzie są nie tylko bardziej wydajni w pracy, m.in. przez to, że nie tracą dni roboczych z powodu chorób, ale również mają większe możliwości korzystania z systemu edukacyjnego od najmłodszych lat. Ponadto mogą efektywniej korzystać ze swoich oszczędności, których nie tracą na dodatkową opiekę medyczną. Dbanie o zdrowie stało się inwestycją, korzystną zarówno dla obywateli jak i dla państwa. Obecnie nie ma co do tego wątpliwości [5].

Z uwagi na to, że na zdrowie ma wpływ szereg czynników, na poziomie makrospołecznym utrzymanie oraz poprawa zdrowia i dobrostanu populacji nie mogą zostać osiągnięte jedynie poprzez działania sektora zdrowia. Konieczne są zintegrowane, biorące pod uwagę skutki zdrowotne, działania wielu podmiotów działających w różnych sektorach i na każdym szczeblu administrowania. To stwierdzenie jest kluczowe z perspektywy narodzin i realizacji podejścia *Health in All Policies (HiAP)* – „Zdrowie we wszystkich politykach”. Podejścia, które, jako polityka jest złożone, wielostronne i wszechobejmujące. Niniejszy tekst jest próbą wyjaśnienia tego pojęcia oraz propozycją zaprezentowania możliwie przejrzyste wybranych aspektów jego historii.

Z uwagi na kłopoty z dobrym polskim przekładem nazwy angielskiej *Health in All Policies*, w niniejszym tekście stosowany jest na wzór angielski skrótowiec polskiej nazwy podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach” – ZwWP.

2.3. Charakterystyka podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”

2.3.1. Myśl przewodnia w podejściu „Zdrowie we wszystkich politykach”

Health in All Policies – „Zdrowie we wszystkich politykach” – jest zarazem podejściem, polityką, jak i strategią [6] takiej współpracy międzysektorowej, której celem jest poprawa zdrowia populacji przez zwiększenie pozytywnego wpływu na zdrowie inicjatyw wszystkich sektorów gospodarki przy równoczesnej realizacji własnych kluczowych celów tych sektorów [7]. ZwWP zawiera się w takich propozycjach i strategiach jak międzysektorowe działania na rzecz zdrowia, polityka prozdrowotna, czy całościowe podejścia administracji rządowej (*whole-of-government and whole-of-society-approach*).

W czasie VIII Światowej Konferencji Promocji Zdrowia w Helsinkach w 2013r., posługiwano się następującą definicją ZwWP, zaadoptowaną przez ŚOZ: „ZwWP jest podejściem realizowanym w polityce publicznej w różnych sektorach, które systematycznie bierze pod uwagę konsekwencje dla zdrowia decyzji podejmowanych w tych sektorach, szuka synergii i pomaga uniknąć szkodliwych skutków zdrowotnych, w celu poprawy stanu zdrowia ludności i równości dla zdrowia. Opiera się na odnoszących się do kwestii zdrowotnych prawach i obowiązkach. Zwiększa odpowiedzialność decydentów za zdrowie, ponieważ zwraca uwagę na zdrowotne następstwa planów i polityki publicznych na wszystkich szczeblach. Kładzie nacisk na to, w jaki sposób plany te i polityki wpływają na system zdrowotny, uwarunkowania zdrowia oraz dobrostan populacji. Przyczynia się do zrównoważonego rozwoju” [8].

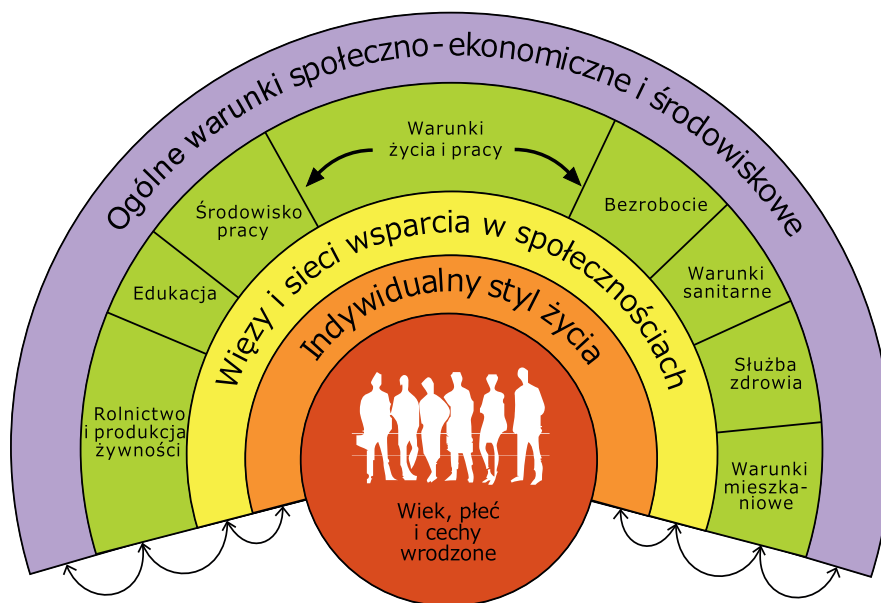
ZwWP obok koncepcji „Solidarność dla zdrowia” jest wyrazem przyjętej przez UE polityki spójności, opisywanej też jako „kwestie zdrowotne we wszystkich dziedzinach polityki”, która opiera się na następujących zasadach: sprawiedliwości oraz wyrównanego dostępu do istniejących i tworzonych zasobów; poszanowania indywidualnej i zbiorowej godności, z respektowaniem odmienności ludzi; wolności i respektowania indywidualnego dążenia do spełnienia celów osobistego rozwoju; uczestnictwa w życiu społecznym i udziału w odpowiedzialności [9].

Zatrzymajmy się w tym miejscu nad polskim przekładem nazwy podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”. Nazywa mylnie może sugerować, po pierwsze, że ZwWP dotyczy jedynie działań podejmowanych w obrębie administracji państwowej, po drugie, że dotyczy jedynie tego co związane jest z polityką, bowiem dwuznaczność rozróżniana w języku angielskim poprzez obecność słów *politics* i *policy* jest nieobecna w języku polskim. Pojęcie polityka zazwyczaj oznacza działalność instytucji państwowych [10] zawierających w sobie zarówno dążenie do utrzymania i powiększenia władzy (*politics*), czyli „politykowanie” oraz „rządzenie”, czyli rozwiązywanie problemów publicznych. Ta druga opcja (*policy*) jest „planem działania, określeniem celów i pierwszym krokiem planowania strategicznego” [11]. I właśnie tak zdefiniowane pojęcie zawarte jest w ZwWP. Próbując poprawnie oddać ducha ZwWP należałoby zrobić to mniej więcej tak: Polityka uwzględniania kwestii zdrowotnych we wszystkich planach działań mających wpływ na zdrowie populacji. Wyjście z obszaru wąsko rozumianego sektora zdrowia włącza ZwWP do obszaru polityki prozdrowotnej. Polityka prozdrowotna, będąc obok polityki zdrowotnej podstawą odmianą polityki związaną ze zdrowiem, „zwiększa znaczenie zdrowia na wszystkich szczeblach polityki i we wszystkich dziedzinach życia społecznego, czyli w tzw. politykach sektorowych, jak na przykład: transport, mieszkalnictwo, ochrona środowiska, ekonomia, edukacja” [11].

Warto odnotować, że w Brukseli w czasie konferencji kończącej projekt *Crossing bridges* popularyzujący ideę ZwWP, a koordynowany przez *EuroHealthNet* (organizację, która zrzesza narodowe i regionalne instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym, promocją zdrowia oraz prewencją chorób), 29 maja 2012 roku odbyło się spotkanie, na którym wielu przedstawicieli zaangażowanych w realizację ZwWP postanowiło zmienić nazwę z *Health in All Policies* na *Health for All Policies* – „Zdrowie dla wszystkich polityk”. Zmiana jest wynikiem refleksji, że efekty zdrowotne osiągane poprzez działania podejmowane w ramach polityk sektorowych, przynoszą efekty również tym sektorom. W pierwszej wersji nazwy, kładziono nacisk na obecność kwestii zdrowotnych w sektorowych planach działania, sygnalizując tym samym pewien rodzaj oczekiwań wobec sektorów innych niż zdrowotny. Nowe określenie nie sygnalizuje oczekiwań, ale podkreśla korzyści, jakie mogą odnieść poszczególne sektory. Jak to zwykle bywa, czas zweryfikuje nośność pojęcia. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że w niektórych krajach UE pojęcie ZwWP jeszcze nie okrzepło, podczas gdy w innych wydaje się już być wypalone, o czym świadczyłaby niniejsza próba zmiany. Warto odnotować, że od momentu powstania tej nowej nazwy, nie pojawiła się ona w żadnym innym dokumencie dotyczącej tematyki ZwWP, nie ma jej nawet w raporcie po spotkaniu konferencyjnym [12].

2.3.2. Teoretyczne podłoże podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”

Rozpatrując ZwWP jako podejście integracyjne, zwraca się uwagę na to, że na zdrowie jednostki ma wpływ szeroki zakres czynników zwanych determinantami zdrowia. W stosowanym przez ŚOZ „tęczowym”, środowiskowo-społecznym, modelu z 1991 roku *Gorana Dahlgrena* i *Margaret Whitehead* te czynniki zostały wymienione, pogrupowane i przedstawione graficznie za pomocą czterech nakładających się siebie warstw [13] (ryc. 2.1).



Rycina 2.1. Główne uwarunkowania zdrowia, wg *Dahlgren G, Whitehead M, 1991*

Cztery warstwy możliwych wpływów są zarazem czterema poziomami, w których możliwe są planowe interwencje.

Najbardziej bliskimi i bezpośrednimi uwarunkowaniami zdrowia są, umieszczone w centrum schematu, płeć, wiek oraz predyspozycje genetyczne. Te „konstytucyjne” uwarunkowania pozostają pod kontrolą czterech warstw modelu. Na poziomie pierwszym (*Individual lifestyle factors*) oddziaływania dotyczą indywidualnej wiedzy, postaw i zachowań związanych ze stylem życia. Styl życia „może odpalić ładunek wybuchowy zawarty w genach” [14]. Warunkowość tego założenia wynika z wolnej woli jednostki. Dlatego też, w ramach interwencji na tym poziomie przykładą się szczególną uwagę do tych obszarów, w których jednostki mają możliwość wyboru, np. palić, nie palić, ćwiczyć, nie ćwiczyć. Ten poziom obejmuje edukację prozdrowotną oraz działania mające na celu wspieranie grup prowadzących niezdrowy tryb życia [13,14].

Warstwa druga (*Social and community networks*) to poziom norm społecznych i zwyczajów grupowych [14]. Działania podejmowane na tym poziomie mają na celu wzmocnienie społeczne i wsparcie poszczególnych osób i całych rodzin. U podstawy strategii realizowanych na tym

poziomie, leży przekonanie, że rodziny, grupy przyjaciół, organizacje i stowarzyszenia mają większe możliwości zapewnienia dobrostanu niż osoby działające samotnie [13].

Warstwa trzecia (*Living and working conditions*) to warunki życia, czyli m.in. zamieszkania, pracy, dostęp do wykształcenia, edukacji zdrowotnej [13]. Interwencje na tym poziomie mają na celu poprawę tych warunków poprzez wdrażanie strategii uwzględniających kwestie zdrowotne w różnych obszarach życia, a więc w obrębie jednego lub więcej sektorów. Na poziomie narodowym, regionalnym i lokalnym takie działania mogą dotyczyć np. realizowania polityki zdrowej żywności i żywienia przez sektor rolnictwa czy polityki zatrudnienia przez sektor pracy. Wszystkie te działania powinny skupiać się na poprawie materialnych oraz społecznych warunków życia i pracy ludzi poprzez włączanie do procesu podejmowania decyzji politycznych głosu przedstawicieli świata biznesu, związków zawodowych i organizacji społecznych [13].

Ostatnia warstwa (*General socioeconomic, cultural and environmental conditions*) to ogólna „generalna sytuacja kulturowa, społeczna, ekonomiczna i polityczna” [14]. Interwencje podejmowane na tym poziomie są raczej długofalowymi zmianami strukturalnymi. Takie zamiany mogą zawierać się np. w ekonomicznych strategiach, polityce podatkowej, handlu, długookresowej polityce społecznej oraz międzynarodowych umowach dotyczących środowiska. Tego typu zmiany wymagają zazwyczaj działań politycznych na narodowym i międzynarodowym poziomie. To „w tym szerokim kontekście społeczno-ekonomicznym zapadają decyzje o tym, w jakich warunkach żyjemy” [14].

W istocie tak pogrupowane czynniki są prezentacją warunków środowiska/otoczenia, w którym żyjemy i możliwych wpływów na te warunki. Model jasno pokazuje wpływ polityk zarówno międzynarodowych, jak i lokalnych na zdrowie jednostki. Ponadto umożliwia wyjaśnienie przyczyn powstawania nierówności w zdrowiu [14].

2.3.3. Praktyczne konsekwencje podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”

Twórcy powyżej opisanego modelu zwracają uwagę na to, że ważne jest to, aby przy realizowaniu danego celu związanego z poprawą zdrowia podejmować jednocześnie działania na każdym z czterech poziomów. Przykładem mogą być działania zmierzające do ograniczenia palenia. Na poziomie czwartym właściwe byłyby regulacje dotyczące podatków, na poziomie trzecim – zakaz reklamy papierosów i palenia w miejscach publicznych, na poziomie drugim – działania w społeczności integrujące osoby zainteresowane rzucaniem palenia (jak np. popularna w Polsce od 1995 roku akcja „Rzuć palenie razem z nami”). Poziom pierwszy dotyczyłby działań edukujących społeczeństwo w zakresie szkodliwości palenia [13].

W 1991 roku *Dahlgren* i *Whitehead* zwracali uwagę na to, że strategie prozdrowotne zbyt często realizowane są jedynie na jednym poziomie możliwych wpływów. Realizowanie wielopoziomowej, czyli obejmującej każdy z czterech poziomów modelu, polityki jest kluczowe dla wzmocnienia efektu podejmowanych działań i tym samym dla osiągnięcia celu [13].

Przy realizowaniu podejścia ZwWP niezwykle istotne jest branie pod uwagę ewentualnych skutków dla zdrowia populacji przy podejmowaniu każdej decyzji, nie tylko takiej, która bezpośrednio odnosi się do zdrowia, na każdym z czterech poziomów modelu. Dzięki temu m.in. uniknie się efektu niweczenia pozytywnych zmian zdrowotnych w jednym obszarze, poprzez decyzje w innym, np.

działania zmierzające do ograniczania spożycia tytoniu w sektorze zdrowia, a dotacje dla rolników uprawiających tytoń w drugim [13].

Zatem po pierwsze, aby uzyskać efekt zmian prozdrowotnych, działania związane ze zdrowiem powinny być wielopoziomowe, po drugie, aby działania były synergiczne, planując zmiany w każdym z obszarów ważnych dla jednostek, należy zawsze brać pod uwagę ich skutki dla zdrowia populacji.

Podejście ZwWP zakłada taki sposób pracy na poziomie rządowym, który uwzględni wpływ na zdrowie podejmowanych przez wszystkie sektory decyzji, wdrażanych strategii i podejmowanych praktyk. W podejściu tym wykorzystuje się narzędzia do oceny takiego wpływu, zarówno *post*, jak i *ante factum*.

2.3.4. Narzędzia podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach” – ocena oddziaływania na zdrowie

Narzędziem pomocniczym, który ma służyć realizacji ZwWP, jest m.in. *Health Impact Assessment (HIA)*, rodzaj oceny skutków zdrowotnych. *HIA*, zgodnie z najczęściej przywoływaną definicją, stanowi kombinację procedur, metod i narzędzi poprzez które polityka, program lub projekt mogą być ocenione pod względem potencjalnych skutków dla zdrowia populacji oraz dystrybucji tych skutków w obrębie populacji [15]. *HIA* jest oparta na czterech wartościach, na których opiera się również ZwWP. Są to:

- demokracja (*democracy*), umożliwienie jednostkom udziału w tworzeniu i realizacji strategii, programów lub projektów, które mogą mieć wpływ na ich życie;
- równość (*equity*) – *HIA* ocenia całościowe oddziaływanie na zdrowie całej populacji, ze szczególnym uwzględnieniem grup zagrożonych wykluczeniem (ze względu na wiek, płeć, pochodzenie etniczne i status społeczno-ekonomiczny);
- zrównoważony rozwój (*sustainable development*) w myśl, którego brane są pod uwagę wpływy zarówno krótkoterminowe jak i długoterminowe, a także bardziej lub mniej bezpośrednio;
- etyczne korzystanie z dowodów (*ethical use of evidence*), które zakłada, że korzystanie z ilościowych i jakościowych dowodów musi być wnikliwe i uwzględniać możliwe dużą liczbę dowodów uzyskanych za pomocą najlepszych dostępnych metod [16].

HIA prowadzi się, „gdy istnieje przypuszczenie, że projekt czy polityka mogą ingerować w uwarunkowania zdrowia, nawet gdyby ta supozycja okazała się fałszywa. Ocena taka jest istotną pomocą w podejmowaniu decyzji politycznych, ale nie jest ich substytutem. Wskazuje bowiem potencjalne skutki propozycji, ale nie narzuca żadnych rozwiązań i nie aspiruje do nieomyślności. A decydenci danego szczebla muszą sami podjąć decyzję. (...) Najważniejszą cechą *HIA* jest proaktywny charakter (...). Proces podejmowania decyzji z wykorzystaniem oceny wpływu na zdrowie odbywa się zawsze w kilku podstawowych etapach: *screening*, *scoping*, szacowanie ryzyka, podejmowanie decyzji oraz wdrażanie i monitorowanie” [17]. *HIA* nie jest jedyną metodą pomagającą w oszacowaniu skutków zdrowotnych, jest jednak metodą obecnie najlepiej opisaną [18]. Innymi narzędziami, które mogą być wykorzystywane razem z *HIA* jest analiza kosztów i korzyści (*cost-benefit analysis*) i ocena ryzyka (*risk assessment*) [19].

2.4. Historia podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach”

Z uwagi na to, że podejście przyjmowało i przyjmuje wiele różnych form, integruje wiele koncepcji, takich jak promocja zdrowia, polityka prozdrowotna, determinanty zdrowia, kooperacja, wielosektorowość czy synergia, trudno jest wskazać, kiedy i gdzie się dokładnie zaczęło [20]. Pewne jest, że dzięki prezydencji fińskiej w 2006, zostało wypożyczonowane i przeniknęło do koncepcji działań prozdrowotnych UE. Niemniej sama idea nie jest „konstruktem” ostatnich lat. Jej początków można doszukiwać się w klasycznych już dla historii i rozwoju zdrowia publicznego dokumentach, między innymi w przełomowym dla współczesnego myślenia o zdrowiu publicznym raporcie z 1974 roku *A New Perspective on the Health of Canadians*, zwanym raportem *Lalonde’a*, który w ówczesnym czasie był kanadyjskim Ministrem Zdrowia. Dokument zawiera stworzoną przez *Laframboise’a* koncepcję „pól zdrowia” [21], zgodnie z którą za śmierć i choroby odpowiadają szeroko rozumiane czynniki związane z biologią człowieka (*human biology*), środowiskiem (*environment*), stylem życia (*lifestyle*) oraz organizacją opieki medycznej (*health care organization*). Koncepcja „pól zdrowia” stała się podstawą określenia przyszłych strategii opartych na zjednoczonych w ramach „wspólnego frontu” wielu różnych podmiotów, których działania, czy decyzje mają wpływ na zdrowie. Raport *Lalonde’a* akcentuje:

- potrzebę radykalnej zmiany w podejściu do zdrowia i jego uwarunkowań;
- uznawanie indywidualnych zachowań i stylu życia jako głównych przyczyn śmierci i chorób;
- konieczność systematycznych badań i ewaluacji w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych i identyfikacji rzeczywistych potrzeb w tym zakresie;
- stworzenie wspólnego frontu działań na rzecz zdrowia przez wiele organizacji i indywidualnych uczestników zaangażowanych lub mających wpływ na kwestie zdrowia;
- rolę edukacji zdrowotnej (ale nie główną) w procesie ochrony zdrowia;
- konieczność szerokiego wsparcia wszelkich wysiłków mających na celu poprawę stanu zdrowia [31].

Teza dotycząca współpracy międzysektorowej oraz konieczności uruchomienia szerokiego wsparcia finansowego i administracyjnego w celu wzmocnienia potencjału zdrowotnego społeczeństw została później przyjęta na międzynarodowej konferencji w Alma-Acie w roku 1978 w formie deklaracji, wyraźnie wskazującej odpowiedzialność finansową, logistyczną i organizacyjną rządów państw za przeprowadzenie koniecznych przemian na rzecz zdrowia obywateli. W dokumencie tym stwierdza się, że „uzyskanie najwyższego poziomu zdrowia, jaki jest tylko możliwy, jest najważniejszym celem społecznym w skali światowej, którego realizacja wymaga działań wielu innych sektorów społecznych i gospodarczych oprócz sektora zdrowia” [22].

Wobec informacji zebranych w czasie konferencji w Alma-Acie dotyczących narastających problemów zdrowotnych, ŚOZ zaakceptowała programowy dokument pod nazwą „Globalna Strategia Osiągnięcia Zdrowia dla Wszystkich do roku 2000” [23], w którym postulowana była szeroka strategia działań oparta m.in. na społecznym uczestnictwie i współpracy międzysektorowej. Wynikiem tych działań było podjęcie wielu globalnych, regionalnych i krajowych przedsięwzięć realizowanych pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” (*Health for All by the year 2000*) [23]. W kolejnych latach stwierdzenia te były rozwijane i pojawiały się w wielu dokumentach ŚOZ [24].

Powstała w 1986 roku Karta Ottawska również odnosi się do konieczności współpracy oraz

postuluje budowanie polityki zdrowia publicznego. Wyrosła na idei „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” i nadała owej idei bardziej wymierny charakter w postaci pięciu podstawowych kierunków działania [25]. W Karcie Ottawskiej „promocja zdrowia została opisana jako proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem, a dzięki temu jego poprawę. Słowo „kontrola” ma tu szerokie znaczenie i obejmuje panowanie nad sytuacją życiową i zdrowotną, a także kierowanie nią z pożytkiem dla zdrowia. Aby proces ten mógł zaistnieć należy: (1) ułatwiać zmiany (*enable*), (2) pośredniczyć między różnymi grupami (mediować – *mediate*) oraz (3) przemawiać za zdrowiem (orędownąć, być rzecznikiem zdrowia – *advocate*). Należy przy tym podążać w pięciu podstawowych kierunkach (można je uznać za cele promocji zdrowia). Są to: kreowanie polityki prozdrowotnej, tworzenie wspierającego środowiska, wzmocnienie działań społeczności, kształtowanie zachowań indywidualnych, zmiana zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu ich udzielania [25]. Jak zwraca uwagę D. Cianciara ważnym momentem sankcjonującym myśl zawartą w Karcie Ottawskiej było (...) podpisanie w 1997r. traktatu z Amsterdamu, zmieniającego traktat o Unii Europejskiej. W tytule XIII «Zdrowie publiczne», w artykule 152 (uprzednio tytuł X, artykuł 129 traktatu z Maastricht), w punkcie 1. stwierdza on, że: „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. Stanowi to dobitne podkreślenie znaczenia podstawowego kierunku działania promocji zdrowia [25] (zestawienie 2.1).

W latach 90. idea współpracy międzysektorowej dla zwalczania nierówności w zdrowiu pojawia się w wielu dokumentach unijnych, np. *Resolution of the Council and the Ministers for Health, meeting within the Council of 11 November 1991 concerning fundamental health-policy choices* (OJ C 304 of 23.11.1991 p. 5); *Council Resolution of 20 December 1995 on the integration of health protection requirements in Community policies* (OJ C 350 of 30.12.1995, p. 2); *Council resolution of 18 November 1999 on ensuring health protection in all Community policies and activities* (OJ C 086 24.03.2000 p.3).

Dla rozwoju ZwWP kluczowe znaczenie ma rok 2006, kiedy to nazwa podejścia zostaje zaprezentowana światu w czasie prezydencji fińskiej w Radzie UE. Z tego roku pochodzi publikacja *Health in All Policies. Prospects and potentials* [6]. W tym też roku Rada Unii Europejskiej wydaje dokument *Council Conclusions on Health in All Policies* [26], w którym po raz kolejny zostaje podkreślony wpływ wielu determinantów na zdrowie, a co za tym idzie rola innych sektorów w dążeniu do dobrostanu. Dokument zawiera również informacje na temat dotychczasowych wysiłków zmierzających do umocnienia współpracy międzysektorowej i podnoszenia świadomości znaczenia czynników wpływających na zdrowie, a także zawiera wskazówki co do przyszłych działań, jakie w tym zakresie powinny zostać podjęte. Zwraca się szczególną uwagę na wspólne cele oraz znaczenia działań synergicznych (zestawienie 2.1).

Konferencja w Rzymie, która miała miejsce w 2007 roku zakończyła się podpisaniem deklaracji dotyczącej *Health in All Policies* przez delegatów ministerstw zdrowia 27 krajów członkowskich [27]. Organizowana zarówno przez Komisję Europejską, jak i regionalne biuro ŚOZ na Europę przyniosła zacieśnienie współpracy między UE a ŚOZ w zakresie wdrażania polityk prozdrowotnych przez różne sektory (zestawienie 2.1).

W roku 2010 w Adelajdzie odbyło się międzynarodowe spotkanie osób działających w różnych sektorach życia publicznego, poświęcone podejściu *Health in All Policies*. Wynikiem tego spotkania

był tzw. Raport z Adelajdy (*The Adelaide Statement*) [28], który jest częścią globalnego już procesu rozwoju i wzmocnienia podejścia ZwWP. Raport zawiera kluczowe informacje, oparte na doświadczeniach wielu krajów świata, na temat wdrażania i testowania ZwWP. Określono warunki konieczne do zaistnienia i dobrego działania tego podejścia (zestawienie 2.1), wskazano narzędzia i instrumenty przydatne na różnych etapach polityki, zwrócono uwagę na nowe zadania sektora zdrowia publicznego.

2.5. Podsumowanie

Idea „Zdrowie we wszystkich politykach” nie jest koncepcją o jasno określonych podstawach teoretycznych. Jest natomiast podejściem będącym sumą różnych działań opartych m.in. na koncepcji społecznych determinantów zdrowia i polityce spójności. Finowie, twórcy nazwy tego podejścia, trafnie zaproponowali porównanie funkcji ZwWP do parasola dla wszystkich podejść teoretycznych, koncepcji, mechanizmów, struktur, zdolności i doświadczeń, które dotyczą brania pod uwagę kwestii zdrowotnych przez różne sektory w celu poprawy stanu zdrowia ludności [29].

Uznanie znaczenia idei ZwWP na poziomie europejskim, jako oficjalnej strategii UE, oraz światowym umożliwi jej rozwój i ekspansję. Wiele krajów, jak Finlandia czy Australia mogą poszczycić się dużymi osiągnięciami we wdrażaniu ZwWP. Podejście to zaczyna być popularne również w USA. Jednak słuszność idei nie wszędzie idzie w parze z wcielaniem jej w życie. Stąd znaczne wsparcie w postaci funduszy unijnych na działania zmierzające do jeśli jeszcze nie wdrażania ZwWP, to przynajmniej do podnoszenia świadomości znaczenia i sposobów realizacji tej idei.

Na zakończenie warto wspomnieć, że obecnie dużo uwagi poświęca się zbieraniu danych dotyczących wpływu ZwWP na zdrowie i determinanty zdrowotne. Raporty, powstające w oparciu o te dane mogłyby być źródłem wiedzy dla osób zaangażowanych, jak poprawiać realizację podejścia „Zdrowie we wszystkich politykach” [30].

2.6. Piśmiennictwo

1. Ratajczak Z. Model zachowania się człowieka wobec własnego zdrowia, wnioski dla praktyki promocyjnej. [w:] Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń. Z. Ratajczak, I. Heszen–Niejodek (red.). Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997: 56-69.
2. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
3. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.
4. Suhrcke M, McKee M, Arce RS, Tsovala S, Mortensen J. Investment in health could be good for Europe's economies. *BMJ* 2006, 333(7576): 1017–1019. doi: 10.1136/bmj.38951.614144.68.
5. Bloom DE, Canning D. Population Health and Economic Growth. Commission on Growth and Development. Working paper no. 24. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Waszyngton 2008.
6. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (red). Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2006.
7. Adelaide Statement on Health in All Policies. *Public Health Bulletin SA*, 7(2): 31-36.
8. Leppo K, Ollila E, Peña, Wismar M, Cook S. (red). Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2013.
9. Golinowska S. Przestrzenny wymiar nierówności zdrowia i polityka spójności. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2012,

T. 9, 2/2011: 38–54.

10. Antoszewski A, Herbutr. (red). Leksykon politologii. Alta2, Wrocław 2002.
11. Cianciara D. Związki zdrowia z dobrobytem i polityką prozdrowotną. *Przeegl Epidemiol* 2008; 62: 821-828.
12. Report of the final Crossing Bridges Conference “Working Together for Health and Well-Being” took place on 29 May, 2011.
13. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies. Sztokholm 1991.
14. Cianciara, D. *Zdrowie – męska rzecz. Raport Siemens 2012*.
15. Gothenburg Consensus Paper: Health Impact Assessment, Main Concepts and Suggested Approach. European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe. 1999.
16. Overview of the World Health Organization Health Impact Assessment (HIA) Web Page. <http://www.who.int/hia/about/why/en/index.html>.
17. Cianciara D, Wysocki MJ. Rozwój i dylematy oceny wpływu na zdrowie. *Przeegl Epidemiol* 2008; 62: 623-632.
18. Overview of the World Health Organization Health Impact Assessment (HIA) Web Page. <http://www.who.int/hia/en/>.
19. Overview of the World Health Organization Health Impact Assessment (HIA) Web Page. http://www.who.int/hia/tools/xtra_tools/en/index.html
20. Greaves LJ, Bialystok LR. Health in All Policies – all talk and little action? *Can J Public Health* 2011, 102(6): 407-9.
21. Laframboise HL. *Health policy: Breaking the problem down in more manageable segments. Canadian Medical Association Journal* 1973, 108: 388-391.
22. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
23. Wysocki M. J.; Miller, M.: Paradygmat Lalonde’a; Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. *Przeegl Epidemiol* 2003, 57: 505–512.
24. Milestones in health promotion. Statements from global conferences. WHO 2009.
25. Cianciara D. Promocja zdrowia. Zakres i działania. Organizacja promocji zdrowia w Polsce i na świecie. Stan prawny 31.10.2009. [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia T. I*, Opolski J. (red.), Warszawa 2011.
26. Council conclusions on Health in All Policies (HiAP). 2767th Employment, social policy, health and consumer affairs. Council meeting Brussels, 30 November and 1 December 2006 Council conclusions on Health in All Policies (HiAP). <https://www.idf.org/sites/default/files/Council%20conclusions%20Dec%202006%20on%20Health%20in%20all%20policies%20and%20promotion%20of%20healthy%20lifestyles%20and%20prevention%20of%20type%20%20diabetes.pdf>
27. Rome declaration. 2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf
28. Adelaide Statement on Health in All Policies moving towards a shared governance for health and well-being. WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010. http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
29. Koivusalo M, Santalahti P. Healthy public policies in Europe – integrating health in other policies. STAKES, Helsinki 1999.
30. Storm, I. International Policy overview: Health in All Policies (HiAP). RIVM 2011. http://www.nationaalkompas.nl/object_binary/o13534_International%20Policy%20Overview_HiAP_Mei2012.pdf
31. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada. Ottawa 1974.

Zestawienie 2.1. Wydarzenia istotne dla rozwoju ZwWP

Dokument/ wydarzenie	Rok	Główny przekaz
Raport <i>Lalonde'a</i>	1973	<ul style="list-style-type: none"> • Zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną, • Promocja zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną.
Deklaracja z Alma-Aty Konferencja <i>Primary Health Care</i> (6-12.09)	1978	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwój i doskonalenie podstawowej organizacji zdrowotnej są kluczowe w obliczu narastających problemów zdrowotnych.
Strategia „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”	1979	<ul style="list-style-type: none"> • Poważne problemy zdrowotne i społeczno-ekonomicznych narastają, • Obecne modele i systemy ochrony zdrowia są nieadekwatne.
Karta Ottawska Konferencja <i>Health Promotion</i> (17-21.11)	1986	<ul style="list-style-type: none"> • Podstawowe warunki i zasoby dla zdrowia, • Kierunki działań promocji zdrowia oraz metody ich realizacji, • Wymóg wielosektorowości w promocji zdrowia.
Traktat z Amsterdamu, art. 152	1997	<ul style="list-style-type: none"> • Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego.
Strategia <i>Health 21</i>	1998	<ul style="list-style-type: none"> • Realizacja strategii m.in. poprzez współpracę międzysektorową w zakresie determinantów zdrowia oraz integracji podejmowanych działań.
Prezydencja fińska Konferencja <i>Health in All Policies</i> (20-21.09) <i>Council Conclusions on Health in All Policies</i>	2006	<ul style="list-style-type: none"> • ZwWP głównym tematem w obszarze zdrowia w czasie prezydencji fińskiej. Wybrane konkluzje: <ul style="list-style-type: none"> • wiele polityk UE ma potencjalnie pozytywny lub negatywny wpływ na zdrowie poprzez szereg determinantów zdrowotnych, • poprawa stanu wiedzy w zakresie determinantów zdrowia oraz analiz skutków podejmowanych działań znacząco zwiększy możliwości świadomego kształtowania polityki spójności oraz takiego jej rozwoju, który prowadziłby do poprawy zdrowia i bezpieczeństwa, a więc przyczyniał się do zwiększenia wydajności i wzrostu ekonomicznego w UE, • główne determinanty zdrowia powinny być zidentyfikowane i monitorowane, a ich trendy regularnie raportowane, • poprawa stanu zdrowia społeczeństwa ma pozytywne skutki dla społeczeństwa i gospodarki oraz wpływa na zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia, • szerokie działania w sektorach polityki są uzupełniane przez bardziej szczegółowe zadania realizowane przez sektor zdrowia, • sektor zdrowia publicznego, instytucje służby zdrowia i pracownicy służby zdrowia powinni działać jako adwokaci i eksperci wspierający współpracę międzysektorową.

Dokument/ wydarzenie	Rok	Główny przekaz
		<ul style="list-style-type: none"> Oficjalne włączenie idei ZwWP do strategii działań promocji zdrowia, podkreślenie i uznanie jej znaczenia.
Deklaracja z Rzymu Konferencja <i>Health in All Policies: Achievements and Challenges</i> (18.12)	2007	<ul style="list-style-type: none"> Współpraca międzysektorowa jest niezbędna dla podejmowania wyzwań w zakresie zdrowia publicznego, ZwWP jest kluczowe w zakresie niwelowania nierówności w zdrowiu. Zadeklarowano m.in.: <ul style="list-style-type: none"> wspieranie współpracy międzysektorowej oraz wszelkich działań związanych z szeroko pojętą promocją zdrowia, zacieśnienie współpracy między UE a ŚOZ w zakresie wdrażania polityk prozdrowotnych przez różne sektory, wspieranie działań monitorujących i ewaluacyjnych działań w zakresie polityk uwzględniających skutki zdrowotne, wspieranie użycia narzędzi z grupy ocen wpływu na zdrowie.
Deklaracja z Adelajdy, Australia <i>International Meeting on Health in All Policies</i> (13-15.04)	2010	ZwWP funkcjonuje najlepiej, gdy: <ul style="list-style-type: none"> istnieje wyraźne upoważnienie do tego, by współpraca poszczególnych sektorów stała się imperatywem, prowadzi się wielopoziomowe mediacje, są obecne zasady odpowiedzialności, przejrzystości oraz uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji, jest zaangażowanie przedstawicieli działających w sektorach pozarządowych, są wdrażane międzysektorowe inicjatywy oparte na idei partnerstwa i zaufania.
Deklaracja z Rio de Janeiro, Brazylia Konferencja <i>World Conference on Social Determinants of Health</i> (19-21.10)	2011	Potwierdzenie zobowiązania państw członkowskich do podjęcia działań w kwestii społecznych determinantów zdrowia poprzez: <ul style="list-style-type: none"> poprawę zarządzania w zakresie zdrowia i rozwoju, propagowanie zaangażowanego udziału w kształtowaniu polityk i ich wdrażaniu, dalsze kierowanie sektora ochrony zdrowia ku promowaniu zdrowia i zmniejszaniu nierówności zdrowotnych, wzmocnienia globalnego zarządzania i współpracy, monitorowanie postępu działań i zwiększenie odpowiedzialności.

3. NARODOWY PROGRAM ZDROWIA (NPZ) – GENEZA I ROLA W ZDROWIU PUBLICZNYM

Rafał Halik

Zakład-Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

3.1. Najważniejsze fakty

- Idea Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) była ściśle związana z koncepcją nowego zdrowia publicznego (tzw. *new public health*) i strategią ŚOZ „Zdrowie dla Wszystkich do roku 2000”.
- Koncepcja NPZ zakłada wbudowanie zdrowia do wszystkich polityk, wielosektorowe działania na rzecz zdrowia oraz ich koordynację.
- System monitorowania NPZ miał przyczynić się do wspierania jakości działań z obszaru promocji zdrowia.

3.2. Wstęp

Ponad 20-letnie doświadczenie związane z Narodowym Programem Zdrowia pokazuje zmieniające się koncepcje organizacji zdrowia publicznego w Polsce. W ciągu tych lat wielokrotnie dochodziło do nowelizowania NPZ i zmian hierarchii priorytetów zdrowotnych w ramach tego dokumentu. Cechą łączącą wszystkie edycje NPZ była koncepcja wbudowania zdrowia do innych polityk i ugruntowanie współpracy wielu sektorów na rzecz zdrowia. NPZ był jednym z pierwszych tego rodzaju dokumentów w Europie Środkowo-Wschodniej i stał się inspiracją do wdrożenia podobnych Programów w innych krajach rejonu. Celem tego opracowania jest nakreślenie historii powstawania, realizacji i monitorowania kolejnych edycji Narodowego Programu Zdrowia w Polsce. Ponadto przytoczono Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Strategię rozwoju kapitału ludzkiego 2020.

3.3. Geneza Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)

U progu lat 90. Polska zmagiała się z różnorodnymi problemami zdrowotnymi, które towarzyszyły procesom wdrożonych reform społeczno-gospodarczych. Jeszcze w połowie lat 80. wielu ekspertów zajmujących się zdrowiem publicznym alarmowało opinię publiczną na temat pogarszającej się kondycji zdrowotnej społeczeństwa [1]. Równoległe do negatywnych przemian, jakie zaznaczyły się w stanie zdrowia społeczeństwa polskiego w latach 80., rozwijały się na świecie nowe koncepcje zdrowia publicznego (tzw. *new public health*), które kładły nacisk na promocję zdrowia jako skuteczne narzędzie służące podtrzymaniu i umacnianiu kondycji zdrowia społeczeństwa. W roku 1981 Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło strategię „Zdrowie

dla Wszystkich do roku 2000” [2], w której uznano, że zdrowie stanowi wartość dla jednostek i zasób społeczności oraz państwa. Zdrowie stanowi też taki obszar, w którym niezbędne są aktywne działania ze strony administracji publicznej oraz inwestowanie w warunki życia. Duże znaczenie miało również uchwalenie Karty Ottawskiej w roku 1986, która obowiązywała państwa do zinstytucjonalizowania działań w zakresie promowania zdrowia.

Nowe idee zdrowia publicznego spotkały się z dużym zainteresowaniem polskich ekspertów. Już w roku 1987 zarysowano pierwszą koncepcję strategii, która miała za zadanie zaadaptowanie koncepcji „Zdrowia dla Wszystkich” w Polsce. Przemiana ustrojowa, jaka nastąpiła w roku 1989, rozbudziła w społeczeństwie duży entuzjazm i chęć wyraźnej poprawy warunków cywilizacyjnych kraju. Na tej fali entuzjazmu promowanie zdrowia wydawało się ówczesnym decydom dosyć ważnym czynnikiem wspierającym reformy ustrojowe i gwarantem modernizacji kraju. Istniała też świadomość, że transformacja ustrojowa i koszty społeczne z nią związane mogły doprowadzić do pogłębienia się problemów zdrowotnych i narastania nierówności w zdrowiu na tle różnic społecznych. Świadectwem dążeń mających na celu włączenie nowego zdrowia publicznego do reform modernizacyjnych kraju było ustanowienie w roku 1990 przez Komitet Społeczno-Ekonomiczny Rady Ministrów pierwszego Narodowego Programu Zdrowia. Priorytety pierwszego NPZ były zaczerpnięte z Raportu Komisji Rządowej do spraw opracowania celów i zadań polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000” [3] i były uszeregowane w 8 celach strategicznych, nazwanych „zdrowotnymi”, oraz 15 celach operacyjnych [4]. Istotą koncepcji NPZ były działania profilaktyczne. Cele strategiczne odnosiły się do najważniejszych niekorzystnych zmian w sytuacji zdrowotnej Polaków. Obecnie nie jest możliwe odtworzenie wszystkich działań, które zostały podjęte w ramach wdrażania pierwszej edycji NPZ, z uwagi na niewielki zakres dokumentacji, jaka została zachowana.

W roku 1993 doszło do nowelizacji Programu z uwagi na „konieczność zmiany sposobu osiągania celów oraz wydania odpowiednich zarządzeń wykonawczych uwzględniających i zabezpieczających warunki finansowania oraz nadzoru merytorycznego NPZ” [5]. Nowelizacja zmieniała układ priorytetów wprowadzając podział na: cele strategiczne, cele zdrowotne oraz kierunki realizacji NPZ, które w pierwszym punkcie mówiły o konieczności „tworzenia podstaw prawnych przedsięwzięć prozdrowotnych”.

Pomimo bardzo życzliwego przyjęcia polskiej inicjatywy przez ŚÓZ, z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że NPZ nie został w pełni wdrożony instytucjonalnie. Pierwsze edycje NPZ miały charakter deklaracyjny i chociaż wyznaczały obszary priorytetów zdrowotnych, to zabrakło zarządzeń wykonawczych, które wpłynęłyby na koordynację realizacji Programu w całym kraju. Nie podjęto również kroków w celu wyznaczenia wskaźników ewaluacyjnych oraz opracowania jednolitego harmonogramu osiągania poszczególnych celów.

3.4. Narodowy Program Zdrowia 1996-2005 i monitorowanie jego efektów

W połowie lat 90. w Państwowym Zakładzie Higieny oraz w Ministerstwie Zdrowia zainicjowano działania mające na celu wypracowanie koncepcji nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia. Zakładano przy tym, że Program ma polegać na wielosektorowym podejściu do zdrowia publicznego oraz wspierać organizacje społeczeństwa obywatelskiego i wykorzystywać je do działań na rzecz zdrowia.

Powołano grupę ekspercką – Zespół Redakcyjny Ekspertów ds. Nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia, zadaniem której było wypracowanie nowej edycji NPZ. Eksperci zwrócili uwagę na konieczność monitorowania przebiegu działań i ewaluacji wyników nowego Programu oraz wprowadzenia nowej konstrukcji dokumentu, która by bardziej precyzyjnie niż w poprzednich wersjach określała efekty działań w ramach poszczególnych celów operacyjnych. W zamyśle autorów nowelizacji było również, by monitorowanie Narodowego Programu Zdrowia nie tylko dokonywało oceny realizacji samego Programu, ale i by służyło również do monitorowania i oceny aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności Polski.

Narodowy Program Zdrowia na lata 1996 - 2005 jako strategia zdrowia publicznego w Polsce został przyjęty przez Ministra Zdrowia w dniu 3 września 1996r. Określał on cele i kierunki polityki prozdrowotnej, tzn. główne kierunki i zadania długofalowych działań dla poprawy zdrowia ludności w Polsce do 2005r. Celem strategicznym NPZ była „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”. Cel ten miał być osiągnięty poprzez trzy główne kierunki działań: zmiany w stylu życia, kształtowanie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu oraz zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych. Priorytety zdrowotne zostały uszeregowane w 18 celów operacyjnych formułujących najważniejsze zadania ze sfery publicznej, jakie muszą być podjęte na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności (zestawienie 3.1).

W zapisie każdego celu operacyjnego uwzględniono podstawowe zasady monitorowania Programu jak aktualnie dostępne wskaźniki oraz instytucje, które będą monitorować i ewaluować wyniki realizacji NPZ. Podstawą corocznych prac był program monitorowania przyjęty przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w lutym 1998r. Koordynacja wdrożenia NPZ 1996-2005 została przekazana Międzyresortowemu Zespołowi Koordynacyjnemu Narodowego Programu Zdrowia, któremu przewodniczył Minister Zdrowia i Opieki Społecznej i który składał się z przedstawicieli poszczególnych resortów w randze wiceministra oraz przedstawicieli instytucji i agend, których działanie jest związane ze stanem zdrowia ludności. Zespół Koordynacyjny w swojej pracy miał przede wszystkim korzystać z wyników monitorowania NPZ, które miały wskazywać kierunki przyszłych działań. W tym celu powołano 16. Pełnomocników Wojewódzkich ds. Narodowego Programu Zdrowia, którzy działali przy Wojewódzkich Centrach Zdrowia Publicznego (Wydziały Zdrowia przy Urzędach Wojewódzkich). W Państwowym Zakładzie Higieny powołano specjalną komórkę – Biuro Koordynatora Monitoringu Narodowego Programu Zdrowia, które miało przygotowywać opracowania na rzecz bieżących prac Zespołu Koordynacyjnego NPZ i które miało ściśle kooperować w tym celu z Pełnomocnikami Wojewódzkimi ds. NPZ.

Narodowy Program Zdrowia 1996-2005 wraz ze swoją sprawozdawczością miał za zadanie wyodrębnić w Polsce system zapewniający jakość działań w ramach promocji zdrowia. Sprawozdawczość związana z Programem miała również przyczynić się do lepszej identyfikacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Podjęte działania nie przyniosły jednak wystarczającego efektu w omawianym obszarze. Pomimo pewnych uregulowań prawnych, NPZ nie był wdrażany równomiernie przez kolejne rządy. Nie powoływano też regularnie Międzyresortowego Zespołu Koordynującego Program, a co za tym idzie NPZ nie zawsze był wdrażany zgodnie z założeniami. Kolejne Zespoły Koordynacyjne unikały formułowania harmonogramu, przez co niemożliwe było określenie niektórych docelowych wskaźników zdrowotnych. Te niekorzystne sytuacje nie paraliżowały jednakże pracy samorządów terytorialnych i organizacji pozarządowych, które częstokroć podejmowały zadania zawarte w celach NPZ, bez wsparcia ze strony administracji rządowej. Przerwy w pracach Międzyresortowego Zespołu Koordy-

nującego nie zaszkodziły również samej procedurze monitoringowej, która była kontynuowana przez Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego i Państwowy Zakład Higieny. Efektem tych prac było opublikowanie w roku 2004 i 2005 opracowań pt.: „Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005” [6,7]. Publikacje te w sposób syntetyczny obejmowały ocenę efektów zdrowotnych realizacji poszczególnych celów NPZ.

Zestawienie 3.1. Struktura Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005

Cel strategiczny Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności		
Kierunki działań dla osiągnięcia celu strategicznego		
Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych	Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki	Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych
Cele operacyjne		
<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie aktywności fizycznej ludności • Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności • Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu • Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem • Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych • Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowania zaburzeń psychicznych 	<ul style="list-style-type: none"> • Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy • Poprawa stanu sanitarnego kraju • Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych • Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się na powrót do czynnego życia 	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia • Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała • Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca • Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym • Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych • Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka • Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej
<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia 		

Koncepcja NPZ 1996-2005 – zakres jego problematyki, sposób, w jaki Program uwzględnił priorytety zdrowotne oraz rozwiązania koordynacji Programu spotkały się z bardzo zyczącym przyjęciem ze strony ŚOZ i wielu krajów Europy. NPZ między innymi był inspiracją do utworzenia strategii zdrowia publicznego na Węgrzech czyli tzw. Programu *Johan Bela* [8]. Należy przy tym nadmienić, że polski

Narodowy Program Zdrowia był jedną z pierwszych inicjatyw w Europie Środkowo-Wschodniej, która zakładała wielosektorowe podejście do kwestii prowadzenia polityki zdrowotnej (*health policy*) oraz prozdrowotnej (*healthy public policy*). Dokument był też swoistego rodzaju „przewodnikiem zdrowia publicznego” dla urzędników samorządów terytorialnych i osób związanych z organizacjami pozarządowymi. NPZ niewątpliwie rozpowszechnił idee nowego zdrowia publicznego w wielu kręgach i uwzględnił część opinii społecznej na konieczność pozamedycznych działań w sferze zdrowia.

3.5. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 – ramy instytucjonalne i monitorowanie

Doświadczenia z monitoringu NPZ 1996-2005 wskazały, że wiele wskaźników zdrowotnych założonych w Programie osiągnęło oczekiwaną wartość przed końcowym rokiem realizacji. Dotyczy to w szczególności umieralności na choroby układu krążenia, umieralności niemowląt oraz częstości wypadków i zatruc. Równoległe do prac monitoringowych w PZH powstawał projekt nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia, który uwzględniał specyfikę stanu zdrowia populacji Polski i procesy demograficzne w kraju. Kolejną refleksją, jaka była obecna przy formułowaniu nowej edycji NPZ, były problemy związane z umocowaniem prawnym Programu oraz właściwym osadzeniem w porządku prawnym Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. Ostatecznie postanowiono, że nowa edycja NPZ będzie oparta na podobnych założeniach, jeśli chodzi o koordynację, co edycja z lat 1996-2005. Zdecydowano się poszerzyć skład Zespołu o takie instytucje, jak między innymi organizacje zrzeszające jednostki samorządu terytorialnego oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych. Przewodniczącym Zespołu ustanowiono Premiera, a jego zastępcą Ministra Zdrowia. W ramach Zespołu powołano też cztery Podzespoły problemowe: ds. Dzieci, Młodzieży i Osób Starszych, ds. Komunikacji Społecznej, ds. Zniesienia Nierówności w Zdrowiu oraz ds. Współpracy z Samorządem Terytorialnym.

Projekt NPZ 2007-2015 został zatwierdzony przez Radę Ministrów z dwuletnim opóźnieniem 15 maja 2007 roku jako załącznik do uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007. NPZ 2007-2015 był ogólnym sformułowaniem kierunków działań, jakie należy podjąć w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Podczas formułowania nowej strategii uwzględniono również dokumenty Unii Europejskiej kierujące politykę w zakresie zdrowia publicznego, a w szczególności Decyzję w dziedzinie monitoringu zdrowia w ramach działań w dziedzinie zdrowia publicznego (1997-2001) (decyzja 1400/97/WE Parlamentu Europejskiego i Rady). Dokonano również przeformułowania celu głównego programu. Większy nacisk położono na problematykę nierówności w zdrowiu i celowi temu nadano brzmienie: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”. Cel ten ma być osiągnięty przez: kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu, aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia. Wyznaczono następujące priorytety zdrowotne:

Cele strategiczne

1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.
2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.
4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.
8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Cele operacyjne

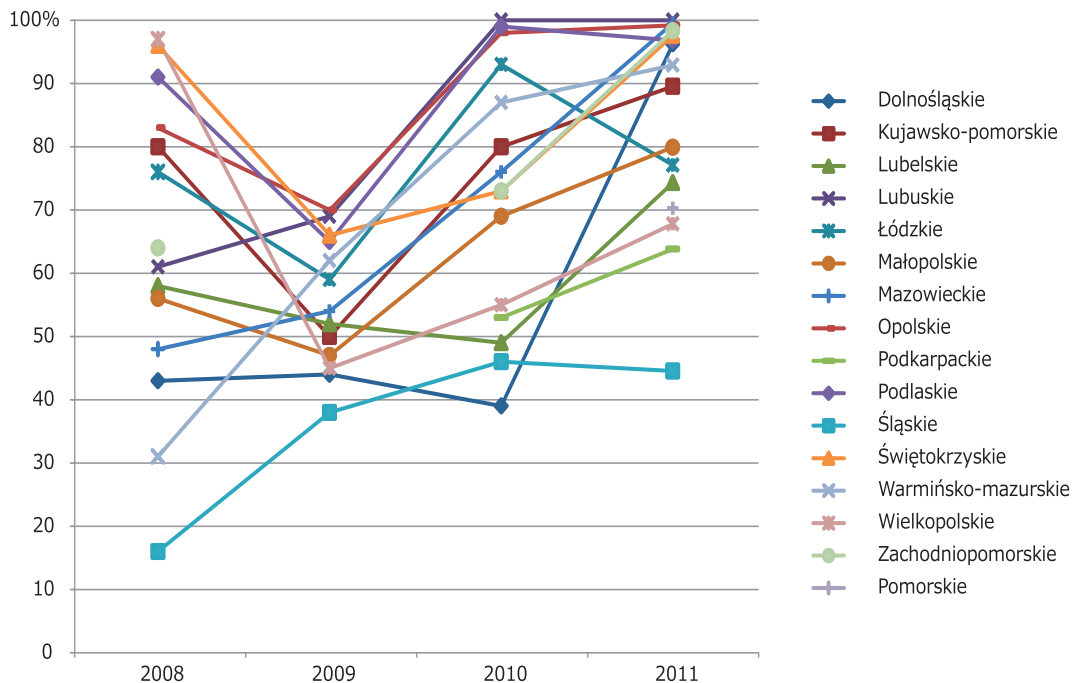
1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
3. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.
4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.
7. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.
8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.
9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.
10. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.
11. Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.
12. Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa.
13. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.
15. Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Pomimo utrzymania podobnych rozwiązań w zakresie wdrażania nowej edycji NPZ, wprowadzono odmienne rozwiązania, jeśli chodzi o monitorowanie realizacji i efektów programu. Nie powołano Biura Koordynatora Monitoringu Narodowego Programu Zdrowia, pozostawiono natomiast Pełnomocników Wojewódzkich ds. NPZ działających przy Urzędach Wojewódzkich. Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się monitorować NPZ 2007-2015 na zasadzie zlecenia. Umowy takie zostały zawarte z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładem

Higieny (NIZP-PZH) w latach 2008-2012. Należy przy tym nadmienić, że wyżej wymienione umowy pomiędzy NIZP-PZH a Ministerstwem Zdrowia, dotyczyły oceny realizacji NPZ, natomiast nie dotyczyły oceny efektów zdrowotnych działań w ramach Programu, ani analiz dotyczących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

3.5.1. Metody i wyniki monitorowania realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015

W ramach monitorowania realizacji NPZ 2007-2015 zdecydowano się, by przeprowadzić analizę aktywności jednostek samorządu terytorialnego, którym przypisano realizację celów operacyjnych NPZ. W związku z tym NIZP-PZH nawiązała w roku 2008 współpracę z Mazowieckim Centrum Zdrowia Publicznego, które miało wcześniejsze doświadczenia z wprowadzaniem jednolitych druków sprawozdawczych mających na celu ocenę działań jednostek samorządu terytorialnego w ramach polityki zdrowotnej. W ten sposób opracowano druki sprawozdawcze dla jednostek samorządu terytorialnego, w których rejestruje się, jakie działania są podejmowane w ramach poszczególnych celów operacyjnych NPZ. Druki te pilotażowo wysłano do urzędów gmin i starostw na terenie województwa mazowieckiego w roku 2008. Uzyskano ponad 50% zwrotu formularzy dotyczących działań samorządów w roku 2007. Pilotaż wykazał potrzebę dalszych poprawek druków i konieczność stosowania większej liczby pytań zamkniętych. Po odpowiednich poprawkach zapoznano wszystkich Pełnomocników Wojewódzkich ds. NPZ z nową procedurą monitorowania. W latach 2009 i 2010 Pełnomocnicy Wojewódzcy wysyłali druki sprawozdawcze (druki dotyczyły działań w roku poprzedzającym, tj. 2008 i 2009) do wszystkich jednostek samorządu terytorialnego na swoim terenie, a następnie wpisywali uzyskane wyniki i odpowiedzi do specjalnych matryc w programie Excel. Zestawienia te były przesyłane do NIZP-PZH, ale miały też być wykorzystane w danym województwie. We wspomnianych dwóch pierwszych latach, zwrot druków utrzymywał się na niskim poziomie. W niektórych województwach z uwagi na restrukturyzację Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego i zmiany kadrowe, które objęły Pełnomocników Wojewódzkich ds. NPZ, nie udało się przeprowadzić jednolitej procedury oceny realizacji Programu. Sytuacja znacznie poprawiła się od edycji monitorowania za rok 2010, od kiedy wszystkie województwa zaczęły przeprowadzać monitorowanie NPZ (ryc. 3.1). Należy przy tym nadmienić, że jednolite monitorowanie NPZ nie jest obligatoryjne dla jednostek samorządu terytorialnego. Za rok 2010 sprawozdało się łącznie 1878 jednostek samorządu terytorialnego różnego szczebla, a w roku 2011 liczba jednostek samorządowych, które złożyły raport na temat działań w ramach NPZ wzrosła do 2368. Wyniki monitorowania realizacji NPZ były wykorzystywane również przez administrację publiczną w celu dokonywania analiz polityki zdrowotnej i społecznej na terenie województw. W latach 2011-2012 wszystkie Urzędy Wojewódzkie organizowały specjalne konferencje podsumowujące wyniki monitorowania NPZ z udziałem regionalnych decydentów w obszarze zdrowia.



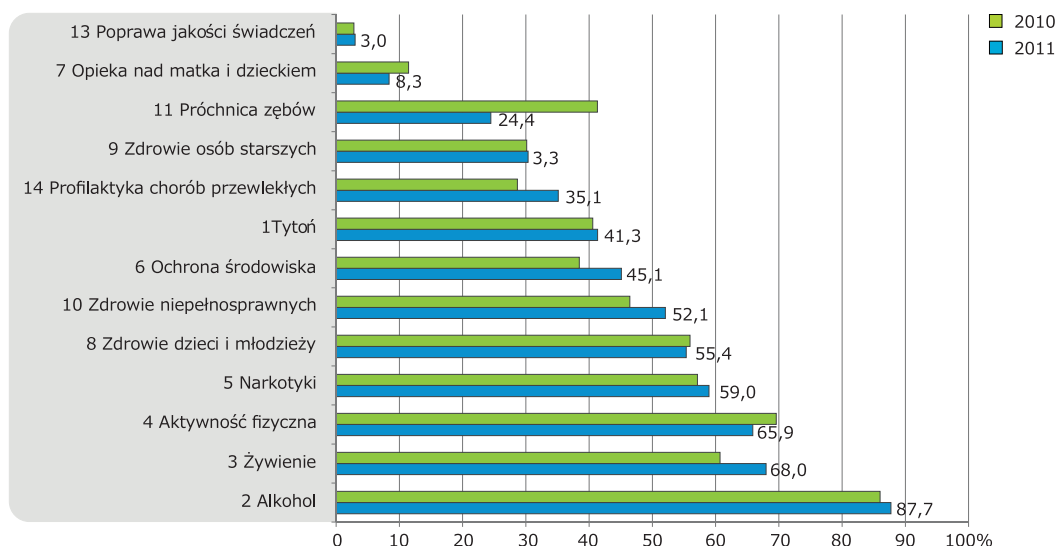
Rycina 3.1. Odsetek zwrotu formularzy sprawozdawczych NPZ wg województwa

Analiza zgromadzonego materiału, dotyczącego liczby zaangażowanych jednostek samorządu terytorialnego na rzecz NPZ, wskazuje, że większość samorządów wdraża więcej niż jeden cel operacyjny Programu. Podmioty te wykazywały, że przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia podejmują współpracę z jednostkami sektora publicznego, jak też organizacjami pozarządowymi. Wyniki dotyczące odsetka zaangażowanych samorządów terytorialnych w ramach poszczególnych celów operacyjnych były dosyć podobne w okresie sprawozdawczym za rok 2010 i 2011.

Najczęściej podejmowaną działalnością jednostek samorządowych, które nadesłały sprawozdania jest realizacja celu nr 2 dotyczącego przeciwdziałania szkodom związanym z używaniem alkoholu – ponad 87% sprawozdających jednostek samorządu terytorialnego zgłosiło realizację tego celu (ryc.3.2). Wynika to zapewne z obligacji nałożonych przez Ustawę z dnia z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ponad 65% samorządów podejmowało działania w celu podtrzymywania aktywności fizycznej swoich mieszkańców (realizacja celu operacyjnego nr 4 NPZ).

Podsumowując aktywność jednostek samorządowych na rzecz NPZ należy zauważyć, że samorządy, zarówno gminne jak powiatowe, wdrażają swoje działania z zakresu zdrowia publicznego w sposób kompleksowy i wykorzystują przy tym szeroką współpracę z innymi podmiotami. Zastanawia fakt, że obserwuje się malejące zainteresowanie samorządów działaniami związanymi ze zmniejszeniem rozpowszechnienia palenia tytoniu, pomimo dużego znaczenia tego problemu w polskim społeczeństwie. Podobny niepokój budzi niski stopień realizacji przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z zakresu opieki nad matką i dzieckiem jak i też programów kierowanych ściśle do osób starszych (cel operacyjny nr 9). Jednostki samorządu terytorialnego najchętniej podejmowały te działania, które wiązały się z bezpo-

średnim finansowaniem (programy antyalkoholowe w gminach), bądź wiązały się z działaniami statutowymi samorządu terytorialnego, jak np. zapewnienie wyżywienia grupom wrażliwym społecznie.



Rycina 3.2. Odsetek samorządów realizujących poszczególne cele operacyjne w roku 2010 i 2011 (nazwy celów skrócone do określenia problematyki jaką obejmują)

3.6. Nowe koncepcje monitorowania Narodowego Programu Zdrowia

W roku 2013 Ministerstwo Zdrowia poinformowało Pełnomocników Wojewódzkich ds. NPZ, że monitorowanie realizacji Programu za rok 2012 w dotychczasowej formie nie będzie kontynuowane. Monitorowanie NPZ za rok 2012 będzie przeprowadzone w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2008 roku w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych [9], to znaczy na innych drukach sprawozdawczych oraz w systemie: gmina do powiatu, powiat do samorządu województwa, samorząd wojewódzki do wojewody, wojewoda do Ministerstwa Zdrowia. Sprawozdania tego typu były dotychczas zbierane równolegle do formularzy sprawozdawczych NPZ, a dotyczyły jedynie inicjatyw i działań, które mieszczą się w ustawowej definicji programu zdrowotnego. Wobec bliskiego końca edycji NPZ na lata 2007-2015 oraz prac nad Ustawą o zdrowiu publicznym, formułowana jest koncepcja dostosowania obligatoryjnej sprawozdawczości jednostek samorządu terytorialnego w zakresie programów zdrowotnych do struktury celów operacyjnych NPZ. Przyszła edycja NPZ od roku 2016, mogłaby uwzględniać właśnie taki system monitorowania realizacji celów. Według wstępnych koncepcji, monitorowanie efektów przyszłej edycji NPZ byłoby ukształtowane w oparciu o pomiar wskaźników docelowych zapisanych w nowej strategii Biura Europejskiego „Zdrowie 2020” (*Health 2020*) [10], takich jak na przykład: odsetek regularnie palących osób powyżej 15 roku życia, zapadalność na choroby nowotworowe. Wskaźniki docelowe Strategii mogłyby być wkomponowane w cele operacyjne oraz odpowiednio zaplanowane w harmonogramie uchwalanym przez Zespół Koordynacyjny.

Planowana Ustawa o zdrowiu publicznym umieszcza wysoko w hierarchii prawnej Narodowy

Program Zdrowia. Planowane jest również, że samorządy terytorialne będą wdrażały swoje strategie zdrowotne określone na podstawie własnych analiz lokalnych potrzeb zdrowotnych. Wytyczenie wyraźnych ram prawnych zarówno dla wdrażania NPZ oraz systemu monitorowania Programu mogłoby gwarantować rozwinięcie systemu sprawozdawczości, który by dokonywał diagnozy dotyczącej stanu zdrowia ludności oraz analizy działań podejmowanych w ramach promocji zdrowia w Polsce. Takie intencje mieli również twórcy pierwszych edycji NPZ.

3.7. Inne plany i polityki zdrowotne

Poniżej przedstawiono dwa przykłady dokumentów strategicznych związanych bezpośrednio z problematyką ochrony zdrowia. Trzeba jednak pamiętać, że nie wyczerpują one listy wszystkich aktualnych planów. Wiadomo bowiem, że elementy polityki państwa w zakresie zdrowia i(lub) ochrony zdrowia występowały niemal we wszystkich strategiach państwowych obowiązujących w latach 2007-2013 [11].

3.7.1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych

1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a. chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu,
 - b. nowotworów złośliwych,
 - c. przewlekłych chorób układu oddechowego.
2. Ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych.
3. Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych.
4. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.
5. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.
6. Ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
 - a. spożywaniem alkoholu,
 - b. używaniem substancji psychoaktywnych,
 - c. paleniem tytoniu.
7. Przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy.
8. Ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania.
9. Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3.
10. Zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.
11. Rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności.
12. Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym [12].

3.7.2. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020

Cel główny: rozwijanie kapitału ludzkiego poprzez wydobywanie potencjałów osób, tak aby mogły one w pełni uczestniczyć w życiu społecznym, politycznym i ekonomicznym na wszystkich etapach życia.

Cele szczegółowe i kierunki interwencji

1. Wzrost zatrudnienia.
2. Wydłużenie okresu aktywności zawodowej i zapewnienie lepszej jakości funkcjonowania osób starszych.
3. Poprawa sytuacji osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.
4. Poprawa zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej:
 - dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych poprzez działania odpowiadające potrzebom i oczekiwaniom w szczególności matek i dzieci oraz osób starszych, a także uwzględnienie aktualnych i prognozowanych trendów epidemiologicznych,
 - zmniejszenie liczby zachorowań i przedwczesnych zgonów poprzez zintensyfikowanie działań profilaktycznych i leczniczych skoncentrowanych na najbardziej istotnych z punktu widzenia zachorowalności i śmiertelności jednostkach chorobowych,
 - zmniejszenie liczby wypadków w pracy i chorób zawodowych poprzez wzrost poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym rozwój kultury bezpieczeństwa i realizację programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie chorobom zawodowym,
 - kształtowanie zdrowego stylu życia poprzez promocję zdrowia, edukację zdrowotną oraz prośrodowiskową oraz działania wspierające dostęp do zdrowej i bezpiecznej żywności, w tym m. in. poprawa poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa, zmniejszenie liczby zachowań ryzykownych dla zdrowia, tj. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, używania narkotyków, ryzykownych zachowań seksualnych, oraz nieodpowiedniej diety,
 - ograniczenie śmiertelności z przyczyn zewnętrznych, w szczególności wynikających z wypadków komunikacyjnych i urazów,
 - dostosowanie do potrzeb systemu ochrony zdrowia modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia,
 - zwiększenie wiedzy i świadomości pacjentów oraz personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia,
 - rozwój sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i przewlekle psychicznie chorych,
 - rozwój alternatywnych wobec opieki instytucjonalnej form opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych, starszych, niesamodzielnych,
 - kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym,
 - zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług medycznych, w tym nowoczesnej rehabilitacji,
 - wzrost nakładów na ochronę zdrowia z jednoczesną optymalizacją wykorzystania całości wydatków kierowanych na ochronę zdrowia pochodzących z budżetu państwa, samorządów oraz środków prywatnych ponoszonych na zakup leków oraz usług medycznych.
5. Podniesienie poziomu kompetencji i kwalifikacji obywateli [13].

3.8. Podsumowanie

Praktyka wskazała, że koncepcja Narodowego Program Zdrowia była pionierskim i nowoczesnym rozwiązaniem wdrażającym idee nowego zdrowia publicznego w Polsce. Wybór priorytetów zdrowotnych, zakładany system zarządzania programem, system ewaluacji spotkał się z uznaniem w kręgach międzynarodowych. Pomimo dobrze ocenianej koncepcji, NPZ nie został wyraźnie wsparty politycznie, ani nie został też wyposażony w skuteczne mechanizmy prawne koordynacji projektu. Zmiany polityczne, brak właściwego osadzenia w porządku prawnym Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia spowodowały, że na szczeblu centralnym wiele działań związanych z NPZ rozmyło się. O wiele większy entuzjazm Program wzbudził w jednostkach samorządu terytorialnego i organizacjach społecznych, gdzie był traktowany jako dokument ustalający hierarchię działań i kierunkujący inicjatywy. NPZ zainicjował też wiele lokalnych ruchów społecznych wspierających zdrowie, które stanowią potencjalny kapitał dla systemu zdrowia publicznego w Polsce. Historia Narodowego Programu Zdrowia nie jest zakończona. Właściwe wyciągnięcie wniosków z tej historii jest niezbędne do ukształtowania oblicza zdrowia publicznego w Polsce w przyszłości.

3.9. Piśmiennictwo

1. Chańska M.: Czy zmiany w częstości hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia, urazów i zatruc oraz chorób nowotworowych w Polsce w latach 1979-1993 można uznać za zadowalające?, *Antidotum* 11, 1995, IV, 49-51
2. Wysocki M.J., Miller M Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat *Zdr Publ* 2003; 113 (1/2): 3-7
3. Komisja Rządowa do opracowania Raportu ZDW 2000. Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. PZWL 1987, Warszawa
4. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej: Narodowy Program Zdrowia. Założenia Polityki Zdrowotnej Państwa Warszawa, listopad 1990
5. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej: Narodowy Program Zdrowia. Warszawa 1993
6. Goryński P, Wojtyniak B, Kuszewski K Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005 Państwowy Zakład Higieny 2004
7. Goryński P, Wojtyniak B, Kuszewski K Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005: suplement Państwowy Zakład Higieny 2005
8. Program Johan Bela decyzja Parlamentu Węgier nr 46/2003 (IV. 16.) OGY
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. z 2008r., Nr 163, poz. 1024)
10. Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020, Kopenhaga 5-7 Luty 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/186024/e96819.pdf
11. Tyszko P. Zdrowie i ochrona zdrowia w krajowych dokumentach strategicznych. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, 2009.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. DZ.U. 2009 Nr 137 poz.1126.
13. Uchwała Rady Ministrów Nr 104 z dnia 18 czerwca 2013r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Monitor Polski z dnia 7 sierpnia 2013. poz. 640. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Warszawa, czerwiec 2013. <http://www.mpips.gov.pl/praca/strategie-i-dokumenty-programowe/strategia-rozwoju-kapitalu-ludzkiego-srkl---projekt-z-31072012-r/>

Część 2

Badania naukowe w ochronie zdrowia

4. Badania naukowe dla lepszego zdrowia (i dobrobytu) widziane z perspektywy międzynarodowej <i>Dorota Cianciara</i>	57
5. System badań w dziedzinie zdrowia <i>Dorota Cianciara</i>	73
6. Ustalanie priorytetów badań w dziedzinie zdrowia <i>Dorota Cianciara</i>	94
7. Translacja wiedzy - wprowadzenie do tematyki <i>Dorota Cianciara</i>	111
8. Translacja wiedzy - relacje badaczy i użytkowników badań <i>Dorota Cianciara</i>	129
9. Translacja wiedzy - podejścia i metody <i>Dorota Cianciara</i>	146

4. BADANIA NAUKOWE DLA LEPSZEGO ZDROWIA (I DOBROBYTU) WIDZIANE Z PERSPEKTYWY MIĘDZYNARODOWEJ

Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,

²Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

4.1. Najważniejsze fakty

- Badania w dziedzinie zdrowia, to zdobywanie nowej wiedzy przy pomocy metod naukowych w celu rozpoznawania problemów zdrowotnych oraz przeciwdziałania im.
- Światowe zainteresowanie rozwojem badań w dziedzinie zdrowia trwa nieprzerwanie od końca lat 80. XX wieku. Wyznaczenie Milenijnych Celów Rozwoju w 2000r. wpłynęło na przyspieszenie prac zmierzających do rozwoju takich badań, zarówno w poszczególnych krajach, jak na arenie międzynarodowej.
- Obecnie, w skali globalnej, największe znaczenie przypisuje się badaniom w dziedzinie zdrowia publicznego oraz badaniom polityk i systemów zdrowotnych. Stanowią one jedną z subdyscyplin badań w dziedzinie zdrowia.
- Badania w dziedzinie zdrowia, a zwłaszcza badania polityk i systemów zdrowotnych, mają znaczenie we wszystkich krajach. Badania takie przyczyniają się do poprawy zdrowia populacji oraz rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, dlatego wszystkie państwa mogą odnieść pożytek z ich prowadzenia. Wszystkie kraje powinny mieć własny system badań w dziedzinie zdrowia.
- W 2007r. Światowa Organizacja Zdrowia, z woli państw członkowskich, została uznana za podmiot, który powinien przewodzić w globalnym rozwoju badań w dziedzinie zdrowia oraz w wykorzystaniu ich wyników. Wiodąca rola ma polegać przede wszystkim na przyjęciu wewnątrz samej Organizacji tzw. najlepszych wzorców do transpozycji wyników badań na rekomendacje. Ponadto oczekuje się, że ŚOZ będzie udzielać wsparcia i pomocy w tworzeniu systemu badań w dziedzinie zdrowia w poszczególnych krajach.

4.2. Wstęp

W międzynarodowym angielskojęzycznym piśmiennictwie na temat rodzajów badań związanych ze zdrowiem najczęściej używane są trzy określenia: *health research*, *health services research*, *health systems research*. Każde z wymienionych określeń, opisujące szczególny obszar badawczy, ma kilka różnych definicji.

Zwyczajowo, pojęcie *health research* ma szerokie konotacje i obejmuje zarówno kwestie

oceny świadczeń zdrowotnych, jak również problematykę stanu zdrowia populacji, potrzeb zdrowotnych, uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych, w tym społecznych, jakości życia, a nawet interakcji pacjent – pracownik ochrony zdrowia [1]. W licznych interpretacjach zalicza się tu również badania kliniczne oraz biomedyczne. Więcej informacji na temat zakresu badań w dziedzinie zdrowia podano w następnym rozdziale pt. System badań w dziedzinie zdrowia.

Według definicji *National Institutes of Health* (USA) *health services research* są wielodyscyplinarnym obszarem badań podstawowych i stosowanych, które analizują dostęp do świadczeń zdrowotnych, ich koszty, jakość, podaż, organizację, finansowanie oraz efekty, aby zebrać nową wiedzę o strukturze, procesach oraz wpływie świadczeń na zdrowie jednostek i populacji. Ale inne organizacje mają swoje wykładnie, a są też kolejne propozycje uściślenia sensu tego pojęcia [2,3].

Podobne trudności interpretacyjne dotyczą pojęcia *health systems research*. Próbą uporządkowania znaczenia jest propozycja, aby badania dotyczące świadczeniodawców nazywać badaniami operacyjnymi, dotyczące zarządzania programami – implementacyjnymi, a odnoszące się do twórców polityk oraz zarządzania systemem zdrowotnym – badaniami systemu zdrowia [4].

Przykładów badań na temat sytuacji zdrowotnej populacji i jej uwarunkowań wymieniać nie trzeba. Jako ilustrację badań świadczeń i (lub) systemów zdrowotnych, można przytoczyć studia i analizy wykonane przed wdrożeniem w 2006r. reformy systemu w Holandii [5] oraz prace, które analizują jej przebieg oraz efekty. Nie wchodząc w szczegóły samej reformy, warto powiedzieć, że systematyczne monitorowanie sytuacji prowadzone jest przy pomocy 125 wskaźników [6], rosnąca konkurencja (*managed competition*) między prywatnymi ubezpieczycielami doprowadziła do obniżenia kosztów świadczeń szpitalnych oraz ograniczyła ordynację leków w opiece ambulatoryjnej, ale wzrosły całkowite nakłady na opiekę zdrowotną z powodu zwiększenia koszyka, zwłaszcza w obszarze zdrowia psychicznego [7]. W opinii konsumentów reforma nie doprowadziła do całościowej poprawy planów ubezpieczenia [8]. Niemniej, uznano, że pewne doświadczenia holenderskie mogą być wskazówką do reformy systemu zdrowotnego w USA [9].

Innym przykładem jest analiza efektów i wpływu reformy systemu w Meksyku (*Seguro Popular*) [10]. Dzięki badaniom wiadomo też, że prognozowany wzrost nakładów na opiekę zdrowotną w związku ze starzeniem się populacji w latach 2010-2060 jest niewielki. Roczny wzrost wydatków w przeliczeniu na osobę, liczony jako średnia dla pięciu lat, wynosi nie więcej niż 1% w Czechach, Holandii, Niemczech, Słowenii oraz na Węgrzech i w większości krajów spada po roku 2030 [11]. Ponadto badania dostarczają wiedzy o efektywności różnych interwencji, czego przykładem może być wskazanie czynników, które przyczyniają się do większego uczestnictwa w skriningach [12].

Zainteresowanie Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) rozwojem badań w dziedzinie zdrowia, zarówno w poszczególnych krajach jak i w skali ponadnarodowej, zostało odnotowane już w 1946r. w Konstytucji ŚOZ. Artykuł 2, punkt (n) Konstytucji stwierdza, że promowanie i prowadzenie badań w obszarze zdrowia należy do tych zadań, które ŚOZ powinna realizować w celu osiągnięcia przez wszystkich ludzi najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia [13]. W 1959r. stworzono pierwszy globalny *Advisory Committee on Medical Research*, a wkrótce jego odpowiedniki w biurach regionalnych. Nazwa komitetu sugeruje, że skupiono się na badaniach biomedycznych oraz nad chorobami. Zwrot w kierunku badań nad zdrowiem datuje się na 1967r., kiedy utworzono *Division of Research in Epidemiology and Communication Science*. W drugiej połowie lat 80. XXw. rozpoczął działalność *Advisory Committee on Health Research*, kontynuator wspomnianego już *Advisory Committee on*

Medical Research. Komitet ten działa do dzisiaj, posiada swoje odpowiedniki regionalne i doradza Dyrektorowi Generalnemu ŚOZ oraz dyrektorom biur regionalnych. Takie były początki.

W ostatniej dekadzie w działalności ŚOZ daje się odnotować duże przyspieszenie w promowaniu badań w dziedzinie zdrowia. Ma to wyraźny związek z ustanowieniem Milenijnych Celów Rozwoju (MCR). W 2000r. Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło rezolucję pod nazwą „Deklaracja Milenijna”, która zobowiązywała kraje i agencje ONZ do współdziałania w celu redukcji ubóstwa na świecie, także poprzez poprawę sytuacji zdrowotnej społeczeństw. Deklaracja wskazywała konkretne cele, jakie należy osiągnąć do 2015r. i to one znane są pod nazwą MCR [14]. Przyjęło je 189 państw. W 2002r. Sekretarz Generalny ONZ zlecił opracowanie konkretnego planu działania w celu osiągnięcia MCR. W 2005r. niezależne ciało doradcze pod przewodnictwem *Jeffrey'a Sachsa* przedstawiło ostateczną wersję rekomendacji [15]. Znalazła się wśród nich wytyczna mobilizacji światowej nauki i technologii, w tym w dziedzinie zdrowia, na rzecz osiągnięcia MCR.

W celu zwiększenia innowacyjności systemów zdrowotnych oraz dostępu do nowych leków i produktów w krajach rozwijających się opracowano *Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property* i przyjęto ją w 2008r. rezolucją WHA61.21. [16,17]. Spektakularnym zwieńczeniem prac ŚOZ jest *The WHO strategy on research for health*. Ponadto 15 sierpnia 2013r. został upubliczniony – długo oczekiwany – *World Health Report 2013 pt. Research for universal health coverage*. Trzeba podkreślić, że rozwój badań w dziedzinie zdrowia jest wyzwaniem w skali całego świata, nie tylko dla krajów rozwijających się, ale także dla rozwiniętych.

Celem tego opracowania jest przedstawienie niektórych wydarzeń związanych z propagowaniem idei badań w dziedzinie zdrowia w skali międzynarodowej. Większość ma ścisły związek z działalnością ŚOZ i innych agend ONZ. Wydarzenia z lat 2000-2013 opisano dość zwięźle, ponieważ liczba tych zdarzeń, stosownych raportów, dokumentów i opracowań jest znaczna (zestawienie 4.1), a odpowiednie informacje są stosunkowo łatwe do odszukania.

Zestawienie 4.1. Najważniejsze raporty, rezolucje i wydarzenia międzynarodowe dotyczące badań w dziedzinie zdrowia w latach 2000-2013

Raporty, rezolucje	Rok	Wydarzenia
<i>Bangkok Declaration on Health Research for Development</i>	2000	<i>International Conference on Health Research for Development, Bangkok</i>
	2003	<i>Task Force on Health Systems Research (TFHSR)</i>
<i>Mexico Statement on Health Research</i> <i>WHO World report on knowledge for better health</i>	2004	<i>Ministerial Summit on Health Research, Mexico City</i>
Rezolucja WHA58.34: <i>Ministerial Summit on Health Research</i>	2005	
Raport <i>TFHSR</i>		
Rezolucja WHA60.1: <i>WHO's role and responsibilities in health research</i>	2007	

Raporty, rezolucje	Rok	Wydarzenia
Raport <i>TFLBH: Scalling up research for health systems</i>	2008	<i>Task Force on Research and Learning for Better Health (TFLBH)</i>
<i>Bamako call to action on research for health</i>		<i>Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako</i>
Rezolucja WHA63.21: <i>WHO's role and responsibilities in health research</i>	2010	<i>Global Symposium on Health Systems Research, Montreux</i>
<i>WHO strategy on health policy and systems research</i>	2012	<i>Global Symposium on Health Systems Research, Pekin</i>
<i>WHO strategy on research for health</i>		
<i>World Health Report: Research for Universal Health Coverage</i>	2013	

Bardziej szczegółowo opisano natomiast wydarzenia z końca XX w. Choć miały kardynalne znaczenie, to jednak nierzadko umykają uwadze współczesnych. Wszystkim P.T. Czytelnikom, zainteresowanym promocją badań w dziedzinie zdrowia, można polecić historyczne panoramy najważniejszych aktorów i wydarzeń związanych z działalnością ŚOZ [18-20].

Używane w całej niniejszej monografii określenie „badania w dziedzinie zdrowia” jest tłumaczeniem angielskiego terminu *health research* i nie jest odpowiednikiem polskiego podziału na obszary wiedzy, dziedziny nauki i dyscypliny naukowe wg Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2011r. [21]. W tekście zachowano angielskie nazwy omawianych podmiotów, dokumentów oraz wydarzeń.

4.3. Lata 90. XX wieku

4.3.1. *Commission on Health Research for Development*

Commission on Health Research for Development (CHRD) działała w latach 1987-1990 jako niezależna międzynarodowa inicjatywa, której celem była poprawa zdrowia w krajach rozwijających się. Działalność tej Komisji powszechnie uznaje się fundamentalny krok w celu wzmocnienia badań w dziedzinie zdrowia. Jej zadanie polegało na dokonaniu przeglądu i analizy badań związanych z problemami zdrowotnymi krajów rozwijających się, określeniu słabych i mocnych stron owych badań, a także zaproponowaniu ulepszeń tam, gdzie wydawało się, że są ku temu realne możliwości. Uznano, że badania, ich wyniki, są niezbędne jako wskazówka do podejmowania działań w obszarze ochrony zdrowia oraz tworzenia nowych metod postępowania. Badania pozwalają oszczędzić pieniądze i uzyskiwać lepsze rezultaty poniesionych wydatków. Przyjęto szeroką definicję badań w dziedzinie zdrowia (*health research*), to jest: „zdobywanie nowej wiedzy przy pomocy metod naukowych w celu rozpoznawania problemów zdrowotnych oraz przeciwdziałania im”.

Komisja składała się z 12 osób i pracowała pod kierownictwem Kanadyjczyka *Johna R. Evansa*. Członkowie reprezentowali różne punkty widzenia – ośmiu pochodziło z krajów rozwijających się (Bangladesz, Etiopia, Egipt, Filipiny, Indie, Meksyk, Nigeria, Zimbabwe), czterech – z krajów najbar-

dziej uprzemysłowionych (Japonia, Kanada, USA, Wielka Brytania). Uczestnicy mieli doświadczenie badawcze w obszarze biomedycyny, nauk społecznych i epidemiologii, niektórzy pełnili funkcje rządowe, uniwersyteckie lub w jednostkach badawczych. Ekspertów od spraw zdrowia wspierał przedsiębiorca, dietetyk, ekonomista, socjolog specjalizujący się w sprawach wiejskich oraz prawnik. Komisji dopomagał 6-osobowy sekretariat wraz z 24-osobowym zespołem badaczy, pracowników administracyjnych i innych fachowców. Działalność Komisji sponsorowało wiele instytucji i organizacji w tym *UNDP* i *World Bank*, a wśród kolejnych stronników wymienia się *PAHO/WHO*.

W raporcie *CHRD* z 1990r. podano, że badania w dziedzinie zdrowia są wyraźnie skoncentrowane na problemach krajów bogatych [22]. W tamtym okresie roczne światowe nakłady na badania w dziedzinie zdrowia wynosiły ok. 30 mld. USD, ale tylko 5% tej kwoty przeznaczano na rozpoznawanie problemów krajów rozwijających się, chociaż powodowały 93% utraty potencjalnych lat życia na świecie. Dysproporcję tę nazwano później *10/90 gap* (patrz: *Global Forum for Health Research*). W krajach rozwijających się najslabiej rozwinięte są badania epidemiologiczne, z obszaru nauk społecznych, polityki i zarządzania. Sformułowano cztery zalecenia: (a) w każdym kraju prowadzić niezbędne badania w dziedzinie zdrowia (*Essentials National Health Research – ENHR*), (b) zawiązać międzynarodowe partnerstwo, (c) zmobilizować fundusze oraz (d) stworzyć mechanizm monitorowania procesu rozwoju badań w dziedzinie zdrowia, a także rzecznictwa w tej sprawie.

Opublikowanie raportu *CHRD* było impulsem do serii kolejnych kroków. W 1990r. rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia ŚOZ wezwała wszystkie kraje członkowskie do prowadzenia niezbędnych badań w dziedzinie zdrowia (*essential health research*) i ustalenia priorytetów badawczych [23]. Ponadto wystosowano apel w tej sprawie do agencji międzynarodowych, społeczności badaczy oraz Dyrektora Generalnego ŚOZ. W 1991r. powołano *Task Force on Health Research for Development* z mandatem do określenia sposobów praktycznej realizacji zaleceń ww. Komisji i kontynuacji jej pracy. Wkrótce odbyły się dwie międzynarodowe konferencje poświęcone tej tematyce – w Ugandzie (1992) i Genewie (1993). W Genewie zdecydowano o utworzeniu *Council on Health Research for Development (COHRED)* w roli międzynarodowego mechanizmu, który miał na stałe wspierać wdrożenie *ENHR*. *COHRED* działa do dzisiaj i jest niezależną organizacją z centralą w Genewie, wspieraną finansowo z wielu źródeł, w tym przez ŚOZ i *World Bank* [24,25].

4.3.2. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options

Komitet ten powstał w styczniu 1994r. pod auspicjami ŚOZ. Zarządzanie pracami powierzone administracji programu chorób tropikalnych, stworzonego przez ŚOZ, *UNDP* i *World Bank* w celu prowadzenia badań i szkoleń związanych z problemami zdrowotnymi rejonu tropików. Powstanie *Ad Hoc Committee* było reakcją na liczne już wtedy na świecie głosy na rzecz badań w dziedzinie zdrowia. Ważnym impulsem był raport *World Bank* z 1993r. pt. *World development report 1993: investing in health* [26]. Autorzy tego raportu dowodzili, że poprawa zdrowia zależy od poprawy warunków życia w wymiarze społecznym i ekonomicznym, zmiany sposobów wydatkowania pieniędzy w sektorze zdrowia, w tym większych nakładów na interwencje zdrowia publicznego i zdecydowanie mniejszych na świadczenia trzeciego poziomu. Wielokrotnie zwracano uwagę na konieczność wzmocnienia badań. Analizy *Ad Hoc Committee* były też inspirowane ustaleniami *Advisory Committee on Health Research* z 1993r. [27].

W pracy przyjęto, że badania w dziedzinie zdrowia są procesem, w którym uzyskuje się usystematyzowaną wiedzę i technologię, które mogą być wykorzystane do poprawy zdrowia jednostek i grup. Wyróżniono dwa typy badań: podstawowe, czysto naukowe i strategiczne, czyli zmierzające do zrozumienia i rozwiązania problemów zdrowotnych. Zadaniem Komitetu było określenie – wg zadanych kryteriów – priorytetowych i mniej ważnych obszarów badań i rozwoju (B+R, ang. *R&D*) oraz wskazanie obszarów wymagających większego lub mniejszego finansowania. Ponadto Komitet miał kontynuować i zaktualizować wcześniejsze prace *CHRD*. Ustalenia Komitetu miały być użyteczne dla decydentów na szczeblu krajowym i międzynarodowym. Analizą objęto ogromną liczbę krajów podzielonych na dwie grupy – państw demograficznie rozwiniętych i rozwijających się.

Komitet liczył 37 członków z różnych krajów i pracował pod przewodnictwem *Deana T. Jamesona* z USA. Ponadto w pracach uczestniczyło około 20 osób – badaczy i pracowników administracyjnych. Poza raportem końcowym, Komitet wyprodukował liczne opracowania dodatkowe, w tym słynne „Obciążenie chorobami” (*Global burden of disease*) pod redakcją *Christophera Murraya* i *Alana Lopeza* [28]. W podsumowaniu raportu sporządzonego przez Komitet wskazano cztery zasadnicze, stojące przed światem wyzwania związane ze zdrowiem: (a) choroby zakaźne dzieci, problemy perinatalne i związane z macierzyństwem w krajach biednych, (b) zmieniające się zagrożenia mikrobiologiczne na całym świecie, (c) epidemię chorób niezakaźnych i urazów w krajach o niskich oraz średnich dochodach, (d) dużą różnorodność krajowych systemów zdrowotnych pod względem działania i efektywności, przy jednoczesnym braku informacji zarówno o funkcjonowaniu systemów zdrowotnych jak politykach, które wpływają na ich działanie.

W odniesieniu do poszczególnych wyzwań wskazano kierunki przyszłych działań B+R [29]. Rekomendacje nacelowane na usprawnienie systemów zdrowotnych objęły problematykę znaczenia badań dla polityki zdrowotnej oraz rozwoju struktur do wspierania badań. Stwierdzono, że priorytetem są badania strategiczne polegające na ocenie wpływu, jaki na zdrowie wywierają polityki i działania ekonomiczne, a także przedsięwzięcia na polu edukacji, rolnictwa, transportu, *etc.* Równie ważne są badania nad znaczeniem inwestowania w zdrowie grup najbardziej potrzebujących oraz efektywnością różnych rozwiązań finansowych i organizacyjnych w systemie zdrowotnym. Pilne są studia nad potrzebami zdrowotnymi populacji i zapotrzebowaniem na świadczenia, a także oceniające funkcjonowanie systemu zdrowia. Kolejne zalecenie odnosiło się do organizacji i gromadzenia zasobów, które umożliwią wcielenie wyników badań do praktyki. Wnioskowano o utworzenie specjalnego programu badań i szkoleń związanych z problemami systemów zdrowotnych i polityki zdrowotnej. Podkreślono, że rządy poszczególnych państw mogą odnieść wymierne korzyści ze stworzenia krajowej agendy badań w dziedzinie zdrowia.

4.3.3. Global Forum for Health Research (GFHR)

W styczniu 1998r. rozpoczęła działalność fundacja pod nazwą *Global Forum for Health Research* z centralą w Genewie. W 2011r. Forum połączyło się z *Council on Health Research for Development (COHRED)*. *GFHR* działało jako partner *ŚOZ*, miało charakter organizacji społeczeństwa obywatelskiego (*civil society organization*) i zrzeszało przedstawicieli rządów, agencji ONZ, agencji i fundacji pomocowych, organizacji pozarządowych (także kobiecych), instytucji badawczych, mediów i prywatnego sektora farmaceutycznego. Forum ukuło określenie „luka 10/90”

(10/90 gap) do zobrazowania dysproporcji między nakładami na badania, a potrzebami zdrowotnymi krajów rozwijających się, opisanej wcześniej przez *CHRD*. Celem głównym działalności Forum było wypełnianie owej luki 10/90, a więc wzmocnienie badań w dziedzinie zdrowia poprzez wybór priorytetów badawczych, zwiększanie systemowej spójności oraz lepsze praktyczne wykorzystanie wyników badań do działań praktycznych [30,31]. Założenia te realizowano poprzez organizację dorocznych spotkań Forum, monitorowanie stanu luki 10/90, tworzenie metodologii ustalania priorytetów badawczych, wspieranie partnerstwa i potencjału badawczego w krajach o niskich dochodach, rozpowszechnianie informacji oraz ocenianie rezultatów tych przedsięwzięć. *GFHR* było inkubatorem dla wielu inicjatyw i koalicji międzynarodowych, takich jak np. *Alliance for Health Policy and Systems Research (Alliance HPSR)* czy *Initiative on Child Health and Nutrition Research (CHNRI)*. Do zasług należy również zaliczyć współudział w organizacji międzynarodowych konferencji na temat badań w dziedzinie zdrowia na rzecz rozwoju, w tym w Bangkoku w 2000r., a także szczytu ministerialnego w Mexico City w 2004r. oraz w Bamako w 2008r.

4.4. Lata 2000-2013

4.4.1. *International Conference on Health Research for Development, Bangkok, 2000*

Owoce konferencji, która zgromadziła ponad 700 uczestników z krajów rozwiniętych i rozwijających się była Deklaracja z Bangkoku [32], w której stwierdzono, że badania w dziedzinie zdrowia mają kluczowe znaczenie dla poprawy zdrowia i rozwoju ekonomicznego. Uczestnicy zgodzili się, że efektywne systemy zdrowotne muszą mieć spójne i skoordynowane strategie badań w obszarze zdrowia [33,34].

4.4.2. *Commission on Macroeconomics and Health, 2001*

W styczniu 2000r. Komisję tę powołała ówczesna Dyrektorka ŚOZ *Gro Harlem Brundtland*. W jej skład weszło 18 wiodących ekonomistów, ekspertów zdrowia publicznego, znawców spraw rozwojowych oraz decydentów. Pracom przewodniczył *Jeffrey Sachs*, naówczas dyrektor *Center for International Development* przy *Harvard University*. Rok później Komisja zalecała m.in. zwiększenie nakładów na badania podstawowe i stosowane [35].

4.4.3. *Ministerial Summit on Health Research, Mexico City, 2004*

Szczyt ministerialny zwołany przez ŚOZ we współpracy z rządem Meksyku odbywał się równocześnie z 8 Forum *GFHR*. Uczestniczyli w nim ministrowie i inne osoby z 58 krajów [36]. Podkreślono, że badania odgrywają zasadniczą rolę w poprawie zdrowia populacji. Duży nacisk położono na problematykę translacji wiedzy do praktyki, czyli wypełnienie luki „wiedzieć-robić” (*know-do-gap*). Szczyt zakończył się wydaniem oświadczenia *Mexico Statement on Health Research* [37]. Podano tam, że badania biomedyczne i z dziedziny nauk społecznych mogą znacząco przyczynić się do zrozumienia prewencji, diagnostyki oraz leczenia wielu chorób. Niemniej, podstawowe

znaczenie mają badania ukierunkowane na wzmocnienie zdrowia publicznego i systemów zdrowotnych, a te są zaniedbane i niedofinansowane. Dlatego niezbędne jest zachowanie równowagi między poszczególnymi rodzajami badań oraz opracowanie takiej strategii rozwoju badań w dziedzinie zdrowia, która obejmie wszystkie ważne rodzaje podejść badawczych.

Stwierdzono m.in., że istnieje konieczność afirmacji kultury jakości w badaniach, poprawy oceny efektów polityk i działań na każdym szczeblu, podjęcia tematyki społecznych uwarunkowań zdrowia. W oświadczeniu wzywa się również rządy krajowe, aby zobowiązały się finansować niezbędne (*necessary*) badania w dziedzinie zdrowia, ustaliły i wdrożyły krajowe polityki badań. Ponadto wezwano rządy do działań wspierających systemy badań w dziedzinie zdrowia, takie jak ustalanie priorytetów, zarządzanie badaniami, przyjęcie standardów jakości i norm etycznych, szeroki udział reprezentantów społeczeństwa obywatelskiego, a także wykreowanie decydentów z odpowiednią wiedzą.

4.4.4. *World report on knowledge for better health, 2004*

W 2004r. ŚOZ opublikowała *World report on knowledge for better health* [38]. We wstępie do raportu ówczesny Dyrektor Generalny *LEE Jong-wook* stwierdził, że w ostatnich dekadach nauka stworzyła leki, szczepionki i metody diagnostyczne, które umożliwiły znaczny postęp w leczeniu, zapobieganiu i diagnostyce wielu chorób. Niemniej odczuwa się, że w nauce nie zrobiono wystarczająco wiele, zwłaszcza w obszarze zdrowia publicznego, a ponadto istnieje luka między tym, co wiemy, a tym, co robimy w praktyce. Wśród 12 najważniejszych wniosków tego raportu znalazły się następujące stwierdzenia: (a) nauka musi pomagać w usprawnieniu systemów zdrowotnych; nie może skupiać się na pogłębianiu wiedzy akademickiej czy ograniczać się do produkcji leków, testów diagnostycznych, szczepionek czy wyrobów medycznych, (b) odkrycia o charakterze biomedycznym nie mogą poprawić zdrowia ludzi, jeśli nie ma badań jak je zastosować w różnych systemach opieki zdrowotnej, wśród różnych grup społecznych i w różnych kontekstach społecznych oraz politycznych. Stwierdzono również (po raz kolejny), że każde państwo powinno mieć krajowy system badań w dziedzinie zdrowia. Uznano, że priorytetem jest sprawiedliwy dostęp do opublikowanych i nieopublikowanych wyników badań. Wiele miejsca poświęcono problematyce translacji wiedzy.

4.4.5. *Task Force on Health Systems Research, 2003-2005*

Grupa robocza pod nazwą *Task Force on Health Systems Research (TFHSR)* została powołana w 2003r. przez ŚOZ w celu opracowania planu badań, które wspierałyby realizację MCR. W raporcie *TFHSR* opublikowanym w 2005r. stwierdzono, że jedną z istotnych przeszkód w osiągnięciu MCR jest niedorozwój i złe funkcjonowanie systemów zdrowotnych. Jednocześnie istnieje wiele pytań na temat funkcjonowania systemów, na które nie ma odpowiedzi. Dlatego pierwszorzędne znaczenia ma wzmocnienie badań nad systemami zdrowotnymi. Sugerowano, aby podejmować badania związane z: (a) zasobami ludzkimi i finansowymi, (b) organizacją i dostarczaniem świadczeń zdrowotnych, (c) zarządzaniem i gospodarowaniem systemem zdrowotnym oraz zarządzaniem wiedzą, a także (d) konsekwencjami polityk i oddziaływań światowych [39].

4.4.6. Rezolucja WHA58.34: *Ministerial Summit on Health Research, 2005*

Rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 25 maja 2005r., odwołując się do ministerialnego szczytu i oświadczenia z Meksyku, wezwała do dalszych działań rządy krajowe, międzynarodową społeczność badaczy oraz Dyrektora Generalnego ŚOZ [40]. Kraje członkowskie ponownie wezwano do stworzenia i wdrożenia lub wzmocnienia krajowych polityk badań w dziedzinie zdrowia wraz z odpowiednim politycznym wsparciem oraz przeznaczeniem na ten cel odpowiednich funduszy i zasobów ludzkich. Od Dyrektora Generalnego oczekiwano określenia roli i zakresu odpowiedzialności ŚOZ za badania w dziedzinie zdrowia.

4.4.7. Rezolucja WHA60.1: *WHO's role and responsibilities in health research, 2007*

W styczniu 2006r., na mocy rezolucji WHA58.34, *Executive Board (EB)* przygotował dokument roboczy oraz projekt rezolucji odnośnie do odpowiedzialności ŚOZ za badania w dziedzinie zdrowia [41,42]. Następnie, w maju 2006r. 59. Światowe Zgromadzenie Zdrowia analizowało projekt *EB* oraz pogląd *Advisory Committee on Health Research* i dokonało korekty stanowiska [43]. W styczniu 2007r. rezolucja *EB* zatwierdziła poprawki Zgromadzenia [44], a w maju 2007r. 60. Zgromadzenie przyjęło rezolucję w ostatecznym kształcie [45]. W rezolucji tej znalazło się dziewięciopunktowe przesłanie do rządów (np. apel o włączenie badań do głównego nurtu krajowych planów i działań) oraz 18 postulatów kierowanych do Dyrektora Generalnego. W tych osiemnastu punktach zawiera się zakres odpowiedzialności ŚOZ za badania w dziedzinie zdrowia. Zaliczono tu np. (a) promowanie badań w tych obszarach tematycznych, które są zaniedbane oraz wśród grup nieuprzywilejowanych, (b) promowanie wolnego dostępu do wyników badań, (c) pomoc i wsparcie techniczne dla państw członkowskich przy organizacji krajowych systemów badań, (d) sformułowanie prostych strategii ustalania priorytetów badawczych, możliwych do wykorzystania przez rządy. Podstawowa jednak, nadrzędna zasada dotyczy wykorzystania najlepszych praktyk badawczych wewnątrz samej Organizacji, czyli np. stworzenia bazy informacji na temat badań realizowanych przez ŚOZ, ustalenia wewnętrznych przejrzystych mechanizmów wyboru priorytetów badawczych, podejmowania decyzji w oparciu o dowody, itd.

4.4.8. *Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako, 2008*

W czerwcu 2008r. dr *Margaret Chan* wyznaczyła konsultacje wysokiego szczebla, w czasie których zalecono utworzenie specjalnej grupy roboczej – *Task Force on Research and Learning for Better Health (TFRLBH)*. Praca grupy miała koncentrować się na badaniach dotyczących systemów zdrowotnych, a nie problemów zdrowotnych, i było to wynikiem wcześniejszych ustaleń *TFHSR*. Przy dużym popycie na taki rodzaj badań, ich podaż była nieznaczna. Pierwsza inicjatywa wzmocnienia badań nad zmiennymi systemowymi zrodziła się dopiero w 1999r., kiedy to, w odpowiedzi na wniosek *Ad Hoc Committee* we współpracy z ŚOZ, powstała koalicja pod nazwą *Alliance for Health Policy and Systems Research (Alliance HPSR)*. Co więcej – na badania dotyczące systemów zdrowotnych wydatkuje się śladowe kwoty, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach. Raport grupy roboczej *TFRLBH* na temat intensyfikacji badań dla potrzeb systemów zdrowotnych przedstawiono na konferencji w Bamako (Mali) [46].

W analizach grupy przyjęto, że badania dotyczące systemów zdrowotnych (*health systems research*), to celowe tworzenie wiedzy, którą społeczeństwa mogą wykorzystać do samoorganizacji w celu poprawy wyników zdrowotnych i świadczeń zdrowotnych. Dotyczą szerokiego spektrum spraw, takich jak uniwersalne funkcje systemów, czyli gospodarowanie, finansowanie, dostarczenie świadczeń. Nie są to badania ukierunkowane na odkrywanie lub tworzenie nowych interwencji, ale dążą do ustalenia sposobów (polityki, organizacja, programy), które pomogą potencjalnym użytkownikom wykorzystać istniejące i efektywne interwencje. Grupa sformułowała trzy podstawowe zalecenia: (a) stymulacji badań nad systemami zdrowotnymi, (b) włączenia praktyków i decydentów w ustalanie agendy, (c) wzmocnienia w każdym kraju potencjału badań nad systemami zdrowotnymi przy wsparciu regionalnym i światowym.

Forum w Bamako zgromadziło ministrów lub ich reprezentantów odpowiedzialnych za sektory zdrowia, nauki i technologii, edukacji, spraw zagranicznych i współpracy międzynarodowej z 53. krajów, także z Polski. Wcześniej odbywały się konsultacje regionalne. Wynikiem konsultacji europejskiej była m.in. chęć rozliczenia rządów z realizacji postanowień z *Mexico City* dotyczących finansowania badań w dziedzinie zdrowia [47].

Uczestnicy Forum sformułowali tzw. apel z Bamako, w którym umieszczono 24 wezwania kierowane do różnych interesariuszy. W ośmiopunktowym apelu do rządów poszczególnych państw znalazły się m.in. następujące kwestie: (a) nadać priorytet polityce badań dla zdrowia, (b) przeznaczyć na ten cel przynajmniej 2% budżetu ministerstw zdrowia, (c) zwiększyć potencjał badawczy. Stosunkowo nowym pierwiastkiem był apel o translację wiedzy oraz zwiększenie interdyscyplinarności, a zwłaszcza międzysektorowości badań w dziedzinie zdrowia. W apelu do agencji międzynarodowych proponowano m.in., aby 18 listopada każdego roku uczynić dniem badań w dziedzinie zdrowia [48].

4.4.9. Rezolucja WHA63.21: *WHO's role and responsibilities in health research, 2010*

W rezolucji zaanonsowano *WHO strategy on research for health*. Kraje członkowskie ponaglono, aby uznały, że badania mają znaczenie dla poprawy zdrowia i równości w zdrowiu, a także stworzyły i wdrożyły polityki naukowe, spójne z krajowymi politykami zdrowotnymi [49].

4.4.10. *Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, 2010*

Przed Sympozjum w Montreux ŚOZ zleciła wykonanie 10 opracowań, jako tworzywa do dyskusji. W materiale poświęconym potencjałowi badawczemu dowiedzono, że w krajach o niskich i średnich dochodach maksymalna szacunkowa liczba badaczy, którzy zajmują się systemami zdrowotnymi wynosi 6-7,5 tysiąca osób, podczas gdy tylko w Stanach Zjednoczonych zajmuje się nimi ponad 13 tysięcy badaczy. W przeprowadzonym przeglądzie systematycznym ustalono, że wśród 73 odnalezionych artykułów opisujących interwencje zwiększania potencjału badań systemów zdrowotnych większość prac (49, czyli 67%) dotyczyła krajów bogatych, głównie USA (15 artykułów), Wielkiej Brytanii (13), Kanady (10) i Australii (8). Pozostałe 24 prace dotyczyły krajów o niskich i średnich dochodach, ale wszystkie omawiały interwencje o zasięgu ponadnarodowym. Wiodące zalecenie dotyczyło zwiększania potencjału badań związanych z systemem zdrowotnym, zarówno na poziomie indywidualnym (umiejętności badaczy i kształcenie), jak pojedynczych organizacji,

całych systemów zdrowotnych, a także donorów i sieci międzynarodowych [50].

W listopadzie 2010r. w Montreux (Szwajcaria) zebrało się około 1200 uczestników z ponad 100 państw w celu omówienia stanu badań na temat systemów zdrowotnych oraz sposobów ich intensyfikacji w celu zapewnienia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz ich osiągalności z finansowego punktu widzenia. Kwestia powszechnego dostępu i osiągalności (przystępności) świadczeń (*universal coverage, universal health coverage*) była przedmiotem rezolucji 58. Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2005r. motywującej państwa członkowskie do reformowania krajowych systemów zdrowotnych w sposób, który zapewni powszechny dostęp do usług oraz ich przystępność zgodnie z duchem MCR i strategii „Zdrowie dla wszystkich” (*Health for All*) [51]. W opinii ŚOZ powszechny „zasięg świadczeń” (*coverage*) oznacza sytuację, w której wszyscy ludzie mają dostęp do świadczeń i nie mają problemów finansowych przy opłacie za nie [52].

W końcowym oświadczeniu po Sympozjum w Montreux podkreśla się – co oczywiste – m.in. konieczność budowania podstaw do prowadzenia badań nad systemami zdrowotnymi, a także translacji zdobytej wiedzy [53]. Apelowano o stworzenie strategii badań na temat polityki zdrowotnej i systemów zdrowia, ponieważ badania takie mają rozstrzygające znaczenie w pracach na rzecz zdrowia. Zaplanowano rozpowszechnianie informacji o przebiegu Sympozjum, wykładach i debatach, a także przedsięwzięcia promujące badania w obszarze systemów zdrowotnych, budowanie podwalin pod takie badania oraz zorganizowanie kolejnego sympozjum w 2012 lub 2013r. Organizacji następnego sympozjum podjęły się Chiny.

4.4.11. Strategy on health policy and systems research, 2012

Pod egidą ŚOZ została powołana grupa doradcza, której celem było opracowanie strategii badań związanych z polityką zdrowotną i systemami zdrowia na podstawie twardych danych naukowych, ale też doświadczenia i mądrości interesariuszy. W skład grupy weszło 29 osób, badaczy-liderów i decydentów z całego świata, reprezentantów obu płci. Pracom przewodniczył *Julio Frenk*, dziekan *Harvard School of Public Health*, oraz pani *Sujatha Rao*, była sekretarz ds. zdrowia i rodziny w rządzie Indii. Pracę wspierała koalicja *Alliance HPSR*, zlecając wcześniej przygotowanie różnych opracowań, w tym na przykład wyciągu z dotychczasowych opracowań ŚOZ [54] czy studium na temat zintegrowania badań z procesami politycznymi [55].

Wynikiem prac grupy doradczej jest raport, jedyny tego rodzaju szkic w skali świata. Wskazane kierunki działania obejmowały następujące kwestie: (a) połączyć badania z procesami podejmowania decyzji, związać je ze wszystkimi etapami tworzenia polityk, (b) wspierać badania, które są potrzebne i na które jest popyt (*demand-driven*), (c) wzmocnić potencjał badawczy oraz zwiększyć wykorzystanie wyników i dowodów, (d) stworzyć repozytoria wiedzy, (e) poprawić efektywność inwestowania w badania, w tym poprzez przedsięwzięcia wielodyscyplinarne, (f) ponosić odpowiedzialność za podjęte działania i efekty zdrowotne, co dotyczy zarówno decydentów jak badaczy [56].

4.4.12. Global Symposium on Health Systems Research, Pekin, 2012

Na przełomie października i listopada 2012r. na Drugim Światowym Sympozjum spotkało się ponad 1700 badaczy, praktyków, polityków, urzędników państwowych, donatorów oraz przedsta-

wicieli środków masowego przekazu, reprezentujących ponad 760 różnych instytucji z ponad 100 krajów [57]. Symposium służyło ewaluacji postępów prac wyznaczonych w Montreaux, wymianie poglądów i skorygowaniu agendy. Wiodącymi tematami były: translacja wiedzy, stan badań dotyczących systemów zdrowotnych oraz metodologia takich badań. Przekrojowymi zagadnieniami były: innowacje w translacji badań systemów zdrowotnych, luki w badaniach (zlekceważone priorytety lub subpopulacje) oraz finansowanie i potencjał badań systemów zdrowotnych. Poza wspieraniem badań systemów zdrowotnych, co można uznać za wątek metodologiczny, silny akcent położono na aksjologiczny aspekt badań, tj. powszechny „zasięg” świadczeń zdrowotnych (*universal health coverage*). Przygotowaniem do wymiany poglądów było m.in. wydanie we wrześniu specjalnego numeru *Lancet* (patrz: *The Lancet* 2012; 380(9845), Sept. 08-14), w którym zamieszczono wiele artykułów poświęconych tej problematyce. W jednym z artykułów, na przykładzie reform zdrowotnych w Meksyku, wykazano, że w dążeniu do sprawiedliwego i efektywnego systemu zdrowotnego podstawowe znaczenie ma długofalowa inwestycja w infrastrukturę badawczą, która pozwala uzyskać odpowiednie dane i dowody do tworzenia polityki [10].

Trzecie Symposium odbędzie się w dniach 30.09-03.10.2014r. w Cape Town (Kapsztad) w Republice Południowej Afryki [58]. Tematyka spotkania będzie dotyczyć systemów zdrowotnych skoncentrowanych na osobach (*people-centred health systems*). Zwraca się uwagę na fakt, że systemy zdrowotne skupione na osobach powinny poszukiwać sposobów reagowania na wszystkie czynniki, które wpływają na zdrowie, a nie tylko na czynnikach natury biomedycznej. Ludzie są sercem systemu zdrowotnego oraz jego zasobem.

4.4.13. WHO strategy on research for health, 2010-2012

Krokami milowymi w rozwoju strategii były: *Mexico Statement*, rezolucja WHA58.34 oraz WHA60.15, apel z Bamako oraz rezolucja WHA63.21. Ponadto w interwałach toczyło się wiele konsultacji z wieloma interesariuszami. Opracowanie dokumentu trwało około pięciu lat. Strategia ta, aprobowana w 2010r. na 63. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia [49], ukazała się drukiem w 2012r. [59].

Dla potrzeb strategii, pojęcie „badania” zdefiniowano jako budowanie wiedzy w celu zrozumienia problemów związanych ze zdrowiem oraz przeciwdziałania im. Obejmują one pięć ogólnych obszarów dociekań: pomiar problemu, zrozumienie przyczyn, opracowanie rozwiązań, translację rozwiązań lub dowodów do polityki, praktyki albo produktów oraz ocenę efektywności rozwiązań. Określenie „badania dla zdrowia” (*research for health*) odzwierciedla fakt, że poprawa efektów zdrowotnych jest możliwa tylko przy zaangażowaniu wielu sektorów i dyscyplin. Ten rodzaj badań, zgodnie z *GFHR*, dąży do zrozumienia wpływu na zdrowie polityk, programów, procesów, działań i wydarzeń, które powstawały w różnych sektorach, a ponadto jest pomocą w opracowaniu interwencji, które umożliwią zapobieganie lub pomniejszanie wpływu owych przedsięwzięć. Badania dla zdrowia mają przyczynić się do osiągnięcia MCR, sprawiedliwości w zdrowiu oraz lepszego zdrowia dla wszystkich. Przez „problem zdrowotny” należy rozumieć ważną przyczynę złego zdrowia lub nierówności w zdrowiu, aktualną lub przyszłą. Obejmuje to: choroby, jak HIV/AIDS lub zaburzenia psychiczne, czynniki ryzyka, jak otyłość, ubóstwo lub zmianę klimatu, oraz bariery efektywnego funkcjonowania systemów zdrowia, jak brak bezpieczeństwa procedur czy niedostateczne finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Do strategicznych celów działania ŚÓZ zaliczono: (a) organizację, (b) priorytety, (c) potencjał, (d) standardy oraz (e) translację. Oznacza to, że ŚÓZ będzie dążyć odpowiednio do: (a) budowania klimatu korzystnego dla badań (tzw. kultury) wewnątrz własnej Organizacji, (b) liderowania w badaniach, które określają potrzeby zdrowotne i odpowiadają na nie, (c) wspierania zdolności do wykonywania badań w poszczególnych krajach i zwiększania sprawności systemów badawczych, (d) ustalenia międzynarodowych standardów, norm i wytycznych związanych z badaniami oraz (e) wzmocnienia powiązań między badaniami, polityką i praktyką. Dla każdego celu opisano okoliczności towarzyszące, planowane działania oraz oczekiwane rezultaty. Wskazano też warunki niezbędne do wdrożenia (zasoby ludzkie i finansowe) oraz zasady i przykładowe wskaźniki ewaluacji. Zakłada się, że na wdrożenie strategii potrzeba około 10 lat.

Nie sposób pominąć faktu, że w dokumencie tym ponownie stwierdzono, że „solidne i działające krajowe systemy badań w dziedzinie zdrowia, we wszystkich krajach, mają wpływ na szybsze osiągnięcie celów zdrowotnych, krajowych i światowych, tj. lepszego zdrowia oraz bardziej sprawiedliwych i efektywnych systemów zdrowotnych”.

4.4.14. World Health Report: Research for universal health coverage, 2013

Światowy Raport Zdrowia, sygnowany przez ŚÓZ, ukazywał się corocznie w latach 1995-2008. Następnie powiedziano, że będzie produkowany co dwa lata. Po edycji z 2010r. zapowiedziano, że kolejny Raport będzie wydany w 2012r. i będzie nosić tytuł „Nie ma zdrowia bez badań” (*No health without research*). Raport zaprezentowano dopiero 15 sierpnia 2013r. i nosi tytuł *Research for universal health coverage* [60]. Zarówno opóźnienie wydania jak zmiana tematyki spotkały się z krytyką wydawców *PLOS Medicine*, którzy przygotowywali kolekcję artykułów do swojego czasopisma, komplementarnych do Raportu [61].

W Polsce Raport ten zaanonsowano pod tytułem; „Badania dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej”, co nie do końca wyraża myśl oryginalną, ale nie dopracowaliśmy się jeszcze właściwego polskiego odpowiednika określenia *health coverage*. W niniejszym opracowaniu świadomie użyto już terminu „zasięg”, który również nie oddaje istoty rzeczy, ale pozwala oderwać się od terminu „dostępność/dostęp do świadczeń”, który jest w Polsce bardzo różnie interpretowany [62-64].

Proponowana przez ŚÓZ idea *universal coverage* oznacza bowiem zarówno dostęp do świadczeń jak osłonę socjalną przed kłopotami finansowymi, wynikającymi z opłaty za usługi. Dr *Margaret Chan* nazywa to najpotężniejszą koncepcją, jaką ma do zaoferowania zdrowie publiczne. Trzeba tu nadmienić, że dostęp do świadczeń (*access*) został opisany w 1981r. i przydano mu pięć wymiarów, tzw. *5 A's*, które stanowią ciągle popularną i stosowaną wykładnię tego pojęcia [65].

Problematyka powszechnego „zasięgu” (tj. dostępu i przystępności) była już podnoszona w *World Health Report* 2010 [66], a ponadto uzyskała poparcie na forum ONZ [67]. W rezolucji Zgromadzenia Ogólnego z grudnia 2012r. podkreśla się, że jest to zagadnienie uniwersalne i dotyczy wszystkich państw, ponieważ wszystkie kraje mają możliwość dalszej poprawy systemów zdrowotnych. Trzeba zauważyć, że dążenie do powszechnego „zasięgu” dotyczy nie tylko krajów o niskich dochodach czy subpopulacji żyjących w ubóstwie. Aktualne dowody naukowe mówią, że przy tworzeniu zasad powszechnego „zasięgu” nie wolno zapominać o ludziach nie-biednych w danej populacji [68].

4.5. Podsumowanie

Pomimo istnienia opracowań retrospektywnych, a także opisujących bardziej aktualne wydarzenia, nierzadko trudno jest odtworzyć wszystkie etapy ewolucji spojrzenia na badania w dziedzinie zdrowia i powiązać fakty oraz uczestników. Niemniej, nawet taka pobieżna prezentacja, jaką przedstawiono powyżej, dowodzi, że od ponad 20 lat na forum międzynarodowym dobitnie wyrażany jest pogląd o konieczności prowadzenia dobrych jakościowo badań w dziedzinie zdrowia, czego nie należy utożsamiać wyłącznie z badaniami patogenezy, kliniki i leczenia chorób. Badania problematyki zdrowotnej powszechnie uznawane są za warunek *sine qua non* poprawy stanu zdrowia populacji, a więc również rozwoju społeczno-gospodarczego każdego kraju. Dlatego na forum międzynarodowym uznano, że każde państwo powinno mieć własny system badań w dziedzinie zdrowia, a zatem powinno tworzyć zasoby odpowiednie do tego celu.

Od około dekady w dyskursie na plan pierwszy wysunęła się kwestia wzmocnienia badań w dziedzinie zdrowia publicznego oraz badań systemów zdrowotnych (obecnie polityki i systemów zdrowotnych), traktowanych jako priorytetowa gałąź badań w dziedzinie zdrowia. Także w tym przypadku konsekwentnie podkreśla się, że produkcja wiedzy o systemach zdrowotnych wymaga zwiększania potencjału instytucjonalnego do realizacji takich badań i większego ich finansowania, zwłaszcza w krajach o niższych dochodach [69]. Nadal bowiem utrzymuje się niekorzystna dysproporcja między poszczególnymi krajami pod względem działalności B+R w dziedzinie zdrowia [70].

4.6. Piśmiennictwo

1. Bowling A. Research methods in health. Investigating health and health services. Open University Press, Buckingham, 2002.
2. National Institutes of Health. Definitions of Health Services Research. National Information Center on Health Services Research and Health Care Technology (NICHSR).
3. Phillips CD. What do you do for a living? Toward a more succinct definition of health services research. *BMC Health Services Research* 2006, 6:117.
4. Remme JHF, Adam T, Becerra-Posada F, D'Arcangues C, Devlin M, et al. (2010) Defining Research to Improve Health Systems. *PLoS Med* 2010, 7(11): e1001000.
5. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition. World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2010;12(1): 111-112.
6. Westert GP, van den Berg MJ, Zwakhals SLN, de Jong JD, Verkleij H (red.) Dutch Health Care Performance Report 2010. Centre for Prevention and Health Services Research. Public Health and Health Services Division. National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven 2012.
7. Schut E, Sorbe S, Høj J. Health care reform and long-term care in the Netherlands. Economic Department Working Paper Nr 1010. Organisation for Economic Co-operation and Development. ECO/WKP(2013)2. January 2013:14.
8. Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Services Research* 2009, 9:167.
9. van Weel C, Schers H, Timmermans A. Health care in the Netherlands. *J Am Board Fam Med.* 2012, Suppl : S12-7.
10. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, Sandoval R, Caballero F, Hernández-Avila M, Juan M, Kershenebich D, Nigenda G, Ruelas E, Sepúlveda J, Tapia R, Soberón G, Chertorivski S, Frenk J. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet* 2012; 380 (9849): 1259 – 1279.
11. Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, Kee M. Ageing in the European Union. *The Lancet* 2013, 381(9874): 1312 – 1322.

12. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, Guasticchi G, Rossi PG and the Methods to increase participation Working Group. Methods to increase participation in organized screening programs: a systematic review. *BMC Public Health* 2013, 13: 464.
13. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization.
14. United Nations General Assembly. United Nations Millennium Declaration. Resolution 55.2; 18 September 2000.
15. UNDP. Millennium Project. Report to UN Secretary General. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. UNDP 2005: 228-230.
16. World Health Organization. WHA61.21. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Geneva, 24 May 2008.
17. World Health Organization. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. WHO, Geneva, 2011.
18. Nuyens Y. Health systems research and World Health Organization: facts, events, issues, perspectives and documents.
19. Nuyens Y. No development without research: a challenge for capacity strengthening. Global Forum for Health Research, Geneva 2005.
20. World Health Organization. Research and the World Health Organization. A history of the Advisory Committee on Health Research 1959-1999. WHO, Geneva 2010.
21. Rozporządzenie Ministra nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych. Dz.U. 2011 nr 179 poz.1065.
22. Commission on Health Research for Development. Health research - essential link to equity in development. Oxford University Press, Oxford 1990: xvii-xix.
23. World Health Organization. Resolution WHA 43.19 of the forty-third World Health Assembly on the role of health research. Geneva, 17 May 1990.
24. Council on Health Research for Development (*COHRED*). History of *COHRED*.
25. Council on Health Research for Development. *COHRED* Annual Report 2012.
26. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford University Press, New York 1993.
27. Advisory Committee on Health Research. Research for health: principles, perspectives and strategies. World Health Organization 1993.
28. Murray Ch, Lopez A. Globalne obciążenie chorobami. Vesalis, Kraków 2000.
29. World Health Organization. Investing in health research and development. Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. WHO, Geneva 1996.
30. Global Forum for Health Research. <http://www.globalforumhealth.org/>
31. Carrat LJ. Correcting the 10/90 gap in health research: a tool against poverty. Presentation by Louis J. Carrat, Executive Secretary, Global Forum for health research, 16 July 2002.
32. Bangkok Declaration on Health Research for Development.
33. Pang T, Pablos-Mendez A, Ijsselmuiden C. From Bangkok to Mexico: towards a framework for turning knowledge into action to improve health systems. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(10): 720–721.
34. Uneke CJ, Ezeoha AE, Ndukwe CD, Oyibo PG, Onwe F. Development of Health Policy and Systems Research in Nigeria: Lessons for Developing Countries' Evidence-Based Health Policy Making Process and Practice. *Healthcare Policy* 2010, 6(1): e109–e126.
35. World Health Organization. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. WHO, Geneva 2001:1-20.
36. World Health Organization. Ministerial Summit on Health Research. Mexico City, November 16-20, 2004.
37. The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems. From The Ministerial Summit on health Research. Mexico City, November 16-20, 2004.
38. World Health Organization. World report on knowledge for better health. WHO, Geneva 2004: 97-130.
39. Report of the Task Force on Health Systems Research. The Millennium Development Goals will not be attained without new research addressing health system constraints to delivering effective interventions. March 2005.
40. World Health Organization. WHA58.34. Ministerial Summit on Health Research. Geneva, 16-25 May 2005: 126-128.
41. World Health Organization. EB117.R6 WHO's role and responsibilities in health research. Executive Board, 117th session, 26 January 2006: 10-11.
42. World Health Organization. WHO's role and responsibilities in health research. Report by the Secretariat. Executive Board EB117/14, 117th Session 16 January 2006. Provisional agenda item 4.12.
43. World Health Organization. Research for Health. A Position Paper on WHO's Role and Responsibilities in Health Research. Advisory Committee on Health Research. ACHR45/05.16 Rev.1. 16 May 2006.

44. World Health Organization. EB120.R15 WHO's role and responsibilities in health research. Executive Board, 120th session. 29 January 2007: 58-61.
45. World Health Organization. WHA60.15. WHO's role and responsibilities in health research. Geneva, 23 May 2007: 68-71.
46. World Health Organization. Scaling up research and learning for health systems: now is the time. Report of a High Level Task Force, presented and endorsed at the Global Ministerial Forum on Research for Health 2008, Bamako, Mali. WHO, Geneva 2009.
47. McKee M, Ricciardi W. Towards Bamako: a European perspective on the global health research agenda. *Eur J Public Health* 2008, 18(2): 107-108.
48. World Health Organization. The Bamako call to action on research for health. Strengthening research for health, development, and equity. Bamako, Mali, 17-19 November 2008.
49. World Health Organization. WHA63.21. WHO's role and responsibilities in health research. Geneva, 21 May 2010: 42-45.
50. Bennett S, Paina L, Kim C, Agyepong I, Chunharas S, McIntyre D, Nachuk S. What must be done to enhance capacity for Health Systems Research? Background paper for the global symposium on health systems research 16-19, November 2010, Montreux, Switzerland.
51. World Health Organization. WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva, 16-25 May 2005: 124-125.
52. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. WHO, Geneva 2010: ix.
53. Montreux Statement from the Steering Committee of the First Global Symposium on Health Systems Research. First Global Symposium on health Systems research. Science to accelerate universal coverage.
54. Viergever RF, Abdul Ghaffar A. Reviews of WHO Documents on Health Research. Background paper commissioned by the Alliance for Health Policy and Systems Research to develop the WHO Health Systems Research Strategy. Alliance for Health Policy and Systems Research. 23 December 2011.
55. Koon AD, Nambiar D, Rao KD. Embedding of research into decision-making processes. Background paper commissioned by the Alliance for Health Policy and Systems Research to develop the WHO Health Systems Research Strategy. Alliance for Health Policy and Systems Research. Public Health Foundation of India. April 2012.
56. World Health Organization. Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. WHO, Geneva 2012.
57. Second Global Symposium on Health Systems Research. <http://healthsystemsresearch.org/hsr2012/>
58. Third Global Symposium on Health Systems Research. Science and practice of people-centred health systems. <http://hsr2014.healthsystemsresearch.org/>
59. World Health Organization. The WHO strategy on research for health. World Health Organization, Geneva 2012.
60. World Health Organization. The World Health Report 2013: Research for universal health coverage. WHO, Geneva 2013.
61. The *PLOS Medicine* Editors. The World Health Report 2012 That Wasn't. *PLoS Med* 2012, 9(9): e1001317.
62. Narodowy Fundusz Zdrowia. Zarys systemu ochrony zdrowia: Polska 2012. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Warszawa 2012: 195.
63. Borek-Wojciechowska R, Kłokow S. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej jako jeden z aspektów jakości opieki. *Zdr Publ* 2007, 117(3): 381-385.
64. Bukowska-Piestrzyńska A. Kierunki zmian w dostępności opieki zdrowotnej w województwie łódzkim u progu XXI w. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica* 2011, 253: 117-128.
65. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981, 19(2):127-140.
66. World Health Organization. The world health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage. WHO, Geneva 2010: ix.
67. United Nations General Assembly. Global health and foreign policy. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012. A/RES/67/81. 14 March 2013.
68. Giedion U, Alfonso EA, Diaz Y. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence. UNICO Studies Series 25. The World Bank, Washington DC, January 2013.
69. Adam T, Ahmad S, Bigdeli M, Ghaffar A, Röttingen J-A. Trends in Health Policy and Systems Research over the Past Decade: Still Too Little Capacity in Low-Income Countries. *PLoS ONE* 2011, 6(11): e27263.
70. Röttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C, Guzman J, Edwards D, Matlin SA, Terry RF. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *The Lancet* 2013, 382 (9900): 1286 – 1307.

5. SYSTEM BADAŃ W DZIEDZINIE ZDROWIA

Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

²Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

5.1. Najważniejsze fakty

- W rozległym obszarze badań w dziedzinie zdrowia wyodrębniono subdyscypliny badawcze, takie jak: badania polityk i systemów zdrowotnych, badania w dziedzinie zdrowia publicznego czy badania świadczeń i systemów zdrowia publicznego. Niemniej, definicje poszczególnych obszarów badawczych nie są jednoznaczne oraz zamknięte i poszczególne pola pokrywają się w pewnym stopniu.
- Powszechnie uważa się, że wzmocnienie badań w dziedzinie zdrowia oraz badań w poszczególnych obszarach powinno być wspierane poprzez stworzenie polityki/strategii/ systemu badań w danym obszarze albo poprzez poprawę rozwiązań istniejących.
- Według Światowej Organizacji Zdrowia system badań w dziedzinie zdrowia powinien uwzględnić cztery podstawowe działania: wyznaczanie priorytetów, budowanie potencjału wykonawczego, ustanowienie standardów oraz translację dowodów do praktyki. Działania te powinny być wspierane poprzez dodatkowe mechanizmy: monitorowanie, koordynację oraz finansowanie.
- Kondycja badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Europie jest niezadowolająca. Niezbędne jest wzmocnienie takich badań, zwłaszcza w krajach wschodnich i południowych. Znane są postulaty w tej sprawie kierowane do Unii Europejskiej.

5.2. Wstęp

W ciągu ostatnich dwudziestu lat zasadniczo zmieniły się poglądy nie tylko na temat rangi poszczególnych obszarów badań w dziedzinie zdrowia, ale również mechanizmów, które umożliwiają prowadzenie takich badań. W wyniku nagromadzonych doświadczeń i wiedzy [1] poszerzało się pole widzenia i zmieniało się słownictwo. Początkowo operowano ogólnym terminem „badania w dziedzinie zdrowia”. Dzisiaj wyodrębniono z nich różne subdyscypliny, jak np. badania w dziedzinie zdrowia publicznego. Równoległe coraz więcej uwagi poświęcono zasadom organizacji i wykonawstwa takich badań. Pierwotnie mówiło się o etapach wdrożenia badań albo o polityce lub strategii ich wdrożenia. Po roku 2000 i obecnie mówi się już o budowaniu systemu badań w dziedzinie zdrowia, który obejmuje ludzi i instytucje (struktury) oraz procesy (wewnątrz świata nauki i poza nim). Zmiany te pokazują, że wraz z dążeniem do poprawy zdrowia populacji coraz większego znaczenia nabierały różne obszary badawcze. Ponadto dostrzeżono, że badania naukowe nie powstają same z siebie w wieży z kości słoniowej, w społecznej próżni, ani też same nie przenikają do praktyki. Konieczne

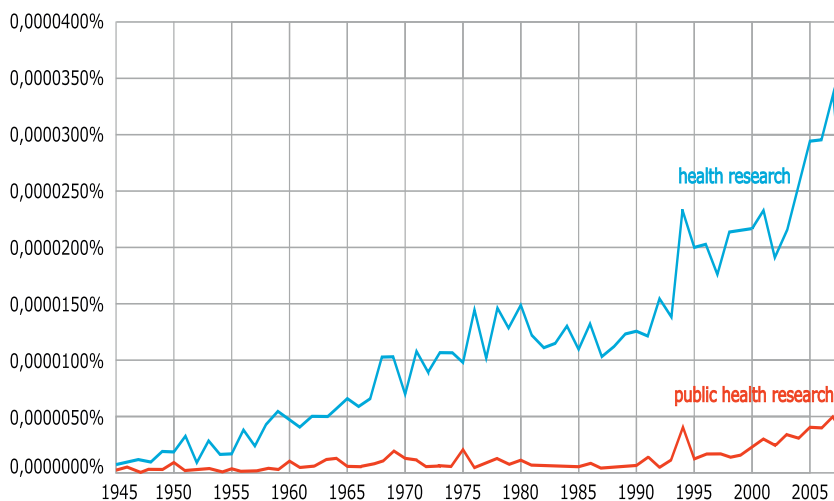
stało się m.in. uwzględnienie szerokiego kontekstu społeczno-ekonomiczno-politycznego.

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę: (a) zdefiniowania pojęcia „badania polityk i systemów zdrowotnych” oraz „badania w dziedzinie zdrowia publicznego”, (b) scharakteryzowania systemu badań w dziedzinie zdrowia, jego zadań i działań, wskaźników do oceny funkcjonowania, a także jego potencjału oraz (c) oceny stanu badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Europie, a także w Polsce.

5.3. Rodzaje badań w dziedzinie zdrowia

Pod koniec lat 80. XX w. *Commission on Health Research for Development* przyjęła szeroką, używaną do dzisiaj, definicję badań w dziedzinie zdrowia (*health research*), to jest: „zdobywanie nowej wiedzy przy pomocy metod naukowych w celu rozpoznawania problemów zdrowotnych oraz przeciwdziałania im” [2]. Badania w dziedzinie zdrowia obejmują wiele różnych tematów badawczych, w tym problematykę: biomedyczną, kliniczną, epidemiologiczną, polityk i systemów zdrowotnych, czynników behawioralnych i społeczno-ekonomicznych związanych ze zdrowiem, oceny efektów interwencji. Obejmują również zagadnienia, które zazwyczaj uznawane są za sprawy poboczne, nie zdrowotne, jak na przykład techniczne studia nad poprawą bezpieczeństwa na drogach czy analizy ekonomiczne, które wpływają na politykę społeczną [3].

W skali świata widoczne są duże dysproporcje pod względem liczby prowadzonych rodzajów badań w dziedzinie zdrowia. Nadal dominują badania biomedyczne. Jest ich zdecydowanie więcej niż klinicznych, tych zaś więcej niż epidemiologicznych. Epidemiologiczne są liczniejsze niż badania w dziedzinie zdrowia publicznego. Te natomiast są liczniej reprezentowane niż badania systemów zdrowotnych [4]. W piśmiennictwie obecnym w bazie Google (ponad 5,2 mln książek wprowadzonych do 2008r.) określenie „*public health research*” występuje siedem razy rzadziej niż „*health research*” (ryc. 5.1.).



Rycina 5.1. Częstość występowania określenia „*health research*” oraz „*public health research*” w korpusie książek „*English*” z lat 1945-2008 istniejących w bazie *Google Books*, wg *Google Books Ngram Viewer*

5.3.1. Badania polityk i systemów zdrowotnych

Od około 10 lat powszechnie uznaje się, że w całym pakiecie badań w dziedzinie zdrowia szczególne znaczenie mają te, które dotyczą polityk zdrowotnych oraz systemów zdrowotnych (*health policy and systems research, HPSR*). Jednym z najważniejszych głosów na rzecz popierania takich badań (podobnie jak badań w dziedzinie zdrowia publicznego) było oświadczenie *Mexico Statement* [5]. Pilną potrzebę prowadzenia takich badań dostrzega się również w Europie [6,7]. Zgodnie z definicją Koalicji *Alliance HPSR* badania te dążą do rozpoznania sposobów, których społeczeństwa używają w celu samoorganizacji, aby osiągnąć cele zdrowotne. Poszukują informacji o interakcjach różnych aktorów w procesach tworzenia i wdrażania polityk. Dociekania te służą celom praktycznym i z natury rzeczy są interdyscyplinarne. Połączenie ekonomii, socjologii, antropologii, nauk politycznych, zdrowia publicznego i epidemiologii pozwala uzyskać wiedzę o tym, jak systemy zdrowotne realizują polityki, a polityki kształtują systemy [8-10]. Chociaż ich tematyka jest bardzo rozległa, a granice pola do rozważań nie dość wyraźne, to jednak uważa się, że nie obejmują one: (a) badań podstawowych odnoszących się do nowych leków i technologii medycznych, (b) analiz skuteczności klinicznej metod leczniczych lub technologii, (c) pomiarów stanu zdrowia populacji i zróżnicowania sytuacji zdrowotnej [8].

5.3.2. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego

Coraz częściej, także w Europie, podkreśla się znaczenie badań w dziedzinie zdrowia publicznego (*public health research*). W 1986r. *Julio Frenk* i współpracownicy podali, że badania w dziedzinie zdrowia publicznego są działalnością naukową, podejmowaną w celu poprawy dobrostanu, dotyczącą zależności (*interaction*) między sytuacją zdrowotną, warunkami zdrowotnymi, i społeczną reakcją na tę sytuację [11]. Różnią się od badań biomedycznych, które koncentrują się na warunkach zdrowotnych, a także od klinicznych, które zajmują się zależnościami między warunkami zdrowotnymi i reakcją indywidualną.

W innych interpretacjach badania te służą rozpoznaniu czynników, które mają wpływ na zdrowie populacji [12] albo określeniu efektywnych interwencji zmierzających do poprawy zdrowia i zmniejszenia nierówności w zdrowiu [13]. Podane wyżej uściślenie zakresu badań polityk i systemów zdrowotnych odcina się od znacznego obszaru zainteresowań zdrowia publicznego, to jest oceny stanu zdrowia populacji. Jednakże obie domeny mają ze sobą ścisły związek, jeśli przedmiotem badań w dziedzinie zdrowia publicznego są zmienne systemowe i polityki zdrowotne.

W projekcie badawczym UE pt. *Strengthening Public Health Research in Europe (SPHERE)* przyjęto, że badania w dziedzinie zdrowia publicznego to zorganizowane poszukiwania nowej wiedzy, aby chronić, promować i poprawiać zdrowie ludzi. W operacjonalizacji tej definicji przyjęto, że nie obejmują one badań klinicznych oraz biomedycznych, realizowanych w laboratoriach. Są to natomiast badania prowadzone na poziomie populacji oraz badania systemów zdrowotnych [14]. Tym samym zauważono przenikanie się, a nawet nakładanie, obu obszarów badawczych.

Patrząc na zakres badań w dziedzinie zdrowia publicznego warto mieć na uwadze stanowisko *Centers for Disease Control and Prevention* z USA, które wynika z regulacji federalnych [15]. Zgodnie z nim, należy odróżnić badania w dziedzinie zdrowia publicznego od „nie-badań”. Celem nadrzędnym badań jest uzyskanie wiedzy, którą można uogólnić. Celem „nie-badań”, czyli praktyki

zdrowia publicznego, która również posługuje się metodami naukowymi (prowadzi badania), jest zapobieganie chorobom, kontrola ich oraz poprawa zdrowia i(lub) zwiększenie sprawności świadczeń zdrowotnych czy programów. Zgodnie z takim rozróżnieniem najważniejsze kryterium podziału dotyczy celu działalności badawczej. I tak, jeśli dane z ciągłego nadzoru epidemiologicznego są wykorzystywane wyłącznie do monitorowania częstości występowania i dystrybucji danej choroby w określonej populacji, to mamy do czynienia z „nie-badaniami”. Jeśli natomiast dane z nadzoru wykorzystano do testowania hipotezy ogólnej, odnoszącej się nie tylko do analizowanej populacji, to są to badania w dziedzinie zdrowia publicznego. Rozróżnienie takie było również zastosowane na gruncie europejskim we wspomnianym już projekcie *SPHERE* [16].

Ponadto trzeba odnotować, że w USA od około 10 lat widoczny jest osobny nurt, tj. badania świadczeń i systemów zdrowia publicznego (*public health services nad systems research*) [17,18].

Badania systemów zdrowotnych oraz w dziedzinie zdrowia publicznego należą do grupy niekomercyjnych badań w dziedzinie zdrowia [19].

Niezależnie od problemów związanych z terminologią, podziałami i zakresem subdyscyplin badawczych w dziedzinie zdrowia, ważne jest, że w 2008r. przedstawiciele nauki europejskiej opowiedzieli się jednomyślnie za koniecznością odejścia od badań prowadzonych z perspektywy chorób oraz skierowaniem wysiłków na badania przyczyn i przyczyny przyczyn złego zdrowia. W ślad za tym zaproponowano zmianę nazewnictwa z *health research* na *research for health* [20]. Podobny punkt widzenia prezentuje *WHO strategy on research for health* [21].

5.3.3. Badania transdyscyplinarne

W 1992r., w kontekście potrzeby współpracy nauk biomedycznych i społecznych w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych, zaproponowano podział na badania multidyscyplinarne, interdyscyplinarne oraz transdyscyplinarne [22,23]. Pierwszy rodzaj badań jest najczęściej spotykany i polega na tym, że przedstawiciele różnych dziedzin analizują dany problem niezależnie od siebie i pod własnym kątem widzenia. Jeśli dochodzi do łącznia wyników, to dopiero na finiszu, na przykład pod postacią osobnych rozdziałów w raporcie czy monografii. Drugi rodzaj, badania interdyscyplinarne, jest zbliżony do pierwszego, z tą jednak różnicą, że dochodzi do szerszej współpracy. Badacze nadal posługują się swoimi podejściami i technikami badawczymi, ale analizują i harmonizują kierunki poszczególnych prac, aby tworzyły spójną całość. Trzeci rodzaj, badania transdyscyplinarne, polega na transcendencji, przekraczaniu granic poszczególnych dziedzin i proponowaniu szerokiej ramy teoretycznej dla analizy problemów i zjawisk. Jest to pewna forma scalenia teorii i metod z poszczególnych dziedzin i dyscyplin naukowych.

W badaniach transdyscyplinarnych podejmuje się próby analizy i rozwiązania realnych, zazwyczaj bardzo złożonych problemów zdrowotnych. Poprzez wykorzystanie wielu perspektyw i opracowanie wszechstronnych pytań badawczych dąży się np. do stworzenia wskazówek klinicznych, które są adekwatne do okoliczności albo dostarczenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych. Prowadzenie takich badań wymaga pracy zespołowej i ma swoje dobre oraz złe strony [24-28].

W badaniach w dziedzinie zdrowia publicznego niezbędna jest współpraca wielu sektorów, dziedzin i dyscyplin naukowych, toteż otwiera się tu szerokie pole do prowadzenia badań multi-, inter- i transdyscyplinarnych [29].

Na marginesie należy dodać, że kwestia badań transdyscyplinarnych łączy się ze stosunkowo nową koncepcją produkcji wiedzy – tzw. *Mode 2*. W koncepcji tej, w przeciwieństwie do *Mode 1*, w tworzeniu wiedzy znaczenie mają m.in. kontekst społeczny, użyteczność i socjalna dystrybucja wiedzy, ponad-dyscyplinarność, wewnętrzna heterogeniczność instytucji naukowych [30,31].

5.4. Składowe systemu badań w dziedzinie zdrowia

W 1990r. uczestnicy pierwszych międzynarodowych warsztatów na temat niezbędnych krajowych badań w dziedzinie zdrowia (*Essential National Health Research –ENHR*), które odbyły się w Pattaya (Tajlandia), określili ascetycznie siedem składowych implementacji *ENHR*: (a) promocję i rzecznictwo, (b) mechanizm koordynacji, (c) ustalenie priorytetów, (d) budowanie potencjału i wzmacnianie go, (e) tworzenie sieci badawczych, interdyscyplinarnych, krajowych i międzynarodowych, (f) finansowanie, (g) monitorowanie postępów prac i ewaluację efektów [32]. Elementy te traktowano jako wykaz kontrolny, pomocny w tworzeniu *ENHR*. Wkrótce opisano kompetencje, jakie należy posiadać, aby wdrożyć strategię *ENHR*. Były to: (a) promocja i rzecznictwo, (b) wykorzystanie innowacyjnych mechanizmów w pracy, (c) budowanie potencjału, (d) gromadzenie i mobilizacja zasobów, (e) planowanie badań dla celów praktyki i polityk, (f) włączenie społeczności, (g) budowanie koalicji i sieci oraz (h) ewaluacja [33].

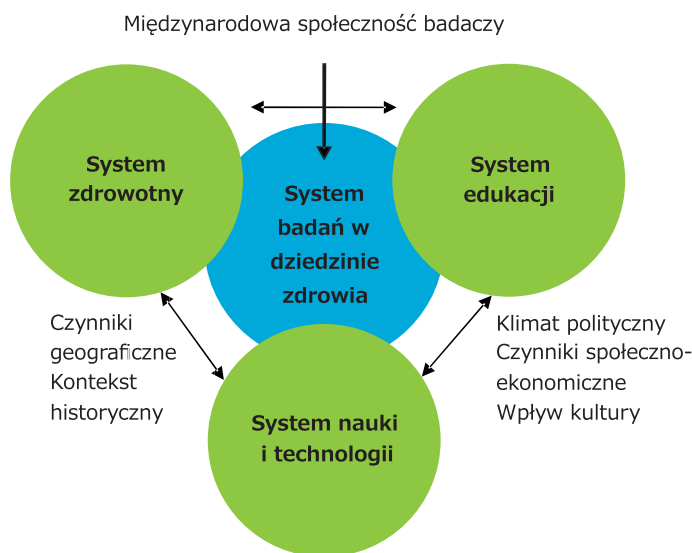
Zwrot w kierunku myślenia systemowego daje się zauważyć w piśmiennictwie po roku 2000 [34]. System badań w dziedzinie zdrowia (*health research system*) zdefiniowano jako ludzi, instytucje oraz działania, których podstawowym celem, w odniesieniu do badań, jest tworzenie jakościowo dobrej wiedzy, która może być wykorzystana do promowania, przywracania i(lub) utrzymania stanu zdrowia populacji. W definicji tej połączono znaczenie pojęć „system” (grupa elementów, które działają wspólnie w określonym celu) oraz „badania w dziedzinie zdrowia” (tworzenie nowej wiedzy za pomocą metod naukowych w celu rozpoznania problemów zdrowotnych i rozwiązywania ich). Fuzja ta daje pogląd, czym jest i do czego służy system badań w dziedzinie zdrowia, wyjaśnia składowe i cel działania takiego systemu [3].

W innym ujęciu, system badań w dziedzinie zdrowia, to system planowania zasobów i działań, ich koordynacji oraz zarządzania nimi, a także promowania badań w celu efektywnego i sprawiedliwego rozwoju zdrowia w kraju [35]. Należy przez to rozumieć integrację i koordynację zadań, struktur, interesariuszy, procesów oraz efektów badań po to, aby dążyć do większej równości w zdrowiu i systemie zdrowotnym. W tej definicji wskazano zatem składowe i cel działania, a dodatkowo również niektóre zadania systemu badań. Zwraca uwagę, że w pierwszej wymienionej definicji skoncentrowano się na produkcji wiedzy, która potencjalnie, *in spe*, może być wykorzystana. W drugiej zaś, rolą systemu badań jest również „wypychanie” badań, dążenie do ich wykorzystania.

System badań w dziedzinie zdrowia jest ściśle związany z innymi systemami społecznymi, takimi jak system zdrowotny, nauki oraz szkolnictwa wyższego. Ponadto podlega różnorodnym wpływom z otoczenia kulturowego, społecznego, ekonomicznego i politycznego (ryc. 5.2.). Konieczne jest tu odróżnienie systemu zdrowotnego od sektora zdrowia. Sektor zdrowia (*health sector*), to pojęcie o węższym znaczeniu i obejmuje wyłącznie takie struktury i działania, które z mocy prawa, statutów i innych reguł koncentrują się na osiągnięciu celów *stricte* zdrowotnych.

Zgodnie z wykładnią ŚOZ sektor ten składa się z publicznych oraz prywatnych świadczeń zdrowotnych (w tym promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia oraz opieki), polityk i działań, które realizowane są przez urzędy do spraw zdrowia (ministerstwa, departamenty, biura), a także organizacje pozarządowe związane ze zdrowiem, grupy społeczne oraz stowarzyszenia zawodowe [36,37]. Częścią składową sektora są ubezpieczenie zdrowotne oraz bezpieczeństwo socjalne [38].

Natomiast system zdrowotny (system zdrowia; *health system*), to zespół wszystkich publicznych i prywatnych organizacji i instytucji, a także zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia. Obejmuje nie tylko świadczenia zdrowotne dla jednostek i populacji, ale również działania, których celem jest oddziaływanie na polityki i przedsięwzięcia innych sektorów, aby modyfikować społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia [39-41]. System zdrowotny przenika się zatem z innymi strukturami i systemami społecznymi – sięga tam, gdzie powstaje zdrowie, nie tylko do sektora zdrowia. W Polsce najczęściej używa się określenia „system ochrony zdrowia”. Węższe znaczenie ma „system opieki zdrowotnej”, zazwyczaj interpretowany w kategoriach leczenia chorób.



Rycina 5.2. Interakcje systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg *World Health Organization*, 2001

Wśród powodów, które skłaniają do stworzenia krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia wymienia się m.in. [35]:

- dość powszechnie spotykany brak koordynacji aktualnie prowadzonych badań i rozdrobnienie wysiłków, co prowadzi do zbędnej konkurencji, powielania badań i braku ich efektywności;
- potrzebę współpracy poszczególnych badaczy, współpracy różnych dziedzin i dyscyplin naukowych oraz różnych instytucji i sektorów;
- niedostateczne powiązanie badań z celami krajowej polityki zdrowotnej i systemu zdrowotnego;
- niedostateczną komunikację między badaczami i końcowymi użytkownikami badań (np. decyden-

tami, świadczeniodawcami, podmiotami społeczeństwa obywatelskiego);

- niedostateczne wykorzystanie wyników badań do polityk, planów i działań systemu zdrowotnego. Powody te skłaniają do stworzenia platformy, która usprawni krajowe badania w dziedzinie zdrowia i stworzy racjonalne ramy działalności badawczej, a także przyczyni się do wykorzystania badań w praktyce.

5.4.1. Podwaliny i zadania systemu badań w dziedzinie zdrowia

Przyjmuje się, że system badań w dziedzinie zdrowia, podobnie jak system zdrowotny, powinien zostać ufundowany na pewnych zasadach i wartościach (zestawienie 5.1.). System badań powinien mieć takie samo podłoże jak system zdrowotny, a ponadto powinien kierować się dodatkowymi – własnymi – zasadami [35].

Zestawienie 5.1. Podłoże systemu zdrowotnego i systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg *World Health Organization*, 2001 (zmodyfikowane)

Zasady i wartości	
System zdrowotny	System badań w dziedzinie zdrowia
Równość i uczciwość odzwierciedlona w celach	Wszystkie zasady i wartości systemu zdrowotnego, wymienione w lewej kolumnie
Zdrowie jako warunek rozwoju	Równe szanse
Koncentracja na społeczności i godności ludzkiej	Praca zespołowa, horyzontalna
Nacisk na priorytety i potrzeby	Decentralizacja podejmowania decyzji w sprawach badań (dotyczy poziomu międzynarodowego i krajowego)
Odpowiedzialność	Jawność w sprawach prowadzonych badań, finansowania ich oraz efektów i wpływu badań
Wierność zasadom etycznym	Równowaga między doskonałością warsztatową i znaczeniem badań

Do głównych zadań systemu badań w dziedzinie zdrowia należą [35]:

- ustalenie kierunków badań;
- określenie priorytetów;
- opracowanie propozycji badawczych, adekwatnych do potrzeb i dobrych pod względem jakości;
- sfinansowanie odpowiednich badań;
- zarządzanie, które obejmuje trafność badań, dobrą jakość, wydajność oraz standardy etyczne;
- zapewnienie jakości oraz wykorzystania wyników badań w praktyce i polityce;
- zbudowanie trwałej struktury i potencjału;
- kierowanie systemem, aby maksymalizować korzyści, jakie wynikają z badań oraz minimalizować szkody dla rozwoju społeczno-ekonomicznego.

5.4.2. Działania systemu badań w dziedzinie zdrowia

Od 2003r. drogowskazem do usystematyzowania działań systemu badań w dziedzinie zdrowia było podejście zaproponowane przez *Tikki Panga* i współpracowników [3]. W krajowym systemie badań w dziedzinie zdrowia (*national health research system*) autorzy ci wyróżnili cztery działania i dziewięć komponentów operacyjnych (zestawienie 5.2.). Koncepcja ta była wielokrotnie wykorzystywana dla celów teoretycznych i praktycznych, m.in. w raporcie ŚOZ pt. *World report on knowledge for better health* [42].

Zestawienie 5.2. Działania i komponenty operacyjne krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg *Pang T.* i wsp., 2003

Działanie	Komponent operacyjny
Gospodarowanie (<i>stewardship</i>)	Określić i sformułować wizję krajowego systemu badań
	Zidentyfikować odpowiednie priorytety badań i koordynować ich poszanowanie
	Stworzyć standardy etyczne dla badań oraz współpracy badawczej, a także monitorować ich przestrzeganie
	Monitorować i oceniać krajowy system badań
Finansowanie	Zapewnić fundusze i przeznaczać je w odpowiedzialny sposób
Tworzenie i trzymanie zasobów	Budować, wzmacniać i utrzymywać potencjał ludzki i fizyczny, aby móc prowadzić i wykorzystywać badania
Produktowanie i wykorzystanie badań	Produktować znaczące naukowo wyniki badań
	Tłumaczyć (<i>translate</i>) i komunikować badania w celu dostarczenia informacji potrzebnych do polityki zdrowotnej, strategii, praktyki, a także do informowania opinii publicznej
	Promować użytkowanie badań do stworzenia nowych narzędzi (leków, szczepionek, wyrobów i innych zastosowań), aby poprawiać zdrowie

W *World Health Report 2013: Research for universal health coverage* zaproponowano inne podejście i wyróżniono cztery zasadnicze działania systemu badań: (a) wyznaczenie priorytetów, (b) budowanie potencjału, (c) ustanowienie standardów oraz (d) przeniesienie (*translation*) dowodów do praktyki. Poza tym wskazano dodatkowe mechanizmy, które wspierają system badań. Są to: (e) monitorowanie (krajowe oraz międzynarodowe obserwatoria), (f) koordynacja (wymiana informacji, współpraca w badaniach) oraz (g) finansowanie (generowanie i dystrybucja funduszy, aby wspierać światowe i krajowe priorytety badawcze) [43]. Działania te oraz ich elementy, czy też (aby zachować wcześniejszą nomenklaturę) ich komponenty operacyjne, przedstawiono w zestawieniu 5.3.

Szczegółowe omówienie poszczególnych działań systemu badań nie jest możliwe. W następujących rozdziałach zostanie poruszona kwestia wyboru priorytetów oraz translacji wiedzy. Budowanie potencjału zostanie omówione w podrozdziale pt.: „Budowa systemu badań w dziedzinie zdrowia”.

Zestawienie 5.3. Działania systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg *World Health Organization*, 2013 (zmodyfikowane)

Działanie	Elementy
Wyznaczenie priorytetów	Zrozumienie kontekstu
	Wybór podejścia
	Otwartość i włączenie interesariuszy
	Wybór danych i informacji, które należy zgromadzić
	Planowanie
	Wybór kryteriów
	Wybór metod
	Ewaluacja
Budowanie potencjału	Zachowanie przejrzystości
	Uczestnictwo
	Zrozumienie kontekstu
	Budowanie na mocnych stronach
	Długofalowe zobowiązanie
	Budowanie instytucji
	Tworzenie i utrzymanie wykwalifikowanej siły roboczej
	Ustawiczne uczenie się
	Tworzenie powiązań między podmiotami
	Przejrzystość i odpowiedzialność w finansowaniu badań
Harmonizacja	
Ustanowienie standardów i norm etycznych	Przegląd istniejących standardów
	Informowanie o metodach badawczych, narzędziach i wynikach
	Stworzenie rejestru badań klinicznych
	Wykorzystanie dowodów do polityki, praktyki i produktów
Translacja dowodów do praktyki	Wybór podejścia i metody

5.4.3. Ocena systemu badań w dziedzinie zdrowia

Pod egidą sekretariatu ŚOZ, w ramach tzw. inicjatywy *The Health Research System Analysis (HRSA)* opracowano listę wskaźników do analizy i oceny krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia. W pracach wstępnych nad selekcją i testowaniem wskaźników brało udział 18 państw reprezentujących wszystkie regiony ŚOZ: *AFRO* – Kamerun, Tanzania, Senegal; *EMRO* – Iran, Pakistan, Tunezja; *EURO* – Francja, Kazachstan, Rosja; *PAHO* – Brazylia, Chile, Costa Rica, USA; *SEARO* – Indonezja, Tajlandia; *WPRO* – Australia, Laos, Maleszja. Ostatecznie wyodrębniono 14 mierników zasadniczych oraz 43 mierniki szczegółowe, niższego rzędu. W zestawieniu 5.4. podano mierniki zasadnicze oraz ich krótki opis, ale nie przytaczano wskaźników szczegółowych, które omówione są w materiałach źródłowych [44-47]. Mierniki główne są podzielone na cztery grupy odpowiadające działaniom systemu badań wg interpretacji *Tikki Panga* i współpracowników z 2003r. Lista wskaźników ma charakter informacyjny i roboczy, a jej rolą jest pomaganie w analizie krajowych systemów badań w dziedzinie zdrowia. Szczególną uwagę zwraca tu wskaźnik 1.2., który pokazuje, że wyznaczenie priorytetów badawczych nie oznacza, że wszystkie środki finansowe mają być przeznaczone na priorytety. Równolegle powinna istnieć możliwość prowadzenia innych badań.

Zestawienie 5.4. Wskaźniki analizy i oceny krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg Sadana R, Pang T., 2004

Lp.	Interpretacja wskaźnika
Działanie 1: Gospodarowanie (<i>stewardship</i>)	
1.1.	Stopień, w jakim prowadzone jest gospodarowanie w następujących obszarach: 1.1.1. wizja 1.1.2. priorytety 1.1.3. etyka 1.1.4. monitoring i ewaluacja
1.2.	Publiczne nakłady na B+R przeznaczone na jasno określone priorytety badań w dziedzinie zdrowia w stosunku do całkowitych publicznych nakładów na B+R w dziedzinie zdrowia, w dolarach międzynarodowych
1.3.	Wnioski/propozycje badawcze przedstawione do oceny etycznej w stosunku do wszystkich propozycji badawczych, które wymagają takiej oceny (np. badania na ludziach, genetyka, komórki macierzyste, badania na zwierzętach)
Działanie 2: Finansowanie	
2.1.	Całkowite nakłady na badania w dziedzinie zdrowia w stosunku do PKB, w dolarach międzynarodowych
2.2.	Publiczne nakłady na badania w dziedzinie zdrowia w stosunku do całkowitych nakładów na zdrowie, w dolarach międzynarodowych
2.3.	Udział w całkowitych nakładach na badania w dziedzinie zdrowia poniższych typów badań: 2.3.1. badania podstawowe 2.3.2. problemy zdrowotne, choroby, urazy 2.3.3. ekspozycja, czynniki ryzyka dla zdrowia 2.3.4. badania systemów zdrowotnych 2.3.5. badania budowania potencjału 2.3.6. inne, nie wymienione powyżej
Działanie 3: Tworzenie i utrzymanie zasobów	
3.1.	Aktywni zawodowo badacze w dziedzinie zdrowia, w przeliczeniu na pełen czas pracy, w stosunku do całej siły roboczej
3.2.	Czynniki sprzyjające pracy badawczej: 3.2.1. sieci badawcze 3.2.2. przejrzystość finansowania 3.2.3. jakość warunków pracy i pomieszczeń 3.2.4. zachęty do współpracy 3.2.5. możliwości prezentacji badań, wymiany poglądów oraz publikacji wyników 3.2.6. związek badań z problemami zdrowotnymi 3.2.7. edukacja i kształcenie ustawiczne 3.2.8. zarobki badaczy w dziedzinie zdrowia 3.2.9. możliwość awansu
3.3.	Średnie zarobki wg płci, w dolarach międzynarodowych: 3.3.1. nowo promowanych doktorów nauk wkraczających do systemu, zatrudnionych na pełnym etacie 3.3.2. badaczy z doktoratem po co najmniej 20 latach pracy 3.3.3. badaczy z doktoratem, którzy kierują zespołami badaczy lub instytutami badawczymi

3.4.	Proporcja między publicznymi nakładami na badania w dziedzinie zdrowia a całkowitymi nakładami na zdrowie, wyrażona jako zmiana rok do roku w okresie dziesięciu lat
3.5.	Instytucje systemu badań w dziedzinie zdrowia, które mają dostęp do przynajmniej 10 międzynarodowych czasopism o zdrowiu (w wersji papierowej lub elektronicznej) w stosunku do wszystkich instytucji systemu badań w dziedzinie zdrowia
4. Produkowanie i wykorzystanie badań	
4.1.	Opublikowane artykuły, indeksowane w bazie bibliograficznej, takiej jak np. <i>ISI Thomson</i> ¹ , <i>MEDLINE</i> oraz w bazie regionalnej obejmującej czasopisma recenzowane, w stosunku do liczby wszystkich badaczy w dziedzinie zdrowia, w okresie dziesięciu lat
4.2.	Artykuły w głównych gazetach, opisujące działania systemu badań w dziedzinie zdrowia w stosunku do: 4.2.1. wszystkich artykułów na tematy zdrowotne, zamieszczonych w głównych gazetach, w określonym czasie 4.2.2. wszystkich newsów zamieszczonych w głównych gazetach, wyrażone w powierzchni kolumny
4.3.	Zarejestrowane patenty wynikające z badań w dziedzinie zdrowia w stosunku do liczby aktywnych badaczy, w okresie dziesięciu lat 4.3.1. zarejestrowane w skali międzynarodowej 4.3.2. zarejestrowane w kraju

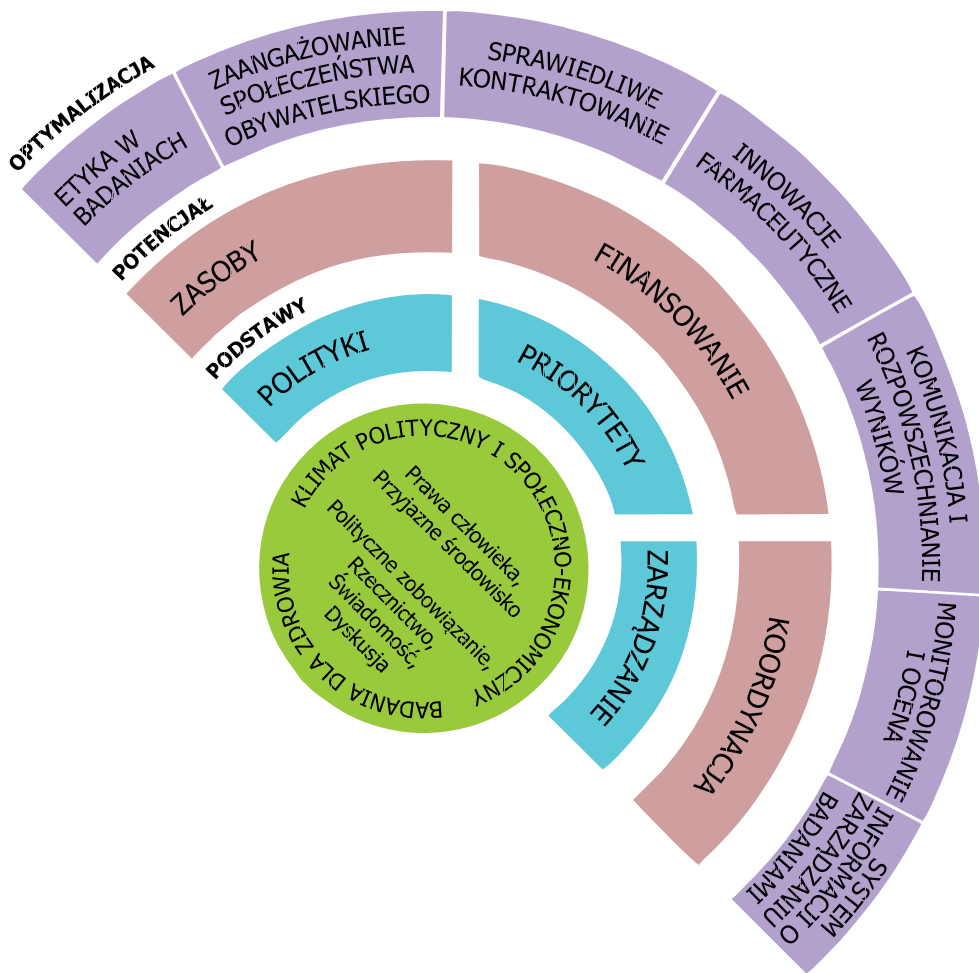
¹ obecnie *Thomson Reuters*

5.4.4. Budowa systemu badań w dziedzinie zdrowia

Aktualnie, w piśmiennictwie coraz więcej uwagi poświęca się już nie tyle opisowi systemu badań w dziedzinie zdrowia, co informacjom o sposobach budowania oraz wzmacniania takiego systemu. A zatem, coraz silniejszy akcent kładzie się na wymiar praktyczny, na działanie. Przykładem takiego podejścia jest *World Health Report 2013* [43] oraz przewodnik przygotowany w 2006r. przez *Council on Health Research for Development (COHRED)* [48]. Poniżej przedstawiono graficzny schemat porządkujący czynniki istotne przy tworzeniu i(lub) poprawie poszczególnych aspektów systemu (ryc. 5.3.). Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie *COHRED* [49].

Na szczególną uwagę zasługuje tu kwestia wzmocnienia potencjału systemu. Termin „potencjał” (*capacity*) systemu badań w dziedzinie zdrowia ma liczne, chociaż podobne wykładnie. Na przykład w interpretacji brytyjskiej są to możliwości krajowych i międzynarodowych jednostek, instytucji oraz sieci związane z podejmowaniem badań o najwyższej jakości, a także rozpowszechnieniem wyników [50]. Inicjatywa *ESSENCE on Health Research* uznaje, że jest to zdolność do wykonania badań, zarządzania oraz dzielenia się nimi, a także ich wykorzystania [51].

Kanadyjczyk *Peter Morgan*, znany z projektów rozwoju instytucjonalnego i budowy potencjału, w 1999r. stwierdził, że „budowanie potencjału to ryzykowny i paskudny biznes, z nieprzewidywalnymi oraz niepoliczalnymi rezultatami, wykorzystujący niepewne metody, posiadający budzące wątpliwości cele, przynoszący wiele niezamierzonych efektów, w którym nie darzy się zaufaniem doświadczonych mistrzów, i który potrzebuje długiego czasu” [52]. Pomimo takiego ostrzeżenia, zaproponowano już liczne podejścia i metody budowania potencjału, a jednym z nich jest propozycja *COHRED* [49] (zestawienie 5.5.), która stanowi uzupełnienie schematu z ryciny 5.3.



Rycina 5.3. Schemat tworzenia systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg COHRED

Zestawienie 5.5. Składowe potencjału systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg COHRED (zmodyfikowane)

Potencjał indywidualny	
Prowadzenie badań	Wiedza i doświadczenie badaczy
	Umiejętności analityczne, znajomość technik badawczych
	Zdolność do prowadzenia badań multidyscyplinarnych
Zarządzanie badaniami	Zdolność do prowadzenia badań multidyscyplinarnych wielosektorowych
	Umiejętność zarządzania badaniami, zespołem badaczy i zasobami
	Umiejętności administracyjne
	Umiejętność pisania wniosków o granty
Komunikacja	Umiejętność opisanie badań i rozpowszechnienia informacji pod kątem potrzeb różnych grup odbiorców

Potencjał instytucjonalny	
Budowanie zespołu	Masa krytyczna kompetentnych zasobów ludzkich
	Klarowne i odpowiednie ścieżki rozwoju zawodowego i kariery, w tym wynagrodzenie
	Strategie zapobiegania utracie wykwalifikowanych zasobów ludzkich
Zarządzanie	Przywództwo, potencjał i system zarządzania
	System i personel zarządzania finansami i grantami
	Zapewnienie podstawowego poziomu finansowania, równowaga między krajowymi i zewnętrznymi źródłami finansowania
	<i>Mentoring</i> oraz <i>coaching</i> dla menedżerów
Środowisko	Dynamiczna kultura badawcza
	Możliwości współpracy, tworzenie sieci badawczych, zapewnienie dostępu do informacji
	Infrastruktura fizyczna, wyposażenie, przestrzeń, dostęp do Internetu itd.
	Możliwości współpracy międzynarodowej
Potencjał krajowy	
Wsparcie systemowe	Krajowa strategia rozwoju zasobów ludzkich (kształcenie, utrzymanie kadry, promocja)
	Strategia rozwoju potencjału instytucjonalnego
	Alokacja środków („znaczonych”) na rozwój potencjału
	Wskaźniki i monitorowanie rozwoju potencjału
	Krajowe zapotrzebowanie na badania wśród decydentów, mediów, organizacji społeczeństwa obywatelskiego, grup rzeczników
	Krajowe wykorzystanie badań
	Infrastruktura badawcza oraz innowacyjna

Trzeba podkreślić, że w piśmiennictwie naukowym podawane są liczne partykularne przykłady konstruowania systemów badań w dziedzinie zdrowia, np. w Anglii [53], Bangladeszu [54], Gambii [55], Gwinei Bissau [56], w 14 krajach Ameryki Łacińskiej [57], w Panamie [58], na Wyspach Salomona [59], w Zambii [60]. W poszczególnych przypadkach zwrócono uwagę na potrzebę stworzenia systemu (co wydaje się oczywiste) [58], ale również szerokiej współpracy z interesariuszami [55,59] oraz uwzględnienia ich potrzeb [53], wyznaczenia priorytetów badawczych [61], odpowiedniego finansowania, monitorowania i ewaluacji systemu [54]. Poza tym w artykułach podkreślano znaczenie stworzenia formalnych struktur systemu [57], stworzenia odpowiedniego podłoża legislacyjnego i określenia ról dla poszczególnych podmiotów [60] albo znaczącą rolę międzynarodowych agencji i donatorów [56]. Opisywano również sposób działania wybranych struktur systemu badań [29,62,63]. Osobną grupę stanowią prace, w których zaprezentowano metody zwiększania potencjału badawczego [51,64-67], oryginalne metody monitorowania systemu badań [68], metody oceny jego potencjału [69], a także monitorowania i ewaluacji prowadzonych badań [70].

Pouczającym przykładem konstrukcji strategii rozwoju badań w dziedzinie zdrowia mogą być dokumenty z Australii [71,72], Irlandii [73] czy USA [74]. Przykładowo, strategia amerykańska dotycząca badań w dziedzinie zdrowia publicznego ma postać przewodnika, który pokazuje najistotniejsze i niewystarczająco rozpoznane problemy, które powinny stać się przedmiotem badań

w latach 2006-2015. Całość liczy 141 stron. Trzeba jednak stanowczo podkreślić, że wymienione kraje nie są wyjątkiem. Polityki badań w dziedzinie zdrowia mają również państwa mniej rozwinięte, w tym liczne kraje Afryki [75]. Priorytety badawcze wytypowano także w kilku krajach regionu śródziemnomorskiego ŚOZ [76].

5.5. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego w Europie

Chociaż Europa jest znaczącym producentem badań w dziedzinie zdrowia publicznego oraz piśmiennictwa [77], to jednak istnieją bardzo duże różnice między krajami [12,78-80]. Dla przykładu, dużym producentem piśmiennictwa w tej dziedzinie, nie tylko artykułów oryginalnych, ale też innych form komunikacji naukowej, jest Wielka Brytania i kraje skandynawskie [81]. Niemniej, ogólnoeuropejska kondycja badań w dziedzinie zdrowia publicznego nie napawa optymizmem [82,83]. Podobne opinie dotyczą np. Australii [84].

W większości krajów europejskich, nie tylko tych, które należą do UE, nie sformułowano priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego [85]. Wyniki badania *Conceição i McCarthy'ego*, przeprowadzonego wyłącznie w krajach należących do UE, pokazują, że nie wszystkie państwa członkowskie mają sprecyzowane polityki odnośnie do badań w dziedzinie zdrowia publicznego [86]. Zastanawia, że przedstawiciel Polski, z którym kontaktowali się wymienieni autorzy, podał, że w ogólnej krajowej strategii badań (polityce naukowej) została wyróżniona niezależna część, która jest strategią badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Przyznał też, zgodnie z prawdą, że nie mamy wydzielonej, samodzielnej strategii badań w dziedzinie zdrowia [87].

W badaniu przeprowadzonym w 28 krajach UE i należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego ustalono, że nie ma jednolitego podejścia do wzmocnienia badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Europie, a ponadto obserwuje się duże dysproporcje w finansowaniu takich badań oraz różnice w organizacji. Autorom tego badania nie udało się uzyskać odpowiedzi z Polski, ani z Ministerstwa Zdrowia, ani Ministerstwa Nauki [16].

W konsekwencji takich ustaleń, na forum UE zwraca się uwagę, że ministrowie zdrowia krajów członkowskich powinni więcej uwagi przywiązywać do tworzenia krajowych strategii i programów badań w dziedzinie zdrowia publicznego, a Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) i UE powinny wspierać te działania, a także służyć pomocą w ich koordynacji [86]. Udział UE w rozwoju badań w dziedzinie zdrowia publicznego jest szczególnie istotny, ponieważ w dotychczasowych programach ramowych popierano głównie nauki przyrodnicze, badania biomedyczne oraz technologie informatyczne.

W kwietniu 2013r., w wyniku przeglądu tematów badawczych z dziedziny zdrowia publicznego, realizowanych w poprzednich programach ramowych UE, sformułowano zalecenia dla nowego programu badań i innowacji, znanego pod nazwą „Horyzont 2020” [88-90]. Są to:

1. Prowadzenie badań na temat skutków polityk ekonomicznych dla równości i nierówności w zdrowiu.
2. Większe wsparcie dla badań w dziedzinie zdrowia publicznego, wolnych od konfliktów komercyjnych (interesów), zarówno w krajach członkowskich jak w całej UE.
3. Ustalanie priorytetów oparte na przeglądzie i wynikach poprzednich badań finansowanych

- przez UE, uwzględniające wymiar europejski oraz potrzeby krajowe i światowe.
4. Stworzenie międzynarodowej rady doradczej, składającej się z badaczy, grup użytkowników badań oraz twórców polityk zdrowotnych, do wsparcia *Directorate General for Research and Innovation (DG RTD)* przy ustalaniu priorytetów do naboru wniosków. Zwiększenie potencjału w obszarze zdrowia publicznego w *DG RTD*, nawiązanie współpracy z *DG SANCO*, innymi dyrekcjami generalnymi, instytutami badawczymi w państwach członkowskich.
 5. Opracowanie strategii zwiększenia potencjału zdrowia publicznego w europejskich krajach południowych i wschodnich, a także w państwach pozaeuropejskich o niskich i średnich dochodach.
 6. Obowiązkowe włączenie do wszystkich projektów końcowych użytkowników badań, a także narzucenie obowiązku rozpowszechnienia informacji o badaniach.
 7. Utworzenie łatwo dostępnych, elastycznych repozytoriów produktów badań i długookresowych wyników (*follow-up*).
 8. Stworzenie schematu oceny badań finansowanych przez UE z punktu widzenia zdrowia publicznego, perspektywy równości, uniwersalności, solidarności i celów zdrowia publicznego.

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego nie należały również do priorytetów w europejskich funduszach strukturalnych, w odróżnieniu od biomedycyny. Dlatego proponowano, aby nowym funduszom strukturalnym w perspektywie na lata 2014-2020 nadać taki kierunek [91]. Będzie to możliwe, jeśli ministrowie zdrowia krajów członkowskich złożą taką propozycję i upomną się o badania w dziedzinie zdrowia publicznego. Pomoże to wzmocnić politykę i praktykę zdrowia publicznego w poszczególnych krajach i całej Europie.

Trzeba przy tym powiedzieć, że przy wszystkich niedomaganiach formalnej, publicznej sfery badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Europie, obserwuje się rosnące zainteresowanie takimi badaniami wśród organizacji społeczeństwa obywatelskiego (*CSOs*), pozarządowych (*NGOs*), także w nowych krajach członkowskich UE. Przejawia się to coraz większym udziałem takich organizacji w badaniach, coraz większym ich doświadczeniem w realizacji badań oraz chęcią ustalania priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego [92-95]. Rośnie też udział stowarzyszeń profesjonalnych, takich jak *European Public Health Association (EUPHA)* [96].

5.6. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce

W ostatnich latach w Polsce nastąpiły istotne zmiany w polityce naukowej. Między innymi w 2009r. uprzednia „Strategia rozwoju nauki” [97] oraz „Strategia rozwoju szkolnictwa wyższego” została wchłonięta przez nowe krajowe strategie rozwoju: „Strategię innowacyjności i efektywności gospodarki” (nauka), „Strategię rozwoju zasobów ludzkich” (szkolnictwo wyższe) oraz „Strategię Rozwoju Kapitału Społecznego” (nauka i szkolnictwo wyższe) [98].

Polski Krajowy Program Badań, ustanowiony Uchwałą Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2011r., zawiera 7 strategicznych obszarów badawczych, w tym pod nr 2 wymienia się „choroby cywilizacyjne, nowe leki oraz medycynę regeneracyjną” [99,100].

Celem głównym programu strategicznego „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych

– STRATEGMED” jest: „uzyskanie zasadniczego postępu w zakresie zwalczania chorób cywilizacyjnych oraz medycyny regeneracyjnej na bazie wyników badań naukowych i prac rozwojowych prowadzonych w czterech obszarach: (a) kardiologii i kardiochirurgii, (b) onkologii, (c) neurologii i zmysłach, (d) medycynie regeneracyjnej” [101].

W panelu Narodowego Centrum Nauki „NZ – Nauki o Życiu”, w grupie „NZ7 – zdrowie publiczne” wyznaczono następujące dziedziny badawcze: epidemiologia (NZ7_1), zagrożenia środowiskowe (NZ7_2), promocja zdrowia, kultura fizyczna (NZ7_3), prewencja populacyjna (NZ7_4), organizacja ochrony zdrowia (NZ7_5), medycyna pracy (NZ7_6), rehabilitacja (NZ7_7), farmakoekonomika (NZ7_8), etyka medyczna (NZ7_9), etyka weterynaryjna (NZ7_10), weterynaryjna ochrona zdrowia publicznego (NZ7_11), prewencja chorób człowieka (NZ7_12), prewencja chorób zwierząt (NZ7_13), farmacja, farmakoterapia, farmakologia (NZ7_14), toksykologia (NZ7_15) oraz inne zagadnienia pokrewne (NZ7_16). Zbiorcze dane na temat stanu nauki w Polsce nie pozwalają oszacować kwoty przyznawanej w kolejnych konkursach oraz ich wariantach na badania w grupie „zdrowie publiczne” i poszczególne dziedziny w tej grupie [102]. Więcej informacji na ten temat zaprezentowano w rozdziale pt. „Priorytety badawcze i stan badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce”.

W 2012r. status KNOW w dziedzinie nauk o zdrowiu uzyskało Centrum Badań Innowacyjnych w Białymstoku. Tworzą je wydziały Lekarski i Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN we współpracy z jednostkami z Hiszpanii i Belgii.

W Polskiej Mapie Drogowej Infrastruktury Badawczej z lutego 2011r. w Dziale 4. „Wydajna ochrona zdrowia i wzrost efektywności działań prozdrowotnych” znalazło się pięć zwycięskich projektów, a wszystkie dotyczyły biomedycyny [103]. W sierpniu 2013r., po pierwszym etapie aktualizacji Mapy Drogowej, podano, że do drugiego etapu przeszło 25 projektów, z czego zaledwie jeden, pt. „Centrum Badań Innowacyjnych w zakresie Prewencji Chorób Cywilizacyjnych i Medycyny Indywidualizowanej” z UM w Białymstoku, być może ma jakiś związek z problematyką zdrowia publicznego i(lub) systemów zdrowotnych [104].

Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w zakładce „nauka”, nie ma wzmianki o żadnych badaniach w dziedzinie zdrowia. Jedyna informacja powiązana z tym rodzajem badań, jaką udało się odszukać (w zakładce „zamówienia publiczne”, dostęp 15 września 2013r.), dotyczyła ogłoszenia o przetargu nieograniczonym Nr MZ-AGZ-270-10403/JP/13, dotyczącego „wykonania badania ewaluacyjnego pn. Ocena skuteczności wybranych programów profilaktycznych w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL” [105]. W wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego za najkorzystniejszą (w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy) uznano ofertę złożoną przez PSDB Sp. z o.o., ul. Sienna 64, 00-825 Warszawa, z ceną 105 780,00 zł. Była to jedyna oferta złożona w tym postępowaniu. Problematyka badań w dziedzinie zdrowia i badań systemu zdrowotnego nie występuje również w Narodowym Programie *Foresight* „Polska 2020” [106].

Komentując obecną sytuację, w tym ustalone priorytety oraz rozproszenie potencjalnych ścieżek finansowania badań, można zacytować opinię wiceprezesa PAN prof. Andrzeja Górskiego: „Badacz pragnący realizować badania traktowane priorytetowo w krajach wysokorozwiniętych praktycznie nie może ubiegać się o ich finansowanie” [107]. Tak więc – lepiej, to już chyba było [108-110].

W Polsce widoczne są również problemy z translacją. Wyniki projektów finansowanych przez

Komisję Europejską nie były raportowane do Ministerstwa Zdrowia. W efekcie żadna polityka nie ma oparcia w projektach *DG SANCO* [111].

5.7. Podsumowanie

Przedstawiony powyżej przegląd dowodzi, że powszechne jest dążenie do stworzenia i(lub) wzmocnienia istniejącego krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia. Równie ważne i propagowane jest stworzenie systemu badań w dziedzinie zdrowia publicznego, osobnego lub jako części większej budowli. Bezsprzecznie, w obu przypadkach dużą rolę ma do odegrania Ministerstwo Zdrowia. Bardzo ważne jest, aby system ten powstał w powiązaniu z celami strategicznymi i operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 [112], Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [113], Długookresową Strategią Rozwoju Kraju [114] oraz Strategią rozwoju kapitału ludzkiego 2020 [115] (patrz: rozdział pt. „Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – geneza i rola w zdrowiu publicznym”).

5.8. Piśmiennictwo

1. Council on Health Research for Development (*COHRED*). Essential National Health Research and Priority Setting: Lessons Learned. June 1997.
2. Commission on Health Research for Development. Health research - essential link to equity in development. Oxford University Press, Oxford 1990: 13.
3. Pang T, Sadana R, Hanney S, Bhutta ZA, Hyder AA, Simon J. Knowledge for better Health – a conceptual framework and foundation for health research system. *Bull World Health Organ*. 2003, 8: 815-820.
4. Frenk J, Chen L. Overcoming gaps to advance global health equity: a symposium on new directions for research. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9:11.
5. The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems. From The Ministerial Summit on health Research. Mexico City, November 16-20, 2004.
6. Stein H: Supporting and using policy-oriented public health research at the European level. *Eurohealth* 2008, 14(1):18-22.
7. Groenewegen PG. Analyzing European health systems: Europe as a research laboratory. *Eur J Public Health* 2013, 23(2): 185-186.
8. Gilson L. (red.). Health Policy and Systems Research. A Methodology Reader. The Abridged Version. World Health Organization. Alliance for Health Policy and Systems Research, 2012: 19-31.
9. World Health Organization. What is Health Policy and Systems Research and why does it matter? AHPSR Briefing Note 1. Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR). Geneva, 2007.
10. World Health Organization. What is HPSR? Overview. Alliance for Health Policy and Systems Research, Geneva 2011.
11. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, Rosenthal J, Ruelas E. A conceptual model for public health research. *Bull Pan American World Health Organization* 1986; 101: 477-487.
12. Clarke A, Gatineau M, Grimaud O, Royer-Devaux S, Wyn-Roberts N, Le Bis I, Lewison G. A bibliometric overview of public health research in Europe. *Eur J Public Health* 2007, 17, Supp. 1: 43-49.
13. Australian Government. National Health and Medical Research Council. Report of the Review of Public Health Research Funding in Australia. Prepared by the Public Health Research Advisory Committee Chaired by Professor Don Nutbeam, December 2008:12.
14. SPHERE - Strengthening Public Health Research in Europe. <http://www.ucl.ac.uk/public-health/sphere>
15. Department of Health and Human Services. Distinguishing Public Health Research and Public Health Nonresearch” Policy. The Centers for Disease Control and Prevention, 2010.
16. Conceição C, Leandro A, McCarthy M: National support to public health research: a survey of European ministries. *BMC Public Health* 2009, 9:203.
17. Mays GP, Halverson PK, Scutchfield FD. Behind the curve? What we know and need to learn from public health systems research. *J Public Health Manag Pract*. 2003, 9(3):179-82.

18. Mays GP, Scutchfield D. Advancing the science of delivery: public health services and systems research. *J Public Health Manag Pract.* 2012, 18(6):481-484.
19. Australian Government. Strategic review of health and medical research. Final report, Department of Health and Ageing, February 2013: 177.
20. European Preparatory Meeting for Bamako 2008, Final Report. From Health Research to Research for Health: Capacity, Collaboration & Challenges. Copenhagen, Denmark, 29 – 30 April 2008.
21. World Health Organization. The WHO strategy on research for health. WHO, Geneva 2012.
22. Rosenfield PL. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social science. *Social Science & Medicine* 1992, 35(11): 1343-1357.
23. Kessel F, Rosenfeld PL. Toward transdisciplinary research. Historical and contemporary perspectives. *Am J Prev Med.* 2008, 35(s):225-234.
24. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med.* 2006, 29(6): 351-364.
25. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clin Invest Med.* 2007, 30(6): E224-232.
26. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clin Invest Med.* 2008, 31(1): E41-48.
27. Smith PM. A transdisciplinary approach to research on work and health: What is it, what could it contribute, and what are the challenges? *Critical Public Health* 2007, 17(2):159-169.
28. Cronin K. Transdisciplinary research (TDR) and sustainability. Overview report prepared for the Ministry of Research, Science and Technology (MoRST). New Zealand, September 2008.
29. Coen SE, Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA. A relational conceptual framework for multidisciplinary health research centre infrastructure. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:29.
30. Gibbons M. Mode 2 society and the emergence of context-sensitive science. *Science and Public Policy* 2000, 27 (3): 159-163.
31. Hessels LK, van Lente H. Re-thinking new knowledge production: A literature review and a research agenda. *Research Policy* 2008, 37: 740–760.
32. Task Force on Health Research for Development. Essential National Health Research. A Strategy for Action in Health and Human Development. Geneva, 1991: 15-16.
33. Okello D, Chongtrakul P. A manual for research priority setting using the ENHR strategy. Council on Health Research for Development. The COHRED Working Group on Priority Setting. COHRED Document 2000.3. March 2000.
34. Sadana R, Pang T. Health research systems: a framework for the future. *Bull World Health Organ.* 2003, 80(5):407-409.
35. World Health Organization. National Health Research Systems Report of an international workshop. Cha-am, Thailand, 12–15 March 2001.
36. World Health Organization. Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999: 213.
37. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva 1998: 12.
38. World Health Organization. Glossary of Terms used in Health for All series N° 9. WHO, Geneva 1984: 14.
39. World Health Organization. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008.
40. Piotrowicz M, Cianciara D, Wysocki MJ. Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – Karta z Tallina. *Przegl Epidemiol* 2009, 63: 321-324.
41. World Health Organization. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013: 179.
42. World Health Organization. World report on knowledge for better health: Strengthening Health Systems. WHO, Geneva 2004: 59-96.
43. World Health Organization. World Health Report 2013: Research for universal health coverage. WHO, Geneva 2013: 95-128.
44. Sadana R, Pang T. Current approaches to national health research system analysis: a brief overview of the WHO health research system analysis initiative. *Cien Saude Colet* 2004, 9(2): 351-362.
45. Sadana R, Lee-Martin S-P, Lee J. Health Research System Analysis (HRSA) Initiative: Methods for Collecting Benchmarks and Systems Analysis Toolkit. Tool #1. A brief overview of WHO Health Research System Analysis initiative and an overview of core indicators and descriptive variables. WHO, Geneva 2006.
46. World Health Organization. Health Research Systems Analysis (HRSA) concepts and indicators. http://www.who.int/rpc/health_research/concepts/en/index.html

47. World Health Organization. HRSA indicators. http://www.who.int/rpc/health_research/concepts/indicators/en/index1.html
48. Kennedy A, IJsmussen C. Building and strengthening national health research systems. A manager's guide to developing and managing effective health research systems. Council on Health Research for Development (COHRED) 2006.
49. Council on Health Research for Development (COHRED). Framework and Guides for System Strengthening. <http://www.cohred.org/research-innovation-system-strengthening-approach/>
50. Department for International Development. Capacity building in research. A DFID practice paper, London, June 2010: 3.
51. ESSENCE on Health Research. Planning, monitoring and evaluation. Framework for capacity strengthening in health research. ESSENCE good practice documents series. 2011.
52. Morgan P. Some observations and lessons on capacity building. [w:] Maconick R, Morgan P. (red.). Capacity-Building Supported by the United Nations. Some Evaluations and Some Lessons. Department for Economic and Social Affairs of the United Nations 1999: 19.
53. Hanney S, Kuruvilla S, Soper B, Mays N. Who needs what from a national health research system: lessons from reforms to the English Department of Health's R&D system. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:11.
54. Mahmood S, Hort K, Ahmed S, Salam M, Cravioto A. Strategies for capacity building for health research in Bangladesh: Role of core funding and a common monitoring and evaluation framework. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9: 31.
55. Palmer A, Anya SE, Bloch P. The political undertones of building national health research systems – reflections from The Gambia. *Health Research Policy and Systems* 2009, 7: 13.
56. Kok MO, Rodrigues A, Silva A, de Haan S. The emergence and current performance of a health research system: lessons from Guinea Bissau. *Health Research Policy and Systems* 2012, 10:5.
57. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo L, and the collaborative group from the first Latin American Conference on Research and Innovation for Health: National health research systems in Latin America: a 14-country review. *Pan American J Public Health* 2009, 26(5): 447-457.
58. Romero LI, Cristiane Quental C. The Panamanian health research system: a baseline analysis for the construction of a new phase. *Health Research Policy and Systems* 2013, 11: 33.
59. Redman-MacLaren ML, MacLaren DJ, Solomon J, Muse A, Asugeni R, Harrington H, Kekuabata E, Speare R, Clough AR. Research workshop to research work: initial steps in establishing health research systems on Malaita, Solomon Islands. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8: 33.
60. Chanda-Kapata P, Campbell S, Zarowsky C. Developing a national health research system: participatory approaches to legislative, institutional and networking dimensions in Zambia. *Health Research Policy and Systems* 2012, 10: 17.
61. Deen J, Matos Lda C, Temple B, Su JY, da Silva J, Liberato S, da Silva V, Soares AI, Joshi V, Moon S, Tulloch J, Martins J, Mulholland K. Identifying national health research priorities in Timor-Leste through a scoping review of existing health data. *Health Research Policy and Systems* 2013, 11: 8.
62. Green G, Melanie Rein M. Building research capital to facilitate research. *Health Research Policy and Systems* 2013, 11: 12.
63. Koehlmoos TP, Walker DG, Gazir. An internal health systems research portfolio assessment of a low-income country research institution. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8: 8.
64. Lansang MA, Denniss. Building capacity in health research in the developing world. *Bull World Health Organ.* 2004, 82 (10): 764-770.
65. White F. Capacity-building for health research in developing countries: a manager's approach. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 12(3), 2002; 165-172.
66. Pappaioanou M, Malison M, Wilkins K, Otto B, Goodman RA, Churchill RE, White M, Thacker SB. Strengthening capacity in developing countries for evidence-based public health: the data for decision-making project. *Social Science & Medicine* 2003, 57(10): 1925-1937.
67. Vasquez EE, Hirsch JS, Giang le M, Parker RG. Rethinking health research capacity strengthening. *Glob Public Health.* 2013, 8 (Suppl 1):S104-124.
68. El Turabi A, Hallsworth M, Ling T, Grant J. A novel performance monitoring framework for health research systems: experiences of the National Institute for Health Research in England. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9: 13.
69. Bates I, Taegtmeier M, Squire SB, Ansong D, Nhlama-Simwaka B, Baba A, Theobald S. Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9: 14.
70. Kok MO, Schuit AJ. Contribution mapping: a method for mapping the contribution of research to enhance its impact. *Health Research Policy and Systems* 2012, 10: 21.
71. Australian National Preventive Health Agency (Promoting a Healthy Australia). National Preventive Health Research Strategy 2013-2018. Building knowledge for a healthy Australia. Commonwealth of Australia 2013.
72. Australian Government. Department of Health and Ageing. Strategic Review of Health and Medical Research – Better Health through Research. 5 April 2013.

73. Health Research Board. HRB Strategic Business Plan 2010 – 2014. The future of Irish health research. Dublin Health Research Board 2009.
74. U.S. Department of Health and Human Services. Advancing the Nation's Health: A Guide to Public Health Research Needs, 2006-2015. Centers for Disease Control and Prevention. December 2006.
75. Arudo J, Kamau R, Kamanzi D, Kennedy A. Health research policies and priorities in 19 African low income countries. <http://portal.unesco.org/education/en/files/58049/12246675435Arudo.pdf/Arudo.pdf>
76. World Health Organization. A Study of National Health Research Systems in Selected Countries of the WHO Eastern Mediterranean Region: Egypt, Islamic Republic of Iran, Morocco, Pakistan and Sudan. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2004.
77. McCarthy M, Clarke A: European public health research literatures - measuring progress. *Eur J Public Health* 2007, 17(Suppl 1): 2-5.
78. Keskimäki I. The future of public health in the European Union. *Eur J Public Health* 2007, 17(4): 327.
79. McCarthy M. Health research—Europe's future. *The Lancet* 2011, 377(9779):1744 – 1745.
80. Burazeri G, Brandt H, Leaser U. Public health research needs and challenges in transitional countries of South Eastern Europe. *Italian Journal of public health* 2009; 6(2): 48-51.
81. Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Poznańska A, Niedźwiedzka B, Witkowski M, Jarosz MJ. Is there the gap in public health literature in Europe? *Ann Agric Environ Med* 2013, 20(3):631-636.
82. Review of public health capacity in the EU. Public health capacity in the EU – final report. European Union 2013: 108-120.
83. McCarthy M, Alexanderson K, Conceição C, Barnhoorn F, Grimaud O, Katrenikova Z, Narkauskaitė L, Saliba A, Sammut M, Devillé W, Voss M, Zeegers D. PHIRE – Public health innovation and research in Europe. Summary report. European Public Health Association (EUPHA), April 2013.
84. Redman S. Towards a research strategy to support public health programs for behaviour change. *Aust N Z J Public Health* 1996; 20:352-358.
85. McCarthy M, Harvey G, Conceição C, la Torre G, Gulis G. Comparing public-health research priorities in Europe. *Health Research Policy and Systems* 2009, 7: 17.
86. Conceição C, McCarthy M. Public health research systems in the European Union. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9: 38.
87. STEPS (Strengthening Engagement in Public Health Research). STEPS report: Public Health Research – Europe's Future. September 2011: 16.
88. European Commission. Review of Public Health Research Projects Financed under the Commission's Framework Programmes for Health Research. Subgroup 1. Directorate General for Research and Innovation. April 2013.
89. European Commission. Report of the Independent Expert Group on the Future of European Public Health Research. Subgroup 2. 28th March 2013.
90. Browne J, Sørensen TIA. European public health research in Horizon 2020. *Eur J Public Health* 2013; 23(5): 722.
91. McCarthy M. Public health research support through the European structural funds in central and eastern Europe and the Mediterranean. *Health Research Policy and Systems* 2012, 10: 12.
92. Gulis G, Garrido-Herrero L, Katreniakova Z, Harvey G, McCarthy M. Public health research priorities in Europe seen by non-governmental organizations. *Cent Eur J Public Health*. 2008, 16(4):209-212.
93. Knabe A, McCarthy M. Civil society organizations and public health research – evidence from eight European Union new member states. *Cent Eur J Public Health* 2012, 20(4): 287-293.
94. Beinare D, McCarthy M. Civil society organizations, social innovation and health research in Europe. *Eur J Public Health* 2012, 22(6): 889-893.
95. McCarthy M, Knabe A. Civil society and public health research in the European Union new member states. *Scand J Public Health* 2012, 40(3): 253-259.
96. Rahman SG. Public health in Europe: the role of nongovernmental public health associations in public health policy development. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Master's Program Health Economics and Health Promotion, Thesis Project.
97. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015. Strategia rozwoju nauki w Polsce do 2015 roku. Warszawa, kwiecień 2008.
98. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Miejsce strategii nauki i szkolnictwa wyższego w systemie dokumentów strategicznych. 1 lipca 2010.
99. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Krajowy Program Badań – strategiczne obszary badawcze. 25 listopada 2011.
100. Krajowy Program Badań. Założenia polityki naukowo – technicznej i innowacyjnej państwa. Załącznik do uchwały nr 164/2011 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2011r.

101. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED. 21-01-2013.
102. Nauka w Polsce 2013r., Edycja 1. Warszawa, 13.03.2013r.
103. Lista projektów umieszczonych na Polskiej Mapie Drogowej Infrastruktury Badawczej. Warszawa 23 luty 2011r. http://polfel.pl/doc/Polska_Mapa_Drogowa_IB_23022011.pdf
104. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Ogłoszenie wyników ewaluacji propozycji projektów do Polskiej Mapy Drogowej Infrastruktury Badawczej po I etapie oceny. <http://www.nauka.gov.pl/komunikaty/ogloszenie-wynikow-ewaluacji-propozycji-projektow-do-polskiej-mapy-drogowej-infrastruktury-badawczej-po-i-etapie-oceny.html>
105. Ministerstwo Zdrowia. Ogłoszenie o przetargu nieograniczonym Nr MZ-AGZ-270-10403/JP/13. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=276&ml=pl&mi=276&mx=0&mt=&my=761&ma=032595>
106. Narodowy Program Foresight „Polska 2020”. <http://www.polska2020.pl/cms/>
107. No health without research. Wypowiedź wiceprezesa PAN prof. A. Górskiego w sprawie finansowania badań naukowych w dziedzinie ochrony zdrowia. 20 lipca 2012. http://www.aktualnosci.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=690:no-health-without-research-wypowied-wiceprezesa-pan-prof-a-gorskiego-w-sprawie-finansowania-bada-naukowych-w-dziedzinie-ochrony-zdrowia&catid=16:opinie-i-pogldy&Itemid=21
108. Zejda J E. Priorytety naukowe w zdrowiu publicznym. Zdr Publ 2001; 111(506): 291-297.
109. Zejda J. Rozwój nauk zdrowia publicznego w Polsce – czas na doktorat. Zdr Publ 2007;117(3): 304–307.
110. Zejda J E, Wysocki MJ. Zdrowie publiczne w projektach badawczych finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego - realizacja i potrzeby. Przegl Epidemiol 2010, 64(3): 405-411.
111. PHIRE – Public health innovation and research in Europe. Country report – Poland. European Public Health Association (EUPHA). December 2012.
112. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
113. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. DZ.U. 2009 Nr 137 poz.1126.
114. Uchwała Rady Ministrów Nr 104 z dnia 18 czerwca 2013r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Monitor Polski z dnia 7 sierpnia 2013. poz. 640. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Warszawa, czerwiec 2013. <http://www.mpips.gov.pl/praca/strategie-i-dokumenty-programowe/strategia-rozwoju-kapitalu-ludzkiego-srkl---projekt-z-31072012-r/>
115. Uchwała Rady Ministrów Nr 104 z dnia 18 czerwca 2013r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Monitor Polski z dnia 7 sierpnia 2013. poz. 640. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020. Warszawa, czerwiec 2013. <http://www.mpips.gov.pl/praca/strategie-i-dokumenty-programowe/strategia-rozwoju-kapitalu-ludzkiego-srkl---projekt-z-31072012-r/>

6. USTALANIE PRIORYTETÓW BADAŃ W DZIEDZINIE ZDROWIA

Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
²Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

6.1. Najważniejsze fakty

- Wyznaczenie priorytetów, priorytetowych tematów badawczych, uznawane jest za jedno z kluczowych działań krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia.
- Priorytety badawcze zazwyczaj są ściśle związane z priorytetami polityki zdrowotnej.
- Przy ustalaniu priorytetów badawczych najczęściej stosuje się jedną z czterech metod: tzw. podejście *ENHR*, *3D CAM*, *CHNRI* lub *COHRED*. Metody te (podejścia) opierają się na informacjach o przeszłości i teraźniejszości. Równie ważne mogą być metody *Foresight*.
- Wyznaczanie priorytetów badawczych jest wieloetapowym procesem, który wymaga zaplanowania oraz ewaluacji wyników.
- W ustalaniu priorytetów ogromne znaczenie ma udział szerokiego grona interesariuszy.

6.2. Wstęp

Poczynając od połowy lat 90. XX w. na forum międzynarodowym upowszechniły się nowo opracowane metody pomiaru wielkości problemów zdrowotnych oraz ich dystrybucji w społeczeństwie. Kwantyfikacja taka miała znaczenie dla rankingu problemów zdrowotnych. Równoległe zaproponowano i wykorzystano wiele schematów (modeli, podejść) wyznaczania priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia, których wspólną cechą jest ocena wielkości i(lub) ważności problemów, a przynajmniej odniesienie do nich [1].

W piśmiennictwie naukowym oraz na stronach internetowych różnych podmiotów można znaleźć dużą liczbę prac o ustalaniu priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia – zarówno artykułów naukowych jak przewodników do pracy. Liczba i zakres tematyczny tych opracowań musi zrobić duże wrażenie na polskim czytelniku, niezależnie od tego czy zapoznał się z krajowymi opracowaniami, czy też nigdy ich nie czytał [2-5].

Analizując zakres tematyczny zagranicznych prac na temat priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia można powiedzieć, że w ich treści widoczne są następujące perspektywy:

- krajowa – opis sytuacji, analiza przebiegu procesu ustalania priorytetów w poszczególnych krajach, np. w USA [6], Wielkiej Brytanii [7], Ugandzie [8], Nigerii [9];
- międzynarodowa – porównania między krajami, uogólnienie doświadczeń [10-15];
- zdrowotna i populacyjna – ustalanie priorytetów badawczych odnośnie do poszczególnych grup

społecznych i(lub) problemów zdrowotnych, np. choroby dzieci [16,17], biegunki dzieci [18,19], zapalenie płuc dzieci [20], zdrowie seksualne i reprodukcyjne nastolatków [21] czy populacja rdzennych mieszkańców Australii [22];

- systemowa – dotyczy ustalania priorytetów badawczych w segmentach systemu zdrowotnego, takich jak np. opieka medyczna [23,24], medycyna komplementarna i alternatywna [25], polityka zdrowotna [26];
- finansowa – analiza wysokości środków finansowych przeznaczonych na priorytety badawcze [27];
- metodologiczna – metody ustalania priorytetów, wybrane aspekty procesu, porównanie metod [14,24,26,28-33];
- mieszana – w której jednocześnie analizuje się kilka wymienionych aspektów.

Trzeba też podkreślić, że zainteresowanie metodami ustalania priorytetów nie dotyczy tylko badań pierwotnych (nowych), ale również badań wtórnych, takich jak przeglądy systematyczne. Przykładem jest praca, w której na podstawie aktualnych światowych potrzeb zdrowotnych oraz oceny istniejących przeglądów systematycznych wyróżniono 26 obszarów tematycznych, takich jak np. wzmocnienie (rozwój) społeczności czy poprawa żywienia uchodźców i populacji przesiedlonych, którym *The Cochrane Collaboration* powinna poświęcić swoje przeglądy systematyczne [34]. Obecnie w *Cochrane* działa grupa pod nazwą *The Cochrane Agenda and Priority Setting Methods Group (CAPSMG)*, która jest jedną z 16 działających tam grup metodologicznych [35]. *CAPSMG* została oficjalnie zarejestrowana 2 listopada 2011r. Celem pracy tej grupy jest, mówiąc w skrócie, udzielanie informacji jednostkom *Cochrane* o empirycznych dowodach użyteczności różnych metod ustalania priorytetów badawczych, aby lepiej podejmować decyzje, jakie przeglądy systematyczne powinny stać się priorytetem dla *Cochrane*. Dotychczas *CAPSMG* analizowała kilka metod wyboru priorytetów w badaniach biomedycznych, które ciągle stanowią trzon zainteresowania *Cochrane*. Przykładem może być metoda proponowana przez *The James Lind Alliance* [36].

W niniejszym opracowaniu zaprezentowano tylko kilka istniejących metod wyboru priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia, ponieważ omówienie wszystkich jest niemożliwe. Przegląd piśmiennictwa, przeprowadzony w 2010r. [37], wykazał, że w praktyce najczęściej stosowane są cztery podejścia: (a) niezbędne krajowe badania w dziedzinie zdrowia (*Essential National Health Research – ENHR*), (b) matryca trójwymiarowa (*3D Combined Approach Matrix – 3D CAM*), (c) podejście sformułowane przez koalicję ds. zdrowia dzieci (*Child Health and Nutrition Research Initiative – CHNRI*) oraz (d) podejście proponowane przez *Council on Health Research for Development (COHRED)*.

Celem tego opracowania jest prezentacja czterech najpopularniejszych podejść do wyboru priorytetów. Ponadto, na początku, omówiono pokrótce tzw. podejście *BOD (burden of diseases)*, które jest częścią matrycy *3D CAM*. Na końcu zaś, podano elementy wspólne dla czterech najbardziej popularnych metod.

6.3. Podejścia do określania priorytetów

6.3.1. Podejścia wykorzystujące obciążenie chorobami (*burden of diseases – BOD*)

W 1996r. *Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Options* proponował, aby przy alokacji zasobów na B+R, a więc przy wyborze priorytetów badawczych, wykonać kolejno następujące kroki: (a) ocenić wielkość problemu zdrowotnego, czyli obciążenie mierzone w DALY, (b) rozpoznać przyczyny występowania problemu, decydując czy najistotniejszy jest brak podstawowej wiedzy o problemie i jego determinantach, czy brak narzędzi, czy mała efektywność dotychczasowych metod postępowania (w zależności od rodzaju uwarunkowań sugerowano inne rodzaje badań), (c) ocenić adekwatność dotychczasowej wiedzy o możliwych interwencjach, (d) oszacować efektywność kosztową potencjalnych interwencji, (e) określić ile już zrobiono, czy możliwe są inwestycje i mobilizacja zasobów [38].

Metoda *Ad Hoc Committee* została uwzględniona w podejściu *CAM* (patrz dalej). Ponadto podejście przez pryzmat obciążenia chorobami (*BOD*) jest często wykorzystywane w określaniu wiodących kierunków polityki zdrowotnej, co zazwyczaj znajduje odzwierciedlenie w ustalaniu priorytetów w polityce naukowej [39-41].

6.3.2. Niezbędne krajowe badania w dziedzinie zdrowia (podejście *ENHR – Essential National Health Research*)

Ten sposób postępowania jest wynikiem licznych doświadczeń, co zostało podsumowane w opracowaniu z 2000r. [42]. Jest to rodzaj drobiazgowego przewodnika po całym procesie wyboru priorytetów badawczych na poziomie krajowym. Podręcznik przeznaczony jest dla animatorów tego procesu i ułatwia zarządzanie nim.

Najważniejsze, wyselekcjonowane z oryginału i transponowane, etapy procesu podano w zestawieniu 6.1. Zestawienia 6.2., 6.3. oraz 6.4. stanowią uzupełnienie informacji z zestawienia 6.1. i dotyczą niektórych etapów pracy. Zestawienie 6.3. pochodzi z innego opracowania.

Zestawienie 6.1. Etapy wyboru niezbędnych krajowych badań w dziedzinie zdrowia, podejście *ENHR*, wg Okello D., Chongtrakul P., 2000 (opracowanie własne)

1. Czynności wstępne	
1.1	Wybór/wykreowanie lidera pracy
1.2	Zwiększanie świadomości potrzeby ustalenia <i>ENHR</i>
1.3	Planowanie współpracy, utworzenie grupy roboczej, osiągnięcie porozumienia interesariuszy
1.4	Planowanie kolejnych kroków przy ustalaniu priorytetów
2. Ustalanie priorytetów	
2.1	Identyfikacja i włączenie szerokiego grona interesariuszy (np. <i>NGOs</i>)
2.2	Analiza sytuacji (stan zdrowia, system zdrowotny, system badań, oczekiwania, potrzeby wyrażone)
2.3	Określenie wstępnej listy tematów badawczych, spośród których zostaną potem wybrane tematy priorytetowe

2.4	Stworzenie wstępnej listy kryteriów do wyboru tematów priorytetowych, eliminacja powtórzeń, uściślenie kryteriów poprzez postawienie właściwych pytań (patrz: zestawienie 6.2.)
2.5	Pogrupowanie kryteriów (np. stosowność, istotność, wykonalność, etc.)
2.6	Wybór skali do oceny tematów, tj. dwu-, trzy-, cztero- lub pięciopunktowej
2.7	Nadanie wagi punktowej ocenom (patrz: zestawienie 6.3.)
2.8	Wybór kryteriów i ocen, które dyskwalifikują temat jako potencjalny priorytet (np. zero punktów w kryterium etycznym)
2.9	Wstępne testowanie schematu oceny tematów, zgodnie z kryteriami i wagą punktową, na przykładzie kilku tematów
2.10	Modyfikacja schematu oceny, kryteriów, wagi punktowej
2.11	Powtórne testowanie schematu oceny
2.12	Stworzenie ostatecznej wersji schematu oceny
2.13	Dokonanie oceny i stworzenie rankingu tematów wg ocen
3. Follow-up	
3.1	Sprawdzian listy tematów priorytetowych (patrz: zestawienie 6.4)
3.2	Zamiana tematów na pytania badawcze
3.3	Rozpowszechnienie listy tematów priorytetowych/pytań badawczych
3.4	Wstępne określenie zasobów, terminarza, potencjalnych badaczy
4. Wdrożenie	
4.1	Stworzenie wielodyscyplinarnego zespołu interesariuszy
4.2	Określenie zasobów dla każdego tematu priorytetowego
4.3	Stworzenie protokołu badawczego (patrz: pozycja piśm. 43)
4.4	Organizacja procesu recenzowania (<i>peer-review</i>) oraz stworzenie forum do rewizji
4.5	Stworzenie mechanizmu monitorowania i ewaluacji pracy badawczej
4.6	Rozpowszechnienie ustaleń z badań
4.7	Wykorzystanie wyników badań

Zestawienie 6.2. Przykłady pytań, które pozwalają uściślić kryteria stosowane w ustalaniu priorytetów badawczych (dotyczy p. 2.4 w zestawieniu 6.1), podejście *ENHR*, wg *Okello D., Chongtrakul P.*, 2000 (zmodyfikowane)

Lp.	Kryterium oceny	Przykładowe pytania uściślające
1	Odpowiedniość i użyteczność aktualnej bazy wiedzy	Czy są już zgromadzone odpowiednie i praktyczne dane? Czy planowane badanie będzie powielać istniejące informacje?
2	Możliwość praktycznego zastosowania wyników badania	Czy istnieje realna szansa (na ile duża?) na wykorzystanie wyników w procesach podejmowania decyzji?
3	Dostępność efektywnych kosztowo interwencji	Czy istnieją już odpowiednie, efektywne kosztowo interwencje?
4	Zdolność systemu do przeprowadzenia badania	Czy istniejące warunki, takie jak kompetencje badaczy, infrastruktura, system wsparcia i zasoby, są wystarczające do przeprowadzenia planowanego badania?
5	Zainteresowanie i oczekiwania społeczne	Czy planowane badanie jest zgodne z zainteresowaniem społecznym oraz zapotrzebowaniem na wiedzę w danej kwestii?

Lp.	Kryterium oceny	Przykładowe pytania uściślające
6	Wpływ ekonomiczny	Czy planowane badanie pozwoli opracować interwencje o zdecydowanie większej efektywności kosztowej niż interwencje dotychczasowe?
7	Wpływ na środowisko przyrodnicze i społeczno-polityczne	Czy istnieje ryzyko, że planowane badanie będzie miało negatywny wpływ na środowisko i otoczenie społeczno-polityczne?
8	Równość i sprawiedliwość	Czy planowane badanie może przyczynić się do większej równości w zdrowiu? Czy wpłynie na poprawę warunków społeczno-demograficznych, statusu ekonomicznego, równość płci, zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych lub lepsze dostarczanie usług?
9	Kwestie etyczne i moralne	Czy planowane badanie jest możliwe do zaakceptowania z etycznego punktu widzenia?
10	Wykonalność	Czy planowane badanie jest wykonalne ze względu na posiadane zasoby?
11	Wsparcie finansowe	Na ile prawdopodobne jest, że planowane badanie będzie miało źródło finansowania?
12	Kwestie praw człowieka	Czy istnieje ryzyko, że planowane badanie będzie w sprzeczności z prawami człowieka?
13	Wpływ na zdrowie	Jaki wpływ na zdrowie populacji może wywierać planowane badanie?
14	Wpływ na rozwój	Jaki wpływ na rozwój całego kraju będzie miało to badanie?
15	Uzasadnienie kosztów/inwestycji	Czy usprawiedliwione jest poniesienie kosztów na planowane badanie?
16	Ramy czasowe	Czy uzasadnione jest poświęcenie określonego czasu na realizację planowanego projektu badawczego?
17	Aspekty prawne	Czy jakiś element badania nie jest sprzeczny z prawem w danym kraju?
18	Znaczenie problemu	Na ile znaczący jest dany problem? Jakie wskaźniki będą użyte do jego oceny (np. zapadalność, rozpowszechnienie, ciężkość przebiegu, niepełnosprawność, umieralność, chorobowość, utrata potencjalnych lat życia (YPLL), lata życia skorygowane niepełnosprawnością (DALY), lata życia skorygowane jakością (QALY), epidemiologiczne tendencje w czasie, skutki społeczne, skutki ekonomiczne)?
19	Obowiązki i odpowiedzialność zawodowa	Czy dany problem ma związek z odpowiedzialnością zawodową (np. zakażenia szpitalne)?
20	Efektywność operacyjna	Czy realne jest zarządzanie planowanym badaniem?
21	Budowanie partnerstwa	Jakie jest prawdopodobieństwo, że partnerzy z różnych dyscyplin i sektorów podejmą współpracę przy realizacji planowanego projektu badawczego?
22	Trwałość problemu	Czy problem, który ma być badany jest niezmienny? Czy jest stały czy okresowy?
23	Wola polityczna, akceptacja, zobowiązanie	Jakie jest prawdopodobieństwo, że temat badawczy będzie podjęty, zaakceptowany i wspierany przez kompetentnych twórców polityk?

Lp.	Kryterium oceny	Przykładowe pytania uściślające
24	Ważność	Czy dany temat badawczy odpowiada na potrzeby zdrowotne społeczności?
25	Zgodność z krajową polityką zdrowotną i celami ogólnej polityki	Do jakiego stopnia planowane badanie koresponduje z krajową polityką zdrowotną i polityką ogólną?
26	Rozwój potencjału badawczego	W jakim stopniu planowane badanie przyczyni się do budowy, wzmocnienia lub podtrzymania potencjału badawczego na poziomie krajowym, regionalnym lub lokalnym?
27	Wykorzystanie badania	Czy jest szansa na wdrożenie wyników badań i kontynuację projektu badawczego?
28	Pilność	Czy dane, które można uzyskać z planowanego badania są szybko potrzebne? Jak szybko?

Zestawienie 6.3. Przykładowe kryteria i wagi oceny (w skali trzypunktowej) tematów badań przy wyborze priorytetów badawczych (dotyczy p. 2.7 w zestawieniu 6.1), wg *Varkevisser C.M., Pathmanathan I., Brownlee A., 1991 [44]*

Kryterium oceny	Skala ocen i wagi punktowe do oceny tematów
Istotność	1 = nieistotny
	2 = istotny
	3 = bardzo istotny
Unikanie powielania się	1 = odpowiednie informacje są już dostępne
	2 = pewne informacje są dostępne, ale brak informacji o sprawach kluczowych
	3 = brak danych o tym, jak rozwiązać problem
Wykonalność	1 = badania nie można wykonać przy uwzględnieniu danych zasobów
	2 = badanie można wykonać przy danych zasobach
	3 = badanie można zdecydowanie wykonać przy danych zasobach
Polityczna akceptowalność	1 = temat nie jest akceptowany przez decydentów wysokiego szczebla
	2 = temat jest raczej akceptowany
	3 = temat jest całkowicie akceptowany
Zastosowanie	1 = brak szansy na wdrożenie rekomendacji
	2 = słabe szanse na wdrożenie rekomendacji
	3 = duże szanse na wdrożenie rekomendacji
Pilność	1 = informacje nie są pilnie potrzebne
	2 = informacje mogą być wykorzystane od razu, ale można zaakceptować kilka miesięcy zwłoki
	3 = dane są pilnie potrzebne do podejmowania decyzji
Etyczna akceptowalność	1 = poważny problem etyczny
	2 = niewielki problem etyczny
	3 = brak problemów etycznych

Zestawienie 6.4. Wykaz kwestii i pytań do sprawdzenia listy priorytetowych tematów badawczych (dotyczy p. 3.1. w zestawieniu 6.1.), podejście *ENHR*, wg *Okello D., Chongtrakul P., 2000* (zmodyfikowane)

Lp.	Kwestia	Przykładowe pytania
1	Obiektywizm	Czy analiza, w której określono tematy priorytetowe była obiektywna? Czy procedura była demokratyczna i transparentna?
2	Udział interesariuszy	Ile i jakich grup uczestniczyło w procesie? Jaki był ich udział? Czy udział był dobrowolny? Kto nie brał udziału?
3	Zrozumiałość	Czy lista jest dostatecznie jasna i przejrzysta, aby pomagać badaczom i donatorom?
4	Ukierunkowanie na równość w zdrowiu	Jaka liczba (odsetek) tematów priorytetowych odnosi się do problemów grup podatnych na utratę zdrowia lub biednych? Czy przewiduje się zasoby na projekty nastawione na równość w zdrowiu?
5	Mechanizm rzecznictwa	W jaki sposób upowszechniono informacje o procesie tworzenia listy tematów priorytetowych? Czy wybrane priorytety odzwierciedlają nacisk pewnych grup czy realne potrzeby?
6	Oddźwięk	Jakie zainteresowanie wśród interesariuszy (rządu, badaczy, donatorów) wywołał proces i lista tematów priorytetowych?

6.3.3. Matryca trójwymiarowa (*3D Combined Approach Matrix – 3D CAM*)

Matryca 3D jest rozwinięciem schematu dwuwymiarowego 2D, zaproponowanego przez *Global Forum for Health Research* w 1999r.

Matryca 2D, nazwana *Combine Approach Matrix (CAM)*, wykorzystuje propozycję *Ad Hoc Committee*, aby w procesie wyłaniania priorytetów wyróżnić pięć etapów (patrz: podejście *BOD*). *CAM* (zestawienie 6.5.) uwzględnia tych pięć etapów procesu (wiersze 1-5) – obrazują one tzw. wymiar (oś) zdrowia publicznego. Ponadto w matrycy występuje jednostkowy i społeczny (kolumna a) oraz wielopłaszczyznowy, instytucjonalno-organizacyjny kontekst danego problemu zdrowotnego (kolumny b-d) – opisany jako tzw. wymiar instytucjonalny.

Matryca służy pomocą w: (a) sklasyfikowaniu i uporządkowaniu informacji, które są potrzebne do tego, aby wybrać priorytetowe problemy zdrowotne, (b) określeniu luk w badaniach oraz (c) ustalaniu priorytetów w taki sposób, który uwzględnia stanowisko różnych interesariuszy i ich porozumienie. Metoda ta jest bardziej skoncentrowana na kryteriach selekcji problemów zdrowotnych jako przyszłych priorytetach badawczych, niż na procesie wyboru priorytetów. W piśmiennictwie podawane są przykłady wypełnienia matrycy. Należy zaznaczyć, że wiersz 1 uzupełnia się tylko dla kolumny a, podczas gdy wiersz 5 – zazwyczaj tylko dla kolumn b-d.

Zestawienie 6.5. Matryca 2D CAM do ustalania priorytetów zdrowotnych, wg Ghaffar A., de Francisco A., Matlin S., 2004 (zmodyfikowane)

Proces / wymiar zdrowia publicznego		Kontekst/wymiar instytucjonalny		Inne sektory	Polityki makro-ekonomiczne
		Jednostka, gospodarstwo domowe, społeczność	Ministerstwo zdrowia, inne instytucje związane ze zdrowiem		
		a	b	c	d
1	Obciążenie chorobą				
2	Determinanty				
3	Obecna wiedza				
4	Koszty i efektywność				
5	Przepływ zasobów				

Metoda ta była często wykorzystywana w praktyce na poziomie krajowym i międzynarodowym [45,46]. Z czasem, podczas licznych aplikacji 2D CAM, okazało się, że matryca jest pomocna w rozpatrywaniu różnych problemów zdrowotnych, które mają podłoże biologiczne i w pewnym stopniu społeczne. Niemniej, przyczyny przyczyn, takie jak ubóstwo, wykluczenie czy kulturowa tożsamość płci (*gender*) nie są reprezentowane w tym schemacie i mogą zostać pominięte przy wyborze priorytetów. Ponadto matryca 2D była krytykowana za to, że nie znajduje zastosowania do kwestii polityki i systemów zdrowotnych. Wraz z rosnącym na świecie zainteresowaniem kwestią równości, schemat 2D CAM zastąpiono wersją 3D CAM. Przede wszystkim dodano tu trzeci wymiar (oś) równości (ryc. 6.1.).

Zdrowie publiczne	Wymiar instytucjonalny				Równość		
	Jednostka/społeczeństwo	Sektor zdrowia	Inne sektory	Zarządzanie	Bieda	Gender	Inne
Znaczenie problemu							
Determinanty							
Obecna wiedza							
Efektywność kosztowa							
Zasoby							

Rycina 6.1. Matryca 3D CAM do ustalania priorytetów zdrowotnych, wg Ghaffar A. i wsp., 2009 (zmodyfikowane)

W wymiarze zdrowia publicznego wprowadzono „znaczenie problemu”, zamiast obciążenia chorobą (DALY). W wymiarze organizacyjno-instytucjonalnym, zamiast ministerstwa zdrowia wprowadzono „sektor zdrowia”, a polityki makroekonomiczne zastąpiono „zarządzaniem”.

Komórki matrycy 3D wypełnia się jak w matrycy 2D, ale z punktu widzenia zmiennych z osi równości, czyli np. dla gender albo łącznie ubóstwa i gender [47].

6.3.4. Metoda *Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)*

W latach 2005-2007 opracowano tzw. metodę *CHNRI (CHNRI method)*, której nazwa pochodzi od *Child Health and Nutrition Research Initiative*, to jest nazwy sieci partnerskiej zajmującej się problematyką badań dotyczących zdrowia dzieci i wspierającej realizację Milenijnych Celów Rozwoju, zawiązanej w 2001r.

Metoda *CHNRI* została stworzona w celu wspierania decyzji agencji międzynarodowych, największych donatorów badań naukowych oraz krajowych rządów i twórców polityk. Zarówno konstrukcja jak opis metody wskazują, że najlepiej zastosować ją przy wyłanianiu priorytetów w konkursie ofert, czyli przy pełnej wiedzy o celach, założeniach i innych elementach propozycji badawczych. Trzeba tu pamiętać, że wśród ofert mogą znaleźć się plany badania różnych problemów, ale również plany badania takiego samego problemu przy wykorzystaniu innych podejść, metod i pytań badawczych. Dlatego metoda ta operuje terminem „opcja badawcza” (*health research option*), który odzwierciedla zarówno tematykę, jak pozostałe zmienne badania. Jakkolwiek twórcy metody podają, że można ją wykorzystać do podziału budżetu na przyszłe priorytetowe obszary badawcze, to jednak nie jest to takie oczywiste. *CHNRI*, to jedyna metoda, która zawiera algorytm postępowania wraz z bardzo precyzyjną matematyczną metodą kalkulacji wyników oceny. Metoda jest na tyle skomplikowana, że nie ma tu miejsca na pełną prezentację, a zapoznanie się z nią wymaga wglądu w opracowania autorskie [48-51].

Zgodnie z podejściem *CHNRI*, proces ustalania priorytetów badawczych składa się z kilkunastu etapów (zestawienie 6.6.). W postępowaniu tym wiodącą rolę odgrywają menedżerowie, z tym jednak, że etapy 5-9 realizuje grono ekspertów technicznych. *CHNRI* rekomenduje wykorzystanie tylko pięciu kryteriów oceny opcji badawczych, do których należą: (a) szansa, że badanie wyjaśni daną kwestię, że da odpowiedź, (b) szansa, że badanie pomoże stworzyć efektywną interwencję, (c) szansa, że ta interwencja będzie możliwa do wdrożenia, (d) przewidywany potencjał interwencji do zmniejszenia obciążenia chorobą, (e) szansa, że badanie przyczyni się do zmniejszenia nierówności. Powyższe kryteria można łączyć, np. b+c we wspólną kategorię „praktyczność” oraz d+e w kategorię „wpływ” Niemniej, nie wyklucza się włączenia dodatkowych kryteriów oceny.

Zestawienie 6.6. Metoda *CHNRI*, wg *Rudan I.* i wsp., 2008 (zmodyfikowane)

Lp.	Etap
1	Wybór menedżerów procesu (czyli przede wszystkim reprezentantów donatorów/inwestorów)
2	Określenie kontekstu (problem, czas, miejsce, interesariusze) i preferowanych sposobów zarządzania ryzykiem
3	Omówienie kryteriów wyboru priorytetów
4	Wybór ograniczonej liczby kryteriów, najbardziej użytecznych i najważniejszych (zaleca się 5 opisanych w tekście kryteriów)
5	Opracowanie metody oceny prawdopodobieństwa, że planowane opcje badawcze spełnią kryteria
6	Kategoryzacja opcji badawczych
7	Wstępna ocena, czy wszystkie wyróżnione opcje badawcze można analizować pod kątem wyróżnionych kryteriów
8	Ocena punktowa zgodna z przyjętymi kryteriami (w skali 0-1)
9	Kalkulacja uśrednionego wyniku dla opcji (w punktach i procentach)
10	Zebranie dodatkowych informacji od interesariuszy
11	Korekta uśrednionego wyniku zgodnie z informacjami od interesariuszy
12	Ranking według ocen
13	Ocena stopnia zgody (i niezgody) między ocenami z wykorzystaniem współczynnika kappa (patrz pozycja piśm. 52)
14	Podjęcie decyzji o finansowaniu (kalkulacja „zysk-ryzyko”)
15	Informacja zwrotna i rewizja

6.3.5. Metoda *Council on Health Research for Development (COHRED)*

W ostatnich latach w *COHRED* zaproponowano dwa podejścia do ustalania priorytetów, które koncentrują się na kwestii zarządzania tym procesem na poziomie krajowym. W wersji pierwszej, wcześniejszej, wyróżniono 13 istotnych zagadnień i problemów, które należałoby uwzględnić i(lub) rozwiązać podczas pracy (zestawienie 6.7.). Opracowanie ma charakter poradnika, w którym zaprezentowano też doświadczenia kilku krajów. W tekście odwołano się do innych podejść, w tym m.in. *ENHR* i *CAM*, oraz przedyskutowano je [1].

Zestawienie 6.7. Kwestie i problemy do rozwiązania podczas ustalania priorytetów, wg COHRED, 2006 (zmodyfikowane)

Zagadnienie	Opis
Skanowanie otoczenia	Polega na rozpoznaniu sytuacji zdrowotnej, stanu badań, kontekstu politycznego. Trzeba ustalić: kto prowadzi badania, jak politycy postrzegają badania, jakie zasoby są dostępne?
Otwartość	Włączenie w proces wielu interesariuszy z licznych sektorów (badacze, politycy, administracja, społeczność, biznes) ma podstawowe znaczenie dla wiarygodności procesu oraz przyszłej implementacji. Współpraca taka stwarza wiele wyzwań, związanych z wyborem partnerów i zachęceniem ich do udziału.
Metody, narzędzia, kryteria	Efektywne ustalanie priorytetów powinno być komplementarne do celów krajowego systemu zdrowia i uwzględnić różne czynniki oraz potencjalną zmienność w czasie. Ważne jest, aby zapewnić równowagę między konkurencyjnymi naciskami (badania podstawowe vs. stosowane, finansowanie publiczne vs. prywatne, potrzeby zdrowotne vs. interesy polityczne, itp.). Ponieważ większość metod wyboru priorytetów odnosi się do stanu przeszłego lub aktualnego, ważne jest, aby wykorzystać również metody <i>Foresight</i> .
Równość, legitymizacja	Ustalanie priorytetów powinno promować równość i rozwój. Legitymizację można osiągnąć poprzez szeroki udział interesariuszy.
Komunikacja, rozpowszechnienie, informacja zwrotna	Regularne rozpowszechnianie informacji i informacja zwrotna od głównych graczy pozwala na utrzymanie wsparcia partnerów. Należy uwzględnić podstawowe zasady komunikacji. Komunikowanie powinno odbywać się w czasie rzeczywistym, czyli bez zbędnych opóźnień.
Zakres działań	Najlepiej byłoby, gdyby ustalanie krajowych priorytetów opierało się na wielostronnych danych ogólnokrajowych. Jeżeli uzyskanie takich danych stanowi kłopot lub nie jest możliwe, dobrym rozwiązaniem jest – na początek – koncentracja na regionie, społeczności, instytucji lub problemie zdrowotnym. Doświadczenia uzyskane w małej skali są pomocne w ustaleniu agendy krajowej.
Zainteresowania i chęci badaczy	W ustalaniu priorytetów powinno się uwzględnić zainteresowania i ciekawość badaczy. Podejście takie ma kilka plusów: pomaga we włączeniu badaczy w proces, zostawia przestrzeń do współpracy nauki i techniki z systemem zdrowotnym, pozwala realizować tematy badawcze, które mogą zostać zaniedbane, jeśli nie zostaną uznane za priorytet, pozwala na łączność ze światową nauką.
Przełożenie priorytetowych problemów zdrowotnych na priorytetowe badania	Należy rozumieć różnicę między priorytetami zdrowotnymi i priorytetami badawczymi. Dlatego ważna jest komunikacja i wymiana poglądów na temat celu procesu ustalania priorytetów badawczych. Pomaga to uniknąć frustracji wśród grup, które zaproponowały do analizy jakiś problem, który potem nie znalazł się na liście priorytetów.
Zasoby do badań priorytetowych	Efektywne wdrożenie priorytetów badawczych wymaga jasnego poglądu co do mobilizacji zasobów ludzkich, instytucjonalnych i finansowych. Jedną z możliwości wdrożenia krajowych priorytetów jest łączenie różnych źródeł środków publicznych.

Zagadnienie	Opis
Wdrożenie, monitorowanie, ewaluacja	Monitoring oraz ewaluacja powinny być standardem postępowania w procesie ustalania priorytetów, podobnie jak w programach/ interwencjach zdrowotnych. Oznacza to, że niezbędne jest przeznaczenie na ten cel odpowiednich funduszy. Dotyczy to także procedury <i>follow-up</i> .
Ciągłość ustalania priorytetów	Ustalanie priorytetów powinno być na tyle elastyczne, aby określić kierunki krótko-, średnio – i długoterminowe. Ustalenia powinny być regularnie przeglądane, oceniane i rewidowane. Chociaż potrzebna jest wizja długoterminowa, potrzebne są też „szybkie zwycięstwa”. Kwestie mające związek z kryzysami finansowymi i zawirowaniami politycznymi wymagają planów krótkoterminowych. Plan badań powinien mieć jednak wyznaczone cele średnio – i długoterminowe oraz odpowiednie kamienie milowe.
Mechanizmy odwoławcze	Nawet przy optymalnym przygotowaniu procesu ustalania priorytetów, wykorzystaniu odpowiednich narzędzi, włączeniu wielu interesariuszy, istnieje możliwość, że w uzgodnieniach pominięto niektórych partnerów. Ponadto, nawet w krótkim czasie, priorytety mogą dezaktualizować się (np. problematyka niektórych chorób zakaźnych). Doświadczenie uczy, że proces ustalania priorytetów powinien uwzględniać mechanizm negocjacji i odwołania.
Rzecznictwo	Uzasadnienie i ostateczny cel ustalania priorytetów powinien być znany badaczom i innym interesariuszom na wszystkich poziomach oraz w tych sektorach, które mają wpływ na determinanty zdrowia. Rzecznictwo jest potrzebne przed rozpoczęciem procesu i w jego trakcie.

W nowszym opracowaniu z 2010r. *COHRED* proponuje już konkretny schemat postępowania, swoisty plan pracy nad ustalaniem priorytetów badawczych, w którym wyróżnia 6 głównych etapów procesu [53]. Dla poszczególnych etapów wskazano odpowiednie działania (zestawienie 6.8).

Zestawienie 6.8. Ustalanie priorytetów badawczych, wg *Montorzi G. i wsp., 2010, (zmodyfikowane)*

Stadium procesu	Działania
Ocena sytuacji	
Zrozumieć sytuację, w jakiej odbywa się ustalanie priorytetów	Mapa – zebrać podstawowe informacje o krajowym systemie badań w dziedzinie zdrowia (legislacja, dokumenty polityczne, zarządzanie, poprzednie priorytety, wsparcie polityczne)
	Profil – do mapy dodać analizę aktualnej produkcji badań (publikacje, potencjał, zasoby ludzkie, finansowanie, wykorzystanie wyników)
	Wydajność – do profilu dodać ocenę systemu badań w dziedzinie zdrowia (system informacji o zdrowiu, wskaźniki, komunikacja, wykorzystanie wyników w procesie podejmowania decyzji)

Stadium procesu	Działania
Podwaliny	
Ustalić do czego dąży proces ustalania priorytetów	Wizja i zakres – zdecydować, co jest ośrodkiem procesu (choroby, system zdrowotny, system badań w dziedzinie zdrowia, instytucje badawcze, nauka-technologia-innowacje), jakie są ramy czasowe (krótko-, średnio-, długoterminowe), jaka jest cykliczność (czas, kiedy priorytety będą ustalane ponownie) i jaki jest zakres ustalania priorytetów (ogólnokrajowy, mniejszy niż krajowy, instytucjonalny)
	Standardy etyczne – ustalić standardy, jakie muszą być spełnione w procesie ustalania priorytetów (potencjał, jakość, transparentność, otwartość, równość w zdrowiu i rozwoju)
	Włączenie partnerów – sformalizować zaangażowanie partnerów w dokumencie, który definiuje wizję, zakres, standardy etyczne oraz kwestie związane z zarządzaniem i finansowaniem (podział obowiązków, zobowiązania finansowe)
Najlepsze metody	
Wykorzystać metody najlepiej dostosowane do kontekstu i potrzeb	Kwestie priorytetowe – zdecydować o metodzie, przy pomocy której zostaną ustalone priorytety badawcze (mieszanka metod istniejących, metody <i>Foresight</i> , np. <i>Delphi</i> , budowa scenariuszy, mapa drogowa); rozważyć wykorzystanie więcej niż jednej metody, aby uzyskać użyteczne wyniki; przystosować metody do kontekstu
	Ranking kwestii priorytetowych – zdecydować, jaką techniką dokona się oceny i rankingu (np. skale punktowe, porównanie parami)
Plan procesu	
Opracować zasady zarządzania, aby najlepiej wykorzystać zasoby	Plan pracy – określić, jakie są zadania i oczekiwane rezultaty (<i>deliverables</i>), kto będzie uczestniczył, ogólną koncepcję (dane, które będą zbierane, sposób ich opracowania, wskaźniki, komunikacja i rozpowszechnienie, monitoring i ewaluacja), ramy czasowe oraz budżet na zebranie i opracowanie danych, komunikację, monitoring i ewaluację
Lista priorytetów	
Wdrożyć plan procesu	Realizacja – urzeczywistnić planowane metody, planowaną komunikację; monitorować i ocenić proces
Działanie	
Doprowadzić do realizacji priorytetów	Wsparcie – opracować strategię integracji ustalonych priorytetów w dziedzinie zdrowia z krajowym planem badań
	Monitoring i ewaluacja – ocenić, czy priorytety zostały włączone do krajowego planu badań i czy wyniki badań wykorzystano w procesach podejmowania decyzji, alokacji środków finansowych
	Projekt – ustalić czas, dane i proces do następnej rewizji krajowych priorytetów oraz stworzyć ku temu odpowiedni klimat

6.3.6. Elementy wspólne podejść ENHR, 3D CAM, CHNRI, COHRED

Cytując za *Viergeverem* i współpracownikami można powiedzieć, że wszystkie wspomniane metody (podejścia) zwracają uwagę na pewne istotne kwestie, które nie mogą być pominięte w typowaniu priorytetów [37]. W analizie porównawczej autorzy ci wyodrębnili dziewięć takich uniwersalnych elementów. Dotyczą one trzech zasadniczych stadiów procesu: (a) przed wyborem, czyli etapu przygotowania, (b) wyboru priorytetów, (c) po wyborze, czyli etapu realizacji. Elementy te zgrupowano w tzw. wykazie kontrolnym (*checklist*). W przeciwieństwie do podejść, które są *vademecum* i przewodnikiem, wykaz kontrolny jest wyłącznie wskazówką, co należy przemyśleć w trakcie pracy (zestawienie 6.9.).

Zestawienie 6.9. Wykaz kontrolny do ustalania priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia, wg *Viergever R.F.* i wsp., 2010 (zmodyfikowane)

Przygotowanie pracy	
1	Kontekst – zdecydować, jakie czynniki otoczenia leżą u podstawy procesu
2	Metoda – zdecydować o wyborze istniejących metod lub stworzyć własną
3	Otwartość – zdecydować kto i dlaczego ma uczestniczyć w procesie oraz czy zachowana jest równowaga między różnymi grupami
4	Zbieranie informacji – wybrać rodzaj danych, które będą zbierane oraz ich źródło
5	Planowanie – ustalić plan rozpowszechnienia efektów pracy nad wyborem priorytetów
Decydowanie o priorytetach	
6	Kryteria – wybrać właściwe kryteria, aby uporządkować pracę
7	Decyzja – wybrać metodę wyboru (np. parametryczną, konsensus)
Po wybraniu priorytetów	
8	Ewaluacja – ustalić co i kiedy będzie ocenione
9	Transparentność – stworzyć raport z pracy i przedyskutować jej wyniki

6.4. Podsumowanie

Powyższy przegląd podejść do ustalania priorytetów pokazuje, że nie istnieje jeden „złoty standard” postępowania [53]. W każdym poszczególnym przypadku można wybrać różne podejścia, a zależy to od potrzeb i możliwości, w tym także umiejętności i otwartości animatorów takiego procesu. Zwraca jednak uwagę, że wszystkie popularne metody ustalania priorytetów biorą pod uwagę kryterium równości w zdrowiu, czy też niwelowania nierówności w zdrowiu. Drugim znaczącym rysem jest to, że tworzenie systemu/polityki/strategii badań w dziedzinie zdrowia powinno odbywać się w normalnych procesach demokratycznych. Jak zawsze tworzenie polityki musi być oparte na wiedzy naukowej i technicznej oraz na systemie wartości i opiniach społecznych [54].

Zarazem, przegląd ten skłania do postawienia dwóch zasadniczych pytań odnośnie do priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia w Polsce, a zwłaszcza w dziedzinie zdrowia publicznego. Pierwsze, to pytanie o przeszłość, o metody i kryteria ustalenia aktualnych priorytetów NCN i NCBR. Drugie, to pytanie o przyszłość. Patrząc z perspektywy światowej, europejskiej

i krajowej, w Polsce niezbędne jest wzmocnienie badań w dziedzinie zdrowia publicznego. Kto zatem powinien zainicjować prace nad wyborem priorytetów? Czy uzyska wsparcie kolegów badaczy zdrowia publicznego, świata nauk podstawowych i klinicznych oraz otoczenia społeczno-ekonomiczno-politycznego?

6.5. Piśmiennictwo

1. Council on Health Research for Development (*COHRED*). Priority Setting for Health Research: Toward a management process for low and middle income countries. Working paper 1. 2006.
2. Sztulka S. (red.). Potencjał dolnośląskich jednostek B+R oraz priorytetowe obszary badawcze. Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk 2010.
3. Kozłowski J. Priorytety w nauce. Forum Akademickie 2012 (9).
4. Ministerstwo Nauki i Informatyzacji. Założenia polityki naukowej, naukowo-technicznej i innowacyjnej państwa do 2020r. Warszawa, grudzień 2004r. <http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/Zalozenia%20polityki%20naukowej,%20naukowo-technicznej%20i....pdf>
5. Krajowy Program Badań. Założenia polityki naukowo – technicznej i innowacyjnej państwa. Załącznik do uchwały nr 164/2011 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2011r. http://www.ncbir.pl/gfx/ncbir/pl/defaultopisy/23/1/1/krajowy_program_badan.pdf
6. National Academy of Science. Priority-Setting Processes. [w:] Scientific Opportunities and Public Needs: Improving Priority Setting and Public Input at the National Institutes of Health. Committee on the NIH Research Priority-Setting Process, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington 1998: 43-52.
7. Turabi AE, Hallsworth M, Ling T, Grant J. A novel performance monitoring framework for health research systems: experiences of the National Institute for Health Research in England. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9:13.
8. Kapiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bull World Health Organ.* 2004, 82:172-179.
9. Uneke CJ, Ezeoha AE, Ndukwe CD, Oyibo PG, Onwe F, Kaur Aulakh BK. Research priority setting for health policy and health systems strengthening in Nigeria: the policymakers' and stakeholders' perspective and involvement. *The Pan African Medical Journal* 2013, 16:10.
10. Council on Health Research for Development *COHRED*. Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting. *Health Policy Plan.* 2000, 15(2): 130-136.
11. Musgrove, P., Public spending on health care: how are different criteria related? *Health Policy* 1999, 47(3): 207-223.
12. Organization for Economic Co-Operation and Development. Priority setting: Issues and recent trends. [w:] Governance of public research, toward better practices. Organization for Economic Co-operation and Development 2003: 61-75.
13. Nuyens Y. Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2007, 85(4): 319-321.
14. Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. *Health Research Policy and Systems* 2011, 9:19.
15. Reveiz L, Elias V, Terry RF, Alger J, Becerra-Posada F. Comparison of national health research priority-setting methods and characteristics in Latin America and the Caribbean, 2002 – 2012. *Rev Panam Salud Publica* 2013, 34(1): 1-13.
16. Tomlinson M, Chopra M, Sanders D, Bradshaw D, Hendricks M, et al. Setting priorities in child health research investments for South Africa. *PLoS Med* 2007, 4(8): e259.
17. Kapiriri L, Tomlinson M, Gibson J, Chopra M, El Arifeen S, Black RE, Rudan I on behalf of Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI). Setting Priorities in Global Child Health Research Investments: Addressing Values of Stakeholders. *Croat Med J.* 2007, 48: 618-627.
18. Fontaine O, Kosek M, Bhatnagar S, Boschi-Pinto C, Chan KY, et al. Setting research priorities to reduce global mortality from childhood diarrhoea by 2015. *PLoS Med* 2009, 6(3): e1000041.
19. Wazny K, Zipursky A, Black R, Curtis V, Duggan C, et al. Setting Research Priorities to Reduce Mortality and Morbidity of Childhood Diarrhoeal Disease in the Next 15 Years. *PLoS Med* 2013, 10(5): e1001446.
20. Rudan I, El Arifeen S, Bhutta ZA, Black RE, Brooks A, et al. Setting research priorities to reduce global mortality from childhood pneumonia by 2015. *PLoS Med* 2011, 8(9): e1001099.
21. Hindin MJ, Charlotte Sigurdson Christiansen CS, Ferguson BJ. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2013, 91: 10-18.

22. Monk JM, Rowley KG, Anderson IPS. Setting and meeting priorities in Indigenous health research in Australia and its application in the Cooperative Research Centre for Aboriginal Health. *Health Research Policy and Systems* 2009, 7:25.
23. Smith N, Mitton C, Peacock S, Cornelissen E, MacLeod S. Identifying research priorities for health care priority setting: a collaborative effort between managers and researchers. *BMC Health Services Research* 2009, 9: 165.
24. Gibson JI, Martin DK, Singer PA. Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research* 2004, 4: 25.
25. Nahin RL. Identifying and pursuing research priorities at the National Center for Complementary and Alternative Medicine. *The FASEB Journal* 2005, 19(10): 1209-1215.
26. Ranson MK, Bennett SC. Priority setting and health policy and systems research. *Health Research Policy and Systems* 2009, 7:27.
27. Landriault E, Matlin SA. (red.). Monitoring Financial Flows for Health Research 2009: Behind the Global Numbers. Global Forum for Health Research, Geneva 2009.
28. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P. On being a good listener: setting priorities for applied health services research. *Milbank Q* 2003, 81(3): 363-388.
29. Fleurence RL, Torgerson DJ. Setting priorities for research. *Health Policy* 2004, 69(1): 1-10.
30. World Health Organization. Alliance for Health Policy and Systems Research. Priority Setting for Health Policy and Systems Research. Alliance for Health Policy and Systems Research. Briefing note 3, 2009.
31. Gericke, C.A., Kurowski, C., Ranson, M.K., Mills, A., Intervention complexity – a conceptual framework to inform priority-setting in health. *Bull World Health Organ.* 2005, 83(4): 285-293.
32. World Health Organization. Priority Setting Methodologies in Health Research. Geneva, World Health Organization, A workshop convened by WHO's Cluster on Information, Evidence and Research (IER). April 10-11, 2008. http://www.inclenrust.org/uploadedbyfck/file/compile%20resource/new-resource-dr_vishal/Reports%20and%20Manuals/Priority%20Setting%20Methodologies%20in%20Health%20Research.pdf
33. Viergever RF. Health research prioritization at WHO - an overview of methodology and high level analysis of WHO led health research priority setting exercises. World Health Organization, Geneva, September 2010.
34. Doyle J, Waters E, Yach D, McQueen D, De Francisco A, Stewart T, Reddy P, Gulmezoglu AM, Galea G, Portela A. Global priority setting for Cochrane systematic reviews of health promotion and public health research. *J Epidemiol Community Health* 2005,59: 193-197.
35. Cochrane Agenda and Priority Setting Methods Group. <http://capsmg.cochrane.org/>
36. Kristina Staley K, Hanley B. Scoping research priority setting (and the presence of PPI in priority setting) with UK clinical research organisations and funders. The James Lind Alliance. December 2008. http://www.lindalliance.org/pdfs/JLA%20Internal%20Reports/TwoCan%20JLA%20report%20March%2009_with%20appendices.pdf
37. Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:36.
38. World Health Organization. Investing in health research and development. Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Geneva, World Health Organization 1996 (Document TDR/Gen/96.1) summary: xxi – xxxix. <http://www.who.int/tdr/publications/tdr-research-publications/investing-in-health/en/>
39. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda. *Soc Sci Med.* 2003, 56(12): 2433-2441.
40. Lopez AD. The evolution of the Global Burden of Disease framework for disease, injury and risk factor quantification: developing the evidence base for national, regional and global public health action. *Globalization and Health* 2005,1: 5.
41. Hyder AA, Liu L, Morrow RH, Ghaffar A. Application of Burden of Disease Analyses in Developing Countries: Implication for policy, planning and management of health systems. Global Forum for Health Research 2006.
42. Okello D, Chongtrakul P. A manual for research priority setting using the ENHR strategy. Council on Health Research for Development. The COHRED Working Group on Priority Setting. COHRED Document 2000.3. March 2000.
43. World Health Organization. Research policy. Recommended format for a Research Protocol. http://www.who.int/rpc/research_ethics/format_rp/en/index.html
44. Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A. Designing and conducting health systems research projects. Module 3: Identifying and prioritising problems for research KIT Publishers, International Development Research Centre, WHO Regional Office for Africa, 1991:31-34. http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=587
45. Ghaffar A, de Francisco A, Matlin S: The Combined Approach Matrix: a priority-setting tool for health research Global Forum for Health Research, Geneva 2004.
46. Ghaffar A. Setting research priorities by applying the combined approach matrix. *Indian J Med Res.* 2009, 129(4): 368-75.
47. Ghaffar A, Collins T, Matlin SA, Olifson S. The 3D Combined Approach Matrix: An improved tool for setting priorities in research for health. Global Forum for Health Research, 2009.

48. Rudan I, El Arifeen S, Black RE: A systematic methodology for setting priorities in child health research investments. [w:] A new approach for systematic priority setting. Huda TM. (red.) Child Health and Nutrition Research Initiative, Dhaka 2006: 1-11.
49. Rudan I, Gibson JL, Ameratunga S. et al. Setting priorities in global child health research investments: guidelines for implementation of CHNRI method. *Croat Med J.* 2008, 49(6): 720-733.
50. Rudan I, Gibson J, Kapiriri L. Setting Priorities in Global Child Health Research Investments: Assessment of Principles and Practice. *Croat Med J.* 2007, 48: 595-604.
51. Rudan I, Chopra M, Kapiriri L. Setting Priorities in Global Child Health Research Investments: Universal Challenges and Conceptual Framework. *Croat Med J.* 2008, 49: 307-317.
52. Jarosz-Nowak J. Modele oceny stopnia zgody pomiędzy dwoma ekspertami z wykorzystaniem współczynników kappa. *Matematyka Stosowana* 2007, 8: 126-154.
53. Montorzi G, de Haan S, IJsselmuiden C. Priority Setting for Research for Health: A management process for countries. Geneva, Council on Health Research for Development (*COHRED*), April 2010. http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2011/02/Priority-Setting-Approach_ENG_-2010.pdf
54. Sharrow RG. General principles of epidemiology. [w:] Cassens BJ (red.). Preventive medicine and public health. Harwal Publishing, Philadelphia 1992: 2.

7. TRANSLACJA WIEDZY – WPROWADZENIE DO TEMATYKI

Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
²Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

7.1. Najważniejsze fakty

- Zainteresowanie translacją wiedzy w dziedzinie zdrowia narasta od ponad 20 lat. Obecnie Światowa Organizacja Zdrowia uznaje, że translacja wiedzy jest jednym z czterech podstawowych działań systemu badań w dziedzinie zdrowia, razem z: (a) ustalaniem priorytetów badawczych, (b) budowaniem potencjału oraz (c) określeniem standardów etycznych, metodologicznych i ochroną własności intelektualnych.
- Translacja wiedzy to dynamiczny i cykliczny proces, który obejmuje syntezę, rozpowszechnienie, wymianę oraz etycznie uzasadnione wykorzystanie wiedzy w celu poprawy zdrowia.
- Terminologia stosowana w odniesieniu do translacji wiedzy jest bardzo różnorodna i niejednolita, co utrudnia wyszukiwanie piśmiennictwa.
- W piśmiennictwie translacja wiedzy w dziedzinie zdrowia jest analizowana z bardzo różnych perspektyw, jak np. rodzaj problemu zdrowotnego (choroba), rodzaj końcowego użytkownika badań (lekarze, politycy, *etc.*), rodzaj świadczenia zdrowotnego (leczenie, promocja zdrowia, *etc.*).
- Badania poświęcone uwarunkowaniom i mechanizmom translacji wiedzy nazywane są również implementacyjnymi lub translacyjnymi. Stanowią osobną gałąź w obrębie badań polityk i systemów zdrowotnych.
- Translacja wiedzy może mieć charakter komercyjny lub niekomercyjny. Translacja niekomercyjna służy dobru publicznemu i polega na wykorzystaniu wiedzy/badań/dowodów do podejmowania decyzji i tworzenia polityki zdrowotnej oraz na wdrożeniu interwencji zdrowia publicznego.
- W piśmiennictwie związanym ze zdrowiem największym zainteresowaniem cieszy się translacja wiedzy/badań/dowodów do polityki zdrowotnej.

7.2. Wstęp

W ostatnich latach coraz intensywniej propaguje się wykorzystanie wiedzy z badań w dziedzinie zdrowia do działań praktycznych, do tworzenia polityk, programów i produktów, zarówno w terapii, zdrowiu publicznym, promocji zdrowia jak organizacji systemu zdrowotnego. Wynika to przede wszystkim z dążenia do efektywnego i oszczędnego działania oraz konieczności natury

moralnej. Dążenie ku efektywności jest między innymi skutkiem coraz większej kontroli społecznej nad wykonywaniem zadań publicznych i finansowaniem ich. Jednocześnie realizacja tego postulatów trafia na wiele przeszkód. Jak pokazują badania prowadzone w wielu krajach, pomimo wielu wysiłków, wiedza z badań w dziedzinie zdrowia jest wykorzystywana do podejmowania decyzji w niezadawalającym stopniu – wycinkowo i stosunkowo rzadko, zarówno na poziomie instytucji i organizacji, jak również bardziej złożonych struktur państwa. W znacznym stopniu dotyczy to również dziedziny zdrowia publicznego [1,2].

W 2010r. w czasopiśmie *The Lancet* w rubryce „poglądy” ukazał się swoisty apel sygnowany przez dwudziestu kilku autorów [3]. Stwierdzili oni, że na publiczne programy ukierunkowane na poprawę zdrowia, opiekę społeczną, edukację i sprawiedliwość wydaje się tryliony dolarów, ale ciągle niewiele wiadomo, jakie są tego efekty, a to co już wiemy, nie jest wykorzystywane do podejmowania decyzji. Zaproponowali zatem, aby rządy i organizacje pozarządowe były zobowiązane do szacowania prawdopodobnych efektów programów, zanim zostaną one wdrożone. Apelowali też o lepsze korzystanie z metod oceny wpływu *ex post* (*impact evaluation*). Stanowisko to jest mocnym głosem na rzecz wzmocnienia badań oraz wykorzystania i przepływu informacji o ich wynikach.

W piśmiennictwie związanym z dziedziną zdrowia do opisu procesu, w którym wiedzę tłumaczy się do celów praktycznych coraz częściej używane jest określenie „translacja wiedzy” (*knowledge translation*). Translacja wiedzy/badań/dowodów jest uznawana za jedno z podstawowych działań systemu badań w dziedzinie zdrowia [4,5]. W ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) jest to jedno z czterech głównych działań tego systemu, obok wyznaczenia priorytetów, budowania potencjału oraz ustanowienia standardów etycznych, metodologicznych i ochrony własności intelektualnych [5].

Obecnie, zagadnienie to jest w piśmiennictwie naukowym przedmiotem bardzo licznych badań, analiz i szerokiej dyskusji. Było też poruszane na *5th European Public Health Conference*, która odbyła się w listopadzie 2012r. na Malcie [6]. Ogromnemu zainteresowaniu towarzyszy rozproszenie terminologii, perspektyw badawczych oraz praktycznego ujęcia tematyki.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie (a) terminologii używanej w kontekście translacji wiedzy/badań/dowodów oraz (b) omówienie zakresu tego pojęcia. W dwóch następnych rozdziałach omówione będą kwestie związane z wykonaniem translacji.

7.3. Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia

Znaczenie translacji wiedzy zostało dostrzeżone już w 1990r. w rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (ŚZZ), która wezwała kraje członkowskie do: (a) określenia krajowych priorytetów badawczych, (b) budowy i wzmocnienia krajowych zdolności prowadzenia badań, (c) stworzenia lub wzmocnienia mechanizmów, które ułatwią łączenie (*consolidation*) wyników badań z poziomem tworzenia polityki oraz ich przeniesienie (*translation*) do działań systemu zdrowotnego, (d) współpracy międzynarodowej [7].

W listopadzie 2004r. na szczycie ministerialnym wydano oświadczenie *Mexico Statement on Health Research*, które m.in. wzywa wszystkich głównych interesariuszy do wzmocnienia lub podjęcia działań w celu komunikowania wiarygodnych, mających znaczenie, bezstronnych i aktual-

nych informacji na tematy związane ze zdrowiem, a także polepszenia dostępu do nich oraz promowania ich wykorzystania [8]. W maju 2005r., w rezolucji ŚZZ ŚOZ związanej z *Mexico Statement* [9], wezwano kraje członkowskie m.in. do: stworzenia lub wzmocnienia mechanizmów transferu wiedzy (*knowledge transfer*) w celu wsparcia opartych na dowodach (*evidence-based*) systemów zdrowia publicznego i opieki medycznej, a także polityk związanych ze zdrowiem.

W 2004r. ŚOZ opublikowała *World report on knowledge for better health* [10]. Rozdział 4 raportu poświęcony był powiązaniu badań z działaniami (*Linking research to action*). Podstawowym przesłaniem tego rozdziału były następujące stwierdzenia:

- badaczom i instytucjom badawczym potrzebne są umiejętności oraz zasoby w celu bardziej efektywnego komunikowania się z użytkownikami badań; fundatorzy badań mogą w tym pomagać, jeśli efektywne komunikowanie wyników stanie się obowiązkiem badaczy;
- otoczenie powinno być tak zorganizowane, aby w trakcie podejmowania decyzji użytkownicy mieli dostęp do odpowiednich badań; głównymi użytkownikami badań są organizacje społeczeństwa obywatelskiego/*NGOs*, pacjenci, pracownicy systemu zdrowotnego, menedżerowie, ubezpieczyciele, inni badacze oraz twórcy polityk;
- producenci badań i ich użytkownicy powinni ściślej współpracować, aby razem kształtować system badań i umożliwić wykorzystanie wyników do poprawy zdrowia;
- pośrednicy lub brokerzy wiedzy (*knowledge brokers*) powinni budować i podtrzymywać dobre relacje między producentami i użytkownikami badań; pomocne w tym mogą być środki masowego przekazu.

W październiku 2005r. w Genewie odbyło się merytoryczne spotkanie poświęcone problematyce translacji wiedzy, którą naówczas roboczo definiowano jako syntezę, wymianę i wykorzystanie wiedzy przez odpowiednich interesariuszy, aby zwiększyć korzyści z innowacji globalnych i lokalnych w celu wzmocnienia systemów zdrowotnych i poprawy zdrowia ludzi [11]. Już w sierpniu 2006r. tematyka translacji wiedzy była tematem przewodnim numeru *Bulletin of the World Health Organization*. Przykłady te, chociaż nie wyczerpują listy inicjatyw ŚOZ związanych z translacją wiedzy, to jednak pokazują, że zagadnienie to jest przedmiotem zainteresowania tej Organizacji od ponad 20 lat.

7.4. Terminologia stosowana w translacji wiedzy

7.4.1. Wiedza

Pojęcie to ma wiele znaczeń. Słownik języka polskiego (patrz: sjp.pwn.pl) definiuje wiedzę jako: (a) ogół wiadomości zdobytych dzięki badaniom, uczeniu się itp.; też: zasób informacji z jakiejś dziedziny, (b) znajomość czegoś. Bardziej rozbudowane definicje proponuje filozofia i inne dziedziny nauki. Do zobrazowania czym jest wiedza zazwyczaj używa się tzw. piramidy wiedzy. Oddaje ona wzajemne relacje strukturalne i funkcjonalne między danymi, informacjami, wiedzą i mądrością. Na dole piramidy umieszczono dane, czyli zbiory faktów, liczb itp. gromadzone w różnych systemach. Piętro wyżej są informacje, czyli przetworzone i zinterpretowane dane. Na wyższym piętrze umieszczono wiedzę, czyli przetworzone oraz umieszczone w odpowiednim kontekście informacje. Na szczycie piramidy występuje mądrość (*wisdom*), która symbolizuje praktyczne wykorzystanie wiedzy.

W literaturze fachowej omawianych jest wiele wymiarów wiedzy, przy czym nie ma jednolitego poziomu analizy. Między innymi podnoszona jest kwestia podziału na wiedzę jawną i ukrytą, który różnicuje wiedzę ze względu na jej widoczność. Wiedza jawna może być wyartykułowana, kodyfikowana – jest wiedzą formalną, przekazywaną i w jakiejś mierze powszechną. Wiedza ukryta zaś, nie mniej ważna, kryje się w ludzkich umysłach i jest nieświadomiona. Oba rodzaje wiedzy łączą dynamiczne interakcje i w praktyce są one trudne do wyodrębnienia. Inny podział opiera się na posiadaczach wiedzy i wyróżnia wiedzę indywidualną i kolektywną (grupową, organizacyjną i międzyorganizacyjną). W jeszcze innym podziale, według kryterium aplikacyjnego, wiedzę dzieli się na „wiedzieć co” (*know what*), „wiedzieć jak” (*know how*). Podział ten został uzupełniony o kategorie „wiedzieć kto”, „dlaczego”, „kiedy”, „gdzie”, „czy”, „czy i jeśli”, a nawet inne warianty [12-14].

Overseas Development Institute, brytyjska organizacja o charakterze *think-tank*, zajmująca się kwestiami międzynarodowego rozwoju, wprowadziła podział na: (a) wiedzę wynikającą z badań (naukową), (b) wynikającą z realizacji projektów i programów (procesową, wdrożeniową) oraz (c) będącą w posiadaniu obywateli i organizacji społeczeństwa obywatelskiego (obywatelską, uczestniczącą). Podkreślono przy tym, że tradycyjna nauka i jej reprezentanci są nieprzygotowani do zajmowania się złożonymi, wielowymiarowymi i dynamicznymi procesami społecznymi [15]. Nazwano to „silosem akademickim”

Zgodnie ze stanowiskiem ŚOZ z 2004r. [10] wiedzę (*knowledge*) można podzielić ze względu na jej użyteczność (ryc.7.1.). W piramidzie wiedzy trzy dolne piętra opisują kolejne stopnie ekstrakcji badań w celu uogólnienia oraz wykorzystania w praktyce. Na szczycie występują przekazy, które dają jasną wskazówkę (*actionable messages*), co można wykorzystać. Jako przykład takich przekazów podano formę prezentacji przeglądów systematycznych przez *Cochrane Collaboration*, która zwykle kończy się jednoznaczną konkluzją.



Rycina 7.1. Piramida wiedzy, wg *World Health Organization*, 2004

Przegląd piśmiennictwa wskazuje jednocześnie, że w odniesieniu do translacji, równoległe do terminów „wiedza” (*knowledge*) używa się też terminów „dowód” (*evidence*) oraz „badania” (*research*), niekoniecznie w znaczeniu synonimicznym. Sugeruje to, że poszczególni autorzy mogą odmiennie interpretować zakres tych pojęć, a także charakter i źródła wiedzy. W piśmiennictwie angielskojęzycznym używa się czasem również terminu „nauka” (*science*) i jego pochodnych, które mają jeszcze szersze konotacje niż wiedza. Często słowo to występuje w określeniu „doradztwo nauki” (*science advice*) [16].

7.4.2. Dowód

Według słownika epidemiologicznego dowód jest wiedzą naukową, rezultatem badania wykorzystanego do podejmowania decyzji [17]. W istocie pojęcie to może mieć różną wymowę, zwłaszcza w kontekście zdrowia publicznego [18,19]. W badaniach biomedycznych i klinicznych złotym standardem jest badanie typu eksperymentalnego. Wyniki z takich badań mają najwyższą wartość i uznawane są za miarodajne przy ocenie skuteczności leku, technologii, procedury itp. Tymczasem w wielu interwencjach zdrowia publicznego, a zwłaszcza w promocji zdrowia, niemożliwe jest przeprowadzenie takich badań, ponieważ w rzeczywistości społecznej niemożliwy jest przydział uczestników do grupy eksperymentalnej i kontrolnej. Zwykle dochodzi też do wymiany osób z obu grup, przepływu informacji między grupami albo na doświadczenie polowe nakładają się inne, niezaplanowane oddziaływania społeczne. Wtedy siła dowodów zebranych inną metodą (nierandomizowaną) może być pominięta, a przegląd systematyczny może kończyć się wnioskiem, że brakuje dowodów. Dlatego w piśmiennictwie coraz częściej omawia się metodologię przeglądów systematycznych z wykorzystaniem wyników badań nierandomizowanych [20,21]. Poza tym w interwencjach zdrowia publicznego nierzadko powinno się stosować jakościowe metody badawcze [22] oraz „miękkie” wskaźniki efektywności, np. wzrost poczucia własnej wartości czy własnej skuteczności. Ważne jest też łączenie metod ilościowych i jakościowych. Trzeba przyznać, że również w medycynie (np. w leczeniu udarów) zauważono potrzebę prowadzenia badań jakościowych, a także wykorzystywania i łączenia dowodów z różnych badań [23].

7.4.3. Innowacja

Innowacja, to idea, praktyka lub obiekt, który jest postrzegany przez jednostkę adaptującą jako coś nowego. Ocena, czy coś jest nowe, czy nie, jest subiektywna, toteż innowacja nie zawsze jest czymś nowo odkrytym lub stworzonym.

Dyfuzja innowacji opisuje proces, w którym dochodzi do zakomunikowania i adaptacji innowacji w danej społeczności. Adaptacja innowacji zależy od wielu czynników, w tym od cech samej innowacji, czyli: (a) względnej przewagi nad innymi, konkurencyjnymi rozwiązaniami, (b) kompatybilności z dotychczasowymi normami i zwyczajami, (c) względnej prostoty, (d) możliwości przetestowania. W procesie dyfuzji innowacji wyróżnia się liczne grupy adaptatorów, takie jak: innowatorzy, wcześnie adaptujący, wczesna większość, późna większość, maruderzy. Teoria dyfuzji innowacji jest od wielu lat z powodzeniem stosowana w różnych interwencjach zdrowia publicznego [24,25].

7.4.4. Medycyna oparta na dowodach

Słownik epidemiologiczny podaje, że medycyna oparta na dowodach polega na konsekwentnym wykorzystaniu wiedzy uzyskanej z badań biologicznych, klinicznych i epidemiologicznych w procesie prowadzenia pacjentów, z uwzględnieniem równowagi między korzyściami i szkodami, rozpatrywaniem ryzyka i kosztów testów diagnostycznych, programów przesiewowych oraz terapii, a także uwzględnieniem uwarunkowań poszczególnych pacjentów [17]. *Archie Cochrane*, na podstawie stosunku liczby badań *RCTs* (*Randomized Controlled Trials*) na 1000 lekarzy w poszczególnych krajach, sugerował, że katolicyzm, komunizm oraz niedorozwój społeczno-gospodarczy są przeszkodą w prowadzeniu badań eksperymentalnych. W 2007r. *Martin McKee* analizował tę kwestię w odniesieniu do komunizmu [26].

7.4.5. Zdrowie publiczne oparte na dowodach

Do atrybutów zdrowia publicznego opartego na dowodach należą: (a) podejmowanie decyzji w oparciu o najlepsze dane (dowody) z recenzowanych badań ilościowych i jakościowych, (b) wykorzystanie danych i informacji w sposób systematyczny, (c) użycie schematów planowania programów, które często mają u podłoża teorie z nauk behawioralnych, (d) włączenie społeczności w analizę sytuacji i podejmowanie decyzji, (e) prowadzenie rzetelnej ewaluacji, (f) rozpowszechnienie wśród interesariuszy i decydentów informacji o tym, czego się nauczyliśmy [18].

7.4.6. Polityka zdrowotna

Zgodnie ze stanowiskiem ŚÓZ polityka zdrowotna (*health policy*) to zespół decyzji lub zobowiązań do realizacji kierunków działań mających na celu osiągnięcie określonych celów i zadań dla poprawy zdrowia [27]. W ujęciu *Cezarego Włodarczyka* polityka zdrowotna, to dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń, które odnoszą się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym. Uczestnikami polityki zdrowotnej są organy władzy, podmioty polityczne, organizacje pozarządowe. Elementami procesu mogą być decyzje (o podjęciu lub zaniechaniu działań), działania (podjęte i niepodjęte), tezy ideologiczne i sądy wartościujące [28].

Język polski nie oddaje dostatecznie dobrze znaczenia angielskich słów: *polity* (sfera podstawowych norm i instytucji politycznych), *politics* (sfera interesów zbiorowych, stosunków władzy, podejmowania decyzji) i *policy* (sfera realizacji zadań, interwencji, planowania).

7.4.7. Polityka zdrowotna oparta na dowodach

Zgodnie z wykładnią ŚÓZ tworzenie polityki w oparciu o dowody (*evidence-informed health policy-making*) dąży do tego, aby decyzje były podejmowane na podstawie dowodów, które uzyskuje się w sposób systematyczny i przejrzysty, a następnie poddaje się ocenie. Proces tworzenia polityki ma następujące fazy: (a) określenie problemu zdrowotnego, kwestii, (b) wyszukiwanie dowodów, (c) krytyczna ocena źródeł, (d) synteza i interpretacja dowodów, (e) adaptacja do kontekstu lokalnego, (f) podjęcie decyzji i wdrożenie, (g) ocena efektów [29,30]. Przegląd piśmiennictwa związanego z translacją wiedzy wskazuje, że stosunkowo najwięcej uwagi poświęca się właśnie kwestii tworzenia polityk opartych na dowodach.

7.4.8. Translacja wiedzy

Canadian Institutes of Health Research (CIHR) definiują translację wiedzy (TW) (*knowledge translation – KT*) jako dynamiczny i cykliczny proces, który obejmuje syntezę, rozpowszechnienie, wymianę oraz etycznie uzasadnione wykorzystanie wiedzy w celu poprawy zdrowia Kanaadyjczyków, udostępnienia bardziej efektywnych świadczeń zdrowotnych oraz produktów, a także wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej [31]. Proces ten toczy się w złożonym systemie interakcji pomiędzy badaczami i użytkownikami wiedzy. Z powodu zróżnicowanego charakteru badań i specyfiki wyników oraz potrzeb poszczególnych użytkowników wiedzy, postępowanie to może przebiegać z różną intensywnością oraz wykazywać różny stopień skomplikowania i zaangażowania partnerów. W definicji tej przez syntezę należy rozumieć łączenie wyników prac i powiązanie ich z określonym kontekstem. Rozpowszechnienie obejmuje wybór odpowiedniego audytorium docelowego i dostosowanie przekazu do jego potrzeb. Wymiana, to interakcje między badaczami i użytkownikami wiedzy prowadzące do wzajemnego uczenia się. Etyczne uzasadnienie odnosi się zaś do postępowania zgodnego z zasadami i normami etycznymi, społecznym systemem wartości oraz normami i przepisami prawa. W Polsce w obszarze polityki zdrowotnej wprowadzono już określenie „tłumaczenie wiedzy” [28]. W niniejszym opracowaniu posługiwano się przede wszystkim terminem „translacja wiedzy” (TW), czasem zamiennie z terminami: „transponowanie”, „transfer”, „tłumaczenie wiedzy”.

7.4.9. Problemy terminologiczne

Równolegle do określenia „translacja wiedzy” używane są również inne nazwy. Na przykład w Australii w odniesieniu do TW w dziedzinie zdrowia często stosowany jest termin „wymiana wiedzy” (*knowledge exchange – KE*), który zdefiniowano jako proces zmierzający do wcielenia wiedzy do działania, do podejmowania decyzji i praktyki [32]. W piśmiennictwie związanym tematycznie ze zdrowiem używa się jednak również bardzo wielu innych terminów opisujących ten proces. Przeprowadzona w 2009r. analiza literatury przedmiotu wykazała obecność 100 pokrewnych określeń [33].

Przykłady określeń w języku angielskim używanych w piśmiennictwie związanym z TW i zdrowiem podano w zestawieniu 7.1. Podana kolejność odwzorowuje częstość występowania danego terminu w piśmiennictwie.

Co więcej, odnotowane w tym badaniu określenia nie wyczerpują listy wszystkich używanych wariantów, nawet bardzo popularnych, takich jak np. *knowledge uptake*. We wspomnianym badaniu stwierdzono również, że w wyselekcjonowanej próbie 2 594 artykułów, które ukazały się w 2006r. i były powiązane z problematyką TW i zdrowia, w tytułach oraz streszczeniach w ogóle nie wystąpiły słowa i zwroty ważne dla tej dziedziny, takie jak np.: *applied dissemination*, *effective dissemination*, *evidence-based decision making*, *knowledge production and dissemination* czy *know-do gap*. Ustalenia te wskazują, że istnieje potrzeba konsolidacji terminologii. Równocześnie pokazują, że obszar TW należy do stosunkowo nowych, interdyscyplinarnych zagadnień, które nie osadziły się jeszcze na trwałe w badaniach w dziedzinie zdrowia.

Zestawienie 7.1. Terminologia stosowana w obszarze translacji wiedzy, wg McKibbin i wsp., 2010

1	<i>Use</i>	14	<i>Quality improvement</i>	27	<i>Participatory action research</i>
2	<i>Change</i>	15	<i>Dissemination</i>	28	<i>Knowledge management</i>
3	<i>Information</i>	16	<i>Diffusion</i>	29	<i>Technology transfer</i>
4	<i>Policy</i>	17	<i>Best practice</i>	30	<i>Sociology of knowledge</i>
5	<i>Evaluation</i>	18	<i>Transfer</i>	31	<i>Research capacity</i>
6	<i>Policies</i>	19	<i>Translation</i>	32	<i>Policy research</i>
7	<i>Implementation</i>	20	<i>Implementation</i>	33	<i>Linkage and exchange</i>
8	<i>Utiliz/sation</i>	21	<i>Complex intervention</i>	34	<i>Knowledge transfer</i>
9	<i>Adoption</i>	22	<i>Research utiliz/sation</i>	35	<i>Knowledge diffusion</i>
10	<i>Validation</i>	23	<i>Institutionaliz/sation</i>	36	<i>Knowledge utiliz/sation</i>
11	<i>Organiz/sational innovation</i>	24	<i>Diffusion of innovation</i>	37	<i>Knowledge synthesis</i>
12	<i>Spread</i>	25	<i>Action research</i>	38	<i>Knowledge dissemination</i>
13	<i>Innovation</i>	26	<i>Translational research</i>		

7.4.10. Próby unifikacji terminologii

Ważną próbą uporządkowania obszaru TW, nie tylko w dziedzinie zdrowia, jest internetowa strona *WhatisKT* (patrz: <http://whatiskt.wikispaces.com/>) zarządzana przez pracowników *McMaster University* w Kanadzie. Zawiera spis terminów z obszaru TW, ich definicje oraz linki do źródeł, z których zaczerpnięto te definicje. Jeszcze rok temu podawano tam około 70 podstawowych pojęć, które zostały zaproponowane przez badaczy różnych dyscyplin oraz definicje tych pojęć pochodzące z różnych źródeł. Ponadto opisanych było ponad 40 określeń pośrednio związanych z TW. Strona była interaktywna i internauci odwiedzający stronę mogli zgłaszać komentarze oraz proponować nowe pojęcia, terminy i definicje. Na przykład dla pojęcia *knowledge translation* proponowano aż 22 definicje. Obecnie, po zakończeniu fazy uzgodnień, zestaw podstawowych terminów jest znacznie skrócony. Dla kilku pojęć zaproponowano definicje uzgodnione, standardowe, wynikające z określonej procedury postępowania i sugerowane jako definicja ostateczna (zestawienie 7.2.).

Zestawienie 7.2. Podstawowe terminy z obszaru translacji wiedzy, wg *WhatisKT*

Termin	Synonim albo prawie synonim
<i>Adoption</i>	<i>Innovation Adoption*</i> <i>Innovation Adoption and Diffusion</i> <i>Healthcare Innovation</i> <i>Innovations in health service delivery and organization</i> <i>Innovation Development Process</i> <i>Product adoption and utilization</i> <i>Organizational innovation</i>
<i>Applied Health Research</i>	
<i>Continuing Education</i>	<i>Continuing Professional Development</i> <i>Continuing Medical Education</i> <i>Continuing Nursing Education</i>
<i>Diffusion*</i>	<i>Knowledge Diffusion</i> <i>Diffusion of Innovations*</i>
<i>Dissemination*</i>	<i>Applied Dissemination</i> <i>Effective Dissemination</i> <i>Knowledge Dissemination*</i> <i>Information Dissemination and Utilization</i> <i>Popularization of Research</i>
<i>Evidence Based Practice</i>	<i>Evidence Informed Practice</i> <i>Evidence Based Healthcare</i> <i>Evidence Based Medicine</i> <i>Evidence Based Nursing</i>
<i>Implementation</i>	<i>Guideline Implementation</i> <i>Implementation Research</i> <i>Implementation Science*</i> <i>Research Implementation</i>
<i>Institutionalization</i>	
<i>Integrating Evidence</i>	
<i>Knowledge Adoption</i>	
<i>Knowledge Integration</i>	

*termin wystandaryzowany

7.4.11. Problemy z wyszukiwaniem pozycji piśmiennictwa

Piśmiennictwo związane z TW jest trudne do odszukania z powodu niewystandaryzowanej terminologii, gwałtownego rozwoju dziedziny oraz ulokowania w wielu obszarach nauki i bazach bibliograficznych. Dla przykładu wyszukiwanie w bazie *MEDLINE* artykułów poświęconych tej tematyce jest utrudnione zawartością słownika *MeSH*, w którym nie występują najczęściej używane określenia dziedzinowe TW [34]. Wyszukiwanie zaś pozycji literaturowych przy pomocy haseł ogólnych nie jest ani dostatecznie czułe, ani swoiste. W zestawieniu 7.3. przedstawiono definicje

wybranych pojęć, powiązanych tematycznie z TW, które podaje *MeSH* [35]. Po pierwsze, pokazują niedopasowanie pojęciowe, po drugie zaś zarysowują pole, na którym toczy się TW w dziedzinie zdrowia. Już hasło *knowledge* pokazuje skalę niezgodności TW i *MeSH*.

Zestawienie 7.3. Definicje wybranych pojęć związanych tematycznie z translacją wiedzy, wg *MeSH*

<p><i>Knowledge</i> hasło ograniczone do wiedzy jako pojęcia abstrakcyjnego lub filozoficznego, jak np. „przekazywanie wiedzy”; nie należy używać w znaczeniu koordynowania wiedzy o konkretnych tematach, jak np. „użytkowanie naszej pełniejszej wiedzy o dzieciach”; będzie pojawiać się w artykułach historycznych i kontekstach historycznych; zagadnienie „wiedza medyczna” będzie prawdopodobnie w haśle MEDICINE, a nie w KNOWLEDGE</p>
<p><i>Evidence-based practice/evidence-based health care</i> sposób na zapewnienie opieki zdrowotnej poprzez przemyślaną integrację najlepszej dostępnej wiedzy naukowej z doświadczeniem klinicznym; podejście to pozwala na krytyczną ocenę danych z badań, wskazówek klinicznych oraz innych źródeł informacji w celu prawidłowego określenia problemu klinicznego, wykorzystania interwencji o najlepszej jakości, a także na ponowną ocenę skutków, aby w przyszłości dokonać ulepszeń</p>
<p><i>Information dissemination/distribution/sharing</i> obieg lub szerokie rozpowszechnienie informacji</p>
<p><i>Diffusion of innovation</i> szerokie rozpowszechnienie nowych idei, procedur, technik, materiałów i urządzeń oraz stopień, w jakim są akceptowane i stosowane</p>
<p><i>Decision making</i> proces dokonywania selektywnego intelektualnego osądu w sytuacji, gdy obecnych jest kilka złożonych rozwiązań, które obejmują kilka zmiennych i zazwyczaj wybieranie sposobu działania lub pomysłu (podejmowanie decyzji przez lekarza opisują w <i>MeSH</i> hasła <i>diagnosis</i> oraz <i>diagnosis differential</i>)</p>
<p><i>Policy making</i> proces decyzyjny, w którym jednostki, grupy lub instytucje ustalają polityki odnoszące się do planów, programów lub procedur</p>
<p><i>Policy</i> proces albo metoda działania wybrane w celu ukierunkowania obecnych lub przyszłych decyzji i wyborów</p>
<p><i>Health policy</i> decyzje, podejmowane zazwyczaj przez rządowych twórców polityki, o określeniu obecnych i przyszłych zadań związanych z systemem opieki zdrowotnej</p>
<p><i>Knowledge management</i> wykorzystanie zbiorowej mądrości w organizacji jako katalizatora w zwiększeniu zdolności do reagowania i innowacyjności</p>

7.5. Zakres translacji wiedzy

W skali międzynarodowej ważnym ośrodkiem prac badawczych i wdrożeniowych dotyczących TW w dziedzinie zdrowia jest kanadyjska agencja rządowa pod nazwą *Canadian Institutes of Health Research (CIHR)*. Została powołana do życia w 2000r. w celu połączenia wszystkich istniejących uprzednio agencji. *CIHR* składa się z 13 instytutów, „wirtualnych” w tym znaczeniu, że nie tworzą wspólnej struktury, ale sieć współpracy. Agencja stanowi ciało przywódcze dla ponad 14 tys. badaczy i stażystów. Jej misją jest tworzenie nowej wiedzy naukowej, a także jej translacja w celu poprawy zdrowia, zwiększenia efektywności świadczeń zdrowotnych i produktów oraz wzmocnienie kanadyjskiego systemu zdrowia. Agencja ta używa określenia „translacja wiedzy”, które coraz częściej przyjmowane jest również w dyskursie międzynarodowym.

W interpretacji *CIHR* translacja wiedzy jest bardzo szerokim pojęciem i ma liczne wyróżniki [36].

- Obejmuje wszystkie etapy między powstawaniem (produkowaniem) nowej wiedzy, a jej wykorzystaniem z korzyścią dla społeczeństwa. Obejmuje to wiele działań, takich jak: rozpowszechnianie wiedzy, transfer technologii, rozpatrywanie kwestii etycznych, zarządzanie wiedzą, wykorzystanie wiedzy, dwustronne relacje między badaczami i użytkownikami wiedzy, badania implementacyjne, ocena technologii czy tworzenie wskazówek i wytycznych.
- Nie jest wyłączną domeną społeczności badaczy i nie musi być osobiście prowadzona przez autorów danych badań i projektów. W procesie tłumaczenia wiedzy mogą występować pośrednicy, np. tzw. brokerzy wiedzy.
- Jest równie ważna w obszarze badań podstawowych jak stosowanych
- Dotyczy wszystkich rodzajów dziedzin i dyscyplin, nie tylko dziedziny zdrowia. Określenie „translacja wiedzy” przylgnęło do problematyki zdrowotnej, ale w innych dziedzinach bywa to nazywane transferem technologii, zarządzaniem wiedzą itp.
- Jest ściśle związana z problematyką ustawicznego kształcenia medycznego (*continuing medical education*) oraz stałego rozwoju zawodowego (*continuing professional development*). Podkreśla się, że tematyka ta powinna być częścią formalnego i nieformalnego kształcenia pracowników ochrony zdrowia [37]. Należałoby to interpretować w taki sposób, że TW wymaga od tych pracowników ciągłego uczenia się, aby przyjąć innowacje, a także móc upowszechniać własne badania i komunikować się w tej sprawie.
- Może odbywać się na poziomie międzynarodowym, krajowym, regionalnym lub lokalnym. Końcowymi użytkownikami wiedzy i adresatami translacji mogą być podmioty lub osoby na każdym poziomie. Podmioty te i osoby mogą wykorzystać wiedzę do różnych celów, poczynając od tworzenia polityki, a kończąc np. na włączeniu wskazówek klinicznych do codziennej praktyki. Chociaż końcowi użytkownicy i adresaci mogą być odmienni, to w zasadzie proces TW przebiega w podobnych etapach, niezależnie od poziomu translacji.
- Nadrzędną zasadą TW jest akceptacja faktu, że interakcje pomiędzy badaczami a użytkownikami mogą różnić się pod względem intensywności, złożoności, stopnia zaangażowania.

Źródłem podstawowych informacji o TW jest strona pod nazwą *KT Clearinghouse* (patrz: <http://ktclearinghouse.ca/>), finansowana przez *CIHR* i działająca jako repozytorium wiedzy. Bardziej specjalistyczne opracowania, jak np. metody syntezy wiedzy czy metody ewaluacji można znaleźć w zakładce „*collaboration-knowledge translation*” na stronie *CIHR* (patrz: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html>).

7.6. Zakres tematyczny piśmiennictwa naukowego na temat translacji wiedzy

W piśmiennictwie można zauważyć wiele przekrojów rozważań o translacji wiedzy i proces ten jest analizowany pod kątem następujących zmiennych:

- poziom organizacyjny, na którym odbywa się TW, np. kilka państw, region [38-41], kraj [42,43], poszczególne struktury organizacyjne sektora zdrowia [44];
- cel szczególony translacji, np. ukierunkowana na wdrożenia do praktyki lekarskiej [45,46], do polityki;
- obszar działania systemu zdrowotnego (rodzaj świadczenia zdrowotnego), którego dotyczy TW, np. intensywne terapie [47], podstawowa opieka zdrowotna [48], zdrowie publiczne [49-52], promocja zdrowia [51,53-55];
- końcowy użytkownik badań, np. politycy i decydenci [56], menedżerowie i personel placówek ochrony zdrowia [45,57-60], pacjenci/konsumenci, społeczeństwo obywatelskie [61];
- problem zdrowotny, którego dotyczy TW, np. choroby serca i naczyń [62-64], zrzucawka i malaria [65]; *HIV/AIDS* [38], nabyte uszkodzenie mózgu [66];
- podejście do translacji, schemat (model), algorytm, metoda postępowania [67-70] oraz metodologia badań w tej dziedzinie [60,71];
- inna optyka, np. kontekst społeczny i polityczny, relacje między badaczami a użytkownikami badań, specjalne problemy w trakcie TW, respektowanie równości [72-74], itp.

Ponadto TW jest omawiana z perspektywy producentów wiedzy, tj. badaczy i instytucji naukowych [71,75-76]. Oczywiście, przekroje te często zachodzą na siebie. Poza różnorodnością tematyki, uwagę zwraca wielość rodzajów publikacji. Widoczne są tu różne formy komunikacji naukowej, poczynając od opracowań typu podręcznikowego, poprzez komentarze, artykuły redakcyjne, a kończąc na pracach poglądowych i – bardzo licznych – oryginalnych.

Badania, których przedmiotem jest translacja wiedzy nazywane są czasem badaniami implementacyjnymi (*implemantation research*) [77] lub translacyjnymi (*translation/translational reseach*) [78]. Niemniej, nie ma uzgodnionej definicji takich badań, co przypuszczalnie odzwierciedla słabość teorii i(lub) empirii tego obszaru [79].

Badania translacyjne wykonuje się również w dziedzinie zdrowia publicznego. Według amerykańskiej agencji *Department of Health and Human Services*, są to badania, które rozpoznają czynniki warunkujące translację badań do codziennej praktyki zdrowia publicznego, polityki i programów [80]. Badania takie oceniają również efektywność decyzji dotyczących administracji i zarządzania, polityki, działań opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego w aspekcie wykorzystania wiedzy z badań. Inny wątek badawczy to rozpoznanie doświadczeń i ról interesariuszy tego procesu, pracowników i innych uczestników. Wydaje się, że w USA badania translacyjne w dziedzinie zdrowia publicznego wzorują się na doświadczeniach takich badań w obszarze medycyny klinicznej [81-84]. Badania implementacyjne i translacyjne uznawane są za subdyscyplinę badań polityk i systemów zdrowotnych [85].

7.7. Niekomercyjna translacja wiedzy

Translacja, transfer wiedzy może mieć charakter komercyjny lub niekomercyjny [86]. W przypadku translacji komercyjnej dochodzi do przeniesienia i zastosowania wiedzy do pracy przemysłu czy lecznictwa (leki, technologie, *etc.*), na przykład pod postacią wynalazków i patentów, które przynoszą wymierny zysk. Nazywane jest to komercjalizacją wyników badań albo innowacyjnością gospodarki. Jakkolwiek łączenie nauki z przemysłem niesie wiele wyzwań, to w zasadzie jest to prosty proces. Wielokrotnie trudniejsza, z wielu powodów, jest translacja wiedzy do sektora publicznego, niekomercyjna. Niemniej, innowacje powinny stanowić trzon działalności sektora publicznego, ponieważ mogą pomagać w poprawianiu wykonawstwa i zwiększaniu efektywności działań publicznych, zmniejszaniu kosztów oraz w lepszym reagowaniu na oczekiwania i potrzeby obywateli [87].

Badania w dziedzinie zdrowia publicznego oraz badania polityk i systemów zdrowotnych mogą dostarczyć dowodów, które w wyniku translacji staną się innowacjami w politykach zdrowotnych lub organizacji systemu zdrowotnego. W tych sferach, które należą do dóbr publicznych, dóbr społecznie użytecznych [88-90] korzyści finansowe są skutkiem oszczędności i (lub) osiągnięcia lepszych rezultatów zdrowotnych przy takich samych nakładach. Nie ma tu jednak mowy o czystym zysku i dlatego badania takie nie są zazwyczaj wspierane finansowo przez kapitał prywatny. Co więcej, ten rodzaj badań ma niewielkie szanse na transfer do praktyki, ponieważ nie dysponuje się tutaj kwotami, które firmy farmaceutyczne wydają na translację wyników badań klinicznych. W tych obszarach badawczych nie działają mechanizmy rynkowe i niezbędna jest pomoc publiczna [91].

7.8. Podsumowanie

W latach 90. XX w. rozpoczęła się hucznie epoka działań opartych na dowodach, w tym medycyny, zdrowia publicznego, opieki zdrowotnej. Pomimo, że np. paradygmat medycyny opartej na dowodach ma liczne ograniczenia i od lat budzi wątpliwości [92-96]. Termin *evidence-based medicine* niemal wyparł z języka określenie „epidemiologia kliniczna”, a sama idea zyskuje status książki kucharskiej leczenia. W poszczególnych dziedzinach zwraca się uwagę na konieczność prowadzenia takich działań praktycznych, które są podparte dowodami i z tego powodu przynoszą oczekiwane oraz właściwe skutki. Szuka się zatem odpowiedzi na podstawowe pytania: Co działa?, Co jest opłacalne w aspekcie kosztów? W piśmiennictwie zwiększa się liczba przeglądów systematycznych i metaanaliz oraz artykułów, które służą pomocą w ich poszukiwaniu oraz interpretacji [97-102]. Z czasem w skali świata zgromadzono wiele dowodów na temat tego, co trzeba zrobić. Niestety, postępy badawcze nie były równomierne w poszczególnych krajach. W jednych prowadzono badania i gromadzono dane, w innych – z wielu powodów – nie udało się tego dokonać. I było to ze szkodą dla krajów słabszych i mniej rozwiniętych, ponieważ nie wszystkie ustalenia naukowe z krajów zaawansowanych można przenieść do odmiennych kontekstów technologicznych, społecznych i ekonomicznych. Stwierdzono bowiem, że w populacjach biedniejszych wykorzystanie najbardziej efektywnych interwencji zdrowotnych jest o połowę mniejsze niż w krajach bogatszych, a efektywność tych wdrożonych jest niewielka [103].

Pomimo nierównomiernych postępów, wraz z powiększaniem bazy wiedzy coraz bardziej

widoczny był problem sposobów i możliwości wykorzystania ich w praktyce. W drugiej fazie podniesiono dobitnie kwestię luki między tym, co już wiadomo, a tym, co robi się w realnych warunkach (*know-do gap*) [104]. Druga faza koncentruje się na pytaniu: jak do realnych warunków wprowadzić to, co już wiemy? W ostatnich 10-15 latach mocny akcent położono zatem na badania oraz strategie wypełnienia luki między wiedzą/badaniami/dowodami a praktyką. W różnych systemach zdrowotnych używa się w tym kontekście różnych terminów, chociaż mają podobne lub identyczne znaczenie. W 1982r. *Avendis Donabedian*, odnośnie do terminologii związanej z zapewnieniem jakości (*quality assurance*), zauważył, że „używamy tak wielu tych słów, w tak różny sposób, że przestaliśmy rozumieć, co do siebie mówimy” [72]. Próbą obrony idei translacji wiedzy przed podobnym osądem są usiłowania budowy teorii tej działalności [105,106].

7.9. Piśmiennictwo

- Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M, Capewell S. The Use of Research Evidence in Public Health Decision Making Processes: Systematic Review. *PLoS ONE* 2011, 6(7): e21704.
- Allins S, Mossialos E, McKee M, Holland W. Making decisions on public health: a review of eight countries. *European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization* 2004: 61.
- Oxman AD, Bjørndal A, Becerra-Posada F, Gibson M, Block MA, et al. A framework for mandatory impact evaluation to ensure well informed public policy decisions. *Lancet* 2010, 375(9712): 427-431.
- Pang T, Sadana R, Hanney SR, Bhutta ZA, Hyder AA, Simon J. Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bull World Health Organ.* 2003, 81: 815-820.
- World Health Organization. *World Health Report 2013: Research for universal health coverage.* World Health Organization, Geneva 2013: 95-128.
- 5th European Public Health Conference. All inclusive public health. Portomaso, St. Julian’s, Malta, 8-10 November 2012. *Eur J Public Health* 2012, suppl 2: Oral presentation H.8. Workshop: Overlapping circles: Can research, policy and politics converge?: 113.
- World Health Organization. Resolution WHA 43.19 of the forty-third World Health Assembly on the role of health research. Geneva, 17 May 1990.
- World Health Organization. *Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems. Ministerial Summit on Health Research..* Mexico City, Mexico - November 16-20, 2004.
- World Health Organization. *WHA58.34. Ministerial Summit on Health Research.* Geneva 16-25 May 2005: 126-128.
- World Health Organization. *World report on knowledge for better health.* WHO, Geneva, 2004: 97-130.
- World Health Organization. *Bridging the “Know–Do” Gap. Meeting on Knowledge Translation in Global Health. 10–12 October 2005.* WHO, Geneva, 2006.
- Materska K. *Wiedza w organizacjach. Prolegomena do zarządzania wiedzą.* [w:] *Informacja w sieci. Problemy, metody, technologie.* Sosińska-Kalata B, Chuchro E, Daszewki. Warszawa, Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, 2006: 35-54.
- Landry R, Amara N, Pablos-Mendes A, Shademani R, Gold I. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bull World Health Organ.* 2006, 84(8): 597-602.
- Nonaka I. *Organizacja oparta na wiedzy.* [w:] *Zarządzanie wiedzą.* Wydawnictwo Helion, Gliwice 2006: 29-55.
- Jones N, Datta A, Jones H, Khmadi N, Boa E, Correa N, Hang N, Sharma Paudel N, Schumacher L, Telleriar. Knowledge, policy and power. Six dimensions of the knowledge development policy interface. *Overseas Development Institute* 2009.
- Cianciara D, Piotrowicz M, Bielska-Lasota M, Wysocki MJ. Rola nauki w podejmowaniu decyzji politycznych - Projekt EuSANH-ISA, struktura doradztwa nauki w kwestiach zdrowotnych. *Przeegl Epidemiol* 2012, 66(4): 521-529.
- Porta M. (red.) *A dictionary of epidemiology.* 5th ed. Oxford University Press, Oxford 2008.
- Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annu. Rev. Public. Health.* 2009, 30:175-201.
- Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. *J. Epidemiol. Community Health* 2004, 58: 538–545.

20. Reeves BC, Higgins JPT, Ramsay C, Shea B, Tugwell P, Wells GA. An introduction to methodological issues when including non-randomised studies in systematic reviews on the effects of interventions. *Res. Synth. Method* 2013, 4: 1-11.
21. Higgins JP, Ramsay C, Reeves BC, Deeks JJ, Shea B, Valentine JC, Tugwell P, Wells G. Issues relating to study design and risk of bias when including non-randomized studies in systematic reviews on the effects of interventions. *Res. Synth. Method* 2013, 4: 12-25.
22. Shuvall K, Harker K, Roudsari B, Groce NE, Mills B, Siddiqui Z, Shachak A. Is qualitative research second class science? A quantitative longitudinal examination of qualitative research in medical journals. *PLoS ONE* 2011, 6(2): e16937.
23. Sheppard S, Lewin S, Straus S, Clarke M, Eccles MP, Fitzpatrick R, Wong G, Sheikh A. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Med* 2009, 6(8): e1000086.
24. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. The Free Press, New York, Wyd 4, 1995: 204-252.
25. Puska P, Koskela K, McAlister A, et al. Use of lay opinion leaders to promote diffusion of health innovations in a community programme: lessons learned from the North Karelia project. *Bull World Health Organ.* 1986, 64(3): 437-446.
26. McKee M. Cochrane and Communism: the influence of ideology on the search for evidence. *Int J Epidemiol* 2007, 36(2): 269-273.
27. World Health Organization. *Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999: 212.
28. Włodarczyk WC. *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
29. World Health Organization. *What is evidence-informed policy-making?* <http://www.who.int/evidence/about/en/>
30. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? *Health Res Policy Syst.* 2009, 7(Suppl 1): S1.
31. Canadian Institutes of Health Research. *More About Knowledge Translation at CIHR*. Knowledge Translation – Definition. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>
32. Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI). *Knowledge Exchange Report*. Canberra 2011. http://aphcri.anu.edu.au/sites/aphcri.anu.edu.au/files/panel/178/knowledge_exchange_pdf_10726.pdf
33. McKibbon KA, Lokker C, Wilczynski NL, Ciliska D, Dobbins M, Davis DA, Haynes RB, Straus SE. A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? *Implement Sci.* 2010, 12 (5):16.
34. McKibbon KA, Lokker C, Wilczynski NL, Haynes RB, Ciliska D, Dobbins M, Davis DA, Straus SE. Search filters can find some but not all knowledge translation articles in MEDLINE: an analytic survey. *J Clin Epidemiol.* 2012, 65(6): 651-659.
35. National Library of Medicine. *Medical subject headings*. http://www.nlm.nih.gov/mesh/2013/mesh_browser/DCMS/MBrowser.html
36. Tetroe J. *Knowledge translation at the Canadian Institutes of Health Research: a primer*. A publication of the National Center for Dissemination of Disability Research (NCDDR). Technical brief no. 18, 2007.
37. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006, 26(1):13-24.
38. Maher D, Sekajugo J. Research on health transition in Africa: time for action. *Health Res Policy Syst.* 2011, 9:5.
39. El Jardali F, Ataya N, Jamal D, Jaafar M. A multi-faceted approach to promote knowledge translation platforms in eastern Mediterranean countries: climate for evidence-informed policy *Health Res Policy Syst.* 2012, 10: 15.
40. El-Jardali F, Lavis JN, Ataya N, Jamal D. Use of health systems and policy research evidence in the health policymaking in eastern Mediterranean countries: views and practices of researchers. *Implement Sci.* 2012, 7: 2.
41. El-Jardali F, Lavis JN, Ataya N, Jamal D, Ammar W, Raouf S. Use of health systems evidence by policymakers in eastern Mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. *BMC Health Serv Res.* 2012, 12: 200.
42. Kasonde JM, Campbell S. Creating a Knowledge Translation Platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research. *Health Res Policy Syst.* 2012, 10:31.
43. Mirzoev TN, Omar MA, Green AT, Bird PK, Lund C, Ofori-Atta A, Doku V. Research-policy partnerships - experiences of the Mental Health and Poverty Project in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia. *Health Res Policy Syst.* 2012, 10: 30.
44. Riley BL. Dissemination of heart health promotion in the Ontario Public Health System: 1989–1999. *Health Educ Res.* 2003, 18(1): 15–31.
45. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Dale M, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ* 2008; 337; a 1714.
46. Ohtake PJ, Strasser DC, Needham DM. Translating Research Into Clinical Practice: The Role of Quality Improvement in Providing Rehabilitation for People With Critical Illness. *Physical Therapy* February 2013, 93(2): 128-133.
47. Pronovost PJ, Murphy DJ, Needham DM. The Science of Translating Research into Practice in Intensive Care. *American Journal of Respiratory and Critical Medicine* 2010, 182: 1643-4.

48. Menear M, Grindrod K, Clouston K, Norton P, Légaré F. Advancing knowledge translation in primary care. *Canadian Family Physician* 2012,58: 623-7.
49. Crosswaite C, Curtice L. Disseminating research results-the challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health Promot. Int.* 1994, 9 (4): 289-296.
50. Brownson RC, Kreuter MW, Arrington BA, True WR. Translating science discoveries into public health action: how can Schools of Public Health move us forward? *Public Health Reports* 2006, 121: 97-103.
51. Armstrong R, Waters E, Crockett B, Keleher H. The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. *Health Promot. Int.* 2007, 22 (3): 254-260.
52. LaRocca R, Yost J, Dobbins M, Ciliska D, Butt M. The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: a systematic review. *BMC Public Health* 2012, 12: 751.
53. Johnson JL, Green LW, Frankish CJ, MacLean DR, Stachenko S. A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention. *Can J Public Health* 1996: Suppl 2:S5-10.
54. Nutbeam D. Achieving 'best practice' in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Educ Res* 1996,11: 317-26.
55. Oldenburg BF, Sallis JF, French ML, Owen N. Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. *Health Educ Res.* 1999,14 (1):121-130.
56. Vogel JP, Oxman AD, Glenton C, Rosenbaum S, Lewin S, Gülmezoglu AM, Souza JP. Policymakers' and other stakeholders' perceptions of key considerations for health system decisions and the presentation of evidence to inform those considerations: an international survey. *Health Res Policy Syst.* 2013,11: 19.
57. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989,321(19):1306-11.
58. Davis D. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003; 327: 33-35.
59. Ho K, Ferdinands L, Jarvis-Selinger S, Bluman R, Hardwick DF. Supporting lifelong learning for physicians: Continuing professional development and knowledge translation. *British Columbia Medical Journal* 2008,50(7): 393-95.
60. Guindon GE, Lavis JN, Boupha B, Shi G, Sidibe M, Turdaliyeva B. Bridging the gaps among research, policy and practice in ten low- and middle-income countries: Development and testing of a questionnaire for health-care providers. *Health Res Policy Syst.* 2010, 8:3.
61. Cheung A, Lavis JN, Hamandi A, El-Jardali F, Sachs J, Sewankambo N. Climate for evidence-informed health systems: A print media analysis in 44 low- and middle-income countries that host knowledge-translation platforms. *Health Res Policy Syst.* 2011, 9:7.
62. Elliott SJ, O'Loughlin J, Robinson K, Eyles J, Cameron R, Harvey D, Raine K, Gelskey D. Conceptualizing Dissemination Research and Activity: The Case of the Canadian Heart Health Initiative. *Health Educ Behav.* 2003, 30: 267-282.
63. Robinson K, Elliott SJ, Michelle Driedger SM, Eyles J, O'Loughlin J, Riley B, Cameron R, Harvey D. Using linking systems to build capacity and enhance dissemination in heart health promotion: a Canadian multiple-case study. *Health Educ Res.* 2005,20(5): 499-513.
64. Gupta R, Guptha S, Joshi R, Xavier D. Translating evidence into policy for cardiovascular disease control in India. *Health Res Policy Syst.* 2011, 9:8.
65. Woelk G, Daniels K, Cliff J, Lewin S, Sevene E, Fernandes B, Mariano A, Matinhure S, Oxman AD, Lavis JN, Stålsby Lundborg C: Translating research into policy: lessons learned from eclampsia treatment and malaria control in three southern African countries. *Health Res Policy Syst.* 2009,7:31.
66. MacDonald S, Wiseman-Hakes C. Knowledge translation in ABI rehabilitation: A model for consolidating and applying the evidence for cognitive-communication interventions. *Brain Injury*, 2010, 24(3): 486-508.
67. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Policy Syst.* 2003, 1:2.
68. Dearing JW. Applying diffusion of innovation theory to intervention development. *Research on Social Work Practice* 2009,19: 503-518.
69. Dagenais C, Ridde V, Laurendeau MC, Souffez K. Knowledge translation research in population health: establishing a collaborative research agenda. *Health Res Policy Syst.* 2009, 7:28.
70. Caldwell SEM, Mays N. Studying policy implementation using a macro, meso and micro frame analysis: the case of the Collaboration for Leadership in Applied Health Research & Care (CLAHRC) programme nationally and in North West London. *Health Res Policy Syst.* 2012, 10:32.
71. Cameron D, Lavis JN, Guindon GE, Akhtar T, Becerra Posada F, Ndossi G, Boupha B. Bridging the gaps among research, policy and practice in ten low- and middle-income countries: Development and testing of a questionnaire for researchers. *Health Res Policy Syst.* 2010, 8:4.
72. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science* 2012, 7:50.

73. Jansen MW, De Leeuw E, Hoeijmakers M, De Vries NK. Working at the nexus between public health policy, practice and research. Dynamics of knowledge sharing in the Netherlands. *Health Res Policy Syst.* 2012, 10:33.
74. Welch VA, Petticrew M, O'Neill J, Waters E, Armstrong R, Bhutta ZA, Francis D, Koehlmoos TP, Kristjansson E, Pantoja T, Tugwell P. Health equity: evidence synthesis and knowledge translation methods. *Systematic Reviews* 2013, 2:43.
75. Lavis J, Robertson D, Woodside J, McLeod CB, Abelson J. How can research organizations more effectively transfer knowledge to decision makers? *The Millbank Quarterly* 2003, 81(2): 221-248.
76. Gholami J, Majdzadeh R, Nedjat S, Nedjat S, Maleki K, Ashoorkhani M, Yazdizadeh B. How should we assess knowledge translation in research organizations; designing a knowledge translation self-assessment tool for research institutes (SATORI). *Health Res Policy Syst.* 2011, 9:10.
77. Panisset U, Koehlmoos T, Alkhatib A, Pantoja T, Singh P, Kengey-Kayondo J, McCutchen B, González-Block MA. Implementation research evidence uptake and use for policy-making. *Health Res Policy Syst.* 2012, 10:20.
78. Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham NJ. Translational framework for public health research. *BMC Public Health* 2009, 9:116.
79. Fixsen DL, Naoom SF, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.* University of South Florida 2005: 4. <http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>
80. United States Department of Health and Human Services (HHS). *Improving Public Health Practice through Translation Research (R18).* Instructions for Submission of Electronic Research Applications. February 16, 2007.
81. Woolf S: The meaning of translational research and why it matters. *JAMA* 2008, 299:211-213.
82. Fiscella K, Bennett NM, Szilagyi PG. Nomenclature in translational research. *JAMA* 2008, 299 (18): 2148-2149.
83. Graham ID, Tetroe J. Nomenclature in translational research. *JAMA* 2008, 299(18): 2149.
84. Institute of Translational Health Sciences. T-Phases of translational health research. <https://www.iths.org/about/translational>
85. Koon AD, Rao KD, Tran NT, Ghaffar A. Embedding health policy and systems research into decision-making processes in low- and middle-income countries. *Health Res Policy Syst.* 2013, 11:30.
86. European Commission. *Improving knowledge transfer between research institutions and industry across Europe: embracing open innovation. Implementing the Lisbon agenda.* Directorate-General for Research, Directorate-General for Enterprise and Industry 2007:6.
87. Mulgan G, Albury D. *Innovation in public sector.* Version 1.9, October 2003.
88. Leowski J. *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej.* CeDeWu, Warszawa 2004: 28.
89. Getzen T. *Ekonomika zdrowia,* PWN, Warszawa 2000: 409-425.
90. Sobczak A. *Ekonomika zdrowia - przedmiot, aspekty badawcze i metody. Ekonomiczna specyfika zdrowia, ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej.* [w:] *Zdrowie publiczne przegląd problematyki.* Cianciara D. (red.). CMKP, Warszawa 2010: 202.
91. Australian Government. *Strategic review of health and medical research. Final report.* Department of Health and Ageing, February 2013:177.
92. Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine* 1998, 73(12): 1234-1240.
93. Tonelli MR. The limits of evidence-based medicine. *Respir Care.* 2001,46(12):1435-40.
94. Michelson J. Critique of (im)pure reason: evidence-based medicine and common sense. *J Eval Clin Pract.* 2004, 10(2):157-61.
95. Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR. A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. *Int J Medical Informatics* 2004, 73: 35-43.
96. Thomas P, Bracken P, Timimi S. The Limits of Evidence-Based Medicine in Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 2012, 19(4): 295-308.
97. Shojania KG, Bero LA. Taking advantage of the explosion of systematic reviews: an efficient MEDLINE search strategy. *Eff Clin Pract.* 2001, 4(4):157-62.
98. Montori VM, Wilczynski NL, Morgan D, Haynes RB; Hedges Team. Optimal search strategies for retrieving systematic reviews from MEDLINE: analytical survey. *BMJ.* 2005, 330(7482):68.
99. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2007, 7:10.
100. Lavis JN. How can we support the use systematic reviews in policymaking. *PLoS Med* 2009, 6(11): e1000141.
101. Wilczynski NL, Haynes RB. Consistency and accuracy of indexing systematic review articles and meta-analyses in MEDLINE. *Health Info Libr J.* 2009, 26(3):203-10.

102. Ryś P, Władysiuk M, Skrzekowska-Baran I, Małecki MT. Artykuły przeglądowe, przeglądy systematyczne i metaanalizy – którym można ufać? *Pol Arch Med Wewn.* 2009, 119(3): 148-156.
103. Tugwell P, Robinson V, Grimshaw J, Santesso N. Systematic review and knowledge translation. *Bull World Health Organ.* 2006, 84(8): 643-651.
104. Booth A. Bridging the 'Know-do gap': a role for health information professionals? *Health Info Libr J.* 2011, 28(4):331-4.
105. Brehaut JC, Eva KW. Building theories of knowledge translation intervention: use the entire menu of construct. *Implementation Science* 2012, 7:14.
106. Carole A, Estabrooks CA, Thompson DS., Lovely JE, Hofmeyer A. A guide to knowledge translation theory. *J Contin Educ Health Prof.* 2006, 26:25-26.

8. TRANSLACJA WIEDZY – RELACJE BADACZY I UŻYTKOWNIKÓW BADAŃ

Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

²Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

8.1. Najważniejsze fakty

- Ogólnie, istnieją cztery podstawowe rodzaje powiązań między producentami badań w dziedzinie zdrowia i ich użytkownikami: (a) pchanie badań, (b) ciągnięcie badań, (c) bezpośrednia współpraca producentów i użytkowników, a także wymiana informacji oraz (d) współpraca obu grup z udziałem pośredników i przy ich pomocy. W piśmiennictwie zaproponowano również inne schematy relacji badań w dziedzinie zdrowia z działaniami praktycznymi.
- W piśmiennictwie i analizach najczęściej uwagi poświęcono stosunkom badaczy z twórcami polityk, jako jedną z ważnych grup użytkowników badań. Największym zainteresowaniem cieszy się problematyka translacji wiedzy/badań/dowodów do polityk zdrowotnych.
- Naukowcy i twórcy polityk mają odmienne cele, posługują się innym językiem, inaczej interpretują czas oraz odpowiedzialność i mają odrębne ścieżki kariery zawodowej. Obie grupy mają też odmienne postawy wobec informacji oraz produkcji dowodów. Ważną przeszkodą do współdziałania jest wzajemny brak zaufania i szacunku.
- Kłopoty z komunikacją i wdrożeniem wyników badań do praktyki występują nie tylko w dziedzinie zdrowia, ale także np. w dziedzinie nauk społecznych i polityki społecznej oraz w obszarze nauk technicznych i technologii przemysłowych.
- Pomimo licznych prób interpretacji stosunków badacze-twórcy polityk oraz działań zmierzających do poprawy współpracy obu stron, nadal istnieje wiele niewiadomych. Równolegle są przesłanki, że udaje się tworzyć polityki zdrowotne oparte na dowodach, ale nie umiemy tego dowieść, ponieważ efektywność takiej translacji nie jest poddawana ewaluacji.

8.2. Wstęp

W teorii, w idealnym świecie, wykorzystanie wiedzy/badań/dowodów w praktyce jest łatwe. W przypadku polityki opartej na dowodach, zasadniczego wątku w piśmiennictwie związanym ze zdrowiem, powinno to działać tak, że naukowcy produkują wiedzę, a twórcy polityk wykorzystują ją do formułowania strategii, planów i programów. W zamian politycy dostarczają pewnych informacji o efektach tych przedsięwzięć oraz środków na badania. W praktyce, jest to dość rzadki scenariusz i to nie tylko w sektorze zdrowia. Podobne kłopoty występują na styku nauk społecznych i polityki

społecznej oraz nauk technicznych i technologii przemysłowych [1,2].

Czy możliwa jest współpraca naukowców i twórców polityk? Oczywiście, istnieją przykłady, które pokazują, że jest to możliwe. W dziedzinie zdrowia jednym z nich jest działalność *European Observatory on Health Systems and Policies* [3] albo *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* w Wielkiej Brytanii [4], agencji której powołanie miało stanowić tamę dla tzw. *postcode lottery* w *NHS*. Optymiści twierdzą, że nadeszła już pora, aby zauważyć, że badania mają jednak wpływ na politykę zdrowotną i że umiemy już wypełnić lukę „wiedzieć-robić” (*know-do-gap*). Problem polega na tym, że nie umiemy wykazać, że tak się dzieje. Nazwano to luką „zrobić-wiedzieć, że się zrobiło” (*do-knowing it's been done-gap*). Można by ją wypełnić za pomocą systematycznych badań szacowania wpływu, jaki translacja wiedzy/badań/dowodów wywiera na polityki [5]. Wiadomo jednak, że badania, których celem jest ocena stopnia rozpowszechnienia sprawdzonej interwencji zdrowia publicznego, a więc odpowiadające również na pytanie o wpływ translacji, są stosunkowo rzadkie. Na przykład w odniesieniu do interwencji dotyczących zwiększania aktywności fizycznej oraz zapobiegania upadkom prace takie pojawiły się w piśmiennictwie dopiero w latach 2008-2009 i stanowią zaledwie kilka procent całej literatury naukowej [6].

Pomimo pewnych sukcesów w transponowaniu wiedzy, w piśmiennictwie nie wygasła debata nad najlepszymi metodami łączenia badań z polityką. Spektakularnym przykładem jest artykuł z marca 2012r. podpisany przez 52 autorów [7]. Są wśród nich przedstawiciele rządów, organizacji pozarządowych, środowiska naukowców i przemysłu, znający specyfikę nauki i polityki. Autorzy ci wraz ze swoimi współpracownikami postawili łącznie 239 pytań dotyczących związku badań z procesem politycznym, niezależnie od dziedziny. Pytań, co należy podkreślić, na które nie znaleziono jeszcze odpowiedzi i które pokazują skalę wątpliwości. W ustalonej procedurze głosowania wytypowano ostatecznie 40 najważniejszych pytań, wśród których znalazły się np. tak istotne sprawy jak tworzenie polityki w warunkach niepewności naukowej, braku zgody czy decyzji podjętych przez krajowe organy ustawodawcze.

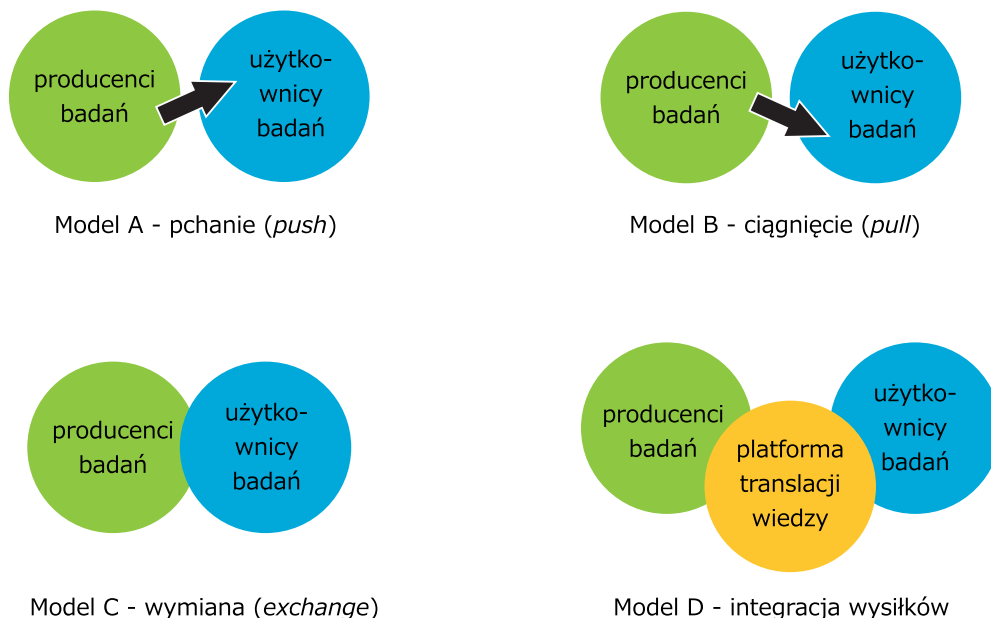
Należy bowiem pamiętać, że procesy polityczne mają szerokie tło i obie grupy nie działają w społecznej próżni. Ich wzajemne, niełatwe stosunki pozostają pod wpływem skomplikowanej rzeczywistości, na przykład mediów społecznościowych [7] i nacisku rzeczników różnych grup interesów, czego przykładem może być tzw. wojna tytoniowa [8]. Przykładem porażki nauki było kontestowanie przez Senat w USA ustaleń *US Preventive Task Force* odnośnie do braku zaleceń do wykonywania skriningu mammograficznego u kobiet w wieku do 50 roku życia oraz dymisja *Davida Nutta* w Wielkiej Brytanii po jego artykułach na temat relatywnych szkód wywołanych różnymi rodzajami środków odurzających [9].

W poszukiwaniu sposobów poprawy relacji badacze-twórcy polityk niezmiennie powtarza się, że konieczne jest wzajemne zrozumienie. Badacze powinni wiedzieć więcej o procesach politycznych niż wynika to z ich doświadczenia oraz relacji medialnych. Twórcy polityk powinni zaś być przygotowani merytorycznie do wykorzystania badań. Celem tego opracowania jest przybliżenie badaczom w dziedzinie zdrowia publicznego: (a) rodzajów powiązań badań z działaniami oraz (b) opinii twórców polityk na temat badań i badaczy w dziedzinie zdrowia.

8.3. Schematy powiązań badań z działaniami

8.3.1. Model *Lavis* i współpracowników

W 2006r. *Lavis* i współpracownicy opisali cztery podstawowe modele powiązań badań z praktyką w sektorze zdrowia – pchania, ciągnięcia, wymiany oraz integracji poprzez pośredników (ryc. 8.1.). W założeniu miały służyć pomocą w ocenie i zrozumieniu zależności występujących między badaniami i praktyką w poszczególnych krajach [10].



Rycina 8.1. Modele tworzenia powiązań między badaniami i działaniami w sektorze zdrowia, wg *Lavis JN. i wsp., 2006*

W modelu „A” pchania badań (*push*) katalizatorem wdrożeń są badacze albo grupy wewnętrznych pośredników, takich jak osoby zatrudnione w działach komunikacji placówek naukowych. Strategia ta ma zastosowanie, gdy potencjalni użytkownicy badań nie wiedzą, że powinni rozważyć daną kwestię lub lekceważą ją. Do wysyłania przekazu informacyjnego na dany temat wykorzystuje się m.in. *policy brief*, czyli krótki dokument, adresowany do audytorium niespecjalistycznego, przedstawiający wyniki projektu badawczego oraz zalecenia do działań praktycznych i polityki [11].

Skuteczność pchania ustaleń z badań o charakterze poznawczym i teoretycznym (podstawowych) jest problematyczna. Wykorzystanie wyników jest zazwyczaj powolne i stopniowe, a wynika z infiltracji do poglądów oraz założeń politycznych. Nieco bardziej korzystna jest sytuacja, w której popycha się wyniki badań stosowanych, które z natury rzeczy przynoszą wyniki bardziej zrozumiałe dla szerokiego audytorium. Niemniej sam fakt, że badacze oferują wyniki, które są niemal gotowe do zastosowania, nie oznacza, że będą wykorzystane.

Przykładem popychania badań zorientowanych na cele praktyczne, z założenia mających

służyć sformułowaniu zaleceń do praktyki i polityki, są przeglądy systematyczne [12]. W ochronie zdrowia dobrze znane są te, które przeprowadza *Cochrane Collaboration* (<http://www.cochrane.org/>). W centrum zainteresowania tej organizacji są problemy medyczne, opieki zdrowotnej i po części także zdrowia publicznego, chociaż w zdecydowanie mniejszym stopniu. Podobną rolę w obszarze edukacji, przestępczości i sprawiedliwości oraz opieki i polityki społecznej pełni *Campbell Collaboration* (patrz: <http://www.campbellcollaboration.org/>). Organizacja ta w swoich przeglądach systematycznych analizowała wiele zagadnień ważnych dla zdrowia publicznego, takich jak np. efektywność: kampanii społecznych przeciwko okaleczaniu kobiet (tzw. obrzezaniu), postępowania w szkole z uczniami, którzy wykazują zaburzenia zachowania, strategii ograniczenia nielegalnego posiadania i użycia broni palnej czy metod uwiarygodnienia policji i obywatelskiej współpracy z nią. Doświadczenie uczy, że nawet przy takiej ofercie, podanej na przysłowiowym talerzu, przeniesienie ustaleń z badań na grunt praktyczny nie jest automatyczne. Wiadomo na przykład, że tylko 50-70% raportów HTA (*health technology assessment*) było wykorzystywanych przez decydentów [13].

W modelu „B” ciągnięcia (*pull*) końcowi użytkownicy badań, np. urzędnicy, osoby podejmujące decyzje, pacjenci, profesjonalści ochrony zdrowia, sami sięgają po wyniki badań, proszą o nie albo zlecają ich wykonanie. Do zaspokojenia takiego zainteresowania potrzebne są zwyczaj materiały z większą ilością informacji, bardziej rozbudowane i dostosowane do potrzeb odbiorców czy zleceniodawców.

Model „C” (*linkage and exchange*) polega na partnerstwie badaczy i użytkowników, np. na współpracy przy ustaleniu priorytetów badawczych, realizacji badań, tworzeniu baz danych. Jest to możliwe, gdy dwie grupy mogą porozumieć się co do pytań i metod badawczych oraz wykorzystania wyników w sposób zgodny ze swoimi potrzebami. Współpraca może być krótko i długoterminowa, może też być nawiązana w każdym etapie projektu badawczego. W strategii tej ważną rolę mogą odegrać brokerzy wiedzy (*knowledge brokers*) – osoby pełniące role pośrednika i mediatora.

Sytuacja, w której badania prowadzi się na zlecenie polityków i praktyków albo w konsultacji z nimi (modele B i C) wydaje się najbardziej korzystna. Niestety, są to pozory. Jakkolwiek podejście takie daje nadzieję na faktyczne zastosowanie wyników, to nierzadko rodzi wątpliwości co do niezależności i obiektywizmu badaczy, a nawet podejrzenia o konflikt interesów czy korupcję.

Czwarte podejście zawiera elementy wszystkich poprzednich modeli, które są połączone poprzez platformę translacji wiedzy (*knowledge translation platform*) – podmiot o zasięgu krajowym lub regionalnym. Platforma jest instytucjonalnym odpowiednikiem brokera wiedzy, łączy potrzeby procesów politycznych z instrumentarium naukowym, inicjuje dialog społeczny, rozpowszechnia informacje. Może tworzyć przyjazne dla użytkowników bazy wiedzy, organizować spotkania i debaty, oferować kursy kształtowania umiejętności w dziedzinie translacji, brokerstwa itp. Interesującym przykładem jest utworzenie takiej platformy w Zambii [14].

Opisane strategie łączności badań (świata nauki) z praktyką mogą być wykorzystywane pojedynczo, łącznie albo naprzemiennie. W realnych warunkach raczej nie występują w czystej postaci, ale w formach hybrydowych. W każdej z nich potrzebne są mechanizmy, które umożliwią przepływ wyników badań. *Lavis* i współpracownicy nazwali swoje propozycje modelami, chociaż bardziej właściwe byłoby nazwanie ich schematami koncepcyjnymi [15]. Propozycja ta zarysowuje głównych aktorów oraz ich wzajemne stosunki, ale nie opisuje procesów, które zachodzą na polu wymiany wiedzy. W tym znaczeniu są to schematy statyczne i liniowe.

8.3.2. *RAPID research-to-policy framework*

Inne podejście, bardziej dynamiczne i wielowymiarowe, mające zastosowanie w różnych dziedzinach wiedzy, zaproponowali przedstawiciele brytyjskiej organizacji o charakterze *think-tank*, zajmującej się kwestiami międzynarodowego rozwoju i krzewieniem humanitaryzmu – *Overseas Development Institute (ODI)*. Podłożem zaproponowanego przez nich schematu *RAPID* (ryc. 8.2.) jest pogląd, że łączenie badań i wiedzy z polityką i praktyką jest pewną rzeczywistością społeczną, która charakteryzuje się zmiennością. Jest procesem, który jest tworzony przez ludzi, ich zachowania oraz układ sił, czyli sprawowanie kontroli nad zasobami [16]. Zgodnie z koncepcją *RAPID* (wypracowaną w *Research and Policy in Development programme*), w procesie tym znaczącą rolę odgrywają: (a) kontekst polityczny, (b) relacje społeczności badaczy i polityków oraz (c) sposób uporządkowania i przedstawienia wyników badań. Elementy te powinny być rozpatrywane łącznie z kolejnym i nadrzędnym czynnikiem (d) – wpływami zewnętrznymi. W podejściu tym kontekst polityczny dotyczy otoczenia, mikro- i mezootoczenia, w którym dochodzi do łączności badań z polityką. Wśród czynników, które kształtują kontekst polityczny wymienia się m.in. strukturę oraz funkcję procesów politycznych i ekonomicznych, kulturę i postawy urzędników, biurokrację, charakter zmian, jakie mogłaby wywołać wiedza (ewolucyjny lub rewolucyjny), naciski instytucjonalne, zakres swobód obywatelskich itp. [17,18].

Relacje badaczy i polityków (*links*), to rodzaj pomostu, który łączy społeczności żyjące w izolacji. Relacje te tworzą zarówno obie społeczności, jak sieci współpracy oraz różni pośrednicy (np. środki masowego przekazu). Podkreśla się, że do poprawy relacji potrzebne są sieci badaczy oraz społeczności praktyków, a również wspólne koalicje. Zwraca się też uwagę na aspekty zaufania, kompetencji, autorytetu i mandatu, otwartości, siły przekonywania, wzajemnych stosunków. W komentarzach pojawia się m.in. wątek znaczenia relacji nieformalnych, zarządzania konfliktem interesów, inwestowania we współpracę i unikania konkurencji, transparentności.

Trzeci z czynników odnosi się do siły dowodów. Przede wszystkim znaczenie mają tutaj jakość badań, ich metodologia, wiarygodność wyników. Równie ważne jest przedstawienie, „sprzedanie” wyników w taki sposób, aby proponować rozwiązanie problemu. Kolejne zmienne związane są z komunikacją, nadawcą komunikatu, strukturą i formą przekazu, terminologią itd.

Ostatni z elementów to oddziaływania zewnętrzne, w makroskali i międzynarodowe, takie jak ogólne uwarunkowania ekonomiczne, kulturowe czy środowiskowe, które są skutkiem globalizacji czy działalności struktur ponadnarodowych, jak np. Unia Europejska.

Poniższy schemat relacyjny jest szeroko stosowany w wielu inicjatywach *ODI* [19], chociaż stosowane są tam również inne podejścia [20].

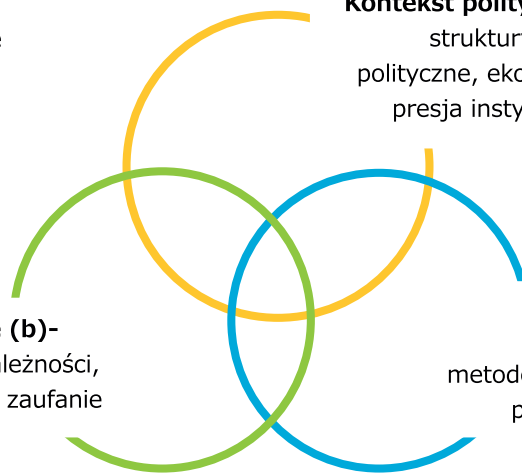
Należy powiedzieć, że w dziedzinie zdrowia zaproponowano również inne schematy do zobrazowania relacji świata badań ze światem polityki [18,21-23] oraz analizy takich związków [24].

Wpływy zewnętrzne (d)-
społeczno-ekonomiczne,
kulturowe, środowiskowe

Kontekst polityczny (a)-
struktury i procesy
polityczne, ekonomiczne,
presja instytucjonalna

Relacje (b)-
sieci, zależności,
władza, zaufanie

Dowody (c)-
wiarygodność,
metodologia badawcza,
prostota przekazu



Rycina 8.2. Schemat *RAPID* powiązań między badaniami i polityką, wg *ODI*

8.4. Relacje badaczy z twórcami polityk w świetle badań

Przyjmując za punkt wyjścia schemat *RAPID*, wydaje się, że w piśmiennictwie związanym ze zdrowiem, najwięcej badań i analiz poświęcono czynnikom z grupy „c” oraz „b”, to jest dowodom i komunikacji oraz stosunkom między badaczami i twórcami polityk [25-28]. Zdecydowanie mniej uwagi poświęcono kontekstowi politycznemu oraz oddziaływaniom zewnętrznym, a więc czynnikom mało uchwytnym i trudnym do zmierzenia. W Europie i Ameryce Płn. brakuje badań na temat związków *politics-policy* (mechanizmy władzy-rozwiązywanie problemów) [29,30]. W Polsce, w szczególowej, jakościowej analizie zawartości artykułów oryginalnych z dziedziny zdrowia publicznego w ogóle nie stwierdzono istnienia publikacji na temat związków badania-polityka (*policy*). Niemniej warto odnotować, że w niewielkim zakresie prowadzono już badania wśród decydentów. Na przykład w projekcie *Crossing Bridges*, dofinansowanym z programu zdrowia publicznego UE i realizowanym m.in. przez NIZP-PZH, pytano takie osoby o samoocenę wiedzy i kompetencji w kwestiach tzw. zdrowia we wszystkich politykach (*Health in All Policies – HiAP*). Wyniki tych badań były jednak podawane tylko w formie uogólnionej, zredagowanej przez *EuroHealthNet* [31]. Trudno wyrokować, co jest powodem niedostatku krajowych publikacji na ten temat. Można domyślać się, że jest to pochodna kilku uwarunkowań: braku zainteresowania badaczy i(lub) recenzentów oraz redaktorów pism taką tematyką, braku możliwości wykonania badania czy też braku umiejętności sformułowania problemu badawczego. Niezależnie od rzeczywistej przyczyny, uznano, że warto pokrótce opisać kilka zagranicznych badań tego rodzaju. Już do inspiracji rodzimych poszukiwań, już do zrozumienia jak liczne przeszkody występują, gdy chce się wprowadzić wyniki badań do polityki zdrowotnej.

Jak wspomniano, w piśmiennictwie angielskojęzycznym przeważają opracowania na temat relacji badaczy i twórców polityk, natomiast związki badaczy z innymi użytkownikami badań są analizo-

wane dużo rzadziej. Wynika to zapewne z chęci oddziaływania na najwyższe piętro planowania strategicznego. W związku z taką przewagą, wszystkie prezentowane niżej przykłady dotyczą twórców polityk (*policy makers*) i ich perspektywy. W dosłownym znaczeniu są to osoby odpowiedzialne za formułowanie polityk (*policies*) lub włączone w ten proces, zwłaszcza w sferze polityki (*politics*) rozumianej jako stosunki władzy i podejmowanie decyzji.

8.4.1. Świadomość dyrektorów odnośnie do aktualnych problemów zdrowotnych i potrzeby reagowania (USA)

Celem badania było ustalenie jak dyrektorzy lokalnych departamentów zdrowia w USA postrzegają problematykę wpływu zmiany klimatu na zdrowie i co zrobili w tej sprawie [32]. W wywiadzie telefonicznym uczestniczyło 133 losowo wybranych dyrektorów odpowiedzialnych za jurysdykcję lokalną (udział w badaniu na poziomie 61%). Większość (niemal 80%) respondentów stwierdziła, że zmiana klimatu jest ważnym problemem w ich okręgu, a problem będzie się nasilał w następnych 20 latach. Pomimo tego zaledwie połowa twierdziła, że przygotowanie do skutków zmiany klimatu powinno stać się jednym z ich priorytetów. Ponadto respondenci twierdzili, że wszystkim interesariuszom brakuje wiedzy na ten temat, ale im samym w najmniejszym stopniu. Drugą grupą, jakoby dostatecznie poinformowaną, byli wyżsi menedżerowie w ich departamentach (tab. 8.1.). Tak więc uznanie ważności problemu nie oznacza działania, a przeszkodą może być brak wiedzy, ale głównie u innych zainteresowanych stron.

Tabela 8.1. Opinie dyrektorów lokalnych departamentów zdrowia na temat wiedzy o zmianie klimatu wśród pracowników departamentu i innych interesariuszy, wg *Maibach* i wsp., 2008

Stwierdzenie	Odpowiedź					
	ZN	N	T	ZT	NW	BO
Mam wiedzę na temat potencjalnego wpływu zmian klimatu na zdrowie społeczeństwa	2.3 (3)	28.6 (38)	60.9 (81)	4.5 (6)	3.0 (4)	0.8 (1)
Pozostali związani z tematem i wyżsi stopniem menedżerowie w moim departamencie zdrowia mają wiedzę na temat potencjalnego wpływu zmian klimatu na zdrowie społeczeństwa	5.3 (7)	36.1 (48)	41.4 (55)	3.8 (5)	12.0 (16)	1.5 (2)
Wielu pozostałych mianowanych urzędników związanych z tematem z mojej jurysdykcji – z obszarów takich jak środowisko, rolnictwo, leśnictwo i dzika przyroda, energetyka i transport – posiada wiedzę na temat potencjalnego wpływu zmian klimatu na zdrowie społeczeństwa	8.3 (11)	33.1 (44)	27.8 (37)	2.3 (3)	27.8 (37)	0.8 (1)

Stwierdzenie	Odpowiedź					
	ZN	N	T	ZT	NW	BO
Wielu spośród wybranych w wyborach urzędników związanych z tematem z mojej jurysdykcji posiada wiedzę na temat potencjalnego wpływu zmian klimatu na zdrowie społeczeństwa	16.5 (22)	43.6 (58)	21.8 (29)	0.8 (1)	17.3 (23)	0.0 (0)
Wielu spośród liderów biznesu z mojej jurysdykcji posiada wiedzę na temat potencjalnego wpływu zmian klimatu na zdrowie społeczeństwa	12.0 (16)	45.1 (60)	9.0 (12)	0.8 (1)	33.1 (44)	0.0 (0)
Wielu liderów lecznictwa z mojej jurysdykcji – włączając szpitale i grupowe praktyki lekarskie – posiada wiedzę na temat potencjalnego wpływu zmian klimatu na zdrowie społeczeństwa	2.3 (3)	40.6 (54)	28.6 (38)	2.3 (3)	25.6 (34)	0.8 (1)

Pierwsza liczba w komórce oznacza odsetek odpowiedzi udzielonych przez respondentów, druga (w nawiasie) to liczba tych respondentów

ZN – zdecydowanie nie zgadzam się; N – nie zgadzam się; T – zgadzam się; ZT – zdecydowanie zgadzam się; NW – nie wiem; BO – brak odpowiedzi

8.4.2. Preferencje twórców polityk i ich oczekiwania wobec badań (USA)

Badanie przeprowadzono wśród osób tworzących polityki dotyczące domowej i umocowanej w społeczności opieki długoterminowej (OD) na poziomie stanowym [33]. Używany tu termin twórcy polityk (*policy makers*) obejmował osoby, które posiadały mandat pochodzący z wyborów. Należy podkreślić, że precyzyjne wyjaśnienie znaczenia tego terminu – na tle innych badań i wielu analiz – jest ewenementem. Pierwszym etapem badania były wywiady półotwarte z badaczami i twórcami polityk oraz kwerenda piśmiennictwa, a także wyszukiwanie w Internecie informacji na temat OD (metodę tę nazwano *environmental scan*). Następnym etapem – omówienie i podsumowanie ustaleń z etapu pierwszego przez przedstawicieli obu grup w trakcie 34 wywiadów indywidualnych i jednego grupowego. Najważniejszy wniosek z badania, to istnienie przepaści między potrzebami twórców polityk i możliwościami ich zaspokojenia przez świat nauki: (a) wyniki badań na temat OD nie docierają do twórców polityk, (b) badacze nie mają dostępu do środków finansowych na prowadzenie badań, których oczekiwaliby twórcy polityk. Kwestie ważne dla osób tworzących polityki OD przedstawiono w zestawieniu 8.1. Jako obiecujące podejście do wypełnienia luki między nauką i polityką wskazano pośrednictwo (*brokering*).

Zestawienie 8.1. Czynniki istotne dla przepływu informacji z perspektywy twórców polityk dotyczących opieki długoterminowej, wg *Feldman PH. i wsp., 2001*

Istotne kwestie	Komentarz
Źródła informacji	Twórcy polityk są bardziej skłonni polegać na informacjach uzyskanych ze źródeł (także lokalnych), do których mają zaufanie, jak osoby równe stanem (<i>peer</i>), liderzy w danej dziedzinie, albo takich które mają wiedzę z pierwszej ręki na temat krajowych uwarunkowań, priorytetów lub potrzeb
Treść, znaczenie informacji	Twórcy polityk są bardziej skłonni do wykorzystania informacji, które dotyczą problemów, które są aktualne (rozpatrywane w danym momencie) albo wydaje się, że będą ważne w przewidywalnej przyszłości
Wytlumaczenie, przełożenie praktyczne	Twórcy polityk są bardziej skłonni do zwrócenia uwagi na badania, jeśli ich wyniki mają wyraźnie określone skutki polityczne; z zadowoleniem przyjmują spekulacje na temat ich politycznych implikacji
Forma, struktura	Twórcy polityk są bardziej skłonni odnieść się do informacji, które są przedstawione w spójnej, atrakcyjnej wizualnie formie i mogą być przez nich wykorzystane
Terminowość	Twórcy polityk preferują wczesne, wstępne wyniki, nie zaś wyniki ostateczne
Natłok informacji	Twórcy polityk są zalewani informacjami; skłaniają się ku mechanizmom, które pomogą im selekcjonować najważniejsze informacje

8.4.3. Czynniki ułatwiające i utrudniające wykorzystanie badań przez twórców polityk (dane międzynarodowe)

Chociaż najwięcej badań na temat poglądów twórców polityk na relacje ze światem nauki przeprowadzono w USA, to z powodu odmienności lokalnego systemu prawnego, administracyjnego i społecznego nie muszą one odzwierciedlać innych kontekstów. Dlatego interesujące są wyniki przeglądu systematycznego, w którym znalazły się badania z wielu krajów (USA, Wielkiej Brytanii, Kanady, Australii, Burkina Faso, Meksyku, Holandii, Pakistanu, Południowej Afryki i Szwecji). Przeglądem objęto badania, w których przeprowadzono wywiady z twórcami polityk i pytano o realia wykorzystania dowodów naukowych do polityki zdrowotnej na poziomie krajowym, regionalnym lub danej organizacji [34].

Analizę przeprowadzili badacze z *Health Services Research Unit, National Institute of Public Health* z Oslo w Norwegii. Wyszukiwanie odpowiednich artykułów prowadzono w 8 bazach bibliograficznych, a ponadto dokonano ręcznego wyszukiwania w najważniejszych czasopismach dziedzinowych oraz kontaktowano się osobiście z poszczególnymi badaczami. Ostatecznie do analizy zakwalifikowano 24 artykuły, w których opisano łącznie 2041 wywiadów z twórcami polityk. Tylko w 3 pracach szczegółowo opisano dobór próby. Wyniki żadnej z tych prac nie mogły być jednak uogólnione. W większości, pomiar stopnia wykorzystania badań do polityk polegał na analizie jakościowej, opisowej. Najważniejsze wyniki badania zestawiono w tabeli 8.2.

Tabela 8.2. Opinie twórców polityk zdrowotnych na temat czynników, które pomagają i przeszkadzają przy wykorzystaniu wyników badań, wg *Innvaer S. i wsp.*, 2002

Czynniki pomagające w wykorzystaniu badań do polityk		Czynniki przeszkadzające w wykorzystaniu badań do polityk	
Czynnik	Częstość występowania	Czynnik	Częstość występowania
Osobisty kontakt badaczy i twórców polityk	13/24	Brak osobistego kontaktu badaczy i twórców polityk	11/24
Terminowość i znaczenie badań	13/24	Brak terminowości i znaczenia badań	9/24
Badania, które zawierają podsumowanie i jasne zalecenia	11/24	Wzajemny brak zaufania, w tym polityczna naiwność badaczy i naukowa naiwność twórców polityk	8/24
Dobra jakość badań	6/24	Problemy władzy i budżetu	7/24
Badania, które potwierdziły obecną politykę lub własny interes	6/24	Zła jakość badań	6/24
Nacisk społeczny lub żądanie klienta	4/24	Brak stabilności politycznej i duża rotacja w zespole twórców polityk	5/24
Badania, które mówią o efektywności	3/24		

W podsumowaniu stwierdzono, że badania polegające na wywiadach z twórcami polityk w niewielkim stopniu wspierają potoczne przekonania o czynnikach, które pomagają i przeszkadzają przy wykorzystaniu wyników badań w decyzjach politycznych. Stawia to pod znakiem zapytania zdroworozsądkowe propozycje poprawy sytuacji. W opinii autorów, najczęściej spotykana sugestia, aby poprawiać komunikację dwutorową może przyczynić się do odpowiedniego wykorzystania dowodów, ale może również promować selektywne i nieodpowiednie wykorzystanie dowodów naukowych.

8.4.4. Zachowania i zwyczaje twórców polityk związane z wykorzystaniem badań (Minnesota, USA)

W badaniu przeprowadzonym wśród 20 legislatorów (twórców polityk) z Minnesoty (po 5 demokratów i republikanów z dwóch izb w parlamencie stanowym), którzy wzięli udział w wywiadzie telefonicznym ustalono, że [35]:

- większość twórców polityk miała pewne doświadczenie z wykorzystaniem badań zanim rozpoczęła pracę w legislaturze, np. we wcześniejszej pracy zawodowej;
- większość deklarowała, że aktualnie wykorzystuje badania, zwłaszcza w kwestiach dotyczących dzieci, edukacji, transportu i opieki medycznej;
- respondenci zazwyczaj deklarowali, że informacje o badaniach pochodziły od zespołu współpracowników z bezpartyjnych biur, lobbystów, rzeczników i grup interesów;
- najczęściej deklarowaną przyczyną sięgania po badania była chęć ustosunkowania się do danej ustawy;

- połowa deklarowała osobiste kontakty z badaczami, głównie na seminariach w parlamencie, które były organizowane przez uczelnie;
- mniej niż połowa twierdziła, że uczestniczy w konwersatoriach organizowanych przez stanowy parlament. Tylko niektórzy uczestnicy takich spotkań uważali, że są one pożyteczne;
- legislatorzy byli przekonani, że badacze powinni sami przychodzić z informacjami, chociaż niektórzy respondenci obawiali się, że może to doprowadzić do przeciążenia ich nadmiarem informacji;
- w opinii legislatorów wiarygodne badania powinny być bezstronne, pochodzić ze źródła znanego z obiektywizmu (np. uniwersytety), recenzowane, powtarzalne i nie fundowane przez grupy, które mają programy polityczne;
- większość nie umiała powiedzieć, czy prowadzi się odpowiednie badania, ponieważ badani w ogóle nie wiedzieli, jakie są prowadzone;
- legislatorzy proponowali liczne rozwiązania zmierzające do wykorzystania badań, m.in.: wyniki przedstawiać w krótkiej i zrozumiałej formie, informacje dostosowywać do audytorium, do prezentacji wyników używać różnych form komunikacji, proponować rozwiązania i wyjaśniać ich skutki, regularnie informować o prowadzonych badaniach, stworzyć bazę wiedzy o badaniach z podziałem wg tematyki.

Trzeba podkreślić, że w badaniu tym nie koncentrowano się na politykach zdrowotnych, ale okazało się, że problematyka opieki medycznej była jedną z tych nielicznych, w których legislatorzy, przynajmniej deklaratorywnie, odwoływali się do badań.

8.4.5. Opinie twórców polityk o badaczach z dziedziny zdrowia publicznego (Australia)

W badaniu jakościowym (wywiady półotwarte) przeprowadzonym wśród 26 urzędników, ministrów oraz ich doradców ustalono, że twórcy polityk cenili tych badaczy, którzy byli wiarygodni w trzech domenach: (a) kompetencji (wzorowa opinia akademicka wraz z pragmatyzmem, zrozumieniem procesów w rządzie oraz efektywną komunikacją i umiejętnością komunikacji), (b) integralności (niezależność, autentyczność, wierność relacjonowane badań), (c) życzliwości (zaangażowanie w agendę reform politycznych) [36].

8.4.6. Znaczenie treści przekazu na temat nowotworów piersi kierowanego do twórców polityk (USA)

Badanie miało charakter eksperymentu, w którym twórcom polityki przedstawiono do oceny cztery warianty tzw. *policy brief* (*PB*). W języku polskim nie wprowadzono dotychczas dobrego odpowiednika tego określenia i używany jest termin angielski. *PB* jest krótkim dokumentem, który przedstawia pewne fakty (wyniki badań) oraz podaje uzasadnienie dla danej opcji politycznej lub kierunku działania [11].

Dla potrzeb omawianego badania stworzono cztery rodzaje *PB* na temat skriningu mammograficznego [37]. Były to następujące dokumenty: (a) *PB* zorientowany na fakty, opierający się na danych z poziomu stanu; (b) zorientowany na fakty, opierający się na danych z poziomu lokalnego,

hrabstwa; (c) zorientowany na historię kobiety chorej na raka piersi i jej krewnych oraz wykorzystujący dane stanowe; (d) zorientowany na historię i wykorzystujący dane lokalne. Uczestnikami badania byli reprezentanci trzech grup twórców polityk z poziomu stanowego: (i) prawniczy personel legislacyjny, czyli osoby odpowiedzialne za zbieranie informacji, terminarz prac *etc.*, (ii) legislatorzy, czyli osoby tworzące propozycje prawa oraz (iii) przedstawiciele administracji wykonawczej (dyrektorzy, kierownicy programów). W wyniku losowania warstwowego do próby weszli twórcy polityk z 6 stanów. Losowo przydzielono im jeden z czterech wymienionych *PB*, a następnie proszono o wypełnienie kwestionariusza. Pytano w nim, czy dokument był zrozumiały, wiarygodny, możliwy do wykorzystania w praktyce i przekazania innym użytkownikom. Opinie respondentów były mierzone za pomocą 5-stopniowej skali *Likerta*. W badaniu wzięło udział 291 respondentów; wyniki poddano analizie statystycznej.

Podstawowe znaczenie miały wiarygodność wiedzy i sposób przekazania jej twórcom polityki. Wyniki wskazują, że wykorzystanie jednego *PB* w kwestii zapobiegania nowotworom piersi, uniwersalnego i odpowiedniego dla wszystkich, może być mniej efektywne niż stworzenie informacji „skrojonych na miarę” (*tailored*). Jakkolwiek wszystkie badane grupy oceniły poszczególne dokumenty jako zrozumiałe i wiarygodne, to np. legislatorzy byli skłonni wykorzystać *PB* zorientowany na dane z poziomu stanowego, a personel legislacyjny – zorientowany na historię z poziomu stanowego. Pomijając inne wyniki szczegółowe, należy wymienić zalecenia praktyczne, które wskazał zespół badaczy.

- Uwzględnić potrzeby komunikacyjne różnych grup. Na przykład w informowaniu lekarzy i rzeczników można stosować krótkie dokumenty wyjaśniające punkt widzenia; dla innego audytorium (np. personel legislacyjny) ważne będzie obszernie podsumowanie.
- Mierzyć efekty komunikacji w kategoriach długoterminowych. Przeprowadzone badanie oceniało recepcję *PB* w jednym punkcie czasu. Biorąc pod uwagę dynamikę procesu tworzenia polityki i czas, jakiego wymaga, należałoby przedłużyć okres obserwacji.
- Istnieje potrzeba zrozumienia zasad efektywnej komunikacji, niezależnie od problematyki. Potrzebne są dalsze badania dotyczące innych problemów, np. palenia tytoniu, diety, aktywności fizycznej.
- Potrzeby komunikacyjne twórców polityk na poziomie lokalnym mogą być odmienne od tych, które obserwuje się na poziomie stanowym. W przeprowadzonym badaniu analizowano potrzeby osób z poziomu stanu, ale wiele cennych inicjatyw i działań toczy się na poziomie lokalnym. Dlatego potrzebne są badania dotyczące zasad komunikacji i perswazji na niższych szczeblach.
- Wyniki badań ilościowych mogą być wzbogacone badaniami jakościowymi. Pozwolą one lepiej zrozumieć rzeczywiste znaczenie prawidłowości opisanych ilościowo.

W podsumowaniu można zacytować słowa komentarza do tego badania: „Aby dokładnie zrozumieć, w jaki sposób *PB* może wpływać na uczestników procesu tworzenia polityki trzeba by wiedzieć, jaka jest ich wyjściowa wiedza na dany temat i jakie mają przekonania co do rangi danego problemu, jak oceniają warunki tworzenia polityki, czy mają wstępne albo ustalone opinie na temat kierunku danej polityki, czy dokument polityczny zmienił ich opinię i w jaki sposób, co mają na myśli, gdy mowa o wykorzystaniu *PB*. (...) Zależności między transferem wiedzy i polityką niechętnie odkrywają swoje tajemnice. Nigdy nie da się wyeliminować chaosu w badaniach realnego

świata podejmowania decyzji, ale powinniśmy podwoić wysiłki na rzecz stworzenia porządku, tam gdzie jest to możliwe” [38].

8.5. Podstawowe rozbieżności między nauką i polityką

Z wielu innych badań wyłania się podobny obraz [39,42] i powszechnie widoczne jest istnienie dwóch odrębnych społeczności badaczy i twórców polityk. Opisywane to było w USA np. takimi efektownymi sformułowaniami jak „badacze są z Marsa, a twórcy polityk z Wenus” [33] albo „podróżni w światach równoległych” [43]. Podstawowe różnice między badaczami i twórcami polityk w USA umieszczono w zestawieniu 8.2.

Zestawienie 8.2. Różnice między badaczami a twórcami polityk publicznych, wg *Brownson RC.* i wsp., 2006

Cecha różnicująca	Badacze	Twórcy polityk
Główny bodziec do działania	Granty, publikacje	Ponowny wybór, uznanie
Liderzy opinii	Czołowi uczeni	Przywódcy społeczni, liderzy polityczni, współpracownicy
Związki z rzecznikami	Słabe	Mocne
Odpowiedzialność	Wydawcy, fundatorzy	Partie polityczne, rząd, podatnicy
Zakres wiedzy	Głęboka wiedza na nieliczne tematy	Mniej głęboka wiedza na bardzo wiele tematów
Gotowość do zaakceptowania niepewności	Mniejsza	Większa
Rodzaj danych, na których się polega	Nauka, badania empiryczne	Nauka, media, historie z życia, darzeni zaufaniem doradcy
Częsta metoda pozyskiwania informacji	Czasopisma, spotkania naukowe	Newsy w mediach, zespół, koledzy
Czas działania	Długi	Krótki
Znaczenie rozpowszechnionych informacji	Małe do średniego	Duże

Wśród różnych sugestii poprawy relacji badaczy i polityków wymienia się m.in. ułatwienie dostępu do wyników badań, tworzenie możliwości współpracy, stworzenie systemu zachęt do współpracy, bardziej zdecydowane ukierunkowanie badań na potrzeby polityki [40].

W dziedzinie zdrowia publicznego wpływ wiedzy/badań/dowodów na politykę ma najczęściej pośredni charakter i wynika przede wszystkim z oddziaływania poprzez debatę czy oczekiwania społeczne [44]. Brak porozumienia polityki, praktyki i badań w dziedzinie zdrowia publicznego może wynikać przynajmniej z 13 różnic, jakie występują między tymi środowiskami [45]. Na pierwszy plan wysuwa się odmienne rozumienie celu działalności politycznej, praktycznej i badawczej. Dla polityki istotne są kwestie ogólnospołeczne i interesy partii politycznych. Dla praktyki najważniejsze są pilne potrzeby grup społecznych i kwestie rozwiązywalne. Dla badaczy

zaś, największe znaczenie ma wyjaśnianie zjawisk i problemów albo dodanie nowej wiedzy do tego, co już wiadomo.

Mówiąc o celach działalności badawczej, nie można pominąć faktu, że naukowcy potrafią zająć się tematami bez większego znaczenia utylitarne, wyłącznie dla żartu lub w celu ośmieszenia metod pseudonaukowych. Przykładem świadomego szyderstwa może być praca na temat istnienia korelacji między stanem zdrowia a znakiem zodiaku, pod którym urodzili się rezydenci Ottawy [46]. Innym – artykuł na temat istnienia bardzo silnego związku między konsumpcją czekolady *per capita* w poszczególnych państwach a liczbą krajowych laureatów Nagrody Nobla [47]. Artykuł ukazał się w październiku 2012r. w jednym z najbardziej prestiżowych czasopism (*NEJM*), a autorem był dr *Franz Messerli*, znany amerykański kardiolog, z pochodzenia Szwajcar. Na zakończenie pracy umieszczono petitem wzmiankę, że „Dr *Messerli* przyznaje, że regularne codzienne spożywa czekoladę, głównie, ale nie wyłącznie, w postaci wyrobów z czarnej czekolady produkcji firmy *Lindt*”. W badaniu udowodniono, że Szwajcarzy zjadają najwięcej czekolady i mają najwięcej laureatów Nagrody Nobla. Powszechnie wiadomo, że firma *Lindt* jest szwajcarska. Nie wiadomo natomiast, czy pracą poważną, na serio czy dowcipem było badanie na temat związku posiadanych przekonań politycznych, konserwatywnych lub liberalnych, z umieralnością w Polsce [48] albo praca na temat wpływu audytoryjnego, siedmiodniowego słuchania muzyki operowej na stan mysich pacjentów po transplantacji serca, która została w 2013r. laureatem *Ig Nobel Prize* w dziedzinie medycyny [49].

Innym czynnikiem różnicującym politykę, praktykę oraz badania w dziedzinie zdrowia publicznego jest postrzeganie statusu społecznego. Dla twórców polityki najważniejszym wyznacznikiem statusu jest miejsce na szczeblach drabiny urzędniczej, dla praktyków – pozycja społeczna, a dla badaczy – cenzus intelektualny, naukowy. Ten zaś coraz częściej mierzony jest za pomocą współczynnika *impact factor (IF)* dla czasopisma, które zamieściło artykuł. Tymczasem metoda ta ma szereg wad [50-52], zwłaszcza w kontekście zdrowia publicznego [53-55], budzi zastrzeżenia zdrowia publicznego nawet w USA [56], jest bardziej ceniona przez badaczy niż praktyków ochrony zdrowia [57] i może utrudniać rozwój subdyscyplin badawczych w dziedzinie zdrowia [58]. Co więcej, istnieje tylko bardzo słaby pozytywny związek między jakością badania, określaną za pomocą *IF*, a oceną wpływu publikacji, dokonaną metodą *Delphi* przez grono ekspertów w danej dziedzinie [59]. Dlatego coraz częściej poszukuje się innych metod oceny wpływu publikacji [60,61]. Ważnym krokiem do tego celu było przyjęcie w grudniu 2012r. *The San Francisco Declaration on Research Assessment* (tzw. *DORA*) [62]. Różnice w postrzeganiu statusu i jego wyróżników wpływają na ocenę partnerów, wzajemny brak szacunku i zaufania, odmienne postawy wobec informacji oraz produkcji dowodów. Poza tym naukowcy i twórcy polityk posługują się innym językiem, inaczej interpretują czas oraz odpowiedzialność zawodową [3].

8.6. Podsumowanie

Pomimo licznych prób analizy relacji świata naukowców z twórcami polityk i praktykami, ciągle nie za wiele wiadomo o występujących tu mechanizmach, a chyba jeszcze mniej o sposobach poprawy sytuacji. I jest to swoisty paradoks. Z jednej strony rosną oczekiwania, aby praktyka i polityka była oparta na dowodach, z drugiej zaś – nie ma wystarczających dowodów naukowych, jak to zrobić w praktyce. Niemniej, pomimo wszystkich problemów i odmienności, nikt nie rezygnuje z pogodzenia różnic. W piśmiennictwie istnieje wiele wskazówek postępowania, zarówno dla twórców polityk jak naukowców. Zostaną omówione w następnym rozdziale.

8.7. Piśmiennictwo

1. Richardson L. Putting the Research Boot on the Policymakers' Foot: Can Participatory Approaches Change the Relationship between Policymakers and Evaluation? *Social Policy & Administration* 2013, 47(4): 483–500.
2. Peha JM. Bridging the Divide Between Technologists and Policy-Makers. *IEEE Spectrum* March 2001: 15-19.
3. Choi BCK, Pang T, Lin V, Puska P, Sherman G, Goddard M, Ackland MJ, Sainsbury P, Stachenko S, Morrison H, Clotney C. Can scientists and policy makers work together? *J Epidemiol Community Health* 2005,59: 632-637.
4. Hanney SR, González-Block MA. Evidence-informed health policy: are we beginning to get there at last? *Health Res Policy Syst.* 2009,7: 30.
5. Hanney SR, González-Block MA. Yes, research can inform health policy; but can we bridge the 'Do-Knowing It's Been Done' gap? *Health Res Policy Syst.* 2011, 9: 23.
6. Milat AJ, Bauman AE, Redman S, Curac N. Public health research outputs from efficacy to dissemination: a bibliometric analysis. *BMC Public Health* 2011, 11: 934.
7. Sutherland WJ, Bellingan L, Bellingham JR, Blackstock JJ, Bloomfield RM, et al. A Collaboratively-Derived Science-Policy Research Agenda. *PLoS ONE* 2012, 7(3): e31824.
8. Smith KE. Understanding the Influence of Evidence in Public Health Policy: What Can We Learn from the 'Tobacco Wars'? *Social Policy & Administration* 2013, 47(4): 382–398.
9. The PLoS Medicine Editors. Science must be responsible to society, not to politics. *PLoS Med* 2010, 7(1): e1000222.
10. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006, 84(8): 620-628.
11. Jones N, Walsh C. Policy briefs as a communication tool for development research. Overseas Development Institute. Background Note, May 2008. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/594.pdf>
12. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E. Use of research to inform public policymaking. *The Lancet* 2004, 364(9445): 1615-21.
13. Sorenson C, Drummond M, Kristensen FB, Busser. How can the impact of health technology assessments be enhanced? Copenhagen: World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008: 9.
14. Kasonde JM, Campbell S. Creating a Knowledge Translation Platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research. *Health Res Policy Syst.* 2012, 10: 31.
15. Paradies Y, Stevens M. Conceptual diagrams in public health research. *J Epidemiol Community Health* 2005, 59:1012-1013.
16. Overseas Development Institute. The RAPID Framework for Assessing Research-Policy Links. http://www.smeru.or.id/report/training/menjembutani_penelitian_dan_kebijakan/untuk_cso/file/8.pdf
17. Crewe E, Young J. Bridging research and policy: context, evidence and links. Overseas Development Institute. Working Paper 173. London, September 2002. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/184.pdf>
18. Jones N, Datta A, Jones H, Khmadi N, Boa E, Correa N, Hang N, Sharma Paudel N, Schumacher L, Telleriar. Knowledge, policy and power. Six dimensions of the knowledge development policy interface. Overseas Development Institute 2009. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/4919.pdf>
19. Mendizabal E, Datta A, Young J. Developing capacities for better research uptake: the experience of ODI's Research and Policy in Development programme. Background Note, December 2011. Overseas Development Institute 2009.

- <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7524.pdf>
20. Jones H, Jones N, Shaxson L, Walker D. Knowledge, policy and power in international development: a practical framework for improving policy. Background Note, January 2013. Overseas Development Institute 2013. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8201.pdf>
 21. Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ, Kogan M. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Policy Syst.* 2003, 1: 2.
 22. Bowen S, Zwi AB. Pathways to „evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Med* 2005, 2(7): e166.
 23. Landry R, Amara N, Pablos-Mendes A, Shademani R, Gold I. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bull World Health Organ.* 2006, 84(8): 597-602.
 24. Włodarczyk WC. Wprowadzenie do polityki zdrowotnej, Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 107-135.
 25. Lavis JN, Oxman AD, Moynihan R, Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 1 – Synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci.* 2008, 3:53.
 26. Lavis JN, Paulsen EJ, Oxman AD, Moynihan R. Evidence-informed health policy 2 - survey of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci.* 2008, 17 (3): 54.
 27. Lavis JN, Oxman AD, Moynihan R, Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 3 - interviews with the directors of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci.* 2008, 17, 3: 55.
 28. Lavis JN, Moynihan R, Oxman AD, Paulsen EJ. Evidence-informed health policy 4 - case descriptions of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci.* 2008, 17(3): 56.
 29. Navarro V. Politics and health: a neglected area of research. *Eur J Public Health* 2008, 18(4): 354-356.
 30. Judge K. Politics and health: policy design and implementation are even more neglected than political values. *Eur J Public Health* 2008, 18(4):354-356.
 31. European Portal for Action on Health Inequalities. Crossing Bridges. http://www.health-inequalities.eu/HEALTH-EQUALITY/EN/projects/crossing_bridges/#Summary
 32. Maibach EW, Chadwick A, McBride D, Chuk M, Ebi KL, et al. Climate Change and Local Public Health in the United States: Preparedness, Programs and Perceptions of Local Public Health Department Directors. *PLoS ONE* 2008, 3(7): e2838.
 33. Feldman PH, Nadash P, Gursen M. Improving Communication Between Researchers and Policy Makers in Long-Term Care Or, Researchers Are From Mars; Policy Makers Are From Venus. *The Gerontologist* 2001, 41(3): 312-321.
 34. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-makers’ perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2002, 7(4): 239–244.
 35. Jefferys M, Troy K, Slawik N, Lightfoot E. Issues in Bridging the Divide between Policymakers and Researchers. University of Minnesota 2007. http://www.cehd.umn.edu/ssw/cascw/attributes/PDF/publications/IssuesBridgingDivide-Policymakers_Researchers.pdf
 36. Haynes AS, Derrick GE, Redman S, Hall WD, Gillespie JA, et al. Identifying Trustworthy Experts: How Do Policy-makers Find and Assess Public Health Researchers Worth Consulting or Collaborating With? *PLoS ONE* 2012, 7(3): e32665.
 37. Brownson RC, Dodson EA, Stamatakis KA, Casey CM, Elliott MB, Luke DA, Wintrodand CG, Kreuter MW. Communicating Evidence-Based Information on Cancer Prevention to State-Level Policy Makers. *JNCI (J Natl Cancer Inst)* 2010, 103 (4): 306-316.
 38. Lewis S. How Research Influences Policy Makers: Still Hazy After All These Years. *JNCI (J Natl Cancer Inst)* 2011, 103(4): 286-287.
 39. Elliott H, Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making. *J Epidemiol Community Health* 2000, 54: 461–468.
 40. Campbell DM, Redman S, Jorm L, Cooke M, Zwi AB, Rychetnik L. Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. *Aust New Zealand Health Policy.* 2009, 6: 21.
 41. Jansen MW, De Leeuw E, Hoeijmakers M, De Vries NK. Working at the nexus between public health policy, practice and research. Dynamics of knowledge sharing in the Netherlands. *Health Res Policy Syst.* 2012, 10: 33.
 42. Vogel JP, Oxman AD, Glenton C, Rosenbaum S, Lewin S, Gülmezoglu AM, Souza JP. Policymakers’ and other stakeholders’ perceptions of key considerations for health system decisions and the presentation of evidence to inform those considerations: an international survey. *Health Res Policy Syst.* 2013, 11:19.
 43. Brownson RC, Royer C, Ewing R, McBride TD. Researchers and policymakers: travelers in parallel universes. *Am J Prev Med.* 2006, 30(2):164-72.
 44. Orton L, Loyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O’Flaherty M, Capewell S. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS ONE* 2011, 6(7): e21704.

45. Jansen MWJ, van Oers HAM, Kok G, de Vries NK. Public health: disconnections between policy, practice and research. *Health Res Policy Syst.* 2010, 8: 37.
46. Austin PC, Mamdani MM, Juurlink DN, Hux JE. Testing multiple statistical hypotheses resulted in spurious associations: a study of astrological signs and health. *Journal of Clinical Epidemiology* 2006, 59: 964-969.
47. Messerli FH. Chocolate Consumption, Cognitive Function, and Nobel Laureates. *N Engl J Med* 2012, 367:1562-1564.
48. Romaniuk P, Paudyal P, Krajewski-Siuda K, Topór-Mądry R, Maddox R, Gericke CA. The relationship between political ideology and mortality in Poland. *F1000Research* 2012, 1:55.
49. Uchiyama M, Jin X, Zhang Q, Hirai T, Amano A, Bashuda H, Niimi M. Auditory stimulation of opera music induced prolongation of murine cardiac allograft survival and maintained generation of regulatory CD4⁺CD25⁺ cells. *Journal of Cardiothoracic Surgery* 2012, 7:26.
50. Seglen PO. Why the impact factor of journals should not be used for evaluating research. *BMJ* 1997, 314:497.1
51. Neuberger J, Counsell C. Impact factor: uses and abuses. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2002, 14(3): 209-11.
52. The PLoS Medicine Editors. The impact factor game: it is time to find a better way to assess the scientific literature. *PLoS Med* 2006, 3(6): e291.
53. Porta M. The bibliographic “impact factor” of the Institute for Scientific Information: how relevant is it really for public health journals? *J Epidemiol Community Health.* 1996, 50(6): 606–610.
54. Porta M, Fernandez E, Murillo J, Alguacil J, Copete JL. Commentary I - The bibliographic „impact factor”, the total numbers of citations and related bibliometric indicators: the need to focus on journal of public health and preventive medicine. *Sozial- und Präventivmedizin* 2004, 49 (1): 15-18.
55. Jansen MW, Ruwaard D. Making an impact instead “public and perish”. *Eur J Public Health* 2012, 22(5): 613-614.
56. Rethlefsen ML, Wallis LC. Public health citations patterns: an analysis of the American Journal of public health, 2003-2005. *J Med Libr Assoc* 2007, 95(4):408-415.
57. Saha S, Saint S, Christakis DA. Impact factor: a valid measure of journal quality? *J Med Libr Assoc.* 2003, 91(1): 42–46.
58. Heath J, Grimmer-Somers K, Milanese S, Hillier S, King E, Johnston K, Wall K, Thorpe O, Young A, Kumar S. Measuring the impact of allied health research. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2011, 4: 191–207.
59. Sutherland WJ, Goulson D, Potts SG, Dicks LV. Quantifying the Impact and Relevance of Scientific Research. *PLoS ONE* 2011, 6(11): e27537.
60. Bornmann L. Measuring the societal impact of research. *European Molecular Biology Organization Reports* 2012, 13(8): 673-676.
61. Aragón AM. A measure for the impact of research. *Scientific Reports* 2013, 3, Article number:1649.
62. The San Francisco Declaration on Research Assessment. <http://am.ascb.org/dora/>

9. TRANSLACJA WIEDZY – PODEJŚCIA I METODY

Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

²Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

9.1. Najważniejsze fakty

- W piśmiennictwie opisano kilkadziesiąt podejść/schematów/modeli translacji wiedzy w dziedzinie zdrowia. Cechą wspólną tych podejść jest wyróżnienie w procesie translacji pięciu etapów: (a) określenie i opisanie problemu, (b) tworzenie bazy wiedzy/dowodów oraz ich selekcja, (c) analiza kontekstu, (d) działania translacyjne, (e) wykorzystanie wiedzy/dowodów.
- Dużą rolę w translacji wiedzy odgrywa efektywna komunikacja, toteż istnieją specjalne zalecenia związane z komunikacją.
- Obiecującym podejściem do łączenia producentów badań i ich użytkowników oraz do translacji wiedzy jest brokerstwo wiedzy/informacji.

9.2. Wstęp

Translacja wiedzy nie jest nową ideą, a wydaje się nawet, że cieszy się rosnącym zainteresowaniem. W piśmiennictwie najsilniejszy akcent położono na etapy i metody postępowania, czyli – ogólnie mówiąc – rozwiązania wykonawcze. Aspekt ewaluacyjny, to jest oceny efektów proponowanych podejść, jest dużo słabiej reprezentowany [1].

W przeprowadzonym w 2009r. przeglądzie piśmiennictwa związanego ze zdrowiem dowiedziono, że istniało wówczas 28 różnych schematów (modeli), które systematyzowały cały proces albo jego fragmenty [2]. W analizie tej uwidoczniło się istnienie trzech typów schematów (modeli) translacji: liniowe, cykliczne i wielokierunkowe. W modelach liniowych proces translacji przebiega etapami od punktu startu do mety, czyli ma swój początek i koniec. Przykładem jest model *Davisa* i współpracowników [3] oraz model *Grola i Grimshawa* [4]. Modele cykliczne, najbardziej liczne, przedstawiają proces translacji jako szereg czynności, które powtarzają się i nie kończą w określonym punkcie. Przykładem jest model *Grahama* i współpracowników [5]. Modele wielokierunkowe, dynamiczne obrazują udział wielu aktorów i różne ich działania, które mogą, ale nie muszą, odbywać się w ściśle określonej kolejności [6]. Zaobserwowano przy tym, że we wszystkich podejściach występuje pięć wspólnych elementów procesu: (a) określenie i opisanie problemu, (b) tworzenie bazy wiedzy/dowodów oraz ich selekcja, (c) analiza kontekstu, (d) działania translacyjne, (e) wykorzystanie wiedzy/dowodów.

Oczywiście, sytuacja taka dowodzi, że nie ma jednego, uniwersalnego podejścia czy schematu translacji wiedzy. Istnienie wielu propozycji pokazuje, z jednej strony, że podejmowane są liczne i rozproszone próby uporządkowania tego obszaru. Z drugiej jednak strony, wskazuje to na pewną

bezradność wobec złożoności zjawiska. W realnym życiu, występuje tak wiele uwarunkowań, że niezbędne jest dostosowanie się do okoliczności. Podobne zjawisko dotyczy schematów planowania interwencji zdrowia publicznego i promocji zdrowia. Również w tym obszarze istnieje wiele propozycji, przy czym nie stanowią one dla siebie konkurencji. W praktyce stosuje się zaś najczęściej miksturę tych schematów.

Celem tego opracowania jest przedstawienie schematów i metod translacji wiedzy w dziedzinie zdrowia, w tym brokerstwa wiedzy.

9.3. Podejścia do translacji wiedzy

9.3.1. Schemat *Lavisa* i współpracowników

Schemat pochodzi z 2003r. i chociaż jest stosunkowo prosty, to późniejsze, bardziej rozbudowane podejścia nie wyeliminowały go z użycia. Jest to model liniowy. Idea translacji wiedzy przedstawiona jest tutaj w postaci pięciu pytań [7].

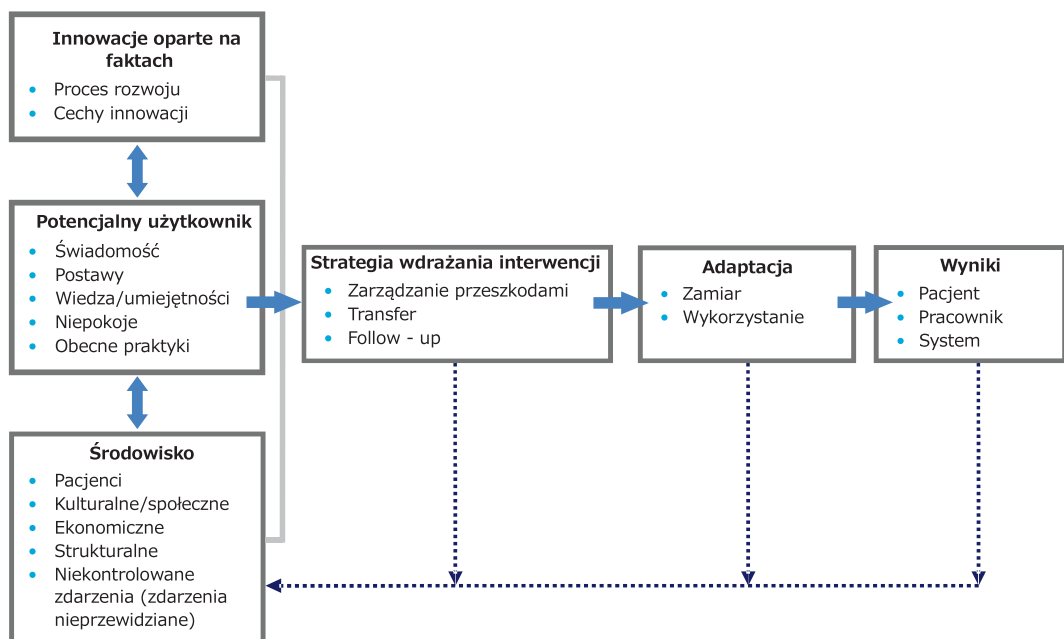
- Co powinno być przekazane (przekaz)?
 - zawrzeć przekaz praktyczny, możliwy do wykorzystania (*actionable messages*);
 - opierać informacje raczej na wielu badaniach lub przeglądach systematycznych, niż na pojedynczym badaniu;
 - zawrzeć raczej myśl, ideę, a nie suche dane.
- Komu powinno to być przekazane (odbiorca docelowy)?
 - dostosować przekaz do potrzeb audytorium docelowego („skroić” przekaz);
 - upewnić się, że twórcy przekazu rozumieją kontekst ważny dla każdej grupy (np. klimat polityczny, w którym podejmuje się decyzje);
 - wykorzystać dostępne badania, aby zrozumieć kto może działać (zmienić stan obecny), kto ma wpływ na te osoby i jakie są skuteczne sposoby dotarcia do tych osób.
- Przez kogo (nadawca)?
 - upewnić się, że nadawca komunikatu jest wiarygodny dla audytorium docelowego;
 - pamiętać, że w pewnych sytuacjach może być potrzebny broker wiedzy lub inny pośrednik, który będzie pełnił funkcję wiarygodnego posłańca, a nie producent wiedzy.
- Jak (proces transferu i infrastruktura komunikacji)?
 - używać metod interaktywnych, takich jak np. *academic detailing* (metoda edukacji stosowana w kontaktach przedstawiciela firmy farmaceutycznej z osobami uprawnionymi do wystawiania recept, ukierunkowana na zrozumienie wszystkich opcji leczniczych przy zastosowaniu danego produktu, w tym dotyczących stylu życia [8]) oraz współpraca z liderami opinii społecznej [9];
 - wymieniać informacje między badaczami i decydentami oraz poznawać wzajemne potrzeby, aby umożliwić ciągle (a nie jednorazowe) wykorzystanie badań;
 - używać stron internetowych i biuletynów informacyjnych, aby powiększać transfer, ale nie zapominać, że nie zastąpi to metod interaktywnych.
- Z jakim efektem powinno to być wykonane (ewaluacja)?
 - upewnić się, że informacja jest odpowiednia dla audytorium docelowego, a zadania

- obejmują proces, wyniki pośrednie i końcowe;
 - ocenę efektywności, uzyskanego efektu zdrowotnego, wykonać osobno, a nie podczas ewaluacji translacji wiedzy.

Schemat może być wykorzystywany w zdrowiu publicznym w odniesieniu do czterech grup docelowych: populacji generalnej/odbiorców świadczeń, świadczeniodawców, kadry menedżerskiej oraz twórców polityk i decydentów na poziomie krajowym i regionalnym [10].

9.3.2. Ottawski model wykorzystania badań

Schemat ten (*Ottawa Model of Research Use*), stworzony przez *Grahama* i *Logana* w 2004r. [11], został przedstawiony na rycinie 9.1.



Rycina 9.1. Ottawski model wykorzystania badań, wg *Graham ID, Logan J., 2004*

Postępowanie zgodne z tą koncepcją obejmuje sześć kroków (etapów) wdrożenia innowacji.

- Przygotować podłoże (na rycinie 9.1. opisane jako „potencjalny użytkownik”):
 - określić osoby władne do przeprowadzenia zmiany w organizacji;
 - ocenić dostępne zasoby, które można wykorzystać do wdrożenia innowacji;
 - określić kto jest agentem zmiany (pracownik lub zespół odpowiedzialny za stworzenie warunków sprzyjających wdrożeniu zmian, wspieranie realizacji zmian i ocenę efektywności).
- Określić innowacje (na rycinie 9.1. – „innowacje”):
 - jednoznacznie powiedzieć, jaka jest innowacja i co jest potrzebne do wdrożenia.
- Ocenić innowację, potencjalnych odbiorców i przeszkody w otoczeniu oraz facylitatorów

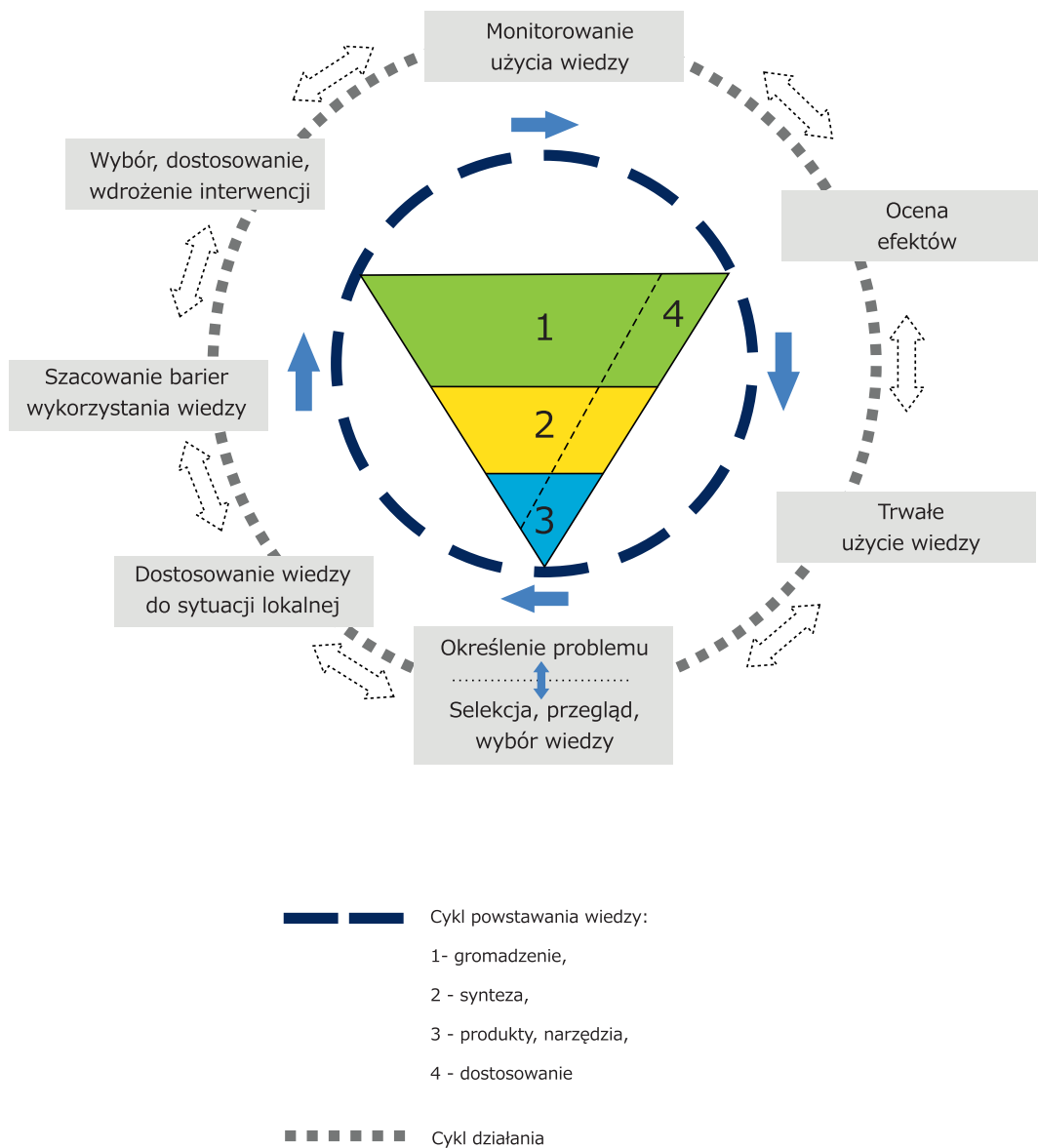
(mediatorów) (na rycinie 9.1. – „środowisko”):

- przeprowadzić ocenę sytuacji – rozpoznać obecne praktyki, przeszkody, mediatorów oraz otoczenie, które mogą mieć wpływ na rozpowszechnienie innowacji, a także przewidywanych odbiorców;
 - określić sposoby przełamania przeszkód do wdrożenia;
 - określić opinie potencjalnych użytkowników oraz ich postawy wobec innowacji;
 - określić luki między obecnymi praktykami a zalecanymi zmianami.
- Wybrać i monitorować strategię translacji wiedzy:
 - na podstawie oceny sytuacji wybrać odpowiednie strategie i interwencje w celu zwiększenia świadomości innowacji oraz jej zrozumienia, a także udostępnić szkolenia dla użytkowników i stworzyć im możliwość nabycia umiejętności, aby mogli wcielić innowację w życie;
 - dodać strategię translacji wiedzy dla wiedzy aktualnej, zastanej. Postępowanie takie może mieć szczególne znaczenie, gdy innowacje wymagają długiego czasu do rozpowszechnienia i uczenia się albo gdy dotyczą wielu różnych grup użytkowników;
 - ocenić efektywność strategii translacji.
 - Monitorować adaptację innowacji:
 - ocenić adaptację, ocenić zasięg rozpowszechnienia w organizacji oraz stopień zmiany dotychczasowych praktyk;
 - oszacować, czy zastosowane strategie translacji były odpowiednie do efektywnej adaptacji innowacji i czy potrzebna jest zmiana strategii lub strategii dodatkowe.
 - Ocenить skutki innowacji:
 - przeprowadzić ewaluację wpływu innowacji na klientów/pacjentów, pracowników i systemy w celu określenia jej efektywności.

W oryginalnej wersji schemat ten odnosił się do transferu innowacji do praktyki w obszarze ciągłości opieki nad klientem/pacjentem. Metoda ta może być użyteczna w politykach i programach nowego zdrowia publicznego – tam, gdzie potrzebna jest współpraca wielu podmiotów [12,13].

9.3.3. Schemat *Grahama* i współpracowników

Model ten, opisany w 2006r. [5], należy do cyklicznych i obrazuje związki procesu tworzenia wiedzy oraz procesu jej praktycznego wykorzystania (ryc. 9.2). Schemat powstał z myślą wykorzystania w ustawicznym kształceniu profesjonalistów ochrony zdrowia. Autorzy twierdzili, że translacja wiedzy przejawia się w doświadczeniu zawodowym, które pracownicy ochrony zdrowia zdobywają w codziennej praktyce, kiedy korzystają z nowych osiągnięć wiedzy. Podkreślali przy tym, że prowadzenie translacji wiedzy wymaga nieustannego uczenia się. W takim znaczeniu translacja wiedzy jest zarówno skutkiem i jak przyczyną kształcenia ustawicznego [13,14].



Rycina 9.2. Schemat procesu wykorzystania wiedzy do działania, wg *Graham ID. i wsp., 2006* (opracowanie własne)

Na uwagę zasługuje przedstawiony tu w centralnej części schematu „lejek” (*funnel*) wiedzy, którego rolą jest „destylowanie”, oczyszczanie i tłumaczenie wiedzy zanim zostanie upowszechniona i wdrożona. Dostosowanie, będące częścią cyklu powstawania wiedzy odnosi się do „skrojenia” (*tailoring*) wiedzy do potrzeb danego audytorium i środka przekazu. W zewnętrznej części schematu przedstawiono cykl działania adaptowany z teorii planowego działania; punktem star-

towym jest tutaj selekcja i wybór wiedzy. Należy też podkreślić, że w oryginalnej wersji tego schematu strzałki w zewnętrznym cyklu działania pokazywały ruch jednokierunkowy, zgodny z obiegami wskazówek zegara. Wersja zaprezentowana w tym opracowaniu pochodzi z opracowań zmodyfikowanych, których intencją było wykazanie, że przejście jednego etapu w cyklu działania nie oznacza, że został bezpowrotnie zamknięty. Zazwyczaj bowiem potrzebne są powroty do kroków, które uznano za przebyte.

9.3.4. Model *Parenta* i współpracowników

Schemat ten (*Dynamic Knowledge Transfer Capacity – DKTC model*) został opisany w 2007r. [15]. W odróżnieniu od pozostałych modeli, które wyrażały strukturę procesu translacji, ten prezentuje podejście systemowe i dotyczy potencjału, jaki powinny posiadać systemy społeczne, aby móc efektywnie realizować translację wiedzy. Składowymi tego modelu są cztery rodzaje potencjału.

- Potencjał twórczy (*generative capacity*) – zdolność do odkrywania wiedzy, wynikająca z kapitału intelektualnego poszczególnych badaczy, infrastruktury oraz koalicji badawczych.
- Potencjał rozpowszechnienia (*disseminative capacity*) – zdolność do kontekstualizacji wiedzy (prezentacja poprzez kontekst naukowy, społeczny itd.), formatowania (prezentacja w określonej formie treści, obrazu itd.), adaptacji oraz rozpowszechnienia wiedzy za pomocą sieci społecznej, a także do angażowania interesariuszy.
- Potencjał pochłaniania (*absorptive capacity*) – zdolność do uznania znaczenia nowej wiedzy płynącej z zewnątrz oraz zastosowania jej do rozwiązania odpowiednich kwestii.
- Potencjał przystosowania i reagowania (*adaptive and responsive capacity*) – zdolność do ustawicznego uczenia się i odnowy systemu transferu wiedzy w celu ciągłej zmiany i ulepszenia.

Trzy pierwsze rodzaje potencjału stanowią główną oś modelu, ostatni rodzaj – potencjał przystosowania i reagowania – jest nadrzędny w stosunku do pozostałych. Model ma charakter uniwersalny, możliwy do zastosowania w różnych obszarach, także ochronie zdrowia.

9.3.5. Inne podejścia do translacji wiedzy

Jak powiedziano, w piśmiennictwie i zasobach internetowych można odnaleźć bardzo różne schematy translacji. W przeważającej większości opracowania te adresowane są do badaczy w dziedzinie zdrowia (albo instytucji), jako podmiotu, który inicjuje i organizuje taki proces [16], zazwyczaj w celu oddziaływania na politykę zdrowotną [17-19]. Na tym tle zdecydowanie wyróżnia się cykl prac adresowanych do twórców polityk, w których opisano jak odszukać i wykorzystać dowody naukowe [20].

Poza tym trzeba przypomnieć, że w kontekście translacji wiedzy proponuje się również metody syntezy wiedzy (np. metodologia przeglądów systematycznych). Interesującym przykładem takich metod jest mapowanie wiedzy czy mapa konceptów. Polega to na zebraniu oraz usystematyzowaniu istniejących danych i informacji, a następnie prezentacji wyników w postaci graficznej [21]. Stworzenie mapy konceptów pozwala m.in. na uchwycenie zależności między rozumianymi intuicyjnie pojęciami. Początkiem jest uzyskanie odpowiedzi na jedno pytanie, następnie odpowiedziom przypisuje się rangę punktową, przeprowadza analizę statystyczną, a wyniki przedstawia w postaci graficznej i interpretuje [22-25].

Jeszcze inne podejście do translacji oferują modele wielokierunkowe. Trzeba podkreślić, że

niektóre modele translacji w istocie polegają na dyfuzji innowacji (np. model ottawski) i są często wykorzystywane w kontekście zdrowia publicznego [9,26-28]. W zestawieniu 9.1. podano dodatkowe informacje o wykorzystaniu dyfuzji innowacji [29,30].

Zestawienie 9. 1. Dziesięć częstych błędów w rozpowszechnieniu nowej interwencji, wg *Dearing JW.*, 2009; *WHO*, 2013

Błąd	Propozycja uniknięcia błędu
Założenie, że dowody obchodzą użytkowników	Dowody są ważne tylko dla pewnej grupy potencjalnych użytkowników, a zazwyczaj są wykorzystywane do tego, aby odrzucić interwencję. Dlatego komunikując innowację należy zwrócić uwagę na inne aspekty, jak koszty, prostota, dopasowanie.
Narzucanie optyki badaczy tym osobom, które mają adaptować innowację	Słuchać reprezentantów potencjalnych użytkowników innowacji, aby zrozumieć ich potrzeby i reakcje na nowe interwencje.
Wykorzystanie kreatorów interwencji do jej komunikowania	Zapewnić udział ekspertów, ale w komunikacji polegać na osobach, które mogą przyciągnąć uwagę potencjalnych adaptatorów.
Przedwczesne przedstawienie interwencji, gdy nie jest jeszcze gotowa	Upublicznić informacje tylko wtedy, gdy uzyskano już wyraźne rezultaty.
Założenie, że informacja będzie miała wpływ na podejmowanie decyzji	Informacje są niezbędne, ale zazwyczaj potrzebne są także inne oddziaływania. Dlatego należy używać pary osób – źródła informacji oraz źródła wpływów społecznych i politycznych.
Mylenie władzy z siłą oddziaływania	Zebrać informacje, kto spośród potencjalnych adaptatorów (innowatorów) jest postrzegany jako źródło porad i wykorzystać te osoby do rozpowszechnienia innowacji.
Zezwolenie, aby ci, którzy pierwsi zaadaptują innowację (innowatorzy) zyskali przewagę w rozpowszechnianiu informacji	Innowatorzy raczej nie należą do wpływowych osób w danej społeczności. Należy ustalić, jakie są relacje różnych grup potencjalnych adaptatorów i wybrać tych, którzy mają największy wpływ na pozostałych.
Nie rozróżnienie agentów zmiany, przedstawicieli władz, liderów opinii i mistrzów innowacji	Pojedyncza osoba raczej nie może spełniać tych wszystkich ról. Należy zdecydować, kto może co robić.
Wybór poligonu doświadczalnego na podstawie motywacji i potencjału	Rozpowszechnienie interwencji zależy od tego, jak inne społeczności postrzegają pokazową lokalizację. Dlatego trzeba zastanowić się, jaka lokalizacja/społeczność może mieć korzystny wpływ na rozpowszechnienie.
Zalecanie pojedynczej interwencji jako rozwiązania problemu	Jedna interwencja ma niewielkie szanse zmierzyć się ze wszystkimi uwarunkowaniami. Bardziej efektywne jest oferowanie zestawu działań opartych na dowodach.

9.4. Znaczenie komunikacji w translacji wiedzy

W bardzo uproszczonym ujęciu, translacja wiedzy polega na komunikowaniu się. Dlatego w piśmiennictwie istnieje osobny nurt tematyczny, dotyczący wyłącznie zasad efektywnego komunikowania się badaczy z użytkownikami badań, w tym z twórcami polityk [31-36]. Przykładem schematu translacji wyraźnie bazującego na komunikacji jest omówiony na początku model *Lavisa* i współpracowników. Innym jest metoda *brief-Knowledge Transfer (b-KT)* stworzona w 2012r. w celu komunikacji z klientami/pacjentami, społecznościami i świadczeniodawcami w kwestiach związanych ze zdrowiem pracowników, którzy doznali urazu albo cierpią z powodu przewlekłego bólu oraz ich powrotem do pracy [37,38]. Zasady tego podejścia są regularnie stosowane w edukacji zdrowotnej i polegają na:

- włączeniu w proces końcowych użytkowników:
 - wykorzystaniu wielu strategii, aby odwołać się do różnych użytkowników;
 - uważnym wybraniu tytułu i przekazu początkowego w komunikacie;
- przystosowaniu przekazów w sposób, który zaspakaja potrzeby i możliwości końcowych użytkowników:
 - zaprezentowaniu etapów, które można rzeczywiście przeżyć, jeśli odbiorcy wykorzystają informacje;
- rozważeniu kwestii równego i sprawiedliwego dostępu oraz transparentności:
 - zastanowieniu się nad tym, jaki dostęp do informacji będą mieli odbiorcy, czy będą to informacje na piśmie, wizualne, w formie audio czy przekazywane w komunikacji grupowej;
- zastanowieniu się nad tym, jaki jest poziom umiejętności czytania ze zrozumieniem, kompetencji językowych, a także nad tym, czy istnieje potrzeba używania innego języka i czy należy prowadzić działania z perspektywy innej kultury:
 - stworzeniu prostego komunikatu, który jest dostosowany do codziennych doświadczeń;
- dodaniu elementów interaktywnych w celu zachęcenia do użycia zawartości komunikatu w codziennym życiu, w danym kontekście społecznym i określonej sytuacji:
 - włączeniu strategii, takich jak pytania skłaniające do refleksji albo wymiana poglądów z innymi osobami na temat wykorzystania informacji przez końcowych użytkowników w codziennym życiu.

Zagadnienie komunikacji pojawiło się także w *The Guardian Higher Education Network* w marcu 2013r. [39]. Wśród porad dla naukowców odnośnie do rozmów z politykami znalazły się następujące kwestie, *nota bene* opisane w zabawny sposób:

- Rozmawiaj tylko wtedy, gdy jesteś przekonany, że to jest ważne.
- Angażuj się tylko w prawdziwą wymianę wiedzy, unikaj „biegunki słownej”, pamiętaj, że nie wystarcza jednorazowy lub kilkukrotny kontakt.
- Przygotuj się do rozmowy innego rodzaju; pamiętaj, że twórcy polityk mówią innym językiem, mają inne cele i podzielą dowody na małe kawałki; oni zawsze zostaną anonimowi, ale twoje nazwisko (i reputacja) będzie znane.
- Odrzuć żargon (a przynajmniej dużą jego część), wybierz trzy najważniejsze kwestie (przekazy).

- Zrób tak, aby twoja oferta była pragmatyczna, a nie naukowa, tłumacz wszystko na ich język, mów prosto, używaj apelu emocjonalnego, napisz tak, aby można to było przeczytać w nocnym pociągu po godzinie 21.
- Pamiętaj, że poniesiesz koszty swojego zaangażowania, zabierze ci to czas, możesz zostać zobowiązany do zachowania tajemnicy służbowej albo państwowej (klauzule tajności), co uniemożliwi występowanie w mediach i publikowanie artykułów; zastanów się czy chcesz ponieść takie koszty.
- Utrzymuj regularne, ale efektywne kontakty, korzystaj z poczty elektronicznej, pisz jedno-dwustronicowe podsumowania, wyślij slajdy z prezentacji.
- Stwórz bazę kontaktów nieakademickich, uzupełniaj ją na bieżąco i weryfikuj, korzystaj z niej, gdy zaczynasz i kończysz jakiś projekt, a gdy będziesz już rozpoznawany i zapraszany do różnych prac, będziesz mógł robić to rzadziej.
- Pamiętaj o swojej reputacji, ważny jest wizerunek takiego kogoś, kto jest obiektywny, rzetelny i kto nie narzuca opcji politycznej.
- Zapomnij o sukcesie, przynajmniej na razie, ponieważ rząd na pewno nie będzie się spieszył z przyjęciem twoich nowych propozycji (chyba że jesteś po imieniu z ministrami); procesy polityczne są dużo bardziej skomplikowane niż to się zazwyczaj wydaje.

9.5. Brokerstwo wiedzy

Jak pokazano w poprzednim rozdziale pt.: „Translacja wiedzy – relacje badaczy i użytkowników badań”, naukowcy zazwyczaj skłonni są myśleć, że podejmowanie decyzji jest jakimś zdarzeniem, raczej krótkotrwałym i mało absorbującym, a ich rola polega na dostarczeniu informacji do podjęcia konkretnego rozstrzygnięcia. Potem mogą utyskiwać na nieracjonalność czy wady przyjętych rozwiązań. Decydenci, w tym świadczeniodawcy, menedżerowie i twórcy polityk, zdają się postrzegać badania jako gotowy produkt, który można wziąć z półki w najbliższym sklepie. Ich irytację budzi fakt, że produkty te są niewłaściwe, wyprodukowane przed laty, a wybór właściwego towaru zależy od decyzji zespołowych [40]. Tymczasem podejmowanie decyzji jest procesem bardziej złożonym niż np. dostarczanie prądu i włączanie światła. Jest procesem społecznym, serią wydarzeń powiązanych strukturalnie i funkcjonalnie.

W klasycznym podejściu do procesu podejmowania decyzji spotykały się dwa (często nieufne wobec siebie) obozy – świat nauki (domniemani teoretycy) oraz decydenci (wyrażyci praktycy). Obecnie powszechnie kwestionuje się taki podział i uważa się, że wiedza konieczna do podjęcia decyzji tworzona jest wspólnie przez przedstawicieli obu światów oraz innych interesariuszy reprezentujących różne grupy społeczne. Skoro zaś w procesach politycznych występuje wielu aktorów potrzebne są mechanizmy, które pozwolą uniknąć „dialogu głuchych” czy „bitwy na głosy”. Konieczne staje się tworzenie powiązań między wiedzą poszczególnych partnerów, zarządzanie tworzeniem wspólnej wiedzy z zachowaniem zasad demokracji [41,42]. Rolę takiego łącznika może spełniać broker wiedzy – osoba lub organizacja. Trudno jest ocenić, kiedy narodziła się taka idea, ale pierwsze kanadyjskie prace na ten temat pochodzą jeszcze z lat 90. XX w. [43], a w 2003r. wydano już raport na temat

podłoża teoretycznego i funkcjonowania brokerstwa w kanadyjskim systemie zdrowotnym [44,45].

Brokerzy zostali opisani jako niezależni pośrednicy (*middlemen*) – mediatorzy między twórcami i użytkownikami produktu. Według podstawowych założeń, broker jest osobą trzecią (*third party*). Jego rolą jest integracja dwóch różnych światów – produkcji badań i użytkowania ich np. do tworzenia polityki. Broker może służyć pomocą zarówno producentom wiedzy w znalezieniu odbiorcy, jak użytkownikom w poszukiwaniu informacji o badaniach użytecznych np. dla polityki. W wielu krajach istnieją samodzielne organizacje brokerskie, ale wiele podmiotów aktywnych w obszarze zdrowia stworzyło lub próbowało stworzyć swój własny potencjał brokestwa informacji. Idea brokerstwa w dziedzinie zdrowia znana jest również w krajach stosunkowo mniej rozwiniętych, takich jak na przykład kraje Afryki [46,47].

Do podmiotów brokerskich można zaliczyć następujące organizacje [48]:

- agendy rządowe;
- fundacje;
- uniwersyteckie centra badawcze;
- centra badawcze *non-profit* oraz *for-profit*;
- poszczególnych, indywidualnych badaczy;
- organizacje pomostowe, w stosunkowo niewielkim stopniu zaangażowane w prowadzenie badań własnych, a zajmujące się wskazywaniem istotnych problemów politycznych;
- organizacje członkowskie (np. stowarzyszenia zawodowe).

Cechy takich podmiotów wymieniano w zestawieniu 9.2.

Zestawienie 9.2. Charakterystyka podmiotów brokerskich, wg *Feldman PH.* i wsp., 2001 (zmodyfikowane)

Cecha	Komentarz
Zakres zainteresowań daną problematyką	Dana tematyka może być jednym z wielu obszarów zainteresowań brokera.
Reprezentatywność, krąg odbiorców	Rozpowszechnienie może ograniczać się do członków organizacji brokerskiej albo obejmować szerszą grupę polityków, rzeczników itd.
Zakres działania	Niektórzy brokerzy specjalizują się w pomocy programowej i wsparciu technicznym, często poprzez udział w sieciach; inni specjalizują się w komunikowaniu wyników badań, które spełniają standardy akademickie; jeszcze inną rolą jest śledzenie aktywności związanej z daną tematyką na różnych poziomach (krajowym, regionalnym, lokalnym), a także innych działań.
Posiadane zasoby do transponowania i rozpowszechnienia	Grupy brokerów bardzo różnią się pod względem możliwości użycia swojego wsparcia, wiedzy fachowej do działalności brokerskiej, a także swojej niezależności w jej finansowaniu. Finansowanie może mieć duży wpływ zarówno na podejmowaną tematykę jak aktywność.

Cecha	Komentarz
Wykorzystywane mechanizmy	Brokerzy mogą polegać na: komunikacji dwustronnej; spotkaniach; materiałach drukowanych, w tym czasopiśmie akademickich, raportach, <i>policy briefs</i> (dokument wyjaśniający uzasadnienie dla danej opcji politycznej lub kierunku działania), biuletynach; e-mailach; stronach internetowych; albo kombinacji tych metod. Mechanizmy mogą być również mniej lub bardziej zinstytucjonalizowane, np. nieformalne sieci są obecnie ważnym sposobem rozpowszechniania informacji.
Zakres rozpowszechnianych informacji i problematyki	Niektóre grupy brokerskie mogą próbować dostarczać informacji na każdy temat w obrębie danej problematyki. Najczęściej skupiają się na kilku zdefiniowanych tematach. W rozpowszechnianiu informacji mogą ograniczać się do prezentacji własnych badań albo tych, które współfinansują. Ogólna problematyka może odzwierciedlać wiedzę brokera, cele jego organizacji lub członkostwo.

Stosuje się też podział brokerów ze względu na ich przynależność i zadania [49], tj. na związanych z: (a) projektem (*project-based*), (b) siecią (*network-based*), (c) programem (*program-based*) oraz (d) problemem (*issues-based*). Ich role polegają odpowiednio na: (a) maksymalizacji oddziaływania poszczególnych badań i projektów edukacyjnych, (b) koordynacji pracy sieci partnerskich, (c) integracji dyscyplin, sektorów, producentów i użytkowników badań, (d) ułatwianiu i koordynacji działalności w obrębie jakiegoś zagadnienia (np. bezpieczeństwa biologicznego).

Do szczegółowych zadań brokera wiedzy zalicza się m.in.:

- poprawienie mechanizmów komunikowania się;
- pomaganie twórcom polityk w zarządzaniu (radzeniu sobie z) nadmiarem informacji;
- umożliwienie realizacji badań odpowiadających potrzebom twórców polityk;
- wzmocnienie zdolności systemu do przewidywania i określania pojawiających się problemów i kwestii politycznych.

Wykonanie tych zadań wymaga od brokera podjęcia licznych działań, takich jak: (a) wstępne oraz regularne szacowanie potrzeb, (b) rozpoznanie otoczenia, (c) zarządzanie wiedzą, (d) translacja i wymiana wiedzy, (e) budowanie sieci i utrzymanie jej, (f) budowanie potencjału do podejmowania decyzji w oparciu o dowody, (g) wspieranie zmiany organizacyjnej [50]. Działalność brokerska nie jest na razie szczególnie widoczna, ani doceniana w hierarchicznym świecie nauki [51,52].

9.6. Podsumowanie

W niniejszym opracowaniu nie sposób jest szczegółowo omówić instrumentarium translacji wiedzy. Niemniej, zwraca uwagę duża liczba podejść, metod i narzędzi, zarówno klasycznych (jak np. metody komunikacji), jak też bardzo nowoczesnych, do których można zaliczyć media społecznościowe, których użycie jest często zalecane do translacji. Opisane powyżej podejścia i metody należy raczej traktować jako ogólne wskazówki, niż gotowy schemat postępowania.

9.7. Piśmiennictwo

1. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Perry BW. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly* 2007, 85(4): 729–768.
2. Ward V, House A, Hamer S: Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *J Health Serv Res Policy* 2009, 14(3):156-164.
3. Davis D, Evans M, Jadad A, et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003, 327(7405): 33-5.
4. Grol R, Grimshaw J. Evidence based implementation of evidence based medicine. *Jt Comm J Qual Improv.* 1999, 25(10): 503-13.
5. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006, 26(1):13-24.
6. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly* 2004, 82(4): 581-629.
7. Lavis J, Robertson D, Woodside J, McLeod CB, Abelson J. How can research organizations more effectively transfer knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly* 2003, 81(2): 221-248.
8. The University of Vermont. Office of Primary Care and Area Health Education Centres (AHEC) Program. Vermont Academic Detailing Program. <http://www.uvm.edu/medicine/ahec/?Page=vermontacademicdetailing.html&SM=programsubmenu.html>
9. Puska P, Koskela K, McAlister A, Mäyränen H, Smolander A, Moisis S, Viri L, Korpelainen V, Rogers EM. Use of lay opinion leaders to promote diffusion of health innovations in a community programme: lessons learned from the North Karelia project. *Bull World Health Organ.* 1986, 64(3): 437–446.
10. National Collaborating Centre for Methods and Tools (2012). Lavis' framework for knowledge transfer . <http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/119.html>
11. Graham ID, Logan J. Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Can J Nurs Res.* 2004, 36(2): 89-103.
12. National Collaborating Centre for Methods and Tools (2010). Ottawa Model of Research Use: A Framework for Adopting Innovations. <http://www.nccmt.ca/registry/pdf/65/en.html>
13. Tetroe J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: A Primer . Focus Technical Brief no 18, 2007. National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR). <http://www.ncddr.org/kt/products/focus/focus18/Focus18.pdf>
14. Graham ID, Tetroe JM. Getting Evidence into Policy and Practice: Perspective of a Health Research Funder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009, 18(1): 46–50.
15. Parent R, Roy M, St Jacques D. A systems based dynamic knowledge transfer capacity model. *Journal of Knowledge Management* 2007, 11(6): 81-93.
16. Landry R, Amara N, Pablos-Mendes A, Shademani R, Gold I. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bull World Health Organ.* 2006, 84(8): 597-602.
17. Bowen S, Zwi AB. Pathways to „evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Med* 2005, 2(7): e166.
18. Jones N, Datta A, Jones H, Khmadi N, Boa E, Correa N, Hang N, Sharma Paudel N, Schumacher L, Telleriar. Knowledge, policy and power. Six dimensions of the knowledge development policy interface. *Overseas Development Institute* 2009.
19. Young J. Helping researchers become policy entrepreneurs. *Overseas Development Institute.* Briefing paper 53, September 2009.
20. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. Support tools for evidence-informed policymaking (STP). *Health Res Policy Syst.* 2009, 7(Suppl 1):11.
21. Ebener S, Khan A, Shademani R, Compennolle L, Beltran M, Lansang MA, Lippman M. Knowledge mapping as a technique to support knowledge translation. *Bull World Health Organ.* 2006, 84(6): 636-642.
22. Ridde V. Equity and health policy in Africa: Using concept mapping in Moore (Burkina Faso). *BMC Health Serv Res.* 2008, 8: 90.
23. Dagenais C, Ridde V, Laurendeau M-C, Souffez K. Knowledge translation research in population health: establishing a collaborative research agenda. *Health Res Policy Syst.* 2009, 7:28.
24. van Bon-Martens MJH, Achtenberg PW, van de Goor IAM, van Oers HAM. Towards quality criteria for regional public health reporting: concept mapping with Dutch experts. *Eur J Public Health* 2011, 22(3):337-342.
25. Goczyła K, Waloszek W. Tworzenie map konceptów dla ontologii opartych na logice opisowej. [w:] *Bazy Danych: Struk-*

- ture, Algorytmy, Metody. Kozielski S, Malysiak B, Kasprowski P, Mrozek D. (red.). WKŁ, Warszawa 2006: 319-329.
26. Haider M, Kreps GL. Forty years of diffusion of innovations: utility and value in public health. *J Health Commun.* 2004, 9 Suppl 1:3-11.
 27. Greenberg MR. The Diffusion of Public Health Innovations. *Am J Public Health* 2006, 96(2): 209-210.
 28. Dearing JW. Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Res Soc Work Pract.* 2009, 19(5): 503–518.
 29. Dearing JW. Applying diffusion of innovation theory to intervention development. *Res Soc Work Pract.*, 2009, 19: 503-518.
 30. World Health Organization. World Health Report 2013: Research for universal health coverage. WHO, Geneva 2013:114.
 31. Gregrich RJ. A note to researchers: communicating science to policymakers and practitioners. *J Subst Abuse Treat.* 2003, 25(3): 233-237.
 32. von Grebmer K, Babu S, Valerie Rhoe V, Rubinstein M. Communicating Food Policy Research. A Guidebook. Communicating Policy Research in South Asia. CESS/ IFPRI. Hyderabad, India. March 2005. http://www.fao.org/sd/erp/toolkit/BOOKS/Communicating_Food_Policy_Results_a_Guidebook.pdf
 33. Wimberley RC, Morris LV. Communicating research to policymakers. *Amm Soc* 2007, 38: 288-293.
 34. Jones N, Walsh C. Policy briefs as a communication tool for development research. Overseas Development Institute, ODI Background Notes, May 2008.
 35. Bacsu J, Macqueen Smith F. (red.). Innovations in Knowledge Translation: the SPHERU KT Casebook. Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit (SPHERU). June 2011. http://www.nlcahr.mun.ca/KT_Casebook.pdf
 36. Bennett G, Jessani N. (red.) The knowledge translation toolkit. Bridging the know-do gap. A resource for researchers. International Development Research Centre. Sage, New Delhi 2011. <http://pl.scribd.com/doc/60335684/The-Knowledge-Translation-Toolkit-Bridging-the-Know%E2%80%93Do-Gap-A-Resource-for-Researchers>
 37. Shaw, L. (2012). Getting the message across: Principles for developing brief-Knowledge Transfer (b-KT) communities. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 41(4), 477-481.
 38. National Collaborating Centre for Methods and Tools (2012). *Brief knowledge transfer principles*. <http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/153.html>
 39. The Guardian Higher Education Network. How academics can engage with policy: 10 tips for a better conversation. Posted by Matthew Goodwin. Monday 25 March 2013 12.28 GMT. Całość: <http://www.theguardian.com/higher-education-network/blog/2013/mar/25/academics-policy-engagement-ten-tips>
 40. Lomas J. The in-between word of knowledge brokering. *BMJ* 2007, 334:129-132.
 41. Van Buuren A, Edelenbos J. Why is joint knowledge production such a problem? *Science and Public Policy* 2004, 31(4): 289-299.
 42. Weale A. Science advice, democratic responsiveness and public policy. *Science and Public Policy* 2001,28(6): 413-421.
 43. Oldham G, McLeanr Approaches to knowledge brokering. International Institute for Sustainable Development, Winnipeg, 1997. http://www.iisd.org/pdf/2001/networks_knowledge_brokering.pdf
 44. Canadian Health Services Research Foundation. The theory and practice of knowledge brokering in Canada's health system. A report based on a CHSRF national consultation and a literature review. December 2003.
 45. Knowledge brokers: linking researchers and policy makers. Workshop summary. HTA initiative # 4. Alberta Foundation for Medical Research. 2004. <http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR14.pdf>
 46. Van Kammen J de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bulletin World Health Organ.* 2006, 84(8): 608-612.
 47. Godfrey L, Funke N, Mbizvo C. Bridging the science-policy interface: a new era for South African research and the role of knowledge brokering. *S Afr J Sci* 2010, 106(5/6): 1-8.
 48. Feldman PH, Nadash P, Gursen M. Improving Communication Between Researchers and Policy Makers in Long-Term Care Or, Researchers Are From Mars; Policy Makers Are From Venus. *The Gerontologist* 2001, 41(3): 312-321.
 49. Australian Biosecurity CRC for infectious disease. http://www1.abrc.org.au/uploads/61aebc73-88be-4df0-9c9c776a8dc82900/docs/Demystifying_Knowledge_Brokering_A3_e-brochure.pdf
 50. Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, Hanna S, Cameron R, O'Mara L, DeCorby K, Mercer S. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science* 2009, 4:23.
 51. Bielak, A. T., Campbell, A., Pope, S., Schaefer, K., & Shaxson, L. From science communication to knowledge brokering: the shift from “science push” to “policy pull.” [w:] *Communicating science in social contexts: New models, new practices.* Cheng D, Claessens M, Gascoigne T, Metcalfe J, Schiele B, Shi S. (red.). Springer, Amsterdam 2008: 201-226.
 52. Meyer M. The rise of the knowledge broker. *Science Communication* 2010, 32(1):118-127.

Część 3

Potencjał badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce

10. Zdrowie publiczne w Polsce w latach 2000-2012 na podstawie zawartości polskiej bibliografii lekarskiej
Barbara Niedźwiedzka, Michał Witkowski, Dorota Cianciara 161
 11. Czasopisma naukowe w dziedzinie zdrowia
Małgorzata Gajewska, Katarzyna Lewtak, Ewa Urban, Maria Piotrowicz, Dorota Cianciara 181
 12. Priorytety badawcze i stan badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce
Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Katarzyna Lewtak, Dorota Cianciara 194
 13. Zainteresowanie problematyką zdrowia kobiet oraz mężczyzn - ilościowa i jakościowa analiza publikacji w wybranych bazach bibliograficznych *on-line*
Ewa Urban, Maria Piotrowicz, Dorota Cianciara, Małgorzata Gajewska, Katarzyna Lewtak 221
 14. Widoczność Polski w europejskim piśmiennictwie z dziedziny zdrowia publicznego
Dorota Cianciara, Barbara Niedźwiedzka, Michał Witkowski, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Anna Poznańska, Katarzyna Lewtak 239
 15. Ilu badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego jest w Polsce? Gdzie pracują?
Katarzyna Lewtak, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Dorota Cianciara 257
 16. Wstępne wyniki badania „Moja praca w zdrowiu publicznym”
Katarzyna Lewtak, Maria Piotrowicz, Małgorzata Gajewska, Ewa Urban, Dorota Cianciara 292
-

10. ZDROWIE PUBLICZNE W POLSCE W LATACH 2000-2012 NA PODSTAWIE ZAWARTOŚCI POLSKIEJ BIBLIOGRAFII LEKARSKIEJ

Barbara Niedźwiedzka¹, Michał Witkowski¹, Dorota Cianciara^{2,3}

¹Zakład Informacji Naukowej Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ

²Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

³Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

10.1. Najważniejsze fakty

- W PBL zarejestrowano 24631 różnego rodzaju publikacji z lat 2000-2012 związanych z dziedziną zdrowia publicznego.
- Najwięcej prac, aż 33,8%, poświęcono problematyce zarządzania, organizacji, ekonomiki i prawa ochrony zdrowia. W tej grupie dominują publikacje na temat zarządzania (5876 prac) i prawa (4256). Mniej liczne są prace na temat ekonomiki zdrowia (2690).
- Drugą najczęściej poruszaną tematyką jest monitorowanie sytuacji zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych. Prace takie stanowią 12,3% wszystkich publikacji.
- Problematyka zapobiegania chorobom oraz porównania międzynarodowe należą do najrzadziej poruszanej tematyki. Zapobieganie chorobom jest przedmiotem zaledwie dwóch na każde sto publikacji polskich obecnych w PBL.
- Wśród konkretnych problemów zdrowotnych najwięcej uwagi skupiają choroby zakaźne oraz nadwaga i otyłość. Problemy związane z używaniem alkoholu oraz problemy układu kostno-szkieletowego cieszą się najmniejszym zainteresowaniem.
- W latach 2000-2012 obserwuje się liczne fluktuacje w liczbie publikacji związanych z różnymi obszarami tematycznymi zdrowia publicznego. Od roku 2011 następuje znaczący spadek liczby publikacji. Niezbędna jest dalsza obserwacja dynamiki publikowania prac z dziedziny zdrowia publicznego w Polsce.
- Publikacje z dziedziny zdrowia publicznego są rozproszone w niemal 300 czasopismach z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych indeksowanych w bazie PBL. Jedną z konsekwencji tego stanu jest utrudniony dostęp do piśmiennictwa fachowego. Nie sprzyja to konsolidacji dziedziny zdrowia publicznego w Polsce.

10.2. Wstęp

Opis stanu badań i analiza tematyki profesjonalnej dyskusji w dziedzinie zdrowia publicznego w ostatnich 10 latach jest możliwa poprzez bibliometryczną analizę zawartości Polskiej Bibliografii Lekarskiej (PBL). Polska Bibliografia Lekarska od 1979r. na bieżąco rejestruje zawartość większości polskich czasopism naukowych (i niektórych branżowych), a także wydawnictw seryjnych oraz materiałów konferencyjnych o tematyce bio-medycznej i zdrowotnej. Baza wprawdzie nie umożliwia analizy cytowań publikacji, ale pozwala uzyskać informacje o liczbie i zakresie tematycznym prac oraz ukazać proporcje produkcji piśmienniczej między poszczególnymi poddziedzinami zdrowia publicznego lub jego obszarami tematycznymi.

Bibliometryczna analiza produkcji piśmienniczej jest jednym z podstawowych narzędzi naukometrii i pozwala określić czy i jak dynamicznie rozwija się dana dziedzina, a liczba publikacji (prac naukowych, ale także komentarzy czy artykułów krytycznych) ukazujących się w naukowych i fachowych czasopismach, pozwala wskazać obszary szczególnych zainteresowań badaczy. Pozwala też wskazać obszary, w których publikacji jest mało, a więc obszary „naukowo zaniedbane” lub uznawane za mało ważne [1,2] oraz ukazać trendy w rozwoju dziedziny [3].

Celem przedstawionej dalej analizy było ukazanie tendencji rozwojowych, dynamiki i struktury tematycznej publikowania w dziedzinie zdrowia publicznego i usług zdrowotnych w Polsce w latach 2000-2012, poprzez analizę bibliometryczną piśmiennictwa rejestrowanego w Polskiej Bibliografii Lekarskiej.

10.3. Metoda wyszukiwania pozycji piśmiennictwa

W lutym 2013r. w Polskiej Bibliografii Lekarskiej wyszukano artykuły o tematyce związanej ze zdrowiem publicznym i usługami zdrowotnymi, opublikowane w latach 2000-2012. W celu określenia zakresu tematycznego publikacji, podzielono zdrowie publiczne na dziesięć obszarów tematycznych (oznaczonych cyframi rzymskimi od I do X), kierując się funkcjami zdrowia publicznego zdefiniowanymi przez *J. Leowskiego* [4], tzw. działaniami na rzecz ochrony zdrowia ogółu ludności, korespondującymi z funkcjami określonymi przez *Pan-American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)* oraz *National Public Health Performance Standards Program* z USA. Dodatkowo zakres ten poszerzono o obszar tematyczny „0” poświęcony pracom na temat teorii zdrowia publicznego lub polityki zdrowotnej. Zarazem poszerzono obszar VIII o wszystkie aspekty zarządzania, organizacji i ekonomikę zdrowia, wykraczając poza regulacje prawne tych obszarów. Takie poszerzenie wydaje się wskazane, zważywszy że instytuty/zakłady zdrowia publicznego często kształcą kadry dla celów zarządzania w opiece zdrowotnej i prowadzą badania w tych dziedzinach. Zagadnienia związane z infrastrukturą ochrony zdrowia są też ważną sferą odpowiedzialności publicznej za zdrowie [5], a w oksfordzkim podręczniku zdrowia publicznego organizację i zarządzanie usługami zdrowotnymi uznaje się wręcz za determinanty zdrowia [6].

Obszary tematyczne, w których prowadzono wyszukiwanie badań i innej profesjonalnej literatury, to:

0. Zdrowie publiczne i polityka zdrowotna (w tym reforma systemu ochrony zdrowia).
- I. Monitorowanie stanu zdrowia, chorób i potrzeb zdrowotnych.

- II. Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych.
- III. Identyfikacja i zwalczanie zagrożeń zdrowotnych w środowisku, miejscu zamieszkania, pracy, nauki, w żywności i wodzie oraz w placówkach służby zdrowia.
- IV. Zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie kompleksowej pomocy, w tym medycznej, ofiarom katastrof, kataklizmów i klęsk żywiołowych.
- V. Zapewnienie nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych, oraz kontroli zagrożeń.
- VI. Promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia poprzez promocję zdrowego stylu życia (promocję zdrowia i edukację w odniesieniu do konkretnych problemów zdrowotnych przypisano do obszaru II. Zapobieganie).
- VII. Kształcenie i doskonalenie zawodowe personelu medycznego oraz rozwój nauk medycznych.
- VIII. Organizacja i zarządzanie instytucjami infrastruktury opieki zdrowotnej, ekonomika zdrowia oraz regulacje prawne w ochronie zdrowia.
- IX. Monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad bioetyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych (tu przypisano także informatyzację i problemy upowszechniania informacji).
- X. Ocena sytuacji zdrowotnej kraju na tle porównań międzynarodowych, analiza wyzwań i zagrożeń wynikających z procesów globalizacji. Miejsce i rola kraju w pracach ŚOZ i innych międzynarodowych i międzyrządowych organizacji działających na rzecz zdrowia.

Te 11 obszarów podzielono na działy i zakresy tematyczne. Dla każdego tematu wybrano stosowane w PBL hasła rzeczowe. W przeszukiwaniu bazy, prowadzonym niezależnie przez dwie osoby, stosowano tematyczne Hasła Główne PBL oraz uzupełniano to wyszukiwaniem przy pomocy słów kluczowych, pojawiających się w tytułach prac. W niektórych przypadkach w celu zawężenia wyszukiwania posługiwano się także Hasłem Pomocniczym. W jednym przypadku - działu VIII.3. Ekonomia zdrowia - posłużono się Hasłem klasyfikacyjnym GBL „EKONOMIKA”, gdyż takie wyszukanie okazało się najbardziej trafne i pełne.

Końcowy dobór haseł, haseł pomocniczych i słów kluczowych za każdym razem był wynikiem wielu próbnych wyszukiwań i analizy rezultatów pod kątem ich trafności i pełności. W prezentowanej dalej analizie posługiwano się wynikami wyszukiwani pełnych (bez ograniczeń do rodzajów publikacji).

Niżej przedstawiono, jako przykład, szczegółową strategię wyszukiwania opracowaną dla obszaru II: Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych, wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania (zestawienie 10.1). Pozostałe strategie dostępne są u autorów publikacji.

Zestawienie 10.1. Przykładowa strategia w bazie PBL (stosowane Hasła, modyfikatory i ograniczenia) dla obszaru II: Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych, wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania

Dział, tematy	Hasła Główne, modyfikatory i słowa kluczowe zastosowane w wyszukiwaniu w Polskiej Bibliografii Lekarskiej. Zawsze stosowano ograniczenie do lat 2000-2012. Słowa kluczowe wyszukiwane w tytułach publikacji pisane są małymi literami
II.1 Zapobieganie chorobom, ogólnie	CHOROBY ZAKAŻNE – PROFILAKTYKA PROFILAKTYKA PIERWOTNA PION PROFILAKTYCZNY PLANY ZDROWOTNE SZCZEPIENIA OCHRONNE – EKONOMIKA OR SZCZEPIENIA OCHRONNE – HISTORIA OR SZCZEPIENIA OCHRONNE – METODY OR SZCZEPIENIA OCHRONNE – PIELĘGNIARSTWO OR SZCZEPIENIA OCHRONNE – PRAWO OR SZCZEPIENIA OCHRONNE – STATYSTYKA I DANE LICZBOWE OR SZCZEPIENIA OCHRONNE – TRENDY OR SZCZEPIENIA OCHRONNE – WYKORZYSTANIE
II.2 Zapobieganie chorobom określonych grup	CHOROBY ROLNIKÓW – PROFILAKTYKA CHOROBY NOWORODKÓW – PROFILAKTYKA POWIKŁANIA CIĄŻY – PROFILAKTYKA
II.3.1 Zapobieganie – choroby serca, naczyń, układu krążenia, udary	CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) CHOROBY SERCA AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) CHOROBY NACZYŃ KRWIONOŚNYCH AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) UDAR MÓZGU AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
II.3.2 Zapobieganie – nowotwory	NOWOTWORY AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
II.3.3 Zapobieganie – urazy	RANY I URAZY – PROFILAKTYKA WYPADKI – PROFILAKTYKA

Dział, tematy	Hasła Główne, modyfikatory i słowa kluczowe zastosowane w wyszukiwaniu w Polskiej Bibliografii Lekarskiej. Zawsze stosowano ograniczenie do lat 2000-2012. Słowa kluczowe wyszukiwane w tytułach publikacji pisane są małymi literami
II.3.4 Zapobieganie – zaburzenia psychiczne, objawy lękowe, objawy depresyjne, reakcje kryzysowe, myśli samobójcze, choroby psychiczne.	ZABURZENIA PSYCHICZNE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) ZDROWIE PSYCHICZNE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) ZABURZENIA LĘKOWE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) DEPRESJA) AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) PRÓBY SAMOBÓJCZE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) SAMOBÓJSTWO AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
II.3.5 Zapobieganie – schorzenia układu kostno-stawowego, reumatoidalne zapalenie stawów, dna moczanowa, choroby reumatyczne niezapalne, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, osteoporoza	CHOROBY NARZĄDÓW RUCHU AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) ZAPALENIE STAWÓW REUMATOIDALNE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) SKAZA MOCZANOWA AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) CHOROBA ZWYRODNIENIOWA KRĘGOSŁUPA AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) (CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWÓW – PROFILAKTYKA OR CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWU BIODROWEGO – PROFILAKTYKA OR CHOROBA ZWYRODNIENIOWA STAWU KOLANOWEGO) AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) OSTEOPOROZA AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
II.3.6 Zapobieganie – choroby układu oddechowego, POCHP	CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) CHOROBA PŁUC OBTURACYJNA PRZEWLEKŁA AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) CHOROBY PŁUC AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)

Dział, tematy	Hasła Główne, modyfikatory i słowa kluczowe zastosowane w wyszukiwaniu w Polskiej Bibliografii Lekarskiej. Zawsze stosowano ograniczenie do lat 2000-2012. Słowa kluczowe wyszukiwane w tytułach publikacji pisane są małymi literami
II.3.7 Zapobieganie – choroby zakaźne, zatrucia pokarmowe, WZW C, WZW C przewlekłe, HIV, choroby przenoszone drogą płciową, gruźlica, zakażenia szpitalne.	CHOROBY ZAKAŻNE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	(ZATRUCIE POKARMOWE GRONKOWCOWE OR ZATRUCIE POKARMOWE SALMONELLA) AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	ZAPALENIE WĄTROBY C AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	ZAPALENIE WĄTROBY C PRZEWLEKŁE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	AIDS AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	AIDS – PROFILAKTYKA
	AIDS AND zapobieg (ti)
	GRUŹLICA AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	GRUŹLICA AND zapobieg (ti)
	ZAKAŻENIE KRZYŻOWE AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	ZAKAŻENIE KRZYŻOWE – PROFILAKTYKA
ZAKAŻENIE KRZYŻOWE AND zapobieg (ti)	
II.4.1 Zapobieganie otyłości	OTYŁOŚĆ – PROFILAKTYKA OR NADWAGA – PROFILAKTYKA
	(OTYŁOŚĆ OR NADWAGA) AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA) (OTYŁOŚĆ OR NADWAGA) AND zapobieg (ti)
II.4.2 Zapobieganie paleniu tytoniu	PALENIE TYTONIU AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	PALENIE TYTONIU AND zapobieg (ti)
	NIKOTYNIZM AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	NIKOTYNIZM AND zapobieg (ti)
II.4.3 Zapobieganie alkoholizmowi	ALKOHOLIZM AND (ZDROWIE PUBLICZNE OR OŚWIATA ZDROWOTNA OR PROMOWANIE ZDROWIA)
	ALKOHOLIZM AND zapobieg (ti)

Dział, tematy	Hasła Główne, modyfikatory i słowa kluczowe zastosowane w wyszukiwaniu w Polskiej Bibliografii Lekarskiej. Zawsze stosowano ograniczenie do lat 2000-2012. Słowa kluczowe wyszukiwane w tytułach publikacji pisane są małymi literami
II.4.4 Zapobieganie narkomanii	ZABURZENIA WYWOŁANE SUBSTANCJAMI – PROFILAKTYKA ZABURZENIA WYWOŁANE SUBSTANCJAMI AND zapobieg (ti)

Aby ustalić ile publikacji ukazało się w obrębie danej tematyki (obszary 0-X) wyeliminowano powtórzenia, wynikające z tego, że ta sama publikacja mogła znaleźć się w więcej niż jednym obszarze (np. zarówno w I: Monitorowanie chorób jak w II: Zapobieganie chorobom. Po wyeliminowaniu powtórzeń okazało się, że w latach 2000-2012 opublikowano 24631 artykułów. Jeżeli zsumujemy poszczególne obszary liczba publikacji będzie znacznie wyższa (31331).

Podobnie jest w ramach danego obszaru i jego działów. Liczba publikacji w całym obszarze (po wyeliminowaniu powtórzeń) jest niższa niż suma działów. Powtórzenia między obszarami i działami nie zmieniają jednak istotnie proporcji w produkcji piśmienniczej między obszarami i działami, co sprawdzono eliminując powtórzenia.

10.4. Omówienie wyników

10.4.1. Liczba publikacji według tematyki

Wyszukiwanie w PBL przyniosło 24631 artykułów opublikowanych w latach 2000-2012 i odnoszących się tematycznie do wybranych obszarów i działów zdrowia publicznego (tab.10.1.). Wynik ten jest jedynie przybliżeniem do rzeczywistej „produkcji” piśmienniczej. Prawdopodobne niedoszacowanie może wynikać z niedoskonałego indeksowania publikacji w bazie PBL, nie uwzględnienia przez autorów analizy wszystkich haseł. Może być także spowodowane tym, że autorzy zajmujący się daną problematyką mogli publikować w czasopismach, które nie są uwzględniane w bazie PBL, np. w czasopismach ekonomicznych czy prawniczych, lub czasopismach zagranicznych. Nie powinno to jednak istotnie wpłynąć ani na rozkład tematyki badań i innego rodzaju publikacji w dziedzinie zdrowia publicznego, ani na obserwowane tendencje, ponieważ w wyszukiwaniach uwzględniono wszystkie najważniejsze hasła, a większość artykułów dotyczących sektora ochrony zdrowia zamieszczana jest w polskich czasopismach występujących w bazie PBL.

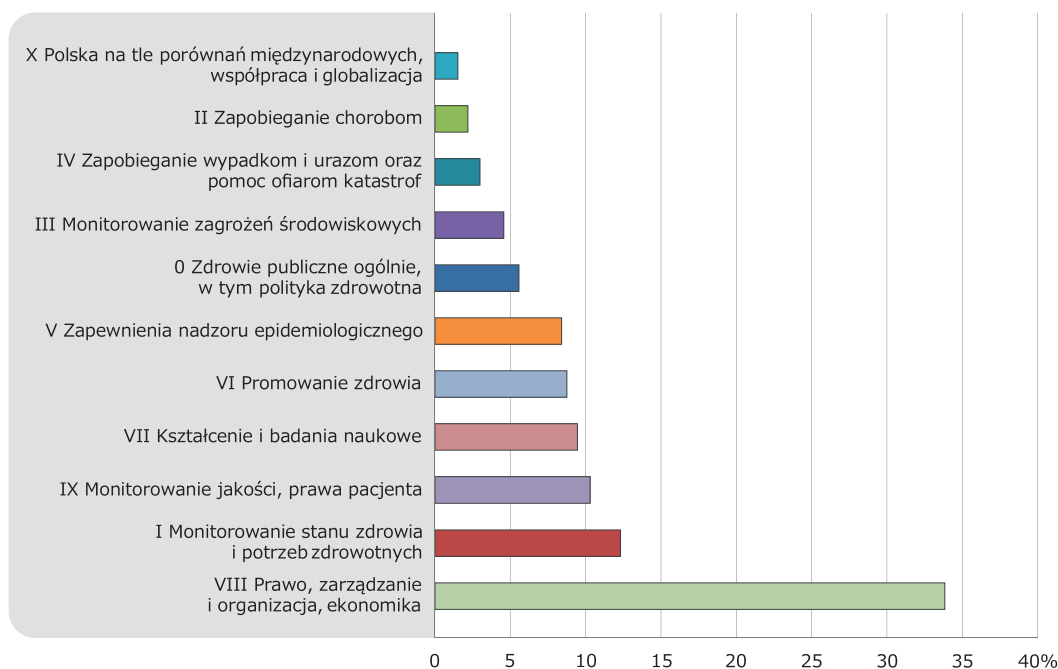
Tabela 10.1. Liczba publikacji z lat 2000-2012 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL

Numer obszaru, działu, tematyki	Obszar, dział, tematyka zdrowia publicznego (w oparciu o funkcje zdrowia publicznego <i>J. Leowskiego</i>)	Liczba publikacji	% udział w całkowitej liczbie publikacji
0	Zdrowie publiczne ogólnie, w tym polityka zdrowotna	1751	5,6
I	Monitorowanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych ludności	3863	12,3
I.1	Monitorowanie stanu zdrowia, ogólnie	1118	-
I.2	Monitorowanie zdrowia określonych kategorii osób/grup ryzyka	385	-
I.3	Monitorowanie występowania wybranych problemów zdrowotnych (klasyfikacja za NPZ)	1379	-
I.3.1	Choroby serca, naczyń, układu krążenia, udary	116	-
I.3.2	Nowotwory złośliwe, rak piersi, rak szyjki macicy	342	-
I.3.3	Urazy, urazy komunikacyjne, wypadki drogowe, wypadki przy pracy, wypadki w szkole	192	-
I.3.4	Zaburzenia psychiczne, objawy lękowe, objawy depresyjne, myśli samobójcze, choroby psychiczne	122	-
I.3.5	Schorzenia układu kostno-stawowego, reumatoidalne zapalenie stawów, dna moczanowa, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, osteoporoza	44	-
I.3.6	Choroby układu oddechowego, POCHP	66	-
I.3.7	Choroby zakaźne, zatrucia pokarmowe, WZW C, HIV. Choroby przenoszone drogą płciową, gruźlica, zakażenia szpitalne	520	-
I.4	Monitorowanie czynników ryzyka wybranych (za NPZ) problemów zdrowotnych	844	-
I.4.1	Otyłość i nadwaga	411	-
I.4.2	Palenie tytoniu	119	-
I.4.3	Alkoholizm	21	-
I.4.4	Aktywność fizyczna	283	-
I.4.5	Narkomania	81	-
I.5	Badanie potrzeb zdrowotnych	308	-

Numer obszaru, działu, tematyki	Obszar, dział, tematyka zdrowia publicznego (w oparciu o funkcje zdrowia publicznego <i>J. Leowskiego</i>)	Liczba publikacji	% udział w całkowitej liczbie publikacji
II	Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych, wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania	687	2,2
II.1	Zapobieganie chorobom, ogólnie	301	-
II.2	Zapobieganie chorobom określonych kategorii osób/grup ryzyka	35	-
II.3	Zapobieganie określonym chorobom	216	-
II.3.1	Zapobieganie chorobom serca, naczyń, układu krążenia, udary	28	-
II.3.2	Zapobieganie nowotworom złośliwe, piersi, szyjki macicy	55	-
II.3.3	Zapobieganie urazom	9	-
II.3.4	Zapobieganie zaburzeniom psychicznym, objawy lękowe, depresyjnym, reakcjom kryzysowym, samobójczym	20	-
II.3.5	Zapobieganie schorzeniom układu kostno-stawowego, reumatoidalnemu zapaleniu stawów, dnie moczanowej, chorobom reumatycznym, chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa, stawów obwodowych, osteoporozie	10	-
II.3.6	Zapobieganie chorobom układu oddechowego, POCHP	5	-
II.3.7	Zapobieganie chorobom zakaźnym, zatruciom pokarmowym, WZW C, HIV. Chorobom przenoszonym drogą płciową, gruźlicy, zakażeniom szpitalnym	98	-
II.4	Zapobieganie powstawaniu czynników ryzyka problemów zdrowotnych	144	-
II.4.1	Zapobieganie otyłości	44	-
II.4.2	Zapobieganie paleniu tytoniu	60	-
II.4.3	Zapobieganie alkoholizmowi	10	-
II.4.4	Zapobieganie narkomanii	34	-
III	Monitorowanie i zapobieganie zagrożeniom środowiskowym	1452	4,6
III.1	Monitorowanie zagrożeń środowiskowych	1232	-
III.2	Zapobieganie zagrożeniom środowiskowym	220	-
IV	Zapobieganie wypadkom i urazom oraz zapewnienie kompleksowej pomocy, w tym medycznej, ofiarom katastrof, kataklizmów i klęsk żywiołowych	938	3,0

Numer obszaru, działu, tematyki	Obszar, dział, tematyka zdrowia publicznego (w oparciu o funkcje zdrowia publicznego <i>J. Leowskiego</i>)	Liczba publikacji	% udział w całkowitej liczbie publikacji
V	Zapewnienia nadzoru epidemiologicznego, w tym laboratoryjnej kontroli przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych	2637	8,4
VI	Promowanie aktywnego współuczestnictwa społeczeństwa w działaniach na rzecz zdrowia poprzez promocję zdrowego stylu życia wszystkich obywateli, ze szczególnym uwzględnieniem promocji zachowań prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży i w wybranych grupach wysokiego ryzyka zachorowania	2745	8,8
VII	Kształcenie i doskonalenie zawodowe lekarzy i innego personelu medycznego oraz zapewnienie warunków rozwoju nauk medycznych	2965	9,5
VII.1	Badania naukowe	41	-
VII.2	Kształcenie	2925	-
VIII	Zarządzanie i organizacja, ekonomiki zdrowia oraz regulacje prawne	10605	33,8
VIII.1	Prawo	4256	-
VIII.2	Zarządzanie i organizacja	5876	-
VIII.3	Ekonomika	2690	-
IX	Monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad bioetyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych	3229	10,3
X	Ocena sytuacji zdrowotnej kraju na tle porównań międzynarodowych, analiza wyzwań i zagrożeń wynikających z procesów globalizacji. Miejsce i rola kraju w pracach Światowej Organizacji Zdrowia i innych międzynarodowych i międzyrządowych organizacji działających na rzecz zdrowia	477	1,5
Suma publikacji w poszczególnych obszarach (ta sama publikacja może znaleźć się w więcej niż jednym obszarze)		31331	100%
Całkowita suma publikacji we wszystkich obszarach po wyeliminowaniu powtórzeń		24631	

Największy udział w całym piśmiennictwie z lat 2000-2012 mają publikacje powiązane tematycznie z obszarem VIII, tzn. z Zarządzaniem, organizacją, ekonomiką i prawem ochrony zdrowia. Stanowią one aż jedną trzecią wszystkich publikacji. W tej grupie wyraźnie dominują publikacje dotyczące zarządzania placówkami opieki medycznej (5876) oraz traktujące o regulacjach prawnych (4256). Nieco mniej jest prac dotyczących ekonomiki zdrowia (2690). Artykułów poświęconych tym zagadnieniom jest ponad dwa razy więcej niż we wszystkich pozostałych obszarach łącznie (ryc. 10.1). Świadczy to o tym, jak ważne dla naukowców i praktyków były sprawy zarządzania opieką zdrowotną w pierwszej dekadzie XXI w., a trwające od 1999r. zmiany w systemie organizacji i finansowania, bez wątpienia, dodatkowo inspirowały autorów do analiz i komentarzy.

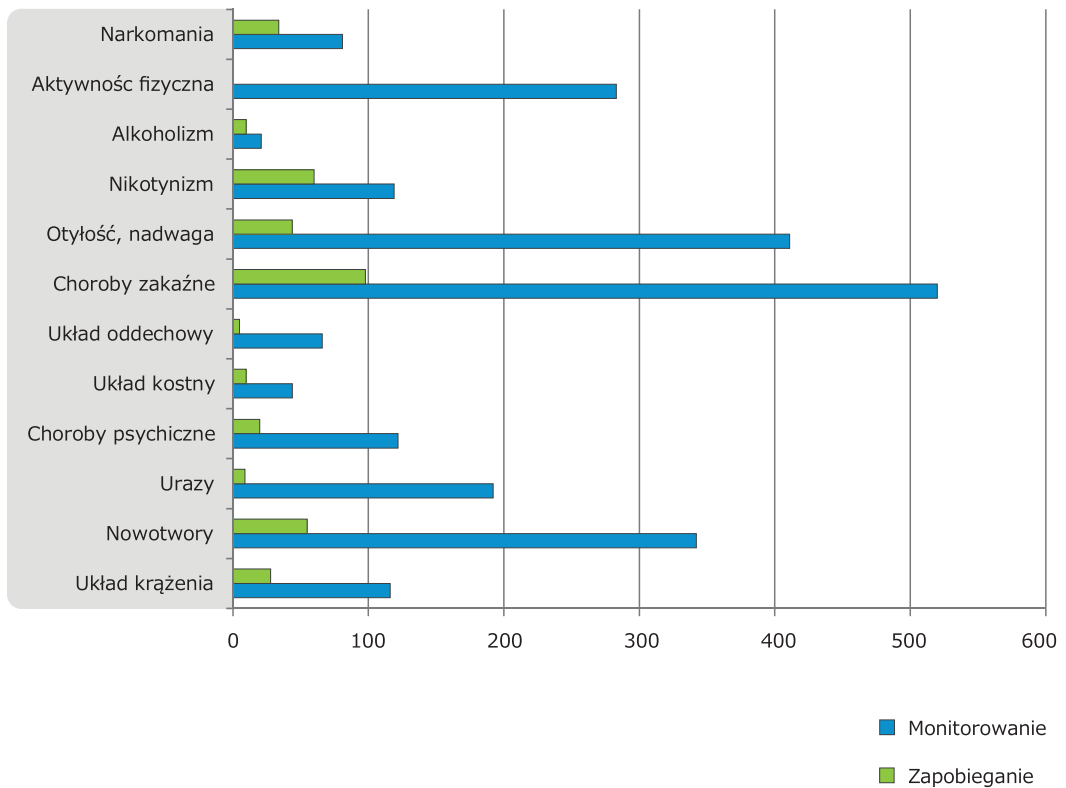


Rycina 10.1. Tematyka publikacji z lat 2000-2012 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL (w %); stan w lutym 2013r.

Drugim pod względem liczebności publikacji jest obszar I: Monitorowanie stanu zdrowia polskiej populacji, obejmujący badania epidemiologiczne w odniesieniu do problemów zdrowotnych uznanych za najważniejsze w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, monitorowanie czynników ryzyka chorób oraz badania i inne prace dotyczące potrzeb zdrowotnych. Artykuły o tej tematyce stanowią 12,3% ogółu odszukanych publikacji. Zwraca uwagę, że sześciokrotnie więcej publikacji poświęcono rozpowszechnieniu chorób (12,3%) niż zapobieganiu im (2,2%).

Jeżeli przyjrzeć się bardziej szczegółowo temu, jakim problemom zdrowotnym lub zagrożeniom poświęca się najwięcej uwagi, to pierwsze miejsce zajmują choroby zakaźne, a drugie – otyłość i nadwaga (ryc. 10.2.). Najmniej jest prac mówiących o skali alkoholizmu, stosunkowo niewiele prac dotyczy rozpowszechnienia narkomanii. Większość problemów zdrowotnych jest opisywana z perspektywy skali zjawiska, a nie zapobiegania. Najmniejsza różnica jest w przypadku

prac dotyczących alkoholizmu i nikotynizmu, ale i w tych przypadkach liczba prac mówiących o zapobieganiu stanowi tylko około połowy prac dotyczących monitoringu tych zjawisk. Aktywność fizyczna oczywiście nie jest brana pod uwagę w tych porównaniach.



Rycina 10.2. Liczba publikacji z lat 2000-2012 na temat monitorowania i zapobiegania chorobom i czynnikom ryzyka obecnych w PBL; stan w lutym 2013r.

Trzecią pozycję pod względem liczby publikacji zajmuje, wewnątrz bardzo zróżnicowany, obszar IX, którego działy w rozmaity sposób wiążą się z problematyką udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości. W obszarze tym stosunkowo dużo prac dotyczy zagadnień etycznych i relacji lekarz-pacjent (tab. 10.2.), co wskazuje na duże zainteresowanie tymi aspektami leczenia. Zastanawia stosunkowo mała liczba publikacji dotyczących dostępności usług medycznych. Jak wiadomo jest to poważny i dotąd nierozwiązany w Polsce problem, szczególnie w zakresie usług specjalistycznych, a analiz i innych prac na ten temat nie ma wiele. Być może, część licznych artykułów poświęconych zagadnieniom etyki dotyka także problemu dostępności opieki zdrowotnej. Tylko kilka prac dotyczy standardów opieki, a także bardzo nieliczne traktują o sprawach związanych z upowszechnianiem i dostępnością informacji naukowej, profesjonalnej i informacji dla pacjenta. Te ostatnie problemy są w ogóle bardzo rzadko opisywane, co, zważywszy na rozwój technologii i związane z tym zmiany w zachowaniach informacyjnych społeczeństwa, jest niepokojące (tab.10.2.)

Tabela 10.2. Szczegółowe rezultaty wyszukiwania publikacji w obszarze IX: Monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad bioetyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia, publikacje z lat 2000-2012 obecne w PBL

Numer obszaru, działu, tematyki	Zastosowane hasła rzeczowe	Liczba publikacji
IX.1 Jakość opieki zdrowotnej	JAKOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ	559
	AKREDYTACJA	91
	ZAPEWNIENIE JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH	58
	STANDARDY OPIEKI	5
	KONTROLA JAKOŚCI	195
	CERTYFIKACJA	43
	SATYSFAKCJA PACJENTA	240
	RELACJE LEKARZ-PACJENT	406
IX.2 Dostępność usług	DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ	133
IX.3 Informatyzacja i informacja	(INFORMACJA OR INFORMATYKA)	154
	SYSTEMY INFORMACYJNE	151
	DOKUMENTACJA MEDYCZNA	228
	BAZY DANYCH	164
	DOSTĘP DO INFORMACJI	9
	INFORMACJA	66
	INFORMATYKA	88
IX.4 Etyka	ETYKA	882
IX.5 Prawa pacjenta	PRAWA PACJENTA	173
	OBRONA PRAW PACJENTA	96
Suma po wyeliminowaniu powtórzeń		3229

Przeprowadzona analiza bibliometryczna potwierdza zdanie wielu specjalistów [7], że tematyka promocji, edukacji zdrowotnej, zapobiegania chorobom i ich przyczynom wciąż w Polsce nie zajmuje należytej jej pozycji. Publikacje dotyczące promocji zdrowia, kształtowania zachowań prozdrowotnych, tworzenia i realizacji programów zdrowotnych (obszar VI) są około czterokrotnie mniej liczne niż prace w obszarze zarządzania, prawa i ekonomiki (VIII). Także, jeżeli spojrzeć na proporcje między pracami, w których mówi się o skali konkretnych problemów zdrowotnych lub niekorzystnego dla zdrowia stylu życia, a pracami, których tematem jest zapobieganie tym problemom, widać ogromną różnicę na niekorzyść tych ostatnich (ryc.10.2.). Podobną dysproporcję można zauważyć w dziedzinie środowiskowych zagrożeń zdrowia (obszar III). Publikacji odnoszących się do monitorowania różnorodnych zagrożeń środowiskowych jest 1232, a tylko 220 mówi o działaniach prewencyjnych.

Niepokojąco mało pojawiło się w omawianym okresie publikacji dotyczących starzenia się polskiej populacji, potrzeb zdrowotnych czy jakości życia osób starych, i to pomimo wagi problemu i pilności koniecznych rozwiązań. Znalaziono tylko dziewięć publikacji dotyczących monitoro-

wania starzenia się społeczeństwa, 50 - traktujących o jakości życia i 13 - dotyczących organizacji i zarządzania usługami dla osób starych. Sytuację zdrowotną Polaków na tle innych krajów i rolę Polski w międzynarodowych organizacjach działających na rzecz zdrowia przedstawia 477 prac. Pamiętając o tym, że Polska relatywnie późno wstąpiła na drogę reformowania systemu i rozwoju działań w sferze zdrowia publicznego i mogłaby w dużym stopniu korzystać z doświadczeń innych krajów, wydaje się, że tego rodzaju publikacji jest zbyt mało.

10.4.2. Liczba publikacji według roku wydania

Interesująco przedstawia się dynamika publikowania w poszczególnych obszarach i działach w latach 2000-2012 (tab.10.3.). Należy jednak na wstępie zwrócić uwagę, że odnotowany spadek liczby publikacji po 2010r. we wszystkich obszarach (ryc.10.3.) może nie odpowiadać prawdzie, a to dlatego, że czasopisma nierzadko drukują swoje zeszyty z opóźnieniem, ale z datą poprzedniego roku i z tą datą publikacje są indeksowane w bazie. Na początku 2013r., kiedy dokonywano przeszukiwań PBL, wciąż jeszcze mogły być nie wydane spóźnione zeszyty czasopism z roku 2012 z datą 2012, chociaż wydaje się to stosunkowo mało prawdopodobne. Inną, i pewnie ważniejszą, przyczyną może być opóźnienie we wprowadzaniu artykułów do bazy PBL. Stąd, zdecydowanie bardziej wiarygodna będzie analiza zmian do 2011 roku.

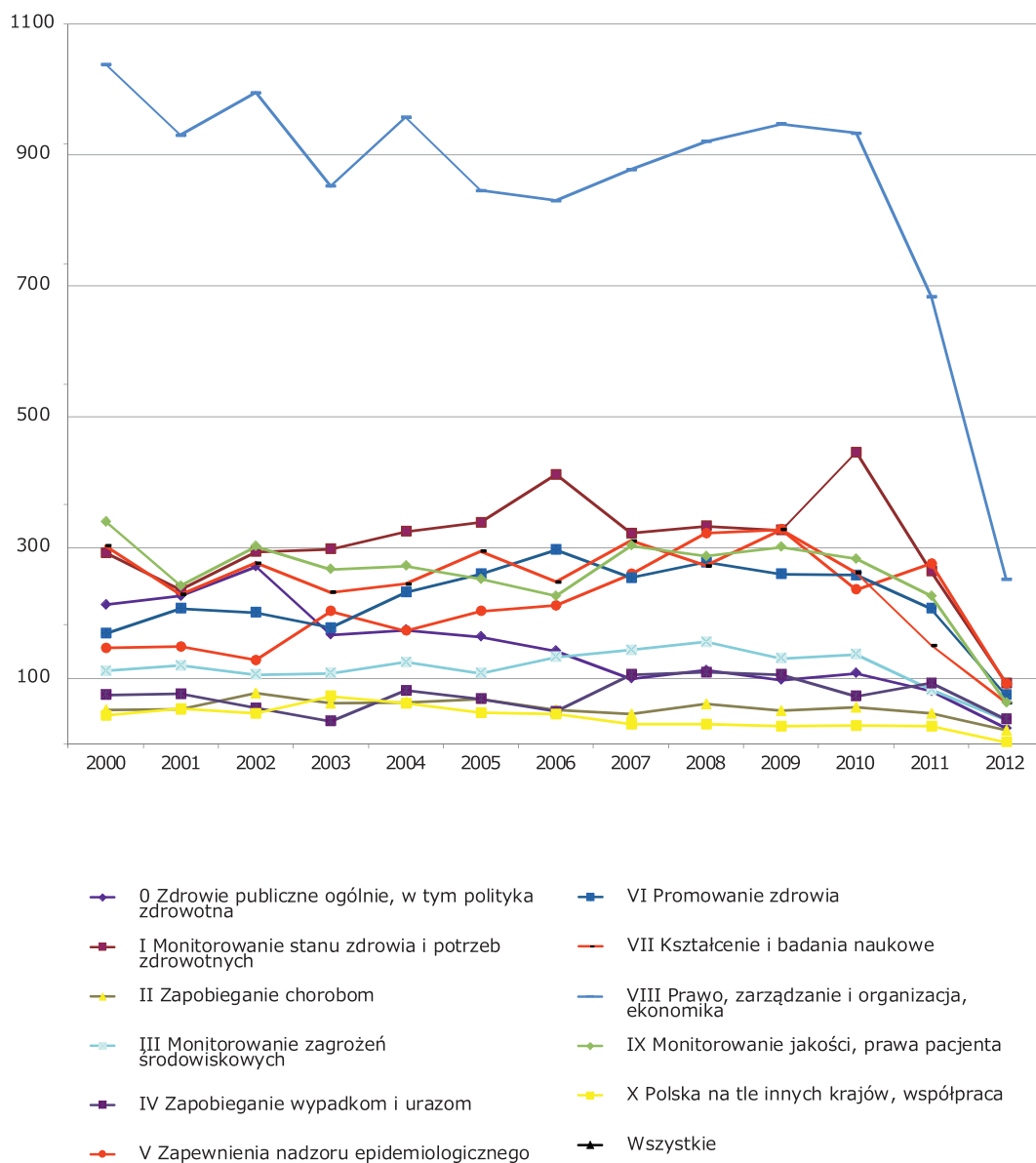
Stosując to ograniczenie do lat 2000-2011, można zaobserwować stały, choć mały wzrost liczby publikacji w latach 2000-2009 niemal we wszystkich obszarach tematycznych. Wyraźnym wyjątkiem jest obszar X, w którym doszło do powolnego spadku liczby publikacji. W roku 2009 zaczyna się ogólny spadek i jest bardzo znaczny. W 2011r. wzrost dotyczy tylko publikacji na temat zapobiegania urazom i wypadkom oraz dotyczących nadzoru epidemiologicznego. Za wcześniej jest szukać odpowiedzi na pytanie, czy i jaki wpływ na liczbę badań w zdrowiu publicznym ma reforma nauki w Polsce zapoczątkowana w październiku 2010r., powstanie Narodowego Centrum Nauki oraz Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. Ale powtórzenie analizy za kilka lat może dać odpowiedź na to pytanie.

Zainteresowanie sprawami monitorowania stanu zdrowia populacji wykazuje lekką tendencję rosnącą (nie biorąc pod uwagę spadku liczby publikacji po 2010 roku). Natomiast liczba publikacji na temat zapobiegania problemom zdrowotnym jest stabilna (ryc. 10.4.).

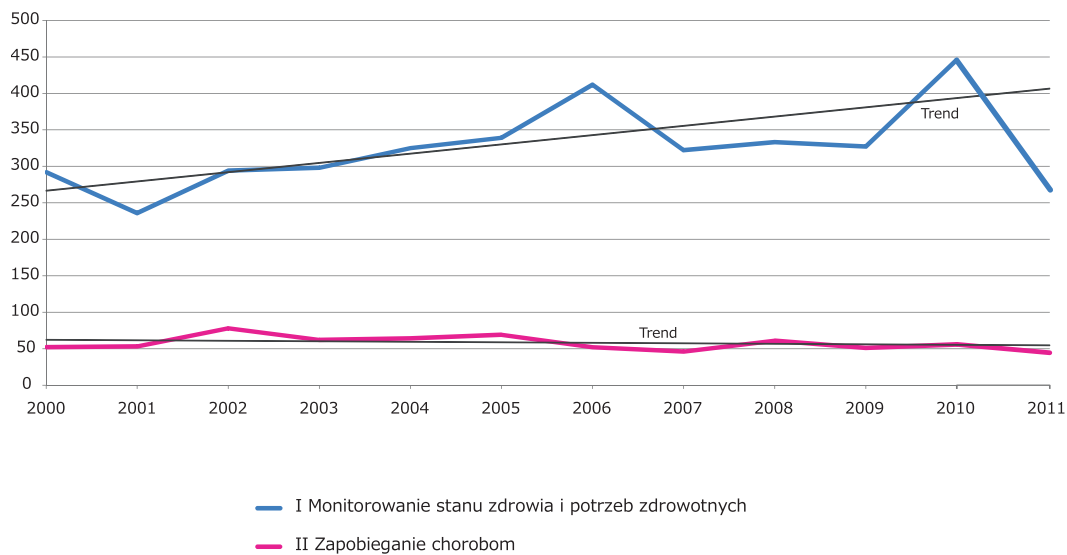
Bardziej szczegółowa analiza dynamiki publikowania w obszarze VIII: Zarządzanie i organizacja, prawo, ekonomika (ryc.10.5.) wskazuje, że dziedzina ekonomiki zdrowia (VIII.2) swój szczyt publikacyjny osiągnęła w 2004 roku, co wydaje się niezrozumiałe, zważywszy na nieustanne problemy i zmiany finansowania systemu ochrony zdrowia. Od tego czasu liczba pozycji o tej tematyce maleje. Obszar zarządzania i organizacji (VIII.1) najlepiej rozwijał się na przełomie wieków (ok. 600 publikacji rocznie). Rok 1999, to początek reformy systemu ochrony zdrowia i reformy administracyjnej, to ustawa o powszechnym ubezpieczeniu społecznym i wprowadzenie kas chorych, w roku 2003 toczyły się zaś dyskusje wokół powołania NFZ i związanych z tym zmian organizacyjnych. Mogło to mieć wpływ na intensywność publikowania artykułów na te tematy. Od 2004r. zmniejsza się nieco zainteresowanie tematyką zarządzania, choć - w porównaniu z innymi obszarami, wciąż to na tych sprawach skupia się uwaga naukowców i specjalistów. Sprawy regulacji prawnych w ochronie zdrowia były najczęściej analizowane w czasopiśmie w latach 2007-2010 i ta tematyka wykazuje tendencję rosnącą.

Tabela 10.3. Liczba publikacji z lat 2000-2012 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL. Jedna publikacja może być przypisana do więcej niż jednego obszaru

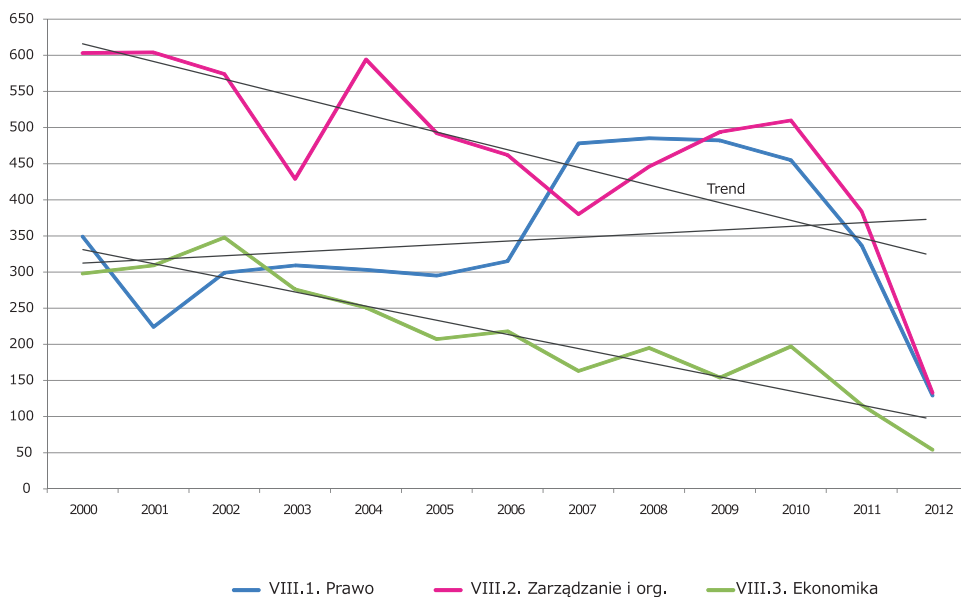
Rok	0. Zdrowie publiczne ogólnie, w tym polityka zdrowotna	I. Monitorowanie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych	II. Zapobieganie chorobom	III. Monitorowanie zagrożeń środowiskowych	IV. Zapobieganie wypadkom i urazom	V. Zapewnienia nadzoru epidemiologicznego	VI. Promowanie zdrowia	VII. Kształcenie i badania naukowe	VIII. Prawo, zarządzanie i org. ekonomika	IX. Monitorowanie jakości, prawa pacjenta	X. Polska na tle innych krajów, współpraca	Suma
2000	213	292	52	112	75	147	169	303	1039	340	44	2786
2001	226	236	53	120	77	149	207	229	931	242	54	2524
2002	271	294	78	106	55	128	201	277	996	302	47	2755
2003	167	298	62	108	35	203	178	232	853	267	73	2476
2004	174	325	64	125	82	173	232	245	958	272	62	2712
2005	164	339	69	108	69	203	260	295	846	252	48	2653
2006	142	412	52	133	50	212	297	248	831	226	46	2649
2007	100	322	46	144	106	260	254	311	878	303	30	2754
2008	113	333	61	156	110	322	278	273	921	287	30	2884
2009	98	327	51	131	106	328	260	328	948	301	27	2905
2010	108	446	56	137	73	236	258	262	934	283	28	2821
2011	81	264	47	83	93	276	207	151	684	226	27	2139
2012	24	93	21	37	38	92	75	63	252	63	3	761



Rycina 10.3. Liczba publikacji z lat 2000-2013 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL



Rycina 10.4. Liczba publikacji z lat 2000-2012 na temat monitorowania sytuacji zdrowotnej i zapobiegania chorobom obecnych w PBL



Rycina 10.5. Liczba publikacji z lat 2000-2012 na temat zarządzania, ekonomiki zdrowia i prawa obecnych w PBL

10.4.3. Liczba publikacji według czasopisma

Gdzie najczęściej były publikowane artykuły dotyczące zdrowia publicznego? Analiza wykazała, że są one rozproszone nieomal we wszystkich około 300 czasopismach z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych indeksowanych w bazie PBL, w tym w około 30 czasopismach o profilu mieszczącym się w szeroko pojętym zdrowiu publicznym. W bazie PBL uwzględniane są przede wszystkim czasopisma naukowe, ale znajdziemy w niej także czasopisma branżowe o charakterze informacyjno-publicystyczno-poradnikowym takie jak: „Menedżer Zdrowia” czy „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”.

Tabela 10.4. przedstawia czasopisma, w których w latach 2000-2012 ukazało się co najmniej 100 artykułów, opisywanych w PBL przy pomocy jednego z haseł rzeczowych z zakresu będącego przedmiotem tej analizy. Połowę (51%) wszystkich odszukanych artykułów opublikowano w 55 czasopismach. Większość z nich to czasopisma medyczne.

Tabela 10.4. Liczba publikacji z lat 200-2012 obecnych w PBL według czasopism, które opublikowały najwięcej artykułów. Gwiazdką oznaczone są czasopisma, które programowo obejmują tematykę zdrowia publicznego

Lp.	Tytuł czasopisma	Liczba publikacji
1	Zdrowie Publiczne*	842
2	Menedżer Zdrowia*	515
3	Zdrowie i Zarządzanie (kontynuowane przez Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie)*	(375+81) 456
4	Przegląd Lekarski	449
5	Lekarz Rodzinny	435
6	Przegląd Epidemiologiczny*	428
7	Prawo i Medycyna*	421
8	Family Medicine and Primary Care Review	383
9	Bromatologia i Chemia Toksykologiczna	363
10	Medycyna Praktyczna	361
11	Medycyna Pracy*	339
12	Archiwum Medycyny Sądowej	331
13	Ogólnopolski Przegląd Medyczny	314
14	Farmakologia Polska	305
15	Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*	269
16	Magazyn Stomatologiczny	250
17	Pielęgniarstwo Polskie	249
18	Przegląd Urologiczny	243
19	Medycyna po Dyplomie	242
20	Medycyna, Dydaktyka, Wychowanie (UW)*	241
21	Problemy Higieny*	231
22	Antidotum*	212
23	Problemy Higieny i Epidemiologii*	212
24	Nowiny Lekarskie	210
25	Zakażenia*	204

Lp.	Tytuł czasopisma	Liczba publikacji
26	Pielęgniarka i Położna	203
27	Aptekarz	193
28	Wiadomości Lekarskie	193
29	Żywnienie Człowieka*	182
30	Wychowanie Fizyczne i Zdrowie*	171
31	Polska Medycyna Rodzinna	165
32	Annales UMCS, Section D	163
33	Przewodnik Lekarza	155
34	Annals of Agricultural and Environmental Medicine*	148
35	Lekarz Wojskowy	147
36	Na Ratunek	147
37	Twój Przegląd Stomatologiczny	147
38	Przewodnik Menedżera Zdrowia*	143
39	Postępy Psychiatrii i Neurologii	142
40	Polski Merkurusz Lekarski	141
41	Gabinet Prywatny*	140
42	Annales Academiae Medicae Silesiensis 2000	139
43	Int. J. Occupational Medicine and Environmental Health*	134
44	Problemy Pielęgniarstwa	132
45	Kardiologia Polska	130
46	Medycyna Środowiskowa*	125
47	Medycyna Praktyczna. Pediatria.	124
48	Medycyna Intensywna i Ratunkowa	122
49	Medycyna Ogólna	122
50	Ginekologia Polska	118
51	Roczniki PAM	109
52	Psychiatria Polska	107
53	Nowotwory	104
54	Pediatria Polska	102
55	Medycyna Wieku Podeszłego	100
Razem		12644

Wśród czasopism, w których ukazało się w ostatnich 12 latach co najmniej 100 artykułów jest tylko kilkanaście tytułów, które dziedzinę zdrowia publicznego programowo uznają za swoją podstawową. Oprócz „Zdrowia Publicznego”, są to m.in.: „Roczniki Państwowego Zakładu Higieny”, „Przegląd Epidemiologiczny”, „Medycyna Pracy”, „*International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*”, „*Annals of Agricultural and Environmental Medicine*”, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. Należy przy tym pamiętać, że niektóre czasopisma o profilu „zdrowie publiczne” są obecne na rynku wydawniczym od niedawna (np. „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” od 2011r.) i z tego powodu nie mogły znaleźć się na tej liście. Pozostałe artykuły pojawiły się w czasopismach kierowanych głównie do profesjonalistów medycznych. Z jednej strony to dobrze, gdyż w ten sposób perspektywa i problematyka zdrowia publicznego jest propagowana w środowisku medycznym, z drugiej strony, prawdopodobnie ogranicza to jednak dostępność artykułów dla profesjonalistów zdrowia publicznego

i utrudnia komunikację naukowców zajmujących się tą problematyką. Sytuacja taka nie sprzyja konsolidacji dziedziny. Fakt, że tak wiele prac na temat zdrowia publicznego i usług medycznych publikowanych jest w czasopismach medycznych, może być sygnałem, że na rynku czasopism jest jeszcze miejsce na powstanie nowych czasopism specjalizujących się w poszczególnych obszarach zdrowia publicznego. Ich powstanie byłoby prawdopodobnie korzystne dla rozwoju i umacniania się dziedziny.

10.5. Podsumowanie

Należy zauważyć, że przyjęty w tej pracy zakres tematyczny zdrowia publicznego, podzielony na 11 obszarów, jest bardzo rozległy. W założeniu miało to służyć możliwie najpełniejszej charakterystyce piśmiennictwa polskiego i odwzorowywać zarówno tradycję jak i współczesną praktykę spojrzenia na zdrowie publiczne, znajdującą swój wyraz choćby w programach kształcenia specjalistów dla tej dziedziny. Należy jednak zauważyć, że we wrześniu 2012r. Europejski Komitet Regionalny Światowej Organizacji Zdrowia jednomyślnie przyjął rezolucję na temat podstawowych działań zdrowia publicznego dla 53 państw oraz plan działania na rzecz wzmocnienia zdrowia publicznego [8]. Na dziesięciopunktowej liście działań nie znalazły się m.in. kwestie związane z oceną jakości świadczeń medycznych. Zapewne jednak, tak w Polsce jak i w innych krajach europejskich, dyskusja nad tym, co jest przedmiotem badań i działań zdrowia publicznego, a co nie jest, będzie nadal kontynuowana.

10.6. Piśmiennictwo

1. Skalska-Zlat M. Bibliometryczne badania rozwoju dyscypliny naukowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1993.
2. Marszakowa-Szajkiewicz I. Bibliometryczna analiza współczesnej nauki. Wyd.US, Katowice 1996.
3. Nederhof AJ. Bibliometric monitoring of research performance in the social sciences and the humanities: a review. *Scientometrics* 2006, 66: 81–100.
4. Leowski J. Funkcje zdrowia publicznego. *Zdr Publ* 2001, 111 (5/6): 382–386.
5. Włodarczyk C, Czupryna A. Zdrowie publiczne a system zdrowotny w Polsce. [w:] *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie*. Czabanowska K, Włodarczyk C. (red.). Wydawnictwo UJ, Kraków 2004: 61- 86.
6. *Oxford Textbook of Public Health*. 5th ed. Oxford University Press, New York 2009:1668-1679.
7. Szymborski J. (red.). *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012: 20.
8. World Health Organization. *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. WHO Regional Office for Europe. Malta, 10–13 September 2012.

11. CZASOPISMA NAUKOWE W DZIEDZINIE ZDROWIA

Małgorzata Gajewska¹, Katarzyna Lewtak¹, Ewa Urban¹, Maria Piotrowicz¹, Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
²Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

11.1. Najważniejsze fakty

- Pierwsze czasopismo naukowe *Le Journal des Sçavans* powstało w 1665r. w Paryżu. W 1891r. w Stanach Zjednoczonych ukazał się *Journal of the Massachusetts Association of Boards of Health*, który zapoczątkował rozwój czasopism z dziedziny zdrowia publicznego. W Polsce od 1885r. ukazywało się czasopismo *Zdrowie*, od 1934r. kontynuowane jako *Zdrowie Publiczne*.
- Obecnie znanych jest ponad 28 000 tytułów recenzowanych czasopism naukowych z dziedziny nauk przyrodniczych, technicznych i medycyny. Roczne tempo wzrostu ich liczby wynosi około 3,5%.
- Czasopisma naukowe podlegają cyklicznej, parametrycznej ocenie, w wyniku której tworzony jest ich ranking punktowy. Jest on próbą obiektywizacji jakości czasopism oraz ich pozycji na rynku wydawniczym. Jednym z głównych elementów tej oceny jest *impact factor*. Coraz częściej jednak w środowisku naukowym prowadzona jest dyskusja na temat zasadności stosowania *IF* w ocenie publikacji z dziedziny zdrowia publicznego.
- Język angielski dominuje jako język publikacji naukowych. Utrudnia to możliwości publikowania przez badaczy z krajów nieangielskojęzycznych w wysoko punktowanych czasopismach, a także ogranicza dostęp do wiedzy lokalnym odbiorcom (praktykom i teoretykom).
- W Polsce trudna do określenia jest całkowita liczba tytułów czasopism w dziedzinie zdrowia (publicznego). Na aktualnej liście MNiSW jest 255 tytułów czasopism z dziedziny „medycyny”, a w dziedzinie „nauk o zdrowiu” jest 141 czasopism. Ponadto istnieją czasopisma z dziedziny zdrowia publicznego, które nie zostały umieszczone na w/w liście.
- Problematyka zdrowia publicznego jest obecna zarówno w czasopismach z dziedziny zdrowia publicznego *sensu stricto*, jak i medycyny. W poddanych analizie czasopismach z dziedziny ZP dominowały prace oryginalne. Natomiast niewielki odsetek stanowiły inne rodzaje artykułów (np. komentarze, doniesienia, listy do redakcji), które obrazują toczącą się wymianę poglądów i doświadczeń w świecie nauki.

11.2. Wstęp

W każdej dziedzinie nauki badacze przekazują i rozpowszechniają wyniki swoich prac, tworząc swoisty system komunikacji naukowej. Początkowo komunikacja między uczonymi opierała się na bezpośrednich kontaktach, z czasem przerodziła się w korespondencyjną wymianę myśli i poglądów,

formę o większym zasięgu oddziaływania. Wraz z odkryciem druku w XV wieku przez Gutenberga wiedza mogła być przekazywana w postaci drukowanej. Możliwość komunikowania się za pomocą form drukowanych stała się przyczynkiem do powstawania czasopism naukowych.

Działalność badawcza naukowców pozostaje w ścisłym związku z aktywnością publikacyjną. Według Encyklopedii Powszechniej PWN piśmiennictwo to „ogół wypowiedzi utrwalonych w piśmie, spełniających określone funkcje w rozmaitych sferach życia społecznego, służących poznaniu i wiedzy, kształtowaniu postaw ludzkich, rozpowszechnianiu informacji celem praktycznego porozumienia się, zaspokajania estetycznych potrzeb odbiorców” [1].

Publikacja naukowa, w postaci książki czy artykułu stanowi dokument potwierdzający osiągnięcia badawcze i jest podstawowym elementem systemu komunikacji naukowej. Niekwestionowaną rolę w dokumentowaniu i rozpowszechnianiu wiedzy odgrywają czasopisma naukowe. Czasopisma, to wydawnictwa ciągłe, ukazujące się w postaci kolejnych zeszytów lub tomów opatrzonych wspólnym tytułem, w określonych lub nieokreślonych odstępach czasu [2]. Zadaniem czasopisma naukowego jest przede wszystkim przekaz informacji, które dotyczą m. in.: rezultatów badań, odkryć, ustaleń, przemyśleń, wysuwanych hipotez badawczych, prognoz i analiz. Upowszechnianie wiedzy nierozzerwalnie powiązane jest z komunikacją (polemiką, dyskusją, recenzjami prac), relacjami na temat aktualnych wydarzeń (np. doniesienia konferencyjne) oraz udostępnianiem danych i materiałów, edycji źródłowych oraz bibliografii. Wśród funkcji czasopisma naukowego znalazła się także kwestia selekcji jakościowej publikowanego materiału. Weryfikacja i kontrola jakości nadesłanego materiału odbywa się poprzez recenzowanie (*peer-review*). Podobnie ważną, a niejednokrotnie niedocenianą jest funkcja archiwizowania informacji. Pozwala ona na zachowanie dorobku nauki dla przyszłych pokoleń. Kolejna funkcja czasopisma naukowego związana jest z przynoszeniem uznania autorom poprzez odnotowywanie autorów odkrycia, wynalazku czy teorii. Reasumując można powiedzieć, że czasopismo jest nie tylko narzędziem nauki, ale również swoistym „rytuałem” uczonych, który tworzy i konsoliduje środowiska naukowe [3,4].

Publikacje w dziedzinie zdrowia publicznego, podobnie jak w zakresie medycyny klinicznej, odgrywają ważną rolę w rozwoju wiedzy dotyczącej sytuacji zdrowotnej ludności, promują publiczny dialog oraz stwarzają nowe możliwości działań międzysektorowych na rzecz zdrowia [5-7].

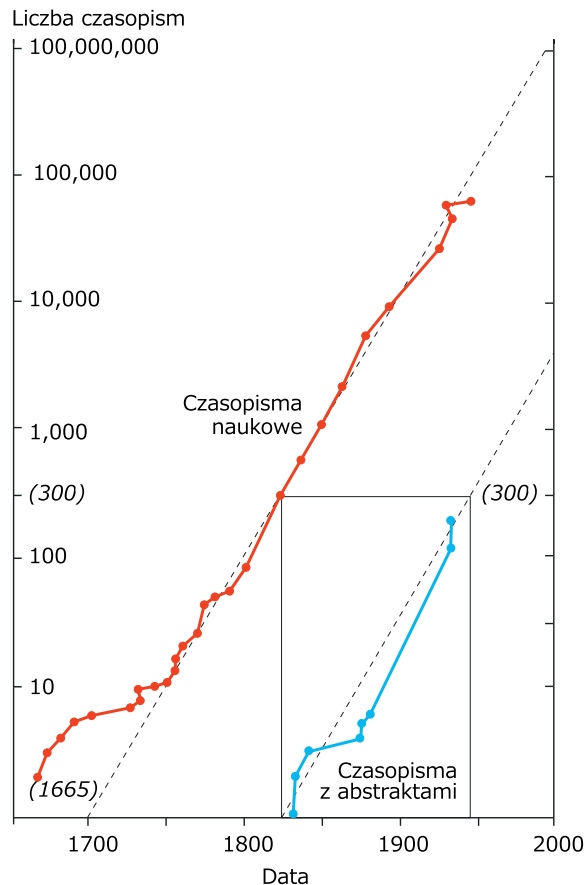
W ramach grantu MNiSW „Stan badań z dziedziny zdrowia publicznego – ewaluacja piśmiennictwa, mapa drogowa” (nr rej. N N404 0536 39) w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) w latach 2010-2014 przeprowadzono między innymi ilościową analizę wybranych polskich czasopism zamieszczających artykuły z dziedziny zdrowia publicznego (ZP). Wybrane wyniki badania zaprezentowano w ramach.

Celem tego opracowania jest: (a) przedstawienie genezy periodyków naukowych i aktualnej sytuacji na międzynarodowym rynku czasopism z dziedziny zdrowia oraz (b) scharakteryzowanie polskich czasopism publikujących artykuły z dziedziny zdrowia publicznego.

11.3. Geneza czasopism naukowych

Pierwsze czasopisma naukowe powstały w XVII wieku i od tego czasu notuje się ciągły wzrost liczby wydawanych pism z różnych dziedzin wiedzy. Za pierwsze niezależne czasopismo

naukowe uznaje się *Le Journal des Sçavans* wydane w 1665r. w Paryżu. Wśród zamieszczanych tam publikacji znajdowały się m. in. zapowiedzi nowych książek, nowości w nauce, technologii i medycynie, najważniejsze decyzje sądowe oraz nekrologi uczonych. Kilka miesięcy później w Londynie Towarzystwo Królewskie wydało *Philosophical Transaction*, w którym publikowano prace członków towarzystwa oraz listy i przeglądy książek. W roku 1700 wydawanych było ok. 30 czasopism naukowych i wraz z upływem czasu ich liczba dynamicznie wzrastała (ryc. 11.1.) [8].



Rycina 11.1. Liczba czasopism naukowych publikowanych na przełomie wieków, wg *de Solla-Price DJ. Little science, big science*, New York 1963

Początki czasopiśmiennictwa medycznego sięgają XVII stulecia. W *Dziejach medycyny w zarysie* autorstwa *Seydy* [9] opisane jest najstarsze czasopismo medyczne – *Acta medica et philosophica Hafniensia* założone w Kopenhadze w 1673r. przez anatoma *Tomasza Bartholinusa*. W drugiej połowie XIX w. liczba wydawnictw zaczęła gwałtownie wzrastać, tak że do 1899r. znano już 712 periodyków medycznych. Uznaje się, że w okresie 1684-1913r. wydano na całym świecie 1654 czasopism z dziedziny medycyny [10]. *World Medical Periodicals* w 1961r. odnotował 5806 tytułów czasopism lekarskich, wydawanych w 96 krajach. Prym wiodły Stany Zjednoczone, gdzie ukazywało się 839 periodyków medycznych, a Polska, wydająca 91 tytułów plasowała się na 15. miejscu [11].

Historia publikacji z dziedziny zdrowia publicznego sięga połowy XIX wieku. Pierwsza

klasyczna publikacja z tej dziedziny autorstwa *Shattuck'a* pod tytułem *Report of the Sanitary Commission of Massachusetts* została wydana w Stanach Zjednoczonych w 1850r. [12].

Amerykańskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego (*American Public Health Association – APHA*) od 1873 roku wydawało roczne raporty *Public Health Papers and Reports*, w których początkowo ukazywały się materiały ze spotkań Towarzystwa, a stopniowo rozszerzono zakres o inne opracowania. Z czasem, przedstawiciele *APHA* rozpoczęli starania o powstanie oficjalnego czasopisma naukowego Towarzystwa [13,14]. Od 1891r. na rynku wydawniczym w Stanach Zjednoczonych ukazywało się czasopismo *Journal of the Massachusetts Association of Boards of Health*, a od roku 1904 zmieniono jego tytuł na *American Journal of Public Hygiene*. W 1911r. *APHA* połączyło siły i wspólnie z *American Journal of Public Hygiene* ogłosiło powstanie nowego czasopisma pod nazwą *Journal of the American Public Health Association*. W czasopiśmie publikowane były prace i streszczenia prezentowane na spotkaniach Towarzystwa, poszerzono także zakres tematyki o badania i przegląd zagadnień z obszaru całej literatury zdrowia publicznego. Czasopismo to stało się wiodącym międzynarodowym periodykiem *APHA* i stanowiło rewolucyjny krok w historii rozwoju Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego. Obecnie na całym świecie ukazuje się kilkaset czasopism publikujących prace z dziedziny zdrowia publicznego [15]. Jednym z współcześnie najbardziej prestiżowych i z długą tradycją jest czasopismo *Bulletin of the World Health Organization* wydawane od 1948 roku [16].

11.4. Liczba czasopism i publikacji

Szacuje się, że w 2010r. na świecie wydawanych było około 25 400 recenzowanych czasopism naukowych z obszaru nauk przyrodniczych (w znaczeniu anglosaskim), technicznych i medycyny, a liczba ich wzrasta każdego roku o około 3,5% [4,17,18]. Natomiast w 2012r. według raportu *STM (International Association of Scientific, Technical and Medical Publisher)* było już wydawanych około 28 100 czasopism naukowych, publikujących łącznie 1.8-1.9 miliona artykułów rocznie [4].

Dostępne na stronach *Thomson Reuters* bazy umożliwiają dotarcie do list czasopism naukowych w różnych obszarach nauki i sztuki [19]. W *CC/CLINICAL MEDICINE* zarejestrowane były 1594 tytuły czasopism (dostęp 24.10.2013). W bazie tej wyróżniono podkategorię *Environmental Medicine & Public Health*, w której było 66 tytułów. Z kolei w *JCR Science Edition* (2012) indeksowanych było 8471 tytułów. Z tego 2730 czasopism przypisanych było do różnych specjalności medycznych. W tej bazie w podkategorii *Public, Environmental & Occupational Health* zarejestrowano 161 czasopism. Natomiast w *JCR Social Science Edition* w tej samej kategorii było 139 tytułów. Wyniki te nie oddają faktycznej liczby czasopism, gdyż niektóre czasopisma są indeksowane w wielu bazach i wielu podkategoriach jednocześnie.

Trudno jest określić liczbę polskich czasopism naukowych z określonych dziedzin nauki, w tym z medycyny czy zdrowia publicznego. Dostępne *on-line* wyszukiwarki takie jak np. *ARIANTA* lub znajdująca się na stronach *Index Copernicus* Wyszukiwarka Czasopism Punktowanych *MNiSW 2012*, umożliwiają wyszukiwanie czasopism według określonych dziedzin nauki, jednak uzyskiwane wyniki są niekompletne i budzą zastrzeżenia [20].

Według danych z wyszukiwarki *ARIANTA* (2013) [21] odnotowano 352 tytuły wśród nauko-

wych czasopism z dziedziny „medycyna”. Wśród nich są również takie, które obecnie nie są już wydawane. W wyszukiwarce nie wyodrębniono dziedziny „zdrowie publiczne”, natomiast autorzy wyszukiwarki wprowadzili dziedzinę „zdrowie i bezpieczeństwo publiczne”, w której znalazło się 17 czasopism. Natomiast według wyszukiwarki znajdującej się na stronie *Index Copernicus* (2012) [22], w dziedzinie „medycyna” odnotowano 255 tytułów. Z kolei w dziedzinie „nauki o zdrowiu” było 141 czasopism. W obu opisywanych wyszukiwarkach kryteria kwalifikowania czasopism do określonych dziedzin nie są przejrzyste, a ich wyniki budzą wątpliwości.

Wraz z rozwojem piśmiennictwa, pojawianiem się nowych tytułów wydawniczych i wzrostem liczby publikowanych artykułów naukowych zrodziła się konieczność zliczania wydanych drukiem publikacji i analizowania otrzymanych wyników pod kątem wybranych kryteriów. Ilościowe badanie piśmiennictwa zapoczątkował *Walden*, rosyjski chemik. Poddał on analizie cytowania bibliograficzne w najpopularniejszych pracach z historii chemii. W 1911r. opublikował wyniki swoich analiz w pracy *O rozwoju chemii w Rosji* [23]. Inni badacze za prekursorów analizy bibliometrycznej uznają *Cole'a* oraz *Eales'a*. Przeprowadzili oni w 1917r. analizę piśmiennictwa z zakresu anatomii porównawczej z lat 1550-1860 [24].

Celem podjętych badań było uzyskanie podstawowych informacji o wydawanych w Polsce, wybranych czasopismach publikujących artykuły z dziedziny zdrowia publicznego. Wśród nich znalazły się periodyki zamieszczające artykuły o tematyce zdrowia publicznego *sensu stricto* oraz czasopisma z dziedziny medycyny zawierające także prace dotyczące ZP.

Wypytowano łącznie 14 czasopism, w tym 8 czasopism z dziedziny ZP (grupa I) oraz 6 czasopism z dziedziny medycyny (grupa II). Analiza objęła publikacje z roczników 2007 oraz 2011. Wśród kryteriów włączenia czasopism do analizy znalazły się: obecność artykułów związanych ze zdrowiem publicznym; dostępność artykułów *on-line*; pojawienie się czasopisma na rynku wydawniczym przed 2007r.; umieszczenie w wykazie czasopism naukowych MNiSW z dnia 25 czerwca 2010r. oraz liczba punktów przypisana czasopismu zgodnie z w/w wykazem. W przypadku czasopism z dziedziny ZP kryterium włączenia był także wydawca czasopisma tj. wyłącznie instytucja/towarzystwo naukowe zajmujące się tematyką zdrowia publicznego.

Analizowane czasopisma z dziedziny zdrowia publicznego (grupa I) powstawały w latach 1885 – 1994. Natomiast czasopisma z dziedziny medycyny (grupa II) w latach 1922 – 2006. Wśród czasopism z dziedziny zdrowia publicznego wszystkie ukazywały się jako kwartalniki z wyjątkiem jednego pisma, które było wydawane 6 razy w roku. Pisma z obszaru medycyny wydawane były znacznie częściej. Dwa z nich były wydawane 12 razy w roku, a cztery wychodziły jako dwumiesięczniki.

Można zatem stwierdzić, że czasopisma z dziedziny zdrowia publicznego ukazują się rzadziej niż czasopisma medyczne, co wiąże się z dostępem do najbardziej aktualnych informacji, ale również z możliwością publikowania własnych prac.

Badania własne (NIZP-PZH, 2012)

11.5. Język publikacji

W czasach coraz powszechniejszego dostępu do wyników badań naukowych głównym środkiem komunikacji pomiędzy różnymi grupami językowymi stał się język angielski (tzw. *lingua franca*) [25]. Sytuacja ta dotyczy także publikacji w dziedzinie zdrowia publicznego i medycyny, a dzięki temu problemy i wyniki badań przedstawiane w poszczególnych pracach mogą być dyskutowane przez autorów z innych krajów. Powstają jednak także badania dotyczące problemów lokalnych, odnoszących się do danego regionu czy kraju. Dlatego decyzja dotycząca druku publikacji w języku angielskim lub rodzimym stanowi dylemat zarówno dla badacza, jak i wydawnictw. Powstaje pytanie czy przeprowadzone badania upowszechnić na międzynarodowym rynku naukowym, tłumacząc treść pracy na język angielski, czy też kosztem ograniczonej dystrybucji tylko w języku rodzimym dotrzeć do lokalnych odbiorców – teoretyków i praktyków ZP? Konsekwencją opublikowania pracy w języku innym niż język angielski jest ryzyko niezauważenia jej przez międzynarodową społeczność naukową z powodu nieznamomości języka autorów.

W Polsce wiele czasopism naukowych publikuje pełne teksty artykułów wyłącznie w języku polskim. Część z nich wymaga dołączenia przez autorów streszczenia i słów kluczowych w języku angielskim. Na krajowym rynku wydawniczym są też czasopisma wymagające od autorów przysyłania prac wyłącznie w języku angielskim lub w obu językach równocześnie.

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że wśród czasopism z dziedziny zdrowia publicznego (grupa I) posiadających *IF* dominował język angielski. W pozostałych pismach z grupy I prace występowały w języku polskim, z jednym wyjątkiem, gdzie artykuły publikowano w obu językach. Natomiast w czasopismach z dziedziny medycyny język publikacji różnił się w zależności od roku wydania i rodzaju publikacji. Artykuły były publikowane w języku polskim, w języku angielskim lub w obu językach.

Wynika z tego, że artykuły z dziedziny ZP coraz częściej publikowane są w języku angielskim, co stwarza możliwość zaistnienia na międzynarodowym forum naukowym, ale równocześnie ogranicza dostęp do piśmiennictwa krajowym odbiorcom.

Badania własne (NIZP – PZH, 2012)

Obecnie jednym z najpopularniejszych źródeł publikacji naukowych są bibliograficzne bazy danych. Prace nie zawierające tytułu i abstraktu w języku angielskim nie są zamieszczane w popularnych angielskojęzycznych bazach bibliograficznych, takich jak *PubMed* czy *Web of Science*. Tym samym zmniejszają się szanse na ich cytowanie i rozpowszechnienie wyników badań poza własny kraj. Według *Clarke'a i wsp.*, którzy przeprowadzili analizę badań z dziedziny zdrowia publicznego wydanych w latach 1995-2004 i cytowanych w *SSCI (The Social Science Citation Index)* oraz *SCI (Science Citation Index)*, wynika, że tylko 3,5% z nich opublikowano w języku innym niż język angielski [26]. Wśród tych publikacji najwięcej prac napisanych było w języku niemieckim, a następnie francuskim, hiszpańskim i portugalskim.

Przykładem próby zwiększenia dostępności, ale też poprawy widoczności na świecie niean-

gielskojęzycznych prac są bazy bibliograficzne *LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde)* oraz *SciELO (The Scientific Electronic Library Online – SciELO)*. W bazach tych znajdują się czasopisma z dziedziny zdrowia i zdrowia publicznego publikujące artykuły z krajów Ameryki Łacińskiej oraz Portugalii i Hiszpanii [27]. Są to często czasopisma nie indeksowane w innych bazach bibliograficznych. Prace zamieszczone w obu bazach posiadają abstrakt i tekst w języku portugalskim lub hiszpańskim, ale także abstrakt w języku angielskim [28]. Mimo to, według badań *Meneghini i Packer* [29], spośród około 50 tysięcy prac naukowych publikowanych rocznie przez Brazylijczyków, 40% wydawanych jest głównie w języku angielskim i prawie wszystkie z tej grupy indeksowane są w bazie *Thomson Scientific Web of Science*.

11.6. Dostępność publikacji *on-line*

Na przełomie XX i XXI w. elektroniczne nośniki informacji (zapis cyfrowy) nadały komunikacji nowy, globalny wymiar. To dzięki nim w czasie rzeczywistym informacja może dotrzeć w każdy zakątek naszego globu. Została pokonana w ten sposób bariera czasu i odległości pomiędzy różnymi ośrodkami badawczymi i naukowcami. Publikowanie artykułów w wersji elektronicznej przyspieszyło cykl wydawniczy, wyeliminowało tradycyjny druk i przesyłkę do prenumeratora. Niewątpliwą zaletą dostępności *on-line* jest fakt, że z tego samego czasopisma (numeru) może korzystać właściwie nieograniczona liczba użytkowników w tym samym czasie.

Udostępnianie materiałów i artykułów jest możliwe dzięki technologiom FTP (*File Transfer Protocol* - od 1973r.) i przede wszystkim *www/html* (od 1992r.). Istniejący od 1993r. format plików PDF zapewnia wierność oryginałowi i jest powszechnie stosowany w środowiskach naukowych [3].

W toku przeprowadzonej analizy okazało się, że większość czasopism z dziedziny ZP posiadało dostęp *on-line* do streszczeń, słów kluczowych oraz pełnych tekstów.

Wśród czasopism z dziedziny medycyny wszystkie, z wyjątkiem jednego, oferowały dostęp do streszczeń, a połowa posiadała dostęp *on-line* do słów kluczowych. Pełne teksty dostępne były we wszystkich analizowanych czasopismach wydanych w roku 2007, natomiast w roku 2011 dostępne były w pięciu z sześciu czasopism.

Widoczna była zatem duża różnorodność polityki wydawniczej czasopism. Warto podkreślić fakt, że w polskich czasopismach coraz powszechniejszy staje się dostęp *on-line* nie tylko do streszczeń i słów kluczowych, ale także pełnych tekstów publikacji.

Badania własne (NIZP-PZH, 2012)

11.7. Punktacja czasopism

Impact factor, w tłumaczeniu na język polski „miara oddziaływania”, jest jednym z najczęściej używanych wskaźników bibliometrycznych służących do oceny prestiżu i siły oddziaływania czasopism naukowych. Ustalany jest corocznie na podstawie prowadzonego przez koncern

wydawniczy *Thomson Reuters* indeksu cytowań publikacji naukowych, który jest publikowany w *Journal Citation Reports*. Od momentu powstania w 1975 roku, *Journal Citation Reports* stanowi istotny punkt odniesienia dla oceny siły oddziaływania czasopism naukowych na całym świecie [30]. Oprócz listy *IF* są też publikowane listy innych wskaźników (np.: *Immediacy Factor* – wskaźnik aktualności), które nie mają jednak aż tak dużego wykorzystania jak *IF*.

Cytowanie we własnej pracy wcześniejszych publikacji na podobny temat jest powszechnym zjawiskiem wśród badaczy. Według założeń twórców wskaźnika *IF*, im publikacja opisuje ważniejszy problem, tym częściej jest cytowana przez autorów innych prac. Dlatego też liczba cytowań publikacji z danego czasopisma może stanowić wskaźnik miary jego wartości.

Pomimo, że stosowanie *IF* do oceny dorobku instytucji i poszczególnych badaczy ma wielu przeciwników, to jednak jest wykorzystywane w wielu krajach [31]. Zastrzeżenia dotyczą między innymi ograniczonej liczby czasopism wpisanych do bazy przez koncern wydawniczy *Thomson Reuters*. Według niektórych autorów czasopisma publikujące w języku angielskim i prowadzące politykę *open access* mają wyższą wartość *IF* z powodu łatwiejszego dostępu do ich artykułów [32,33]. Generalnie wyższą wartość *IF* mają czasopisma wydawane w USA niż w Europie, a także angielskojęzyczne czasopisma w porównaniu z czasopismami publikującymi w innych językach [34-37]. Potencjalnie częściej cytowane są też artykuły poglądowe niż oryginalne, zatem więcej cytowań mają czasopisma publikujące artykuły poglądowe. Prace z bardzo wąskiej dziedziny mają mniejszą szansę na cytowanie niż te dotyczące problematyki szeroko podejmowanej przez naukowców. W ramach poszczególnych dziedzin większą szansę na cytowanie mają prace na tematy mieszczące się w głównym nurcie zainteresowań (modne), niż te – nie mniej ważne – niszowe. Jeszcze innym problemem pozostaje cytowanie prac z czasopisma, w którym autor planuje opublikować swój artykuł. Takie działania prowadzą do potencjalnego podwyższenia *IF* tego czasopisma.

Powstaje zatem pytanie: czy *IF* w pełni odzwierciedla wartość publikowanych w danym czasopiśmie prac? Biorąc pod uwagę powyższe wątpliwości nie zawsze chodzi o jakość czasopisma, lecz o interes naukowców [34,35].

Choć udowodniono, że *IF* nie jest idealną metodą oceny czasopism, to jednak ze względu na prostotę jest wykorzystywany w wielu krajach, w tym w Polsce m. in. do oceny instytutów naukowych i wydziałów uczelni wyższych wpływając na wielkość przyznawanych tym instytucjom środków finansowych. W tym wypadku liczba napisanych przez pracowników i przyjętych do publikacji prac w czasopismach z wysokim *IF* uznawana jest za miarę wartości badań prowadzonych przez daną jednostkę naukową. *IF* jest także istotnym wskaźnikiem służącym do systematycznej oceny dorobku naukowego pracowników jednostek naukowych.

W literaturze obecne są jednak głosy, że należy ponownie rozważyć dominację *IF* jako wskaźnika oceny dorobku badaczy publikujących w obszarze zdrowia [38]. Podkreśla się również, że wyniki badań podstawowych i klinicznych generalnie są wyżej cenione w kategorii *IF*, niż wyniki badań stosowanych i ze zdrowia publicznego [39].

Zgodnie z *JCR Thomson Reuter*, czasopisma z dziedziny medycyny posiadają wyższy *IF* niż z dziedziny zdrowia publicznego (tab. 11.1.). Warto zwrócić uwagę, że dwa czasopisma z dziedziny ZP i publikujące artykuły o szerokim profilu tematycznym, wysoko oceniane w środowisku naukowym tj. *American Journal of Public Health* (*IF* – 3.930) oraz *European Journal of Public Health* (*IF* – 2.516) w ogóle nie znalazły się wśród najwyższej punktowanych czasopism.

Większość omawianych wysoko punktowanych czasopism wydawanych jest w Stanach Zjednoczonych, a wśród autorów przeważają naukowcy z USA.

Tabela 11.1. Wybrane czasopisma z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego z przyznaną punktacją IF za rok 2012 oraz krajem wydawcy

Czasopisma z dziedziny medycyny			Czasopisma z dziedziny zdrowia publicznego		
Tytuł czasopisma	IF	Wydawca (kraj)	Tytuł czasopisma	IF	Wydawca (kraj)
<i>CA: A Cancer Journal for Clinicians</i>	153.459	USA	<i>Epidemiologic Reviews</i>	9.269	USA
<i>New England Journal of Medicine</i>	51.658	USA	<i>Environmental Health Perspectives</i>	7.522	USA
<i>Lancet</i>	39.060	Wielka Brytania	<i>International Journal of Epidemiology</i>	7.001	Wielka Brytania
<i>Nature Reviews Cancer</i>	35.00	USA	<i>Who Technical Report Series</i>	6.100	Szwajcaria
<i>Jama-Journal of The American Medical Association</i>	29.978	USA	<i>Epidemiology</i>	5.738	USA
<i>Cancer Cell</i>	24.755	USA	<i>Journal of Clinical Epidemiology</i>	5.332	USA
<i>Lancet Oncology</i>	25.117	USA	<i>Bulletin of the World Health Organization</i>	5.250	Szwajcaria
<i>British Medical Journal</i>	17.215	Wielka Brytania	<i>European Journal of Epidemiology</i>	5.118	Holandia
<i>Plos Medicine</i>	15.253	USA	<i>American Journal of Epidemiology</i>	4.780	USA
<i>Circulation</i>	15.202	USA	<i>Health Reports</i>	4.283	Kanada

Biorąc pod uwagę rozliczne okoliczności mające wpływ na produkcję badań i piśmiennictwa w poszczególnych dziedzinach oraz dyscyplinach badawczych, mierniki bibliometryczne nie powinny być używane do porównania pojedynczych badaczy, grup badaczy i czasopism reprezentujących różne obszary badawcze [40].

W badaniu przeprowadzono analizę punktacji czasopism, zarówno *IF* jak i punktów przyznanych zgodnie z wykazem MNiSW z dnia 25 czerwca 2010r. W grupie pism z obszaru zdrowia publicznego *IF* posiadały cztery czasopisma, a jego wartość wahała się od 0,303 do 2,311. Natomiast w ocenie czasopism dokonanej przez MNiSW pisma z dziedziny ZP (grupa I) otrzymały od 4 do 25 punktów.

Z kolei wśród poddanych analizie czasopism z dziedziny medycyny (grupa II) przyznany *IF* wynosił od 0,067 do 0,515, a liczba punktów MNiSW wahała się od 13-15.

Z przeprowadzonego badania wynika, że w czasopismach z dziedziny medycyny istnieją niewielkie różnice w wysokości *IF* przypisanej danemu periodykowi, w przeciwieństwie do czasopism z dziedziny ZP, gdzie rozrzut przyznanej punktacji był większy. Pamiętając, że przedstawione różnice dotyczą wyłącznie analizowanych czasopism, warto zaznaczyć, że liczba obecnych na rynku polskich czasopism medycznych z *IF* znacznie przewyższa liczbę czasopism z *IF* z dziedziny z ZP *sensu stricto*.

Badania własne (NIZP-PZH, 2012)

11.8. Liczba i rodzaj publikowanych prac, zasady pisania artykułów

Wśród różnych publikacji naukowych wyróżnić można: podręczniki, prace oryginalne, publikacje przeglądowe, krótkie doniesienia, recenzje, eseje, sprawozdania z konferencji i inne [41].

Zgodnie z najnowszą definicją MNiSW z 2013r. artykuł naukowy - prezentuje wyniki oryginalnych badań o charakterze empirycznym, teoretycznym, technicznym lub analitycznym; zawiera tytuł publikacji, nazwiska i imiona autorów wraz z ich afiliacjami; przedstawia obecny stan wiedzy, metodykę badań, przebieg procesu badawczego, jego wyniki oraz wnioski, z przytoczeniem cytowanej literatury (bibliografię). Do artykułów naukowych zalicza się także opublikowane w czasopismach naukowych opracowania o charakterze monograficznym, polemicznym lub przeglądowym jak również głosy lub komentarze prawnicze.

W czasopismach naukowych najczęściej publikowane są trzy rodzaje prac: oryginalne (badawcze, ang. *original research articles*), przeglądowe (poglądowe, ang. *review*) oraz polemiczne w tym np. wstęp od wydawcy (*editorial*), opinie i komentarze (*opinions, commentaries*). Każdy z rodzajów prac spełnia określone funkcje [42].

Prace oryginalne opisują badania własne autora lub bezpośrednio mu podlegającego zespołu naukowego. Artykuły przeglądowe zbierają i konfrontują wnioski z wielu badań naukowych w celu usystematyzowania pewnego obszaru wiedzy. Zawierają wyczerpujący przegląd prac dotyczących określonego zagadnienia (podobnie jak monografie). Prace takie mogą ograniczać się do bezstronnego przedstawienia wyników i stanowisk innych autorów, mogą też proponować własne wnioski i oceniać omawiane prace. Prace polemiczne odnoszą się do wcześniejszych publikacji, komentując część zawartych w nich informacji i wniosków oraz ich wiarygodność.

W przeprowadzonym badaniu porównano czasopisma z dziedziny zdrowia publicznego i medycyny biorąc pod uwagę rodzaj publikowanych artykułów i ich liczbę wydawaną w roku. W poszczególnych czasopismach z obszaru zdrowia publicznego (grupa I) średnio w ciągu roku ukazywało się 42 - 146 artykułów wszystkich kategorii. W tej grupie, wśród czasopism posiadających *IF*, ukazywało się średnio 42 - 67 artykułów w roku, natomiast w czasopismach nie posiadających *IF*, ukazywało się średnio 79 - 146 artykułów w roku.

We wszystkich czasopismach z dziedziny ZP blisko 67% stanowiły prace oryginalne, co piąty artykuł był poglądowy, a niecałe 12% stanowiły łącznie pozostałe rodzaje prac.

W czasopismach z dziedziny medycyny (grupa II), ukazywało się średnio 57 - 136 (z jednym wyjątkiem, gdzie opublikowano w jednym roku 380 prac) artykułów w roku. Jedną trzecią publikowanych artykułów stanowiły prace oryginalne, co piąta praca była poglądowa lub kazuistyczna. Stosunkowo duży odsetek stanowiły publikacje zakwalifikowane jak „inne rodzaje prac” (około 23%). Był to przede wszystkim komentarze, doniesienia, sprawozdania, komunikaty, itp.

Reasumując, średnia liczba wszystkich opublikowanych w ciągu roku prac była podobna w czasopismach z obu dziedzin, choć czasopisma z dziedziny ZP wydawane były rzadziej niż czasopisma medyczne. W czasopismach z dziedziny ZP przeważały artykuły oryginalne, zaś w czasopismach z dziedziny medycyny stwierdzono podobny odsetek prac oryginalnych, poglądowych i kazuistycznych. W czasopismach medycznych istotny odsetek prac stanowiły komentarze, doniesienia czy sprawozdania, co umożliwia bieżącą dyskusję i wymianę poglądów naukowców sprzyjając rozwojowi dziedziny. Wydaje się, że tego typu aktywności nadal brakuje w czasopismach z dziedziny ZP.

Badania własne (NIZP-PZH, 2012)

Sposób przygotowania publikacji naukowych podlega określonym zasadom. Inne zasady obowiązują przy pisaniu np. eseju, pracy poglądowej, oryginalnej czy komentarza [43, 44]. Wzrastająca liczba różnych publikacji ukazujących się na rynku wywołała potrzebę zebrania i opracowania zasad dotyczących pisania prac. W dostępnym piśmiennictwie, choć głównie anglojęzycznym, można odszukać ogólne oraz bardziej szczegółowe zalecenia i wskazówki. Zalecenia te odnoszą się do układu i zawartości poszczególnych części pracy oraz samego procesu pisania [45-47]. Wskazówki dotyczące procesu pisania uwzględniają np. opracowanie planu pracy, sposób komunikacji między współautorami, jak również techniczne aspekty tworzenia pracy, w tym porady stylistyczne i związane ze słownictwem. Rekomendowane zasady dotyczą także formułowania tytułu pracy w sposób atrakcyjny dla odbiorców, merytorycznej zawartości abstraktu i słów kluczowych, jako „wizytówki” a jednocześnie często jedynej części pracy łatwo dostępnej dla czytelników (ze względu na łatwy dostęp do pełnych tekstów w internetowych bazach bibliograficznych). Inne wskazówki odnoszą się do opisywania i graficznego opracowania rycin i tabel, formułowania wniosków, zasad cytowania literatury [48-50]. Istniejące w piśmiennictwie liczne poradniki dotyczące pisania prac naukowych mają na celu poprawienie jakości publikacji i zwiększenie ich szans na opublikowanie oraz zwiększenie widoczności na coraz większym rynku wydawniczym.

11.9. Podsumowanie

Coraz szybszy wzrost liczby czasopism i publikacji naukowych, a także baz bibliograficznych, w których są one umieszczane, przyczynia się z jednej strony do potencjalnie łatwiejszego dostępu do publikacji z całego świata, ale jednocześnie stwarza poczucie zagubienia naukowców spowodowane zalewem informacji. W efekcie od współczesnego badacza wymaga się bardzo szerokiej kompetencji. Obejmują one nie tylko wiedzę i umiejętności niezbędne do prowadzenia badań naukowych, ale także umiejętności wyszukiwania i selekcji potrzebnych informacji, opracowania publikacji naukowej i opublikowania w uznanym czasopiśmie. Oczekiwanie dotyczą również zdobywania środków finansowych potrzebnych do realizacji badań i upowszechnienia ich wyników.

11.10. Piśmiennictwo

1. Nowa Encyklopedia Powszechna. Wyd. PWN, Warszawa 1996.
2. GUS. Pojęcia stosowane w badaniach statystycznych statystyki publicznej. http://www.stat.gov.pl/gus/definicje_PLK_HTML.htm?id=POJ-76.htm, (2013.10.17).
3. Prinker. Tradycyjne funkcje czasopisma naukowego a współczesne technologie komunikacyjne. *Biblioteka* 2010 | 14(23) | 137-147.
4. Ware M, Mabe M. The STM report. An overview of scientific and scholarly journal publishing. STM: International Association of Scientific, Technical and Medical Publishers, Mark Ware Consulting & Outsell, Inc, The Hague 2012.
5. Soteriades ES, Falagas ME. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/301/> - ins1A bibliometric analysis in the fields of preventive medicine, occupational and environmental medicine, epidemiology, and public health. *BMC Public Health* 2006, 6:301.
6. Rosenbaum S, Burke T, Benevelli J i wsp. Legal issues in health information: implications for public health practice and policy. *Public Health Rep* 2005, 120:350-2.
7. Kirkwood B. Making public health interventions more evidence based. *BMJ* 2004, 328:966-7. <http://www.biomedcentral.com/pubmed/15105301>
8. Mittermaier B. Rola czasopism w rozwoju nauki i technologii: perspektywa niemiecka. *PM* 2010, 6: 47.
9. Seyda B. Dzieje medycyny w zarysie. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973.
10. Ostrowska T. Polskie czasopiśmiennictwo lekarskie w XIX wieku (1800-1900). Zarys historyczno – bibliograficzny. Wrocław 1973.
11. Brzeziński T (red.). Historia medycyny. Warszawa 1988.
12. Atwater RM. Report of the Sanitary Commission of Massachusetts 1850. *Am J Public Health Nations Health* 1949, 39(2): 243.
13. Brown TH, Fee E. Birth of the *American Journal of Public Health*. *Am J Public Health* 2010, 100(1): 66–67.
14. Terris M. Evolution of public health and preventive medicine in the United States. *Am J Public Health* 1975, 65(2): 161-169.
15. Evidence-Based Practice for Public Health. *Public Health Journals*, <http://library.umassmed.edu/ebpph/journalist.cfm>, (2013.10.09).
16. Bulletin of the World Health Organization, <http://www.who.int/bulletin/en/>, (2013.10.09).
17. Fraser AG, Dunstan FD. On the impossibility of being expert. *BMJ* 2010, 341: c6815.
18. Björk B, Roos A, Lauri M. Scientific journal publishing: yearly volume and open access availability. *IR Information Research* 2009, 14 (1).
19. Journal Lists for Searchable Databases, http://ipscience.thomsonreuters.com/mjl/#journal_lists (2013.10.12).
20. Warsztat badacza Emanuel Kulczycki. Wyszukiwarka czasopism punktowanych Index Copernicus - nie podoba mi się takie rozwiązanie, http://ekulczycki.pl/warsztat_badacza/wyszukiwarka-czasopism-punktowanych-index-copernicus-nie-podoba-mi-sie-takie-rozwiazanie/, (2013.10.12).

21. Arianta. Naukowe i branżowe polskie czasopisma elektroniczne. Aneta Drabek i Arkadiusz Pulikowski, <http://www1.bg.us.edu.pl/bazy/czasopisma/>, (2013.10.12).
22. Wyszukiwarka Czasopism Punktowanych MNiSW 2012, <http://lista2012.indexcopernicus.com/search/cn/search?execution=e2s1>, (2013.10.12).
23. Stefaniak B. Use of bibliographic data bases for scientometric studies. *Scientometrics* 1987, 12: 3-4, 149-161.
24. Skalska-Zlat M. Bibliometria – pojęcia, metody, kierunki badań. *Roczniki Biblioteczne* 1988, 32, 2, s.260.
25. Baussano I, Brzoska P, Fedeli U i wsp. Does language matter? A case study of epidemiological and public health journals, databases and professional education in French, German and Italian. *Emerg Themes Epidemiol* 2008, 6: 16.
26. Clarke A, Gatineau M, Grimaud O i wsp. A bibliometric overview of public health research in Europe. *Eur J Public Health* 2007, 17(suppl 1): 43-49.
27. Williams JR, Bórquez A, Basáñez MG. Hispanic Latin America, Spain and Spanish-speaking Caribbean: A rich source of reference material for public health, epidemiology and tropical medicine. *Emerging Themes in Epidemiology* 2008, 5: 17.
28. Baretto ML, Barata RB. Public health and epidemiology journals published in Brazil and other Portuguese speaking countries. *Emerg Themes Epidemiol* 2008;5:18.
29. Meneghini R, Packer A. Is there science beyond English? Initiatives to increase the quality and visibility of non-English publications might help to break down language barriers in scientific communication. *EMBO Rep* 2007, 8: 112-116.
30. Thomson Reuters Research Analytics Unveils 2013 Release of Its Journal Citation Reports, <http://thomsonreuters.com/press-releases/062013/2013-journal-citation-reports>, (2013.09.13).
31. A threat to scientific communication. *THE* 2009, <http://www.timeshighereducation.co.uk/407705.article>, (2013.09.13).
32. Eysenbach G. The open Access advantage. *Med Internet Res* 2006, 8(2): e8.
33. Eysenbach G. Citation Advantage of Open Access Articles. *PLoS Biol* 2006, 4(5): e157.
34. Nayak BK. The enigma of impact factor. *Indian J of Ophthalmol* 2013, 54(3): 225-226.
35. Neuberger J, Counsel C. Impact factors: uses and abuses. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002, 14(3): 209-211.
36. Jain AK. Impact factor: measure of quality of research publication. *Indian J Orthop* 2011, 45(4): 289-290.
37. Mathur VP, Sharma A. Impact factor and other standardized measures of journal citation: A perspective. *Indian J of Dental Research* 2009, 20(1): 81-85.
38. Clarke A, Royle P. Feeling the impact. *Eur J Public Health* 2012, 22(5): 614-5.
39. Jansen MWJ, Ruwaard D. Making an impact instead of ‘publish or perish’. *Eur J Public Health* 2012, 22(5): 613-4.
40. Durieux V, Gevenois PA. Bibliometric Indicators: Quality Measurements of Scientific Publication. *Radiology* 2010, 2, 255: 342-351, <http://radiology.rsna.org/content/255/2/342.full.pdf>, (2013.09.13).
41. Czachorowski J. Publikacje naukowe. Jak i po co się narodziły, <http://www.uwm.edu.pl/czachor/dyda/typypubli.htm>, (2013.11.06).
42. Wolski P. Międzynarodowa wymiana informacji naukowej, http://www.staff.amu.edu.pl/~uamzpoip/seminarium_mgr/sem_m_JWP/typy%20publikacji%20nukowych.doc, (2013.11.06).
43. Hoogenboom BJ, Manske RC. How to write a scientific article. *Int J Sports Phys Ther* 2012, 7(5): 512-517.
44. Morrison MA. Tips on Scientific Writing. Version 4.3, 2004, 21, <http://nhn.nhn.ou.edu/~morrison/Teaching/WritingTips.pdf>, (2013.10.13).
45. Writing a scientific research article. University of Columbia, <http://www.columbia.edu/cu/biology/ug/research/paper.html>, (2013.10.15).
46. How to write a scientific paper. ConservationBytes.com, <http://conservationbytes.com/2012/10/22/how-to-write-a-scientific-paper/>, (2013.10.13).
47. Gopen G, Swan J. The Science of Scientific Writing. If the reader is to grasp what the writer means, the writer must understand what the reader needs. *American Scientist on-line*, Article/20041129154728_306_1816.HTML, (2013.10.15).
48. How to Write Paper in Scientific Journal Style and Format. Bates Collage, <http://abacus.bates.edu/~ganderso/biology/resources/writing/HTWtoc.html>, (2013.10.15).
49. Paradies Y, Stevens M. Conceptual diagrams in public health research. *J Epidemiol Community Health* 2005, 59:1012-1013. <http://jech.bmj.com/content/59/12/1012.full-aff-2#aff-2>
50. Scientific writing. University of Sydney. Intermediate Skills Manual 2001: 1-21, http://sydney.edu.au/science/biology/learning/generic_skills/Scientific_Writing.pdf, (2013.10.13).

12. PRIORYTETY BADAWCZE I STAN BADAŃ W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Maria Piotrowicz¹, Małgorzata Gajewska¹, Ewa Urban¹, Katarzyna Lewtak¹, Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
²Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

12.1. Najważniejsze fakty

- W Polsce aktualnie istnieje kilka dokumentów zawierających listy priorytetów polityki zdrowotnej państwa, które nie są w pełni komplementarne. Problemem jest również brak ustalonych priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego.
- Analiza tematyki projektów badawczych (KBN, NCN) finansowanych ze środków publicznych w ramach dziedziny zdrowie publicznego wykazała dominację zagadnień medycznych.
- Przegląd artykułów oryginalnych opublikowanych w wybranych czasopismach z dziedziny zdrowia publicznego również potwierdził, że badania w zdrowiu publicznym skupiają się głównie na aspektach medycznych chorób oraz ich behawioralnych i poznawczych uwarunkowaniach. Brakuje badań dotyczących m.in. różnych aspektów polityki zdrowotnej, w tym zwłaszcza kształcenia kadr, ewaluacji programów zdrowotnych lub dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.
- Konieczne jest wzmocnienie dziedziny zdrowia publicznego poprzez ustalenie priorytetów badawczych spójnych z priorytetami polityki zdrowotnej państwa.

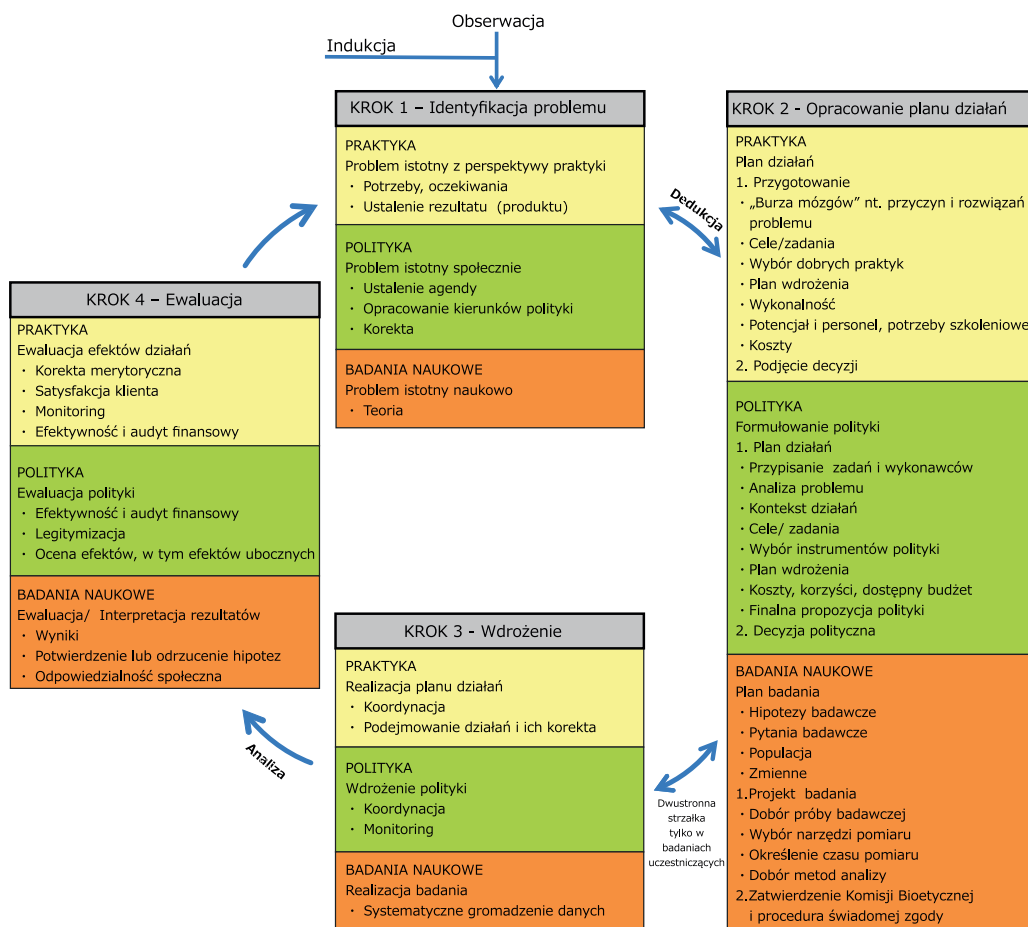
12.2. Wstęp

Zdrowie publiczne potrzebuje odpowiednio skoordynowanych działań w trzech obszarach tj. polityce, praktyce oraz badaniach naukowych [1,2]. W podejściu tym polityka definiowana jest jako strategia służąca do kontrolowania i optymalnego wykorzystywania wiedzy o zdrowiu, dostarczania świadczeń i alokacji dostępnych zasobów. Praktyka to implementacja działań społecznych i organizacja dostarczania świadczeń. Natomiast badania naukowe rozumiane są jako interwencje potrzebne do oceny wskaźników efektywności dotyczących prowadzenia określonej polityki i praktyki zdrowia publicznego.

W sytuacji idealnej polityka, praktyka i badania naukowe powinny wzajemnie się uzupełniać wspierając rozwój zdrowia publicznego. Jednakże współdziałanie w ramach opisywanych obszarów jest trudne ze względu na różnice w ich odmiennej ideologii, specyficznych normach i wartościach, sposobie komunikacji oraz poczuciu silnej niezależności. Różnice pomiędzy światem nauki, praktyki i polityki wyrażają się także w odmiennej misji, celach, strategiach, horyzoncie czasowym, organizacji i kulturze pracy (*organizational climate*) oraz odpowiedzialności.

Działania w każdym z opisywanych obszarów można zobrazować w postaci graficznego modelu składającego się z czterech kolejnych etapów, takich jak.: identyfikacja problemu, opracowanie planu działań, wdrożenie oraz ewaluacja (ryc.12.1.). Jednak, w poszczególnych etapach takiego cyklu, polityka, praktyka i nauka posługują się odmiennymi kryteriami i metodami.

Świadomość różnic i problemów, a jednocześnie potrzeba współpracy pomiędzy badaczami, praktykami i politykami (twórcami polityk) w zdrowiu publicznym mogą przyczynić się do poprawy sytuacji. W literaturze można znaleźć wytyczne dotyczące wdrażania wyników badań naukowych do praktyki i polityki w dziedzinie zdrowia [3]. Problematyka ta została również omówiona w niniejszym opracowaniu w rozdziałach na temat translacji wiedzy.



Rycina 12.1. Etapy działań w obszarze badań naukowych, praktyki i polityki, wg Jansen MW i wsp., 2010 (opracowanie własne)

Celem tego opracowania jest przedstawienie: (a) priorytetów badawczych w dziedzinie ZP w Polsce, (b) tematyki projektów sfinansowanych przez KBN/NCN w dziedzinie zdrowia publicznego oraz (c) tematyki artykułów oryginalnych opublikowanych w wybranych polskich czasopism naukowych z dziedziny zdrowia publicznego.

12.3. Priorytety zdrowotne i badawcze w zdrowiu publicznym w Polsce

Niezbędnym elementem rozwoju polityki zdrowotnej państwa jest wyznaczenie priorytetów. W Polsce aktualne priorytety zdrowotne znajdują się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Priorytety polityki zdrowotnej zostały zapisane także w *Narodowym Programie Zdrowia na latach 2007-2015*, który stanowi załącznik do Uchwały Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r. Priorytety wyznaczone w tych dokumentach nie są w pełni komplementarne. Ponadto w Polsce sformułowano również cele strategiczne w ochronie zdrowia. Znajdują się one w dokumencie *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, który stanowi kontynuację *Strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013* (patrz: rozdział pt. „System badań w dziedzinie zdrowia”).

Nauka powinna mieć znaczący wkład w rozwiązywanie problemów zdrowotnych. Ustalenie priorytetów badawczych ma na celu podniesienie rangi zdrowia publicznego jako dziedziny naukowej, zaspokojenie potrzeb polityki zdrowotnej i społecznej oraz wzmocnienie pozycji Polski na arenie międzynarodowej. Przedstawiciele środowiska naukowego od wielu lat postulują wyznaczenie priorytetów badań w zdrowiu publicznym [4,5]. Wśród autorskich propozycji priorytetów prof. *Jana Zejdy* sformułowanych w 2001r. i powtórzonych w 2010r. znalazły się: (a) ocena nierówności w stanie zdrowia i ich uwarunkowań; (b) ocena realizacji programów profilaktycznych w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ); (c) ocena i prognozowanie ryzyka związanego z nowo pojawiającymi się lub nawracającymi chorobami zakaźnymi; (d) szacowanie kosztów diagnostyki, terapii i rehabilitacji w chorobach przewlekłych; (e) ocena stanu zdrowia i potrzeb osób starszych; (f) wpływ czynników środowiskowych na stan zdrowia.

Zdaniem autora priorytety badawcze należy opracować w ramach prac zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wejdą specjaliści zdrowia publicznego (naukowcy i praktycy), a także politycy zajmujący się zdrowiem, świadczeniodawcy, organizacje rządowe i samorządowe oraz przedstawiciele społeczeństwa. Wyniki pracy takiego zespołu powinny znaleźć odzwierciedlenie w decyzjach o promowaniu i wspieraniu szczególnie pożądanym kierunków badań.

12.3.1. Strategiczne kierunki badań naukowych i prac rozwojowych w zdrowiu wyznaczone przez NCBR

Obecnie Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBR) wyznaczyło siedem strategicznych, interdyscyplinarnych kierunków badań naukowych i prac rozwojowych. Z badaniami w zdrowiu związany jest kierunek „choroby cywilizacyjne, nowe leki oraz medycyna regeneracyjna”. W ramach tego kierunku NCBR przygotował program *Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych – STRATEGMED*, w którym wyznaczono cztery obszary tematyczne: kardiologia i kardiochirurgia, onkologia, neurologia i zmysły, medycyna regeneracyjna [6]. W zakończonym w lutym 2013r. naborze wniosków do I konkursu programu złożono 149 projektów (tab. 12.1.). W wyniku oceny merytorycznej wniosków do dalszego postępowania konkursowego zakwalifikowało się 28 wniosków [7].

Tabela 12.1. Liczba wniosków wstępnych zakwalifikowanych do II etapu konkursu w ramach strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” *STRATEGMED*

Obszar tematyczny	Liczba wniosków zakwalifikowanych do II etapu konkursu
Kardiologia i kardiochirurgia	31
Onkologia	42
Neurologia i zmysły	38
Medycyna regeneracyjna	18
Wnioski obejmujące więcej niż 1 obszar tematyczny	20
Razem	149

Należy zauważyć, że głównym zadaniem NCBR jest „zarządzanie i realizacja strategicznych programów badań naukowych i prac rozwojowych, które bezpośrednio przekładają się na rozwój innowacyjności (...), wspieranie komercjalizacji i innych form transferu wyników badań naukowych do gospodarki (...)”. Pojęcie komercjalizacji definiowane jest jako: „spowodowanie, że coś co ma potencjalną wartość i zdolność do przynoszenia zysku, zostaje sprzedane, wyprodukowane, udostępnione lub użytkowane w celu osiągnięcia zysku lub wykreowania kapitału” [8]. Nastawienie na tak merkantylnie rozumianą innowacyjność i komercjalizację wyników badań zmniejsza szanse na finansowanie projektów z dziedziny zdrowia publicznego. Pomimo wprowadzenia do nazwy programu *STRATEGMED* określenia „profilaktyka” można spodziewać się finansowania jedynie tych projektów, których efektem końcowym będzie określony produkt np. lek, aparatura. Natomiast inne metody profilaktyki (np. projekty edukacyjne) mają mniejsze szanse na finansowania w ramach programów NCBR.

12.3.2. Projekty badawcze sfinansowane przez Komitet Badań Naukowych (KBN), Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW) i Narodowe Centrum Nauki (NCN)

Próba oceny głównych kierunków badań w zdrowiu publicznym realizowanych w Polsce może być przeglądem tematyki projektów badawczych sfinansowanych do tej pory przez instytucje centralne wspierające działalność naukową. Od 2010r. jest to NCN, kontynuujące zadania uprzednio realizowane przez KBN oraz MNiSW.

Spośród 570 projektów badawczych sfinansowanych przez KBN w latach 2001-2010 w ramach Sekcji Zdrowie Publiczne i Kultura Fizyczna (ZP i KF), 28,1% stanowiły projekty z kategorii zdrowie publiczne, epidemiologia i profilaktyka, na łączną sumę 12 mln zł, (27,2% budżetu badawczego Sekcji ZP i KF) (tab.12.2.). Pozostałe kategorie tej Sekcji, w których sfinansowano projekty to: badania kliniczne, molekularne i genetyczne, podstawowe (np. toksykologia akrylamidu, mechanizm miażdżycy czy kancerogeneza) oraz kultura fizyczna (np. trening sportowy, fizjologia wysiłku fizycznego) [4].

Tabela 12.2. Projekty finansowane w ramach Sekcji Zdrowie Publiczne i Kultura Fizyczna KBN w latach 2001-2010

Kategoria tematyczna	Liczba sfinansowanych projektów	Odsetek sfinansowanych projektów	Kwota przeznaczona na realizację projektów	Udział kwoty przeznaczonej na finansowanie projektów w ramach Sekcji
Kultura fizyczna	120	20,3	4 499 922	10,2
Badania podstawowe	154	26,2	14 482 259	32,8
Badania molekularne i genetyczne	66	11,2	6 409 615	14,5
Badania kliniczne	83	14,1	6 711 204	15,2
Epidemiologia	76	12,9	7 188 491	16,3
Zdrowie publiczne	74	12,5	3 654 683	8,3
Profilaktyka	17	2,8	1 157 515	2,6
Razem	570	100%	44 086 709	100%

Powołane w 2010r. Narodowe Centrum Nauki wprowadziło nowy podział dziedzin i dyscyplin naukowych na grupy nauk i panele dziedzinowe. Obecnie w ramach grupy „Nauki o Życiu” (NZ) w panelu dziedzinowym „Zdrowie publiczne” (NZ7) występuje 16 podkategorii. W związku z nowym podziałem nie jest możliwe bezpośrednie porównanie wyżej przytoczonych danych z KBN (tab.12.2.) z danymi dotyczącymi konkursów NCN [9].

W tabeli 12.3. zamieszczono statystyki konkursów OPUS, PRELUDIUM i SONATA rozstrzygniętych w 2012r. dotyczących grupy „Nauki o Życiu” (NZ). W ramach tych konkursów sfinansowano łącznie 550 projektów badawczych na kwotę niemal 255 mln zł.

Tabela 12.3. Projekty finansowane w ramach grupy „Nauki o Życiu” (NZ), wg NCN, 2012

NAUKI O ŻYCIU (NZ)				
Nazwa konkursu	OPUS 2 i 3	PRELUDIUM 2 i 3	SONATA 2 i 3	Razem
Liczba zakwalifikowanych wniosków	343	127	80	550
Koszt zakwalifikowanych wniosków w tys. zł	175 766	34 683	44 009	254 458

W tabeli 12.4. zamieszczono statystyki wyżej wymienionych konkursów w ramach panelu „zdrowie publiczne” (NZ7). Projekty z panelu NZ7 stanowiły 17,6% wszystkich projektów sfinansowanych w „Naukach o Życiu” (NZ). Wydano na nie blisko 40 mln zł, co stanowiło 15,7% środków przeznaczonych na grupę NZ.

Tabela 12.4. Projekty finansowane w ramach panelu „zdrowie publiczne” (NZ7) w ramach grupy „Nauki o Życiu” (NZ), wg NCN, 2012

ZDROWIE PUBLICZNE (NZ7)				
Nazwa konkursu	OPUS 2 i 3	PRELUDIUM 2 i 3	SONATA 2 i 3	Razem
Liczba zakwalifikowanych wniosków	47	33	17	97
Odsetek zakwalifikowanych wniosków w grupie Nauk o Życiu	13,7	26,0	21,3	17,6
Koszt zakwalifikowanych wniosków w tys. zł	26 631	4 660	8 607	39 898
Odsetek kosztów zakwalifikowanych wniosków w grupie Nauki o Życiu	15,2	13,4	19,6	15,7

W obecnym podziale panel „zdrowie publiczne” (NZ7) składa się 16 podkategorii takich jak: epidemiologia; zagrożenia środowiskowe; promocja zdrowia, kultura fizyczna; prewencja populacyjna, organizacja ochrony zdrowia; medycyna pracy; rehabilitacja; farmakoekonomika; etyka medyczna; etyka weterynaryjna; weterynaryjna ochrona zdrowia publicznego; prewencja chorób człowieka; prewencja chorób zwierząt; farmacja, farmakoterapia, farmakologia; toksykologia; inne zagadnienia pokrewne. Przyjęty podział wywołuje liczne kontrowersje wśród naukowców zajmujących się zdrowiem publicznym. Obok np. epidemiologii czy promocji zdrowia włączono np. farmację, farmakoterapię, farmakologię czy farmakoekonomikę.

Szczegółowy przegląd tematów projektów z panelu „Zdrowie publiczne” sfinansowanych w latach 2011-2013 przez NCN w ramach konkursów: OPUS, PRELUDIUM i SONATA (NZ7) wskazuje, że dominują badania z zakresu medycyny klinicznej (patrz: zestawienia na końcu tego rozdziału). Wydaje się, że wskazane jest ponowne rozpatrzenie obecnego podziału oraz analiza kosztów przeznaczanych na finansowanie badań w poszczególnych podkategoriach panelu NZ7.

12.4. Artykuły oryginalne z wybranych polskich czasopism naukowych z dziedziny zdrowia publicznego

Jednym ze sposobów oceny obszarów badawczych w zdrowiu publicznym jest przegląd publikacji naukowych z tej dziedziny [10-12]. W ramach grantu MNiSW „Stan badań z dziedziny zdrowia publicznego – ewaluacja piśmiennictwa, mapa drogowa” (nr rej. N N404 0536 39) w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) w latach 2010-2013 przeprowadzono m.in. jakościową analizę prac oryginalnych z wybranych polskich czasopism naukowych z dziedziny zdrowia publicznego (ZP).

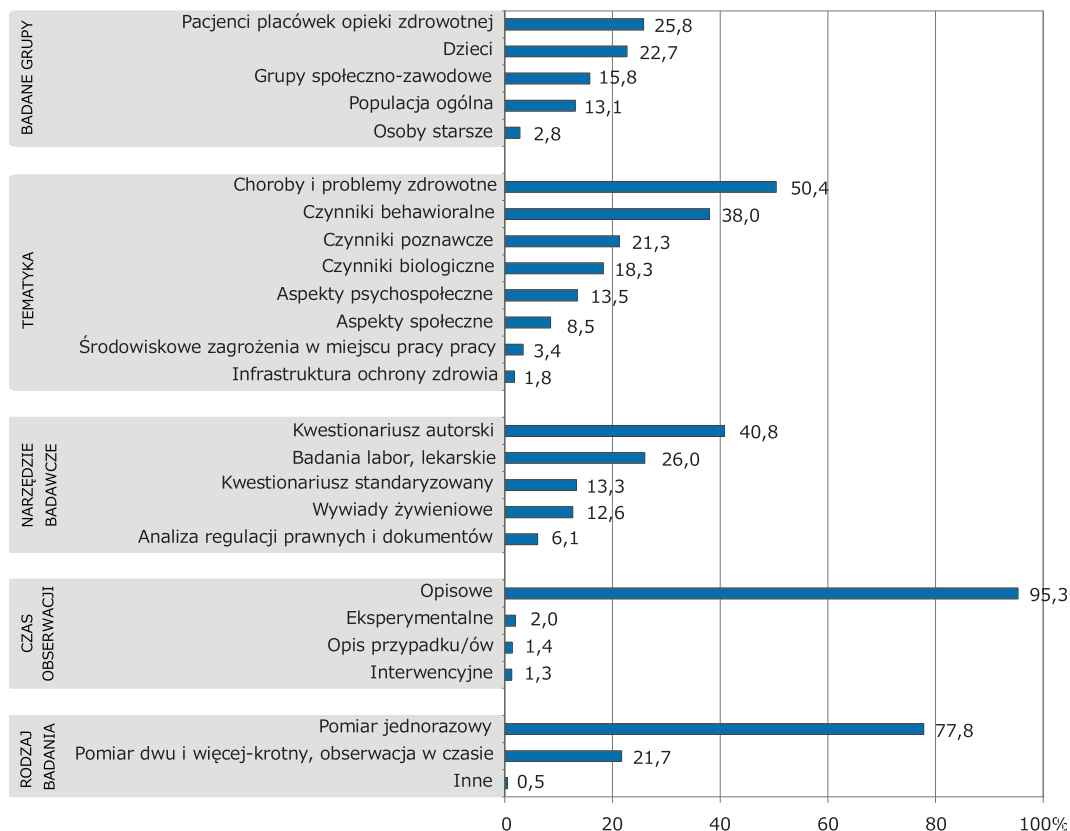
Przedmiotem badania było 1088 artykułów oryginalnych opublikowanych w ciągu 5 lat (2007 - 2011r.) w czterech czasopismach. Czasopisma te pochodziły z części B wykazu czasopism naukowych MNiSW z dnia 25 czerwca 2010r. Kryteriami włączenia czasopism do analizy były: publikacja artykułów o szeroko pojętej tematyce ZP, obecność czasopisma na polskim rynku

wydawniczym co najmniej od 2007r., dostępność *on-line* pełnych tekstów artykułów oraz wydawca - wyłącznie instytucja/towarzystwo naukowe zajmujące się tematyką ZP.

Szczegółowa analiza objęła m.in.: rodzaj grupy (populacji) poddanej badaniu, problematykę oraz zastosowane narzędzie badawcze. Z badania wyłączono artykuły dotyczące zwierząt, materiału biologicznego (tkanki, komórki, geny), czynników środowiska przyrodniczego/naturalnego (woda, gleba itp.) oraz produktów spożywczych. Wyniki zostały zaprezentowane łącznie dla czterech analizowanych czasopism.

12.4.1. Badane populacje

Zakres zainteresowania zdrowia publicznego obejmuje populację jako całość, ale także koncentruje się na wybranych populacjach, które wymagają szczególnej uwagi (ryc.12.2). Najczęściej badaną grupą w analizowanych pracach byli pacjenci placówek opieki zdrowotnej (25,8%). Badania te przeprowadzono głównie wśród pacjentów przebywających w jednym szpitalu lub nawet w jednym oddziale. Autorzy badań zwykle nie zamieszczali informacji na temat kryteriów doboru próby badawczej. Wydaje się, że pacjenci stanowili łatwo dostępną grupę zwłaszcza dla klinicystów, prowadzących badania naukowe. Fakt ten nie pozostawał też bez wpływu na tematykę opublikowanych prac, w których dominowało podejście kliniczne. Wnioski z przeprowadzonej analizy potwierdzają obecne w środowisku naukowców przekonanie, że zdrowie publiczne jest zdominowane przez nauki biomedyczne



Rycina 12.2. Charakterystyka badań opublikowanych w latach 2007-2011 w wybranych polskich czasopismach z dziedziny zdrowia publicznego

Przeprowadzony przegląd artykułów wykazał, że stosunkowo często opublikowane badania dotyczyły również dzieci (22,7%), głównie uczniów jednej lub kilku szkół czy klas z jednej szkoły. Podobnie jak w przypadku publikacji obejmujących pacjentów, autorzy badań rzadko zamieszczali informacje na temat kryteriów doboru próby badawczej. Przepuszczalnie były to tzw. próby wygodne (*convenience sample*), a podstawowym kryterium wyboru placówki była zgoda dyrekcji szkoły i rodziców na przeprowadzenie badania. Przeprowadzone w tej populacji badania dotyczyły najczęściej zachowań zdrowotnych w kontekście wybranych chorób cywilizacyjnych. W Polsce dzieci i młodzież (uczniowie) stanowią jedną z najczęściej badanych populacji. Warto przytoczyć w tym miejscu realizowane cyklicznie, co cztery lata, od 1990r. międzynarodowe badanie ankietowe nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej *Health Behaviour in School aged Children A WHO Collaborative Cross-national Study (HBSC)* [13]. Wśród przeanalizowanych artykułów znalazły się także prace prezentujące wybrane fragmenty wyników badania *HBSC*. Innym przykładem ogólnopolskich badań jest *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)* [14]. Wydaje się jednak, że tak duże zainteresowanie problematyką zdrowia dzieci i młodzieży nie znajduje pełnego odzworowania w działaniach praktycznych i polityce społecznej.

W przeprowadzonej analizie badania dotyczące różnych grup społeczno-zawodowych stanowiły prawie 16%. Wśród badanych grup zawodowych znaleźli się przede wszystkim pracownicy placówek ochrony zdrowia (np. pielęgniarki, lekarze). Badania dotyczyły najczęściej stanu zdrowia, wypalenia zawodowego, a także opinii na temat zachowań prozdrowotnych. Ciekawą grupę badawczą stanowili pracownicy Lasów Państwowych – leśnicy. Cykl artykułów dotyczący tej populacji obejmował środowiskowe zagrożenia w miejscu pracy. Inną grupą społeczną poddaną badaniom byli rodzice, najczęściej chorych dzieci/pacjentów.

W analizowanych publikacjach jedynie 2,8% prac dotyczyło osób starszych (tj. najczęściej osób w wieku 65+). Były to głównie prace na temat zachowań zdrowotnych oraz umieralności w tej populacji. W europejskim piśmiennictwie naukowym obserwuje się coraz większe zainteresowanie zjawiskiem starzenia się społeczeństwa i stanem zdrowia osób starszych. Przykładem ogólnopolskich badań jest program PolSenior realizowany w latach 2007-2011 przez konsorcjum badawcze złożone z ponad 40 placówek: wyższych uczelni i instytutów badawczych [15]. Badanie to objęło ocenę sytuacji zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej populacji osób w wieku powyżej 65r.ż. Wagę problemu starzenia się społeczeństwa podkreślono również w Narodowym Programie Zdrowia 2007-2015 [16], zamieszczając cel operacyjny „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”. Istotną pozycją w piśmiennictwie jest także *Zdrowe starzenie się: Biała Księga* [17] opracowana przez Koalicję na rzecz Zdrowego Starzenia się. Problemy wieku podeszłego powinny stać się priorytetem ZP na najbliższe dziesięciolecie. Zjawisko starzenia się społeczeństwa wiąże się z potrzebą przygotowania się kraju do zmian demograficznych, w tym strategicznych programów dla osób starszych na podstawie realnego rozpoznania ich potrzeb oraz sytuacji zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej.

Dość duży odsetek prac obejmował badania dotyczące populacji ogólnopolskiej (13,1%), wśród których niemal wszystkie opisywały wyniki badań przeprowadzonych w ramach nadzoru epidemiologicznego nad chorobami zakaźnymi w Polsce. Badania, których podmiotem jest cała populacja powiązane są najczęściej z obowiązkiem sprawozdawczości w ramach np. Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej (m.in. Hospitalizacja, Stan zdrowia ludności. Monitoring zdrowia, Narodowy Rachunek Zdrowia) [18].

Znacznie rzadziej prowadzone są ogólnopolskie badania, które nie opierają się na reje-

strach statystyki publicznej. Przykładem są tu populacyjne badania dotyczące czynników ryzyka chorób układu krążenia takie jak: WOBASZ (Wieloośrodkowe Badanie Stanu Zdrowia Ludności) [19], NATPOL (Ogólnopolskie Badanie Rozpowszechnienia Czynn timer Ryzyka Chorób Układu Krążenia) [20], POLKARD (Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego) [21]. Należy zauważyć, że badania te dotyczą przede wszystkim chorób układu krążenia. Brakuje populacyjnych badań skupiających się na innych aspektach zdrowia populacji i działań zdrowia publicznego. Przykładem podjęcia innej problematyki w wymiarze populacyjnym jest międzynarodowe badanie EZOP (Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej), wspomniane wyżej badanie PolSenior czy *HBSC*.

12.4.2. Tematyka badań

Przeprowadzona analiza opublikowanych badań wykazała, że dominowała tematyka chorób i problemów zdrowotnych (ponad 50% artykułów) (ryc.12.2.). Były to przede wszystkim badania dotyczące chorób układu krążenia, chorób zakaźnych, otyłości, alergii, chorób układu oddechowego. W pracach przeważało podejście medyczne, w tym badania skuteczności terapii w poszczególnych jednostkach chorobowych. Rzadziej podejmowano badania dotyczące jakości życia chorych czy satysfakcji pacjentów.

Behawioralne uwarunkowania wybranych chorób i problemów zdrowotnych stanowiły główny lub poboczny przedmiot badań. Biorąc pod uwagę wszystkie analizowane prace ponad 38% artykułów dotyczyło najczęściej zagadnień takich jak sposób żywienia, aktywność fizyczna czy higiena. Co piąte (21,3%) badanie koncentrowało się na czynnikach poznawczych takich jak wiedza, postawy lub motywacja.

Znaczący (18,3%) odsetek prac dotyczył czynników biologicznych i fizjologicznych, tj. badań opartych na pomiarach laboratoryjnych i pomiarach antropometrycznych (np. wskaźnik BMI, stężenie żelaza w surowicy krwi itp.).

Czynniki psychospołeczne zostały opisane w 13,6% prac. Koncentrowały się one na zjawiskach takich jak stres, uzależnienia, wypalenie zawodowe czy zaburzenia odżywiania. Stosunkowo niewielki odsetek prac (8,5%) dotyczył szerzej rozumianych społecznych i kulturowych uwarunkowań zdrowia, takich jak np. wpływ mediów na zachowania zdrowotne czy analiza pracy pomocy społecznej.

Niewielki odsetek prac (3,4%) dotyczył zagrożeń w środowisku antropogenicznym, w miejscu pracy (np. hałas, oświetlenie, mikroklimat pomieszczeń). Niewątpliwie większa liczba prac z tej tematyki jest dostępna w pismach z dziedziny medycyny pracy, które nie zostały włączone do analizy.

Analiza wykazała, że najrzadziej publikowano prace dotyczące infrastruktury systemu zdrowotnego (1,8%). Wśród nich znalazły się artykuły poruszające tematykę kształcenia kadr ZP, analizy kosztów leczenia chorób lub funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej.

Podsumowując można stwierdzić, że badania w zdrowiu publicznym skupiają się głównie na aspektach biomedycznych chorób oraz ich behawioralnych i poznawczych uwarunkowaniach. Do rzadkości należą, jakże oczekiwane, prace na temat realizacji programów zdrowotnych w Polsce [22, 23]. Natomiast wyraźnie brakuje badań dotyczących różnych aspektów społecznych

oraz polityki zdrowotnej, w tym zwłaszcza kształcenia kadr, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Należy też pamiętać, że osoby, które kwalifikowały poszczególne prace do określonych grup, pomimo, że pracowały osobno, a następnie uzgadniały wynik ostateczny, napotkały duże trudności w kwalifikowaniu prac wg kryterium tematycznego. Wynikało to nie tylko z faktu, że w niektórych pracach podnoszono liczne problemy i uwarunkowania zdrowia i(lub) choroby, ale również z tego, że w wielu artykułach nie sformułowano *expressis verbis* problemu badawczego, hipotezy czy zmiennych. W takich sytuacjach kierowano się wyłącznie tytułem pracy oraz przedstawionymi wynikami.

12.4.3. Rodzaj badań i narzędzia badawcze

Znakomita większość analizowanych artykułów dotyczyła badań opisowych (95,3%), zazwyczaj odnoszących się do pomiaru jednokrotnego (77,8%), dość często z wykorzystaniem analizy korelacji zmiennych. Badania o charakterze eksperymentu (lub badania quasi-eksperymentalne) stanowiły zupełny wyjątek (poniżej 2%). Oznacza to, że praktycznie nie podejmuje się prób wdrożenia i oceny interwencji zdrowia publicznego.

Przegląd narzędzi badawczych użytych w omawianych badaniach, wykazał, że kwestionariusz autorski był najczęściej stosowanym narzędziem badawczym (40,8%) (ryc. 12.2.). W 13,3% prac badacze posłużyli się kwestionariuszem standaryzowanym lub też badanie służyło do standaryzacji narzędzia badawczego. Odrębną grupę stanowiły badania z zastosowaniem kwestionariuszy - wywiadów żywieniowych (12,6%).

W około 26% prac wykorzystano dane z przeprowadzonych badań laboratoryjnych, lekarskich (zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych) czy pomiarów antropometrycznych. Stosunkowo rzadko analizowano regulacje prawne i dokumenty (np. dokumentacja medyczna pacjenta) (6,1%).

Przeprowadzona analiza wykazała małe wykorzystanie narzędzi standaryzowanych w badaniach w zdrowiu publicznym. Narzędzia te dają możliwość obiektywnych porównań wyników badań [24]. Ponadto, wydaje się, że wskazane jest poszerzenie tematyki badań opartych na ogólnopolskich rejestrach, które mogłyby przełożyć się na powiązanie teorii i praktyki.

12.5. Podsumowanie

Prowadzone badania w dziedzinie zdrowia publicznego służą nie tylko celom naukowym, wymianie wiedzy i informacji, ale stanowią także podstawę do podejmowania decyzji o charakterze politycznym. Przeprowadzony przegląd artykułów oryginalnych wykazał dominację tematyki biomedycznej w badaniach zdrowia publicznego. Biorąc pod uwagę przyjęte w badaniu ograniczenia dotyczące liczby analizowanych artykułów i czasopism naukowych, wskazane byłoby poszerzenie zakresu analizy. Być może najlepsze polskie badania zostały opisane w artykułach opublikowanych w czasopismach o zasięgu międzynarodowym.

Niemniej słabą kondycję badań w dziedzinie zdrowia publicznego potwierdzają dane dotyczące tematyki projektów badawczych realizowanych ze środków publicznych (KBN, NCN, NCBR). Konieczne jest zatem wzmocnienie badań w zdrowiu publicznym. Notowane od lat niskie nakłady na naukę w Polsce (w 2012r. – 0,74% PKB) nie sprzyjają rozwojowi badań naukowych, w tym również

badania w dziedzinie zdrowia publicznego. Jednym z pierwszych i niezbędnych etapów wydaje się ustalenie priorytetów badawczych, spójnych z priorytetami polityki zdrowotnej. Ustalenie tych priorytetów to wieloetapowy proces, który wymaga zaplanowania oraz ewaluacji wyników. Zasadnicze znaczenie w procesie opracowania priorytetów ma udział szerokiego grona interesariuszy.

12.6. Tytuły projektów badawczych zakwalifikowanych do finansowania w ramach konkursów NCN (OPUS, PRELUDIUM, SONATA) w latach 2011-2013

Lp.	KONKURS OGÓLNY (OPUS 1) (NZ7) 2011 TYTUŁ PROJEKTU
1	Charakterystyka czynników ryzyka uszkodzeń barku w dyscyplinach rzutowych
2	Dieta CRON jako alternatywa dla sportowców kończących karierę sportową
3	Wpływ eterów glikolu etylenowego na parametry stresu oksydacyjnego i wybrane enzymy metabolizujące glukozę w mózgu
4	Ryzyko globalne zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych dorosłej populacji polskiej: ocena prospektywna kohort osób zbadanych w Wieloośrodkowych Ogólnopolskich Badaniach Stanu Zdrowia Ludności WOBASZ i WOBASZ Senior
5	Stres w pracy a zdrowie wśród pracowników polskiego sektora publicznego
6	Badanie możliwości przenoszenia zakażeń spumawirusami ze zwierząt gospodarskich i towarzyszących na człowieka
7	Ocena sytuacji epidemiologicznej zakażeń <i>Clostridium difficile</i> w Polsce na podstawie dystrybucji PCR-rybotypów oraz wzorów lekowrażliwości szczepów izolowanych w latach 2010-2013
8	Oszacowanie rozpowszechnienia zakażeń <i>Chlamydia trachomatis</i> w populacji nastolatków w Krakowie i w Warszawie – badanie pilotażowe z opracowaniem strategii badań przesiewowych
9	Wpływ indywidualnej zmienności genetycznej na poziom markerów stresu oksydacyjnego i uszkodzenie DNA wynikające z narażenia zawodowego osób zajmujących się wykonywaniem manicure/pedicure w salonach kosmetycznych
10	Zmiany patologiczne w obrębie jamy ustnej i narządu żucia i ich związek z nieprawidłowym napięciem mięśniowym u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz niedowładem spastycznym innego pochodzenia
11	Pre i postnatalna ekspozycja na ftalany a wynik ciąży i rozwój psychoruchowy dzieci
12	Znaczenie wybranych swoistych przeciwciał IgE w epidemiologii alergicznego nieżytu nosa i astmy oraz badaniach genetycznych programu Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP)
13	Program oceny diagnostyki, leczenia i kosztów u chorych z niewydolnością serca, w losowo wybranych jednostkach leczenia otwartego i zamkniętego o różnym poziomie referencyjności – Część II
14	Ewolucja genów wirusa choroby Mareka związanych z onkogennością
15	Ocena ochronnego poziomu przeciwciał dla toksyny błoniczej u osób z wybranych grup populacji polskiej
16	Neuroendokrynne podłoże czynnościowego podwzgórzowego braku miesiączki i jadłowstrętu psychicznego: rola diagnostyczna, prognostyczna oraz odpowiedź na neuromodulację

Lp.	KONKURS OGÓLNY (OPUS 1) (NZ7) 2011 TYTUŁ PROJEKTU
17	Fermy jeleniowatych a choroby przenoszone przez kleszcze
18	Skuteczność interwencji antybiotykowych o różnym stopniu intensywności u pacjentów po pierwszym w życiu udarze niedokrwiennym mózgu
19	Udział enterohormonów w patogenezie i rozwoju choroby zaparciowej u dzieci
20	Osteoporoza i niedobór witaminy D u pacjentów zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności na tle populacji pacjentów ant-HIV ujemnych – analiza czynników genetycznych, klasycznych czynników ryzyka oraz czynników zależnych od zakażenia HIV i leczenia antyretrowirusowego
21	Wykrywanie <i>Helicobacter pylori</i> w próbkach wody pitnej . W jaki sposób dochodzi do zakażenia i jakie jest jego źródło?
22	Badanie pochodnych kwasu nikotynowego w celu wykazania ich potencjalnego działania radioochronnego i/lub radionaprawczego
23	Wpływ polimorfizmów genu receptora witaminy D (VDR) oraz polimorfizmów genu receptora wapniowego (CASR) na przebieg Choroby Alzheimerera
24	Interakcje WWA z kwasami tłuszczowymi w warunkach <i>in vitro</i> oraz <i>in vivo</i>
25	Analiza parametrów chodu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym po zastosowaniu rehabilitacji oraz leczonych toksyną botulinową
26	Ocena aktywności wirusów wywołujących zachorowania na grypę oraz zachorowania grypopodobne w Polsce oraz doskonalenie systemu nadzoru w dwóch kolejnych sezonach epidemicznych
27	Ekologiczne i konwencjonalne uprawy zbóż w aspekcie biologicznych czynników ryzyka zawodowego polskich producentów rolnych
28	Wpływ przewlekłego narażenia zawodowego na ołów na ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego. Rola stresu oksydacyjnego
29	Ocena działania toksycznego glifosatu i jego handlowego preparatu na modelu izolowanych wycinków przewodu pokarmowego
30	Biomechaniczna ocena funkcji kończyn dolnych człowieka po operacyjnym leczeniu stawu biodrowego
31	Retrospektywna ocena rozwoju wewnątrzmacicznego płodu przy pomocy parametrów laboratoryjnych oznaczanych w smółce płodów i noworodków
32	Zmiany w środowisku wiejskim i ich wpływ na częstość występowania chorób alergicznych na obszarach wiejskich w Polsce

Lp.	KONKURS BEZ STOPNIA DOKTORA (PRELUDIUM 1) (NZ7) 2011 TYTUŁ PROJEKTU
1	Wpływ dwóch serii ćwiczeń ekscentrycznych na właściwości fizjologiczne mięśni zginaczy stawu łokciowego
2	Dozymetria promieniowania wtórnego i rozproszonego w radioterapii protonowej i konwencjonalnej
3	Przydatność oceny ekspresji genów modulujących proces zapalny w przewidywaniu redukcji masy ciała pod wpływem diety niskokalorycznej
4	Rola tlenu azotu w adaptacji mięśni szkieletowych do wysiłku fizycznego

Lp.	KONKURS BEZ STOPNIA DOKTORA (PRELUDIUM 1) (NZ7) 2011 TYTUŁ PROJEKTU
5	Ocena poziomu produkowanej toksyny krztuścowej <i>in vitro</i> w odniesieniu do alleli genu promotora toksyny krztuścowej ptxP jako czynnika nasilającego zjadliwość szczepów <i>Bordetella pertussis</i> potencjalnie odpowiedzialnych za epidemiczny wzrost zachorowań na krztusiec w Polsce
6	Zastosowanie piezoelektrycznych czujników drgających do określania poziomu tworzenia biofilmu <i>Pseudomonas aeruginosa</i> w obecności antybiotyków
7	Ocena ryzyka dla zdrowia człowieka na podstawie analizy biomarkerów narażenia związanego z pobraniem kancerogennych wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych (WWA) w diecie
8	Analiza powtarzalności metody fotogrametrycznej stosowanej do oceny postawy ciała człowieka i próba jej optymalizacji z zastosowaniem stabilografii
9	Molekularna charakterystyka enterotoksycznych szczepów <i>Staphylococcus aureus</i> wyizolowanych z mleka surowego
10	Wpływ aktywności fizycznej na osteoblastogenezę – rola sklerostyny
11	Nowe narzędzia w metodyce szacowania ryzyka zdrowotnego w warunkach narażenia środowiskowego na emisję związków chemicznych
12	Badania polimorfizmu tandemowych sekwencji powtórzonych szczepów <i>Bordetella Pertussis</i>
13	Porównanie stężenia fluorków w kościach człowieka, psa, lisa i jenota zamieszkujących północno-zachodnią Polskę
14	Analiza zjawiska występowania wrodzonych wad rozwojowych u dzieci żywo urodzonych na terenie Polski – poszukiwanie klasterów
15	Wpływ kriostymulacji ogólnoustrojowej na poziom wybranych wskaźników biochemicznych krwi, odpowiedź immunologiczną oraz na poziom białka szoku termicznego u zdrowych mężczyzn
16	Molekularna charakterystyka klinicznych szczepów <i>Serratia</i> oraz udział ruchomych elementów genetycznych w oporności na antybiotyki
17	Wpływ parabenów i ich mieszanin na wybrane parametry związane z rozwojem nowotworu piersi na modelu linii ludzkiego hormono-zależnego nowotworu piersi MCF-7 i nienowotworowej ludzkiej linii komórek nabłonka gruczołu piersiowego MCF-10A

Lp.	KONKURS ZE STOPNIEM DOKTORA (SONATA 1) (NZ7) 2011 TYTUŁ PROJEKTU
1	Wpływ skażenia wewnętrznego trytem na nieswoistą odporność przeciwnowotworową i reakcje zapalne u myszy bardziej i mniej wrażliwych na działanie promieniowania jonizującego
2	Analiza epidemiologiczna uropatogennych szczepów <i>Escherichia coli</i>
3	Przeciwdziałanie chorobie Parkinsona przy pomocy progresywnego treningu wibracyjnego u ludzi oraz określenie czynników warunkujących działanie neuroprotektoryjne tego treningu w zwierzęcym modelu choroby Parkinsona
4	Molekularna charakterystyka pałeczek z rodziny <i>Enterobacteriaceae</i> izolowanych z zakażeń inwazyjnych od noworodków z bardzo małą masą urodzeniową, z uwzględnieniem ich lekooporności oraz czynników wirulencji
5	Nietrzymanie moczu u kobiet – analiza epidemiologiczna czynników ryzyka oraz wpływ polimorfizmu wybranych genów (ESR-1, ESR-2, CYP17, CYP19, 5-HT2A) na wystąpienie schorzenia

Lp.	KONKURS ZE STOPNIEM DOKTORA (SONATA 1) (NZ7) 2011 TYTUŁ PROJEKTU
6	Badania inhibitorów układu dopełniacza w nowotworach jajnika i trzonu macicy a nowe perspektywy immunoterapii
7	Modelowanie matematyczne funkcji kompensacyjnych mięśni kończyn dolnych w chodzie swobodnym osób z dysfunkcją narządu ruchu

Lp.	OPUS 2 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
1	Farmakologiczna weryfikacja potencjalnych strategii neuroprotekcyjnych w nowych, genetycznych modelach progresywnej neurodegeneracji u myszy, opartych o system selektywnie indukowanych mutacji Cre/loxP
2	Występowanie cukrzycy, niewydolności nerek i niewydolności serca a skuteczność prewencji choroby wieńcowej (badanie prowadzone we współpracy z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym w ramach projektu EUROASPIRE IV)
3	Wpływ mentalnego i komputerowo-wspomagane treningu ruchów sięgania i chwytania na procesy sterowania ruchem u osób z wrodzonym brakiem kończyn
4	Znaczenie czynników farmakogenetycznych w indywidualizacji terapii przy zastosowaniu leków immunosupresyjnych w przeszczepach nerek
5	Badania nad przebiegiem dysocjacji peptydów w środowiskach niewodnych oraz opracowanie metody wymiany przeciwciał w peptydach
6	Udział receptora GPR39 w mechanizmie działania leków przeciwdepresyjnych
7	Badanie wzorców aktywności układu nagrody oraz zmian neuroplastycznych mózgu w modelach zwierzęcych opartych na rejestracji emisji ultradźwiękowej wokalizacji zwierząt w paśmie 50 kHz
8	Czy nowe metody diagnostyczne mogą być przydatne w optymalizacji wyboru metody leczenia bezobjawowych chorych z istotnym zwężeniem zastawki aortalnej?
9	Ocena możliwości modyfikacji udziału PKC epsilon w procesie autofagii komórek nowotworowych
10	Czynniki wiążące zespół metaboliczny i otyłość – adipokiny, pochodzący z mózgu czynnik neurotroficzny (BDNF), witamina D i wskaźniki stanu zapalnego
11	Ocena biomedyczna i chemometryczna nowej platformy analitycznej w badaniach substancji endogennych jako potencjalnych biomarkerów nowotworowych
12	Wpływ treningu fizycznego na aktywność regeneracyjną mięśni u pacjentów hemodializowanych
13	Ocena wpływu beta-glukanu 1,3D-1,6D w połączeniu z dietą ubogokaloryczną na ekspresję wybranych cytokin prozapalnych w tkance tłuszczowej i komórkach jednojądrzastych krwi obwodowej u osób otyłych
14	Częściowi agonści receptorów alfa1A/D-adrenergicznych jako potencjalne związki poprawiające parametry urodynamiczne w łagodnym przeroście gruczołu krokowego
15	Ocena zanieczyszczenia Wisły w rejonie Warszawy substancjami czynnymi leków oraz ich metabolitami
16	Wybrane zakażenia odzwierzęce – gorączka Q, borelioza z Lyme i bartonelozy, jako przyczyna nieodwracalnej niewydolności serca
17	Identyfikacja mechanizmu indukcji śmierci i starzenia komórek raka piersi w wyniku wyciszania telomerazy za pomocą systemu lentiwirusowego.

Lp.	OPUS 2 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
18	Projektowanie, synteza i ocena aktywności biologicznej metylotiopochodnych kombretastatyny A-4 – potencjalnych czynników antymitotycznych
19	Opracowanie nowej, bezpiecznej i kontrolowanej terapii przeciwzakrzepowej z udziałem modyfikowanych kationowo polimerów w modelach indukowanej doświadczalnie zakrzepicy tętniczej i żyłnej
20	Częściowi agoniści receptorów alfa-2-adrenergicznych jako nowa perspektywa skutecznego i bezpiecznego zmniejszania masy ciała i otyłości
21	Optymalny poziom chłodzenia i zapobieganie mózgowej hiperferremii – jako potencjalna terapia niedotlenienia okołoporodowego
22	Wpływ wybranych czynników środowiskowych na ocenę jakości życia pacjentów z astmą oskrzelową
23	Badania nad wirulencją i lekoopornością szczepów <i>Staphylococcus aureus</i> izolowanych z przypadków zakażeń w różnych grupach pacjentów o szczególnym narażeniu
24	Próba wyjaśnienia roli klasteryny i tratw lipidowych w etiologii choroby Alzheimer'a
25	Terapia skojarzona z zastosowaniem naftochinonów i paklitakselu w farmakologicznej indukcji śmierci komórkowej w liniach raka piersi
26	Ocena struktury i funkcji serca oraz tętnic obwodowych w przewidywaniu wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych u chorych ze zdiagnozowaną chorobą wieńcową

Lp.	PRELUDIUM 2 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
1	Porównanie mechanizmu działania kwasu walproinowego i levetiracetamu jako inhibitorów deacetylaz histonów w komórkach nowotworu jajnika OVCAR-3
2	Wpływ ligandów receptorów adenylinowych A2A na behawioralne efekty substancji uzależniającej (kokaina) oraz naturalnej nagrody (pokarm) w instrumentalnych procedurach samopodawania u szczurów
3	Ocena wpływu stymulacji zewnątrzustrojową falą uderzeniową na zjawiska termiczne oraz elektrofizjologiczne mięśni porażonych spastycznie po udarze niedokrwiennym mózgu
4	Wpływ ustawienia miednicy oraz napięcia mięśni synergistycznych na aktywność bioelektryczną mięśni dna miednicy
5	Związek polimorfizmów wybranych genów enzymów antyoksydacyjnych oraz genów naprawy DNA z uszkodzeniami oksydacyjnymi u pracowników narażonych zawodowo na ołów
6	Receptory i transportery leków w gonadzie męskiej
7	Zaburzenia homeostazy pierwiastków niezbędnych i zmiany poziomu metali toksycznych w materiałach alternatywnych pacjentów z nowotworami głowy i szyi
8	Wpływ metabolitów elagotanoidów produkowanych przez bakterie flory jelitowej – urolityn na prozapalną aktywność neutrofilii w kontekście chorób układu sercowo-naczyniowego
9	Nowe syntetyczne pochodne resweratrolu o potencjalnym działaniu przeciwstarzeniowym i przeciwnowotworowym
10	Zapalenie alergiczne w poszczególnych typach astmy związanej z pracą w aspekcie narażenia na czynniki o małej i dużej masie cząsteczkowej

Lp.	SONATA 2 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
1	Ocena ryzyka introdukcji i rozprzestrzenienia wirusów grypy ptaków w Polsce
2	Rola receptorowych kompleksów heterodimerycznych mGlu5-D2 w wygaszaniu zachowań poszukiwawczych związanych z uzależnieniem od substancji psychostymulujących (kokaina i MDMA): analiza behawioralna i biomolekularna u szczurów
3	Badania nad oddziaływaniami supramolekularnymi ksenoandrogenów z receptorem androgenowym
4	Badanie możliwości przechodzenia sulfonamidów i nitroimidazoli z zanieczyszczonego wosku pszczelego do miodu
5	Mechanizmy toksycznego działania ołowiu – perspektywa biologii molekularnej
6	Alergeny bylicy (<i>Artemisia sp.</i>): wykrywanie, lokalizacja i ocena ilościowa w ujęciu molekularnym, środowiskowym i taksonomicznym
7	Analiza użytkowania preparatów zawierających substancje psychotropowe z grupy IV-P ze szczególnym uwzględnieniem leków przeciwłękowych uspokajających i nasennych z grupy benzodiazepin (ATC N05 B i N05C) w wybranych województwach Polski
8	Badanie wykorzystania adhezyn fagowych w detekcji bakteryjnych skażeń środowiskowych z użyciem nowoczesnych czujników światłowodowych
9	Klasyfikacja procesów oczyszczania ścieków zawierających leki przeciwbakteryjne na podstawie zmian ich aktywności mikrobiologicznej
10	Otrzymywanie i badanie układów biologicznie aktywnych o potencjalnym działaniu antynowotworowym, złożonych z P,N-; N,S-, N,N – donorowych kompleksów Ru(III/II) i Au(III/I) naniesionych na funkcjonalizowane nanostruktury węglowe
11	Ekspresja genu KEX2 a wirulencja <i>Candida albicans</i>
12	Projektowanie, synteza oraz badanie aktywności biologicznej nowych inhibitorów Sulfatazy Steroidowej (STS) na bazie związków fosforoorganicznych

Lp.	OPUS 3 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
1	Otrzymywanie i fizykochemiczne badania nad substancjami leczniczymi w formie amorficznej w zakresie optymalizacji rozpuszczalności, procesu tabletkowania oraz trwałości
2	Wpływ antybiotykoterapii na sprawność wybranych mechanizmów układu immunologicznego na modelu świni domowej (<i>Sus scrofa domestica</i>)
3	Aktywność dehydrogenazy 11beta-hydroksysteroidowej 2 u kobiet ciężarnych z nadciśnieniem tętniczym
4	Wpływ suplementacji witaminą D, odpowiedniego programu rehabilitacyjnego, na czucie równowagi u pacjentów po zabiegach operacyjnych kręgosłupa z zastosowaniem implantów statycznych i dynamicznych, u pacjentów ze złamaniami kompresyjnymi kręgosłupa w odcinku piersiowym, po zastosowaniu cementoplastyki oraz u pacjentów po pierwszorazowej mikrodiscektomii
5	Biomimetyki LCAP – pochodne amin alicyklicznych jako nowa klasa ligandów dla receptorów monoaminergicznych
6	Badanie modulacji syntezy i metabolizmu estrogenów – czynników ryzyka nowotworu piersi przez nowe syntetyczne pochodne resweratrolu

Lp.	OPUS 3 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
7	Rola kortykoliberyny (CRF) u zwierząt różniących się siłą reakcji lękowej oraz porównanie interakcji układu CRF z neuroprzekaźnikami hamującymi w modulowaniu reakcji lękowych
8	Molekularne mechanizmy neurotoksyczności tetrabromobisfenolu A
9	Badania profili metabolicznych w moczu w raku pęcherza moczowego
10	Rola endokannabinoidów w regulacji układu krążenia, stresu oksydacyjnego i metabolizmu serca w modelu nadciśnienia pierwotnego i wtórnego
11	Wpływ wybranych leków przeciwpadaczkowych w kombinacji z arachinodyl-2-chloroetylamidem, selektywnym agonistą receptora kanabinoidowego CB1 na proces neurogenezy w pilokarpinowym modelu padaczki u myszy
12	Udział antropogennych ksenobiotyków w rozwoju niepłodności męskiej
13	Rola układu endokannabinoidowego w patogenezie depresji i w mechanizmie działania leków przeciwdepresyjnych
14	Ekspresja miRNA i jej wpływ na poziom metaloproteinaz macierzowych w patogenezie jaskry pierwotnej otwartego kąta
15	Proteomiczna analiza markerów wystąpienia alergii na jad owadów błonkoskrzydłych (<i>Hymenoptera</i>)
16	Projektowanie, synteza i ewaluacja biologiczna nowych funkcjonalizowanych pochodnych batracyliny jako potencjalnych leków przeciwnowotworowych
17	Epidemiologia występowania i charakterystyka molekularna Gram-ujemnych pałeczek niefermentujących izolowanych z zakażeń w różnych populacjach o szczególnym narażeniu: pacjenci oddziałów intensywnej terapii neonatologicznej i dorosłych, rezydenci opieki długoterminowej oraz inne
18	Próba ustalenia nowych markerów diagnostycznych w prewencji powikłań naczyniowych u pacjentów ze zwężeniem tętnicy szyjnej wewnętrznej na tle miażdżycy
19	Badanie aktywności farmakologicznej nowych, nieselektywnych inhibitorów transportu zwrotnego kwasu gamma-aminomasłowego (GABA) w wybranych modelach behawioralnych z wykorzystaniem sztucznej inteligencji jako metody analizy i klasyfikacji zachowań oraz predykcji efektywnych i toksycznych przedziałów dawkowania
20	Aspekty funkcjonalne, epigenetyczne oraz genetyczne szlaku naprawy DNA przez wycinanie zasad azotowych w chorobie Alzheimera
21	Badanie wytypowanych parametrów immunologicznych, biochemicznych i hematologicznych oraz struktury i funkcji wybranych narządów u potomstwa i matek myszy karmionych w czasie ciąży i laktacji wyciągami z korzeni rośliny <i>Rhodiola kirilowii</i>

Lp.	PRELUDIUM 3 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
1	Skażenie radiochemiczne środowiska przyrodniczego wokół hałdy fosfogipsów w Wiślinie w pobliżu Gdańska
2	Związki o potencjalnych właściwościach przeciwnowotworowych z grupy pochodnych benzo[b]furanów i dikarboksyimidów – badanie mechanizmu działania w komórkach ludzkich
3	Badanie selektywności zjawiska modulacji allosterycznej cynku w różnych typach receptorów serotoninowych
4	Wpływ paroksetyny i risperidonu na heterodimeryzację receptorów dopaminowych D2 oraz serotoninowych z grupy 5-HT1 w kontekście terapii zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych
5	Materiał mezoporowaty SBA-15 z wbudowanymi porfirazynami i ftalocyjaninami jako fotokatalizator generujący tlen singletowy
6	Ocena efektów działania nanocząstek magnetycznych jako nośników leków u szczurów
7	Zakażenia dróg moczowych wywołane przez drobnoustroje <i>Pseudomonas spp.</i> w różnych populacjach pacjentów (pacjenci hospitalizowani, rezydenci domów opieki długoterminowej oraz pacjenci ambulatoryjni)
8	Antybiotykooporność i enterotoksyczność koagulazoujemnych gronkowców izolowanych z żywności
9	Badania aktywnych biologicznie metabolitów wtórnych w kulturach <i>in vitro</i> <i>Phyllanthus amarus</i> i <i>Phyllanthus glaucus</i>
10	Badanie zależności pomiędzy strukturą chemiczną a aktywnością nowych pochodnych flawonoidów jako inhibitorów bakteryjnej syntetazy tyrozylo-tRNA
11	Badanie heterogenności receptorów alfa-2 – adrenergicznych i imidazolinowych z zastosowaniem nowoczesnych metod farmakologicznych i biochemicznych
12	Analiza porównawcza autofagii indukowanej w wybranych liniach komórek raka człowieka
13	Badania nad wartością odżywczą, składem mineralnym i radioizotopowym (alfa) oraz biodostępnością składników mineralnych z owocników trzech gatunków podgrzybka oraz ich przetworów
14	Biomateriały polimerowe z inkorporowanymi, peryferyjnie modyfikowanymi porfirazynami o potencjalnym zastosowaniu w terapii fotodynamicznej
15	Zaburzenia emocjonalne, behawioralne i poznawcze oraz jakość życia u dzieci i młodzieży z wrodzonym zakażeniem HIV
16	Porównanie kardioprotekcyjnego działania metforminy i resweratrolu na komórki mięśnia sercowego poddane działaniu epirubicyny i trastuzumabu.
17	Neurobiologiczne podstawy zachowań związanych z poszukiwaniem wrażeń
18	Analiza biomedyczna alternatywnej strategii leczenia ran przewlekle zakażonych. Badania <i>in vitro</i> z zastosowaniem polifenoli roślinnych
19	Rola glukokortykoidów w regulacji procesów neurodegeneracyjnych
20	Wpływ muzykoterapii na poprawę chodu oraz wybranych aktywności życia codziennego chorych na chorobę Parkinsona
21	Występowanie i charakterystyka szczepów <i>Vibrio parahaemolyticus</i> izolowanych z żywności pochodzenia morskiego
22	Wpływ zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej na właściwości morfologiczne i reologiczne krwi u ludzi zdrowych
23	Projektowanie leków: Miary chiralności jako deskryptory QSAR

Lp.	SONATA 3 (NZ7) 2012 TYTUŁ PROJEKTU
1	Molekularne podstawy aktywności przeciwbakteryjnej w grupie pochodnych tiosemikarbazylu
2	Poszukiwanie nowych substancji o zróżnicowanych właściwościach protekcyjnych w zwierzęcych modelach drgawek padaczkowych wśród amidowych pochodnych kwasu 1-(2,5-dioksopirolidyn-1-yl)-octowego
3	Rola polisacharydowych składników ściany komórkowej probiotycznych bakterii <i>Lactobacillus casei</i> oraz <i>Lactobacillus paracasei</i> w przebiegu chorób o podłożu alergicznym
4	Opracowanie metodyki tlenometrii EPR do oceny śródbłonkowego działania leków
5	Wpływ elektroterapii na proliferację komórek nowotworowych w badaniach <i>in vitro</i>

Lp.	OPUS 4 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
1	Determinanty tiolaktonu homocysteiny u człowieka
2	Wpływ pozytywnych allosterycznych modulatorów nikotynowych receptorów cholinergicznym podtypu alfa7 na złożone procesy poznawcze
3	Ocena związku genów identyfikowanych badania mi całego genomu z ryzykiem udaru u pacjentów z miażdżycowym zwężeniem tętnicy szyjnej – badanie kohorty walidacyjnej
4	Otrzymywanie i ocena fizykochemiczna mezoporowatych matryc tlenkowych jako nośników w modelu implantu do kości o celowanym – kontrolowanym uwalnianiu chlorowodoru doksorubicyny i metronidazolu
5	Białka naprawy pęknięć dwuniciowych DNA jako cele dla spersonalizowanej terapii przeciwnowotworowej opartej na syntetycznej letalności
6	Wpływ zróżnicowanej ekspozycji na arsen(III) oraz kadm na aktywację szlaku Nrf2-Keap1 – głównego systemu adaptacyjnego reagowania w celu ochrony przed czynnikami toksycznymi
7	Synteza i właściwości przeciwnowotworowe pochodnych oktahydropirazyno[2,1-a:5,4a'] diizochinoliny
8	Molekularne markery oporności na stres w zwierzęcym modelu depresji
9	Synteza i właściwości farmakologiczne mono-, di- i triheterocyklicznych pochodnych azolowych, jako kombinowanych ligandów receptorowych i inhibitorów fosfodiesteraz o potencjalnym działaniu psychotropowym
10	Oddziaływanie potencjalnego leku przeciwnowotworowego, kwasu 3-bromopirogronowego, z komórkami prawidłowymi i nowotworowymi
11	Ocena peroksyredoksyn 1 i 2 wraz z układem tioredoksyna-reduktaza tioredoksyny jako nowych celów terapeutycznych w chłoniakach wywodzących się z limfocytów B
12	Wpływ zmienności genetycznej na wybrane wskaźniki aktywności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej w sportach walki
13	Poszukiwanie molekularnych punktów uchwytu dla neuroprotekcynowego efektu tetrahydroizochinoliny w oparciu o różne eksperymentalne modele choroby Parkinsona.
14	Poszukiwanie nowych ligandów wielofunkcyjnych wpływających na procesy neurodegeneracyjne

Lp.	OPUS 4 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
15	Wpływ polimorfizmów wybranych genów (ACE, AMPD1, ATP1A2, HIF1, PPAR α , GABPB1, VEGF, PPAR γ , ACTN3, IGF1, IL5, TNF) na charakter i zakres potreningowej odpowiedzi adaptacyjnej organizmu
16	Zmiany plastyczne kory mózgu podczas treningu metodą Neurofeedback-EEG w strzelectwie sportowym
17	Jednojądrzaste komórki krwi obwodowej jako model neurotoksycznego wpływu chemioterapii
18	Analiza mechanizmu oddziaływania wybranych bisfenoli na erytrocyty i jednojądrzaste komórki krwi obwodowej człowieka
19	Geny kodujące dejodynazy jodotyroniny, ekspresja na poziomie mRNA i białka w złożonym mechanizmie ryzyka zaburzeń depresyjnych nawracających
20	Mechanizm zmian związanych z receptorami NMDA w depresji
21	Ocena <i>in vitro</i> wybranych efektów pronowotworowych sprzyjających rozwojowi raka piersi po narażeniu na nanocząstki srebra w kombinacji z powszechnie stosowanymi składnikami kosmetyków: solami glinu, parabenami oraz ftalanami

Lp.	PRELUDIUM 4 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
1	Theranostic GdLip: Bifunkcjonalne liposomy jako nośniki jonów gadolinu i fotouczulaczy ftalocyjaninowych o potencjalnym zastosowaniu w obrazowaniu MR i terapii fotodynamicznej
2	Zastosowanie ATR/FT-IR oraz sztucznych sieci neuronowych do wykrywania właściwości biochemicznych uropatogennych szczepów <i>Escherichia coli</i>
3	Struktura populacji izolatów <i>Neisseria meningitidis</i> serogrupy B w Polsce w latach 2010-2014.
4	Synteza i aktywność przeciwgrzybicza nowych pochodnych chinoliny
5	Udział dwuskładnikowych systemów regulacyjnych w tworzeniu biofilmu <i>S. mutans</i> na powierzchni zębów dzieci oraz osób dorosłych
6	Wpływ wybranych elagotanoidów na funkcje ludzkich neutrofilów w kontekście prewencji i leczenia chorób jamy ustnej – badania struktura a aktywność
7	Wpływ BDE-47 i jego hydroksylowanych metabolitów na wybrane parametry związane z progresją nowotworu jajnika
8	Chlorowane naftaleny jako czynniki zaburzające funkcje endokrynne jajnika
9	Jednoetapowa synteza pochodnych O-2-izocefamów i N-2-izocefamów posiadających ugrupowanie retroamidowe/tioretroamidowe lub fosfonowe/tiofosfonowe – potencjalnych antybiotyków beta-laktamowych oraz inhibitorów beta-laktamaz
10	Profil fitochemiczny i wpływ wyciągów z kwiatów <i>Aesculus hippocastanum</i> i <i>Centaurea cyanus</i> oraz z ziela <i>Galinsoga parviflora</i> na komórki śródbłonna naczyniowego i fibroblasty skórne w kontekście gojenia się ran
11	Wpływ układu serotonergicznego mózgu na ekspresję i aktywność cytochromu P450 w wątrobie
12	Oznaczanie fizykochemicznych i biochemicznych właściwości naturalnych alkaloidów pirydynowych i piperydynowych oraz ich prostych pochodnych, istotnych dla działania przeciwko chorobie Alzheimera

Lp.	PRELUDIUM 4 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
13	Wpływ treningu interwałowego na poziom obwodowego neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego i funkcje poznawcze człowieka
14	Wpływ agonistów receptora glukagono-podobnego peptydu-1 na regulację aktywności promotora genu krotkoliberyny
15	Analiza metabolomiczna wydzieliny ochronnej jaj konika polnego w poszukiwaniu substancji biologicznie czynnych o przypisywanych etnofarmakologicznie właściwościach przyspieszających proces gojenia się ran
16	Badanie profili metabolicznych w moczu w raku prostaty
17	Rola związków polifenolowych w aktywności antyoksydacyjnej i przeciwzapalnej <i>in vitro</i> garbnikowych surowców leczniczych pochodzenia chińskiego
18	Wpływ przeczaszkowej stymulacji magnetycznej łączonej z behawioralnym treningiem przeszukiwania wzrokowego w rehabilitacji chorych z poudarowym zespołem zaniedbywania wzrokowo-przestrzennego. Badanie pilotażowe randomizowane, podwójnie zaślepienie, kontrolowane placebo
19	Wpływ narażenia na ksenobiotyki dymu tytoniowego na profil białkowy i transport żelaza we krwi kobiet ciężarnych

Lp.	SONATA 4 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
1	Pozostałości niedozwolonych barwników syntetycznych w jajach i wybranych produktach jajecznych
2	Badania warunków powstawania i identyfikacja reaktywnych metabolitów pośrednich generowanych przez modelowe pochodne akrydonu o działaniu przeciwnowotworowym
3	Długofalowa ocena konsekwencji wcześniactwa w aspekcie parametrów somatycznych, funkcji płuc i tolerancji wysiłku
4	Badania nad wpływem metabolizmu salinomycyny na jej toksyczność
5	Ocena narażenia środowiska i zdrowia człowieka na działanie nanocząstek
6	Charakterystyka matryc hydrofilowych zawierających inhibitory fosfodiesterazy-5 w warunkach <i>in vitro/in vivo</i>

Lp.	OPUS 5 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
1	Wpływ treningu wytrzymałościowego na cechy skurczu jednostek ruchowych w relacji do zmian w ekspresji białek mięśniowych
2	Środowisko zwierząt wolnożyjących (dzików, jeleni, saren, lisów, gryzoni) i towarzyszących – potencjalne źródło zoonotycznych szczepów <i>Leptospira spp</i>
3	Trening pływacki a długość życia, metabolizm oksydacyjny i wolnorodnikowy u mysz ze stwardnieniem zanikowym bocznym (ALS)
4	Hamowanie aktywności hydroksylazy tryptofanu typu I – nowa koncepcja leczenia zaburzeń metabolizmu kostnego w przewlekłej niewydolności nerek

Lp.	OPUS 5 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
5	Wpływ hipoksji na poziomy neurotropowego czynnika pochodzenia mózgowego (BDNF) i jego wybranych biochemicznych regulatorów we krwi oraz na sprawność psychomotoryczną młodych, nietreningujących mężczyzn oraz wysokowytrenowanych zawodników dyscyplin siłowych i wytrzymałościowych
6	Głębsze spojrzenie na spektrum aktywności Styrylochinolin
7	Rola sekretomu oraz krążących mikroRNA w rozpoznawaniu wczesnych klinicznie bezobjawowych postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) – implikacje epidemiologiczne
8	Wpływ suplementacji beta-alaniny na cechy skurczu jednostek motorycznych oraz wybrane wskaźniki biochemiczne u młodych i starych szczurów
9	Badania nad farmakomodulacją kwasu oleanolowego – nowe biogeniczne heterodimery triterpenowe
10	Czy złożone mieszaniny nanomateriałów są bardziej toksyczne niż pojedyncze nanomateriały?
11	Nowy mechanizm działania bisfenolu A i jego analogów w biologii raka jajnika
12	Rola chemokin w patogenezie depresji i molekularnym mechanizmie działania leków przeciwdepresyjnych
13	Poszukiwanie wspólnych czynników patologicznych w niedokrwionym mózgu i w chorobie Alzheimera; Geny
14	Procesy neuroplastyczne towarzyszące wszczęciu balonu żołądkowego u osób otyłych: efekty współtowarzyszącej cukrzycy typu drugiego. Badanie za pomocą metod obrazowania magnetycznego rezonansu i testów psychologicznych
15	Wpływ aliskirenu, inhibitora reniny, na aktywność przeciwdrgawkową leków przeciwpadaczkowych w trzech testach drgawek u myszy
16	Powiązanie polimorfizmu genów GST i spożycia czerwonego mięsa w ryzyku zachorowania na raka jelita grubego
17	Dopalacze – efekty w ośrodkowym układzie nerwowym i neurotoksyczność
18	Wpływ imipraminy i risperidonu na regulację przez limbiczne receptory D1, D2 i D3 anhedonii i zaburzenia pamięci wywołanych przez chroniczny łagodny stres u szczurów
19	Oddziaływanie zróżnicowanej ekspozycji na dymy spawalnicze stali nierdzewnych na ekspresję czynników transkrypcyjnych NF- κ B i AP-1 i wybrane biomarkery narażenia i skutków
20	Funkcjonalizacja związków fotouczulających za pomocą przeciwdrobnoustrojowych peptydów jako strategia zwiększania efektywności fotoinaktywacji mikroorganizmów patogennych
21	Selenowane polisacharydy – badania nad biosyntezą i zależnością pomiędzy strukturą a aktywnością immunologiczną
22	Nowe poliazotowe pochodne 2-merkaptobenzenosulfonamidu o właściwościach przeciwnowotworowych – synteza, ocena aktywności oraz projektowanie wspomagane technikami chemometrycznymi i metodami QSAR
23	Mitochondrialny DNA w chorobach cywilizacyjnych – cukrzyca, miażdżyca i otyłość
24	Izosterycznie modyfikowane acykliczne nukleozydy fosfonianowe
25	Analiza potencjału antyoksydacyjnego białek imobilizowanych na nanocząsteczkach. Badania <i>in vitro</i> , <i>in vivo</i>

Lp.	OPUS 5 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
26	Synteza i biologiczna aktywność pochodnych piroolidyno-2,5-dionu o potencjalnym działaniu przeciwdepresyjnym
27	Zmiany metabolizmu nukleotydów i ich pochodnych we krwi pod wpływem długotrwałego treningu fizycznego

Lp.	PRELUDIUM 5 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
1	Od symptomów do leczenia: kompleksowa charakterystyka rozwoju zmian patologicznych w doświadczalnym modelu stłuszczenia wątroby za pomocą metod obrazowania spektroskopii oscylacyjnej
2	Wpływ chloropiryfosu na aktywność enzymów odpowiedzialnych za syntezę witaminy D3 w komórkach skóry
3	Wartość predykcyjna ruchowych potencjałów wywołanych w ocenie powrotu funkcji ruchowych kończyny górnej i stanu funkcjonalnego chorych w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mózgu
4	Określenie roli świń hodowanych w Polsce jako źródła zakażenia rotawirusami mogącymi wywołać infekcje u ludzi
5	Projektowanie enzymatycznych układów do badania leków chiralnych z wykorzystaniem superparamagnetycznych nanocząstek jako nośników dla biokatalizatorów
6	Wpływ regularnej aktywności fizycznej w formie nordic walking na poziom wybranych cytokin i wskaźników stresu oksydacyjnego oraz tolerancję wysiłkową u młodych kobiet z zespołem metabolicznym
7	Farmakokinetyka i interakcje tigecekliny u indyków
8	Charakterystyka oddziaływań substancja lecznicza-substancja pomocnicza w aspekcie badań trwałości i zgodności
9	Leki przeciwdepresyjne jako substancje zwiększające aktywność risperidonu, atypowego leku przeciwpsychotycznego, w modelach zwierzęcych
10	Proapoptotyczne działanie ekstraktu wodnego suszu blaszki liściowej Wilkakory (<i>Uncaria tomentosa</i>) w wybranych liniach komórek nowotworowych
11	Pochodne hydantoiny w walce z lekoopornością szczepów bakteryjnych
12	Badanie wpływu presji selekcyjnej indukowanej drogą szczepień przeciw krztuścowi na powstawanie szczepów <i>Bordetella pertussis</i> niewytwarzających antygenów szczepionkowych
13	Ocena efektywności rehabilitacji słuchu u dzieci korzystających z implantu ślimakowego w odniesieniu do osiągnięć szkolnych
14	Otrzymywanie nowych pochodnych chinoliny o potencjalnej aktywności wobec receptorów serotoninegicznych przy jednoczesnym hamowaniu wychwytu zwrotnego serotoniny
15	Czynniki ryzyka rozwoju podwysięciółkowych gwiazdziaków olbrzymiokomórkowych w stwardnieniu guzowatym
16	Synteza i badanie właściwości farmakologicznych cyklicznych analogów peptydów opioidowych zawierających fluorowane aminokwasy
17	Optymalizacja metod analitycznych pod kątem możliwości ich zastosowania do analizy witamin w ultrafiltratach otrzymanyh po wysokoobjętościowej żyłno-żyłnej hemofiltracji

Lp.	PRELUDIUM 5 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
18	Badanie wpływu budowy naftoflawonów na hamowanie aromatazy oraz aktywność cytotoksyczną w stosunku do zdrowych i nowotworowych linii komórkowych
19	Chloropirifos jako czynnik narażenia środowiskowego zwiększający ryzyko otyłości i cukrzycy typu II: wpływ na proliferację, różnicowanie i odpowiedź prozapalną adipocytów mysich 3T3-L1
20	Synteza i fotocytotoksyczność skierowana przeciw mikroorganizmom porfirynoidów modyfikowanych w części peryferyjnej grupami morfolinowymi
21	Występowanie oraz charakterystyka molekularna zakażeń <i>Mycoplasma bovis</i> u bydła w Polsce
22	Wpływ II etapu rehabilitacji kardiologicznej na funkcję kończyn dolnych pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych
23	Narażenie radiacyjne soczewek oczu personelu medycznego zawodowo narażonego na promieniowanie rentgenowskie jako czynnik ryzyka wystąpienia katarakty popromiennej

Lp.	SONATA 5 (NZ7) 2013 TYTUŁ PROJEKTU
1	Stabilizacja fizykochemiczna substancji aktywnych farmakologicznie oraz protein przy użyciu cukrów modyfikowanych i bicyklicznych. Poszukiwanie nowych form sacharydów w surowcach pochodzenia roślinnego
2	Rola zależności pomiędzy receptorami PXR i AR w leczeniu nowotworów hormonozależnych
3	Wykrywanie i ocena ilościowa głównego alergenu <i>Alternaria alternata</i> (Alt a1) w powietrzu Poznania, Polska
4	Badanie strukturalnych i funkcjonalnych mechanizmów działania modulatorów receptorów nikotynowych
5	Opracowanie i optymalizacja metody PCC dla potrzeb stosowania na stanowisku radioterapii protonowej Centrum Cyklotronowego Bronowice
6	Badanie polimorfizmu aktywnych substancji farmaceutycznych w odniesieniu do oceny ich reaktywności i trwałości chemicznej
7	Czynnik transkrypcyjny MeCP2 jako wewnątrzkomórkowy obiekt badań nad mechanizmem depresji i jako cel potencjalnej farmakoterapii tej choroby

Typy konkursów Narodowego Centrum Nauki

OPUS – konkurs na projekty badawcze, w tym finansowanie zakupu lub wytworzenia aparatury naukowo-badawczej niezbędnej do realizacji tych projektów

- Z wnioskami o przyznanie środków finansowych na realizację projektów badawczych mogą występować podmioty określone w art. 10 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.).
- Obejmuje badania podstawowe, czyli oryginalne prace badawcze eksperymentalne lub teoretyczne podejmowane przede wszystkim w celu zdobywania nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie praktyczne zastosowanie lub użytkowanie.

- Do konkursu mogą być zgłaszane projekty z dyscyplin naukowych ujętych w wykazie Paneli Dyscyplin NCN, obowiązującym w dniu ogłoszenia konkursu.
- Czas realizacji projektu nie może być krótszy niż 12 miesięcy i nie może przekraczać 36 miesięcy.
- Koszt zakupu pojedynczego aparatu naukowo-badawczego nie może przekraczać wartości odpowiednio 500 tys. zł w dziale Nauk Ścisłych i Technicznych (ST) i w dziale Nauk o Życiu (NZ) oraz 150 tys. zł w dziale Nauk Humanistycznych, Społecznych i o Sztuce (HS).
- Koszty pośrednie nie mogą przekraczać 30% wnioskowanych kosztów bezpośrednich, z wyłączeniem kosztów aparatury. Wysokość kosztów pośrednich nie może ulec zwiększeniu w trakcie realizacji projektu.
- Zadania objęte wnioskiem nie mogą być finansowane ze środków pochodzących z innych źródeł.
 - OPUS 1, ogłoszony 15 marca 2011r.
 - OPUS 2, ogłoszony 15 września 2011r.
 - OPUS 3, ogłoszony 15 marca 2012r.
 - OPUS 4, ogłoszony 15 września 2012r.
 - OPUS 5, ogłoszony 15 marca 2013r.
 - OPUS 6, ogłoszony 15 września 2013r.

PRELUDIUM – konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby rozpoczynające karierę naukową nieposiadające stopnia naukowego doktora

- Z wnioskami o przyznanie środków finansowych na realizację projektów badawczych mogą występować osoby rozpoczynające karierę naukową nieposiadające stopnia naukowego doktora, w formie określonej w art. 10 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.).
- Obejmuje badania podstawowe, czyli oryginalne prace badawcze eksperymentalne lub teoretyczne podejmowane przede wszystkim w celu zdobywania nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie praktyczne zastosowanie lub użytkowanie.
- Zadania objęte wnioskiem nie mogą być finansowane ze środków pochodzących z innych źródeł.
- Do konkursu mogą być zgłaszane projekty z dyscyplin naukowych ujętych w wykazie Paneli Dyscyplin NCN, obowiązującym w dniu ogłoszenia konkursu.
- Czas realizacji projektu nie może być krótszy niż 12 miesięcy i nie może przekraczać 36 miesięcy.
- Wysokość finansowania nie może przekraczać: 50 tys. zł dla projektów, których okres realizacji wynosi 12 miesięcy; 100 tys. zł dla projektów, których okres realizacji wynosi 24 miesiące; 150 tys. zł dla projektów, których okres realizacji wynosi 36 miesięcy.
- Liczba osób zaangażowanych w realizację projektu nie może przekraczać trzech osób, wśród których może być tylko jeden pracownik naukowy posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego lub tytuł naukowy, będący opiekunem naukowym lub promotorem.
- Możliwy jest zakup aparatury naukowo-badawczej, której koszt całkowity nie przekracza 30% wysokości wnioskowanych środków na realizację projektu.
- Koszty pośrednie nie mogą przekraczać 30% wnioskowanych kosztów bezpośrednich z wyłączeniem kosztów aparatury. Wysokość kosztów pośrednich nie może ulec zwiększeniu w trakcie realizacji projektu.

- Beneficjentem środków finansowych przeznaczonych na realizację projektu nie może być opiekun naukowy lub promotor.
 - PRELUDIUM 1, ogłoszony 15 marca 2011r.
 - PRELUDIUM 2, ogłoszony 15 września 2011r.
 - PRELUDIUM 3, ogłoszony 15 marca 2012r.
 - PRELUDIUM 4, ogłoszony 15 września 2012r.
 - PRELUDIUM 5, ogłoszony 15 marca 2013r.
 - PRELUDIUM 6, ogłoszony 15 września 2013r.

SONATA – konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby rozpoczynające karierę naukową posiadające stopień naukowy doktora

- Obejmuje badania podstawowe, czyli oryginalne prace badawcze eksperymentalne lub teoretyczne podejmowane przede wszystkim w celu zdobywania nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów bez nastawienia na bezpośrednie praktyczne zastosowanie lub użytkowanie.
- Jest realizowany pod kierunkiem osoby rozpoczynającej karierę naukową posiadającej stopień naukowy doktora.
- Do konkursu mogą być zgłaszane projekty z dyscyplin naukowych ujętych w wykazie Paneli Dyscyplin NCN, obowiązującym w dniu ogłoszenia konkursu.
- Do konkursu kwalifikowane są te projekty badawcze, których okres realizacji jest nie krótszy niż 12 miesięcy i nie przekracza 36 miesięcy.
- Poza kierownikiem projektu, wśród osób realizujących projekt może być co najwyżej jeden pracownik naukowy posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego lub tytuł naukowy, ale wyłącznie jako współpracownik spoza podmiotu zatrudniającego kierownika projektu.
- W ramach konkursu możliwe jest wnioskowanie o zakup aparatury naukowo-badawczej, przy czym koszt zakupu pojedynczego aparatu naukowo - badawczego nie może przekraczać wartości odpowiednio 500 tys. zł w dziale Nauk Ścisłych i Technicznych (ST) i w dziale Nauk o Życiu (NZ) oraz 150 tys. zł w dziale Nauk Humanistycznych, Społecznych i o Sztuce (HS), zgodnie z art. 20 ust. 2, w związku z art. 5 pkt 3, w związku z art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010r. o zasadach finansowania nauki.
- Koszty pośrednie nie mogą przekraczać 30% wnioskowanych kosztów bezpośrednich z wyłączeniem kosztów aparatury. Wysokość kosztów pośrednich nie może ulec zwiększeniu w trakcie realizacji projektu.
- Zadania objęte wnioskiem nie mogą być finansowane ze środków pochodzących z innych źródeł.
 - SONATA 1, ogłoszony 15 marca 2011r.
 - SONATA 2, ogłoszony 15 września 2011r.
 - SONATA 3, ogłoszony 15 marca 2012r.
 - SONATA 4, ogłoszony 15 września 2012r.
 - SONATA 5, ogłoszony 15 marca 2013r.
 - SONATA 6, ogłoszony 15 września 2013r.
 -

12.7. Piśmiennictwo

1. Jansen MW, van Oers HA i wsp. Public health: disconnections between policy, practice and research. *Health Res Policy Syst* 2010, 31(8): 37. doi: 10.1186/1478-4505-8-37.
2. Jansen M. Mind the gap: Collaboration between practice, policy and research in local public health. *Datawys/Universitaire Pers Maastricht* 2007.
3. Cianciara D, Piotrowicz M i wsp. Rola nauki podejmowaniu decyzji politycznych – Projekt EuSANH-ISA, struktura doradztwa nauki w kwestiach zdrowotnych. *Przegl Epidemiol* 2012, 66: 521 – 529.
4. Zejda J. Priorytety naukowe w zdrowiu publicznym w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 2001, 111(5-6): 291-297.
5. Zejda JE, Wysocki MJ. Zdrowie publiczne w projektach badawczych finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego – realizacja i potrzeby. *Przegl Epidemiol* 2010, 64: 405 – 411.
6. Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych – STRATEGMED, <http://www.ncbir.pl/programy-strategiczne/profilaktyka-i-leczenie-chorob-cywilizacyjnych---strategmed/>, (2013.11.15).
7. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. STRATEGMED – Wyniki I etapu konkursu, <http://www.ncbir.pl/programy-strategiczne/profilaktyka-i-leczenie-chorob-cywilizacyjnych---strategmed/aktualnosci/art,2253,strategmed-wyniki-i-etapu-konkursu.html>, (2013.11.19).
8. Markiewicz D (red.). Komercjalizacja wyników badań naukowych – krok po kroku. CTT Politechnika Krakowska, Kraków 2009, s. 38–39.
9. Narodowe Centrum Nauki. Statystyki konkursów 2012. NCN, Kraków 2013. http://www.ncn.gov.pl/sites/default/files/pliki/NCN_statystyki%20konkurs%C3%B3w%202012_.pdf
10. Rosas SR, Kagan JM i wsp. Evaluating Research and Impact: A Bibliometric Analysis of Research by the NIH/NIAD HIV/AIDS Clinical Trials Networks. *PLoS ONE* 2011, 6(3): e17428. doi:10.1371/journal.pone.0017428.
11. Milat AJ, Bauman AE i wsp. Public health research outputs from efficacy to dissemination: a bibliometric analysis. *BMC Public Health* 2011, 11:934.
12. Devetak I, Głażar SA, Vogrinc J. The Role of Qualitative Research in Science Education. *Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education* 2010, 6(1): 77-84.
13. Woynarowska B, Mazur J (red.). Wyniki badania HBSC 2010. Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
14. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN, Stockholm 2012.
15. Błędowski P. (red.). Polityka Społeczna: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. *PolSenior. IPiSS*, Warszawa 2011 (Numer tematyczny 4/2011).
16. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
17. Samoliński B, Raciborski F. (red.). Zdrowe starzenie się: Biała Księga. Wyd. naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013.
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 sierpnia 2013r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2014. *Dz. U.* 2013, poz. 1159, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_PBSSP2014_DzU2013_poz1159.pdf, (2013.11.19).
19. Drugie Wieloośrodkowe Badania Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ II, <http://www.wobasz-projekt.pl/>, (2013.11.14).
20. NATPOL 2011 – prognoza sytuacji zdrowotnej Polaków na 2020r. http://www.ptkt.pl/index.php?NATPOL_2011_prognoza_sytuacji_zdrowotnej_Polakow_na_2020_r_&p=117, (2013.11.15).
21. Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m241614181&ms=416&ml=pl&mi=418&mx=0&mt=&my=803&ma=017043%20%3Cbr%20/%3E>, (2013.11.14).
22. Kowalska J, Demidowicz J, Tyszko P. Analiza lokalnych programów zdrowotnych w zakresie profilaktyki próchnicy i chorób przyzębia w wybranych województwach. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(4): 694-698.
23. Demidowicz J, Kowalska J, Tyszko P. Lokalne programy profilaktyki nowotworów w realizacji Narodowego Programu Zdrowia na przykładzie wybranych województw. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 463-467.
24. Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997.

13. ZAINTERESOWANIE PROBLEMATYKĄ ZDROWIA Kobiet ORAZ MĘŻCZYŹN – ILOŚCIOWA I JAKOŚCIOWA ANALIZA PUBLIKACJI W WYBRANYCH BAZACH BIBLIOGRAFICZNYCH *ON-LINE*

Ewa Urban¹, Maria Piotrowicz¹, Dorota Cianciara^{1,2}, Małgorzata Gajewska¹, Katarzyna Lewtak¹

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

²Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

13.1. Najważniejsze fakty

- Przeprowadzony przegląd w międzynarodowym oraz polskim piśmiennictwie naukowym z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego wykazał, że istnieją różnice w liczbie oraz tematyce publikacji dotyczących zdrowia kobiet i mężczyzn.
- Wśród przeanalizowanych publikacji w bazach *MEDLINE/PubMed* oraz PBL liczba prac dotyczących zdrowia kobiet przeważała nad liczbą prac związanych ze zdrowiem mężczyzn.
- Analizowane prace dotyczące kobiet, umieszczone w bazie PBL, w większości odnosiły się do behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia (67% prac). Znacznie mniej prac poświęconych było somatycznej/biologicznej sferze zdrowia kobiet (33%).
- Wśród wszystkich analizowanych prac odnoszących się do somatycznej i psychospołecznej sfery zdrowia kobiet około 40% dotyczyło tematyki ciąży, co sugeruje zawężenie zainteresowania zdrowiem kobiet do tego szczególnego okresu życia.
- W pracach dotyczących mężczyzn, umieszczonych w bazie PBL, widoczne było większe zainteresowanie somatyczną/biologiczną sferą zdrowia (63%). Mniej prac natomiast odnosiło się do tematyki behawioralnej, psychologicznej i społecznej (37%).
- Stereotypowe, potoczne podejście do zdrowia kobiet i mężczyzn znajduje odzwierciedlenie w piśmiennictwie naukowym. W zdrowiu publicznym brakuje publikacji dotyczących różnic międzypłciowych z perspektywy płci społeczno-kulturowej (*gender*). Różnice te powinny być brane pod uwagę w planowaniu działań prozdrowotnych.

13.2. Wstęp

Obecnie płeć nie jest rozpatrywana tylko jako cecha biologiczna. Kobiecość i męskość to jednocześnie płeć biologiczna (*sex*) i płeć społeczno-kulturowa (*gender*). Światowa Organizacja Zdrowia definiuje płeć społeczno-kulturową (*gender*) jako stworzone przez społeczeństwo role, zachowania, aktywności i atrybuty jakie dane społeczeństwo uznaje za odpowiednie dla mężczyzn i kobiet [1]. *Gender* nie jest stała, ulega przemianom w czasie i przestrzeni. Sytuacja kobiet i mężczyzn w dzisiejszych czasach jest odmienna niż przed 100 czy 200 laty, a także różni się

w zależności od miejsca zamieszkania (np. w krajach Europy zachodniej lub krajach arabskich, w dużych metropoliach lub małych wsiach).

W statystykach medycznych widoczne są różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami dotyczące stanu zdrowia, występowania chorób, korzystania z opieki medycznej. Z dostępnych badań wynika, że kobiety na całym świecie żyją przeciętnie dłużej niż mężczyźni. Jednak ich warunki życia i pracy nie są korzystniejsze od warunków, w których żyją mężczyźni, a wręcz przeciwnie. Wyjaśnienie tego stanu rzeczy może być trudne. Z innych doniesień wynika, że kobiety lepiej sobie radzą z trudnościami i przeciwnościami, ich zachowania rzadziej niż mężczyzn są antyzdrowotne, mają większą wiedzę i świadomość zdrowotną [2-4].

Od wielu lat w statystykach medycznych stosowano podział na kobiety i mężczyzn, jednak nie podejmowano prób zrozumienia lub interpretacji obserwowanych różnic między płciami. W krajach zachodnich pod koniec XX wieku zauważono konieczność wyodrębnienia problemów kobiet w sferze społecznej, mikroekonomicznej, politycznej, zdrowia i medycyny.

Istnieją dwa modele wyjaśniające różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn [2]. Pierwszy opiera się na różnicach biologicznych. Drugi zaś opiera się na uwarunkowaniach społecznych, psychicznych i kulturowych (*gender*). W drugim podejściu szczególnie istotna jest ocena wpływu zmiennych kulturowych (takich jak wzory społeczne, normy i wartości) oraz zmiennych społeczno-strukturalnych (zajmowane pozycje społeczne i czynniki, z którymi są związane) na sytuację zdrowotną. Model *gender* nie konkuruje z podejściem biologicznym lecz sprawia, że oba są ze sobą komplementarne. Takie szersze spojrzenie na zjawiska zdrowia i choroby pokazuje, w jaki sposób wzorce społeczne, normy i wartości, struktura społeczna i kultura mogą pozytywnie lub negatywnie wpływać na biologię i stan zdrowia.

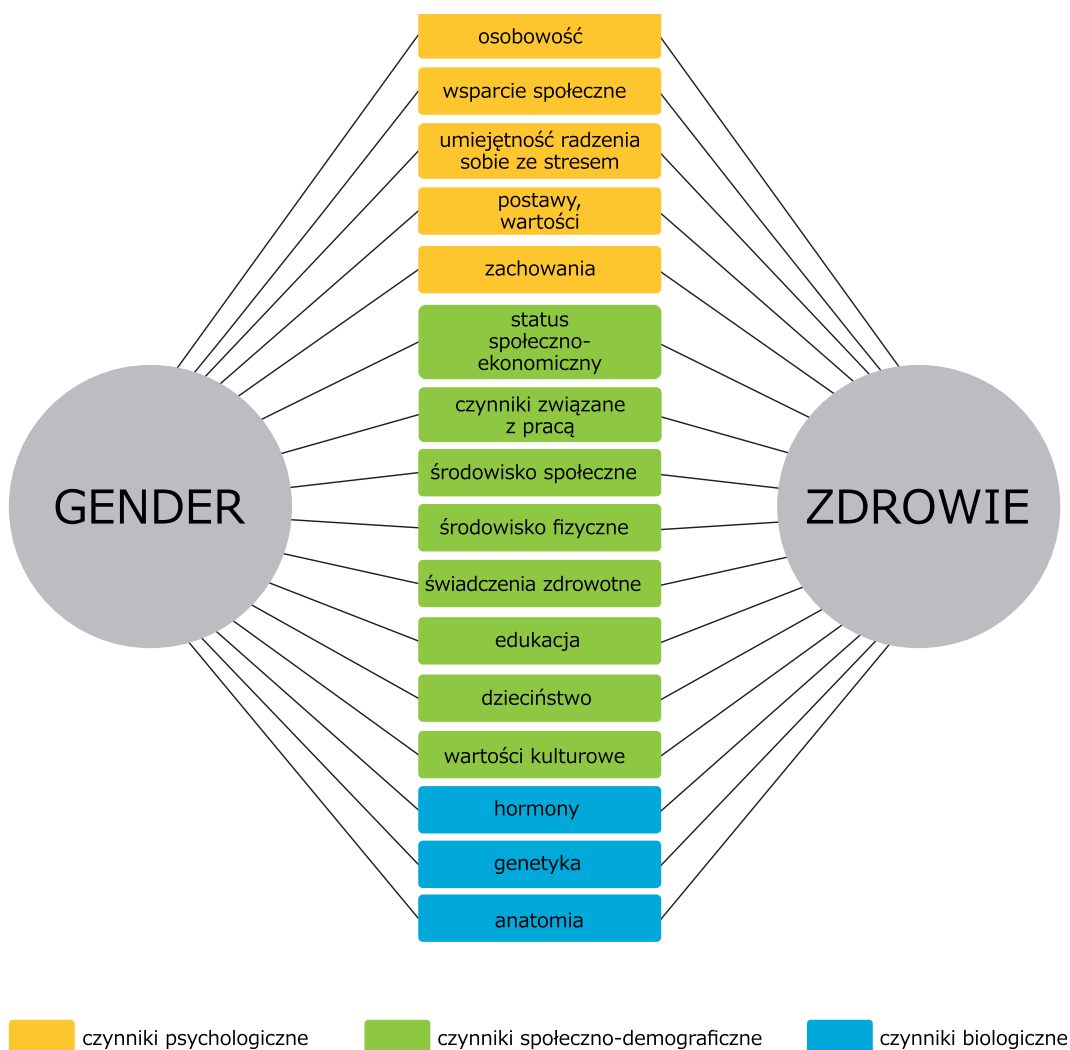
K.W. Davidson i wsp. [5] w swojej pracy zaproponowali wyjaśnienie związku płci *gender* ze stanem zdrowia poprzez pośredniczące w tych relacjach czynniki psychologiczne, społeczno-demograficzne i biologiczne (ryc. 13.1.). Czynniki kształtujące płć *gender* i mające wpływ na zdrowie można podzielić na trzy grupy. Pierwszą grupę stanowią czynniki psychologiczne. Należą do nich: osobowość, wsparcie społeczne, umiejętność radzenia sobie ze stresem, wartości i postawy oraz zachowania. Drugą grupę stanowią czynniki społeczno-demograficzne. Jest ich najwięcej i należą tu: status społeczno-ekonomiczny, czynniki związane z pracą, środowisko społeczne, środowisko fizyczne, świadczenia zdrowotne, edukacja, dzieciństwo, wartości kulturowe. Trzecią grupą są czynniki biologiczne: hormony, genetyka, anatomia.

13.3. Popularność tematyki zdrowia kobiet oraz mężczyzn w wybranych internetowych bazach bibliograficznych

Tematyka związku pomiędzy płcią biologiczną, płcią *gender* i zdrowiem wciąż nie jest popularnym tematem badawczym w zdrowiu publicznym w Polsce. Przeprowadzono analizę, której celem było rozpoznanie liczby i tematyki artykułów w wybranych bazach bibliograficznych *on-line* z obszaru medycyny i zdrowia publicznego. Sprawdzone czy istnieje większe zainteresowanie problematyką zdrowotną kobiet, czy mężczyzn oraz czy istnieją różnice w tematyce publikacji. Analiza prac dotyczących zdrowia kobiet oraz mężczyzn została przeprowadzona na podstawie baz bibliograficznych:

- *MEDLINE* poprzez platformę wyszukiwania *PubMed*, która jest dostępna dla wszystkich użytkowników Internetu i zawiera publikacje naukowe, głównie artykuły naukowe (bez książek) z całego świata [6];
- Polska Bibliografia Lekarska prowadzona przez Główną Bibliotekę Lekarską (PBL), która jest dostępna *on-line* dla uczelni wyższych oraz wybranych instytucji naukowo-badawczych i zawiera polskie artykuły naukowe, książki, rozdziały z monografii, materiały ze zjazdów oraz inne materiały [7].

W obu bazach pozycje bibliograficzne (rekordy) kodowane są za pomocą haseł (tzw. *key words*/deskryptorów), które odpowiadają ich treści. Słownik haseł funkcjonujący w obu bazach to *Medical Subject Headings (MeSH) Tezaurus* [8]. Polska wersja przyjęta w PBL to *Tezaurus TezMeSH 2012* [9].



Rycina 13.1. Model zależności płci społeczno-kulturowej (*gender*) ze zdrowiem, wg Davidson K.W. i wsp., 2006 (opracowanie własne)

Analizując wyniki należy mieć na uwadze, że kodowanie prac według haseł w bazach bibliograficznych nie jest wolne od błędów indeksowania. Jednak liczne opracowania naukowe pokazują, że przyjmując opisane wyżej ograniczenie każdej z baz, przeprowadzanie tego typu analiz jest uzasadnione [10-12].

13.3.1. Analiza ilościowa publikacji w bazie *MEDLINE/PubMed*

W przeprowadzonej analizie zastosowano strategię wyszukiwania przy użyciu wybranych haseł dotyczących zdrowia kobiet oraz mężczyzn. Hasła wraz z ich definicjami, zgodnie z słownikiem *MeSH*, przedstawiono w zestawieniu 13.1. W jednym przypadku zastosowano kombinację dwóch haseł tj. „*domestic violence AND women*” oraz „*domestic violence AND men*”. Ponadto, wyszukano pozycje dla haseł spoza słownika *MeSH* tj. „*women’s mental health*” i „*men’s mental health*”. Analiza objęła wszystkie rekordy zamieszczone w bazie tj. od daty wprowadzenia pierwszego rekordu w bazie do sierpnia 2013r. Przegląd został przeprowadzony w sierpniu 2013r.

Zestawienie 13.1. Definicje wybranych haseł związanych ze zdrowiem kobiet oraz mężczyzn przyjęte w *MEDLINE/PubMed* zgodnie z słownikiem *MeSH* 2012

Hasło (<i>MeSH</i> Term)	Definicja <i>MeSH</i> 2012	Rok wprowa- dzenia hasła <i>MeSH</i>
<i>Women</i>	<i>Human females as cultural, psychological, sociological, political, and economic entities.</i>	Brak informacji
<i>Men</i>	<i>Human males as cultural, psychological, sociological, political, and economic entities.</i>	1980
<i>Women’s Health</i>	<i>The concept covering the physical and mental conditions of women.</i>	1991
<i>Men’s Health</i>	<i>The concept covering the physical and mental conditions of men.</i>	2008
<i>Femininity</i>	<i>Female-associated sex-specific social roles and behaviors unrelated to biologic function.</i>	2010
<i>Masculinity</i>	<i>Male-associated sex-specific social roles and behaviors unrelated to biologic function.</i>	2010
<i>Menopause</i>	<i>The last menstrual period. Permanent cessation of menses (menstruation) is usually defined after 6 to 12 months of amenorrhea in a woman over 45 years of age. In the United States, menopause generally occurs in women between 48 and 55 years of age.</i>	Brak informacji
<i>Andropause</i>	<i>An endocrine state in men, characterized by a significant decline in the production of testosterone; dehydroepiandrosterone; and other hormones such as human growth hormone. Andropause symptoms are related to the lack of androgens including depression, sexual dysfunction, and osteoporosis. Andropause may also result from hormonal ablation therapy for malignant diseases.</i>	2005

Hasło (MeSH Term)	Definicja MeSH 2012	Rok wprowa- dzenia hasła MeSH
<i>Mother-Child Relations</i>	<i>Interaction between the mother and the child.</i>	1968
<i>Father-Child Relations</i>	<i>Interaction between the father and the child.</i>	1968
<i>Maternal-Fetal Relations</i>	<i>The bond or lack thereof between a pregnant woman and her fetus.</i>	2003
<i>Woman's Health Services</i>	<i>Organized services to provide health care to women. It excludes maternal care services for which maternal health services is available.</i>	1989 (1988)
<i>Woman's Rights</i>	<i>The rights of women to equal status pertaining to social, economic, and educational opportunities afforded by society.</i>	1977
<i>Battered Women</i>	<i>Women who are physically and mentally abused over an extended period, usually by a husband or other dominant male figure. Characteristics of the battered woman syndrome are helplessness, constant fear, and a perceived inability to escape. (From American Heritage Dictionary of the English Language, 3d ed)</i>	1995
<i>Domestic Violence</i>	<i>Deliberate, often repetitive, physical abuse by one family member against another: marital partners, parents, children, siblings, or any other member of a household.</i>	1994

W bazie MEDLINE/PubMed pod hasłem „women” (kobiety) znajdowało się ponad siedmiokrotnie więcej prac (tj. 28 930 pozycji) niż pod hasłem „men” (mężczyźni) (tj. 3 782 pozycji) (ryc. 13.2). Pod hasłem „women's health” (zdrowie kobiet) było prawie 21 razy więcej pozycji niż pod hasłem „men's health” (zdrowie mężczyzn). Hasło „women's health” wprowadzono do słownika MeSH 17 lat wcześniej niż „men's health”, a pierwszy rekord pojawił 30 lat wcześniej.

Największa dysproporcja dotyczyła hasła „menopause” (menopauza) i „andropause” (andropauza), gdzie dla pierwszego hasła było 260 razy więcej przypisanych pozycji. Najstarszy rekord w bazie dotyczący hasła menopauza pojawił się 40 lat wcześniej niż dotyczący hasła andropauza (ryc. 13.2.).

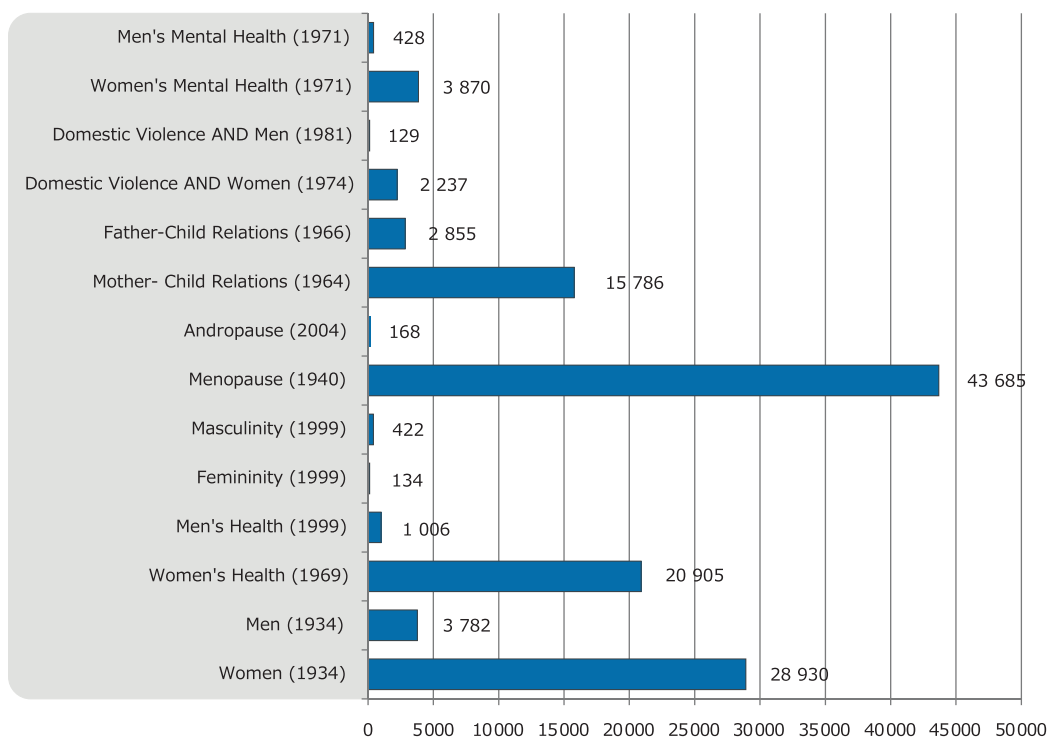
Ponad pięciokrotnie więcej było prac dotyczących „mother – child relations” (relacje matka - dziecko) niż prac na temat „father – child relations” (relacje ojciec - dziecko). W przypadku problematyki przemocy domowej prac powiązanych z kobietami było 17-krotnie więcej niż z mężczyznami. Prac dotyczących zdrowia psychicznego kobiet (*women's mental health*) było 9-krotnie więcej niż w prac pod hasłem „men's mental health”.

Jedyny wyjątek i odwrócenie proporcji dotyczyło hasła „masculinity” (męskość) i „femininity” (kobiecość). Prac dotyczących męskości było trzykrotnie więcej niż na temat kobiecości.

W słowniku MeSH występują także hasła, które dotyczą kobiet i nie mają swoich odpowiedników dla mężczyzn. Były to np. „woman's health services” (świadczenia zdrowotne dla kobiet), „maternal - fetal relations” (relacje matka – płód), „woman's rights” (prawa kobiet) czy „battered

women” (maltretowane kobiety). Pokazuje to społeczne zainteresowanie rolą i pozycją kobiet w społeczeństwie oraz wynika z potrzeby ich wzmocnienia. Jednak brak męskich odpowiedników dla wyżej wymienionych haseł może wskazywać na zaniedbanie określonych problemów mężczyzn.

Odsetek publikacji z ostatnich 5 i 10 lat w bazie dla trzech haseł tj. „men’s health”, „andropause” i „men’s mental health” wskazuje na wzrost zainteresowania tematyką męską w tym okresie. Relatywnie większy odsetek prac pod tymi hasłami pojawił się w bazie MEDLINE/PubMed w porównaniu do ich kobiecych odpowiedników.



* W nawiasach podano datę wprowadzenia pierwszego rekordu do bazy

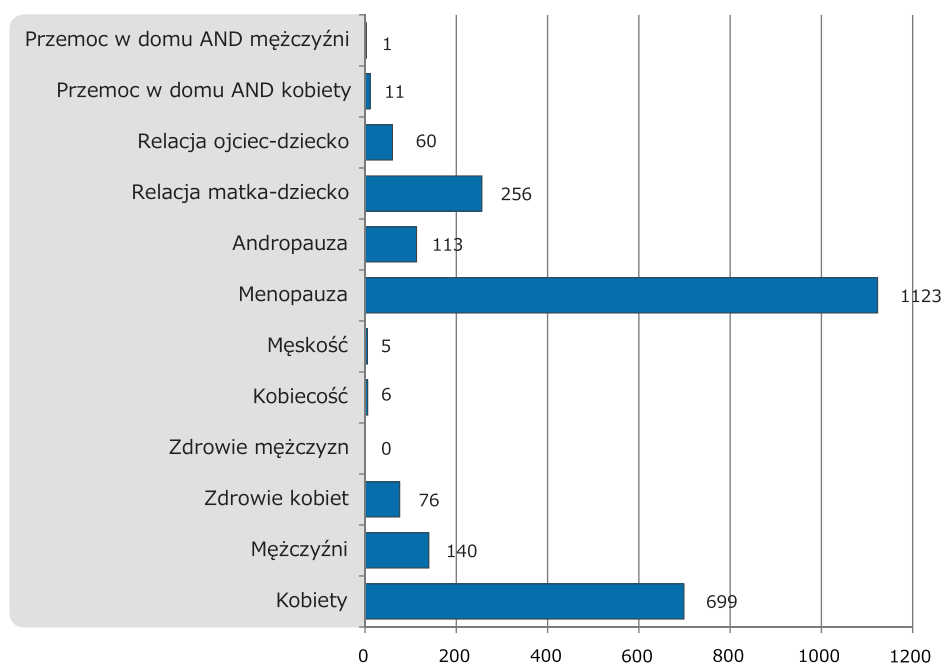
Rycina 13.2. Liczba rekordów w bazie MEDLINE/PubMed dla wybranych haseł związanych z zdrowiem kobiet i mężczyzn (stan na czerwiec 2012r.)

13.3.2. Analiza ilościowa publikacji w bazie Polska Bibliografia Lekarska

W analizie zastosowano strategię wyszukiwania przy pomocy wybranych haseł dotyczących zdrowia kobiet oraz mężczyzn. W zestawieniu 13.2. przedstawiono definicje haseł przyjęte w PBL zgodnie ze słownikiem *Tezaurus TezMeSH* 2012. W słowniku nie występują definicje haseł „mężczyźni” oraz „kobiety”. Baza PBL obejmuje dwie części: publikacje sprzed 1991r. oraz od 1991r. do bieżącej daty. Analiza objęła publikacje z bazy z lat 1991 – 2012. Przeglądu dokonano w czerwcu 2012r.

Zestawienie 13.2. Definicje wybranych haseł związanych ze zdrowiem kobiet oraz mężczyzn przyjęte w PBL zgodnie z słownikiem *Tezaurus TezMeSH 2012*

Hasło	Definicja Tezaurus TezMeSH 2012
Kobiety	Brak definicji
Mężczyźni	Brak definicji
Zdrowie kobiet	Termin obejmujący fizyczną i umysłową (psychiczną) kondycję kobiety
Zdrowie mężczyzn	Pojęcie obejmujące fizyczną i psychiczną kondycję mężczyzn
Kobiecość	Zachowania i role społeczne specyficzne dla płci żeńskiej niezwiązane z funkcją biologiczną
Męskość	Zachowania i role społeczne specyficzne dla płci męskiej niezwiązane z funkcją biologiczną
Menopauza	Brak definicji
Andropauza	Brak definicji
Relacje matka-dziecko	Brak definicji
Relacje ojciec-dziecko	Brak definicji
Przemoc w domu	Brak definicji
Relacje matka-płód	Brak definicji
Usługi zdrowotne dla kobiet	Brak definicji
Prawa kobiet	Brak definicji
Kobiety maltretowane	Brak definicji



Rycina 13.3. Liczba rekordów w bazie PBL dla wybranych haseł związanych z zdrowiem kobiet i mężczyzn w latach 1991- (czerwiec) 2012

W bazie PBL pod hasłem „kobiety” znajdowało się pięciokrotnie więcej prac (tj. 699 pozycji) niż pod hasłem „mężczyźni” (tj. 140 pozycji) (ryc.13.3.). Pod hasłem „zdrowie mężczyzn” nie zaindeksowano żadnej pozycji, podczas gdy pod hasłem „zdrowie kobiet” było ich kilkadziesiąt. Pojedynczym pracom w bazie przypisano hasła „męskość” oraz „kobiecość” (po 5 i 6 pozycji). Prawie dziesięciokrotnie więcej prac było zaindeksowanych pod hasłem „menopauza” niż „andropauza”. Czterokrotna przewaga prac dotyczących kobiet występowała także w przypadku hasła „relacje matka – dziecko” w stosunku do hasła „relacje ojciec – dziecko”. Tematyka przemocy domowej (hasło „przemoc w domu”) nie była popularna w bazie, zaindeksowano jedynie kilkanaście pozycji piśmiennictwa.

Ponadto w bazie PBL, podobnie jak w międzynarodowej bazie *MEDLINE*, istnieją hasła związane jedynie z kobietami, nie mające swoich odpowiedników dla mężczyzn, tj. np. usługi zdrowotne dla kobiet, relacje matka-płód lub prawa kobiet.

13.3.3. Analiza jakościowa w bazie Polska Bibliografia Lekarska

Jakościowa analiza prac została przeprowadzona na podstawie haseł: „mężczyźni” oraz „kobiety”. Prace zaindeksowane pod hasłem „kobiety” były analizowane na wylosowanej próbie 140 pozycji tj. co piątej z 699 pozycji. Prac dotyczących hasła „mężczyźni” było 140 (ryc. 13.3). Po wyszukaniu pozycji według haseł dokonano selekcji prac zakwalifikowanych do analizy. Z analizy wyłączono pozycje nie związane tematycznie z wybranym hasłem, w tym artykuły nie dotyczące Polski, nie dotyczące kobiet/mężczyzn oraz prace, których treść na podstawie tytułu i abstraktu nie była możliwa do jednoznacznego określenia.

Następnie prace zostały zakwalifikowane do następujących kategorii tematycznych:

- prace dotyczące somatycznej/biologicznej (genetycznej, fizjologicznej) sfery zdrowia kobiet /mężczyzn
- prace dotyczące behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia kobiet /mężczyzn.

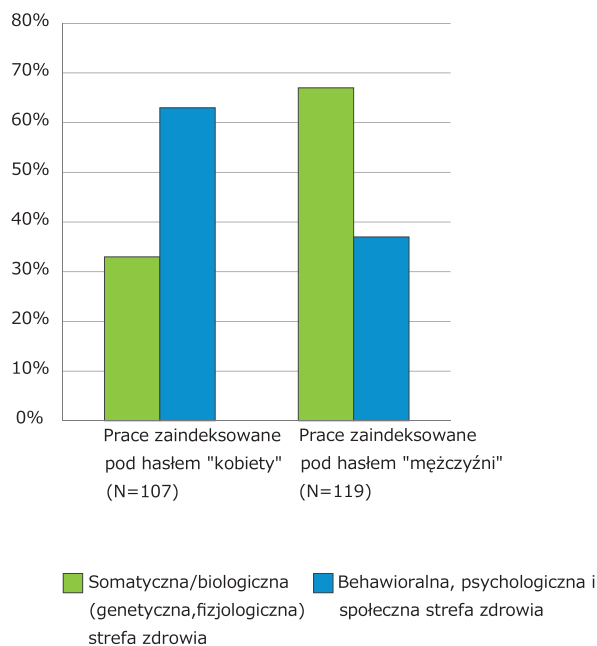
Analiza tematyki prac została przeprowadzona z uwzględnieniem haseł przypisanych do pozycji oraz tytułu pracy i jej abstraktu (jeśli został umieszczony w bazie). W niektórych przypadkach tytuł pozycji sugerował inną kategorię, niż wynikało to z treści dostępnego abstraktu. Treść abstraktu była głównym czynnikiem decydującym o przypisaniu pozycji do jednej z wyżej wymienionych kategorii tematycznych. Każda pozycja była analizowana przez dwóch niezależnych badaczy, w przypadku niezgodności, wątpliwości wspólnie omawiano i po uzyskaniu konsensusu kodowano prace według wyżej wymienionych kategorii.

Wśród prac dotyczących kobiet większość dotyczyła behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia (ryc. 13.4). Stanowiły one 67% (69 prac). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką były zagadnienia związane z: psychospołecznymi aspektami ciąży, sferą psychologiczną człowieka, dietą, seksualnością, zdrowiem zawodowym oraz inne tematy (np. przemoc wobec kobiet, *HIV/AIDS*, palenie tytoniu). Znacznie mniej prac dotyczących kobiet odnosiło się do tematyki biologicznej. Prace te stanowiły 33% (38 prac). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką były zagadnienia związane z fizjologicznymi aspektami ciąży oraz chorobami układu krążenia.

Należy podkreślić, że spośród wszystkich analizowanych prac dotyczących kobiet z obu kategorii (łącznie somatycznej i psychospołecznej) 41% dotyczyło tematyki związanej z ciążą. Sugeruje to zawężenie zainteresowania zdrowiem kobiet do tego szczególnego obszaru. Prace

na temat ciąży najczęściej dotyczyły opieki stomatologicznej nad kobietą ciężarną, diety oraz palenia tytoniu. Na końcu tego rozdziału przedstawiono tytuły prac zaindeksowanych w bazie PBL pod hasłem „kobiety”.

Wśród prac dotyczących mężczyzn większość odnosiła się do biologicznej sfery zdrowia (ryc. 13.4.). Stanowiły one 63% (75 prac). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką były: choroby układu krążenia, andropauza i starzenie się, osteoporoza oraz inne choroby i zaburzenia fizjologiczne (np. wady postawy, zaburzenia hormonalne, nowotwory, cukrzyca). Znacznie mniej prac dotyczących mężczyzn odnosiło się do tematyki behawioralnej, psychologicznej i społecznej. Prace te stanowiły 37% (44 prace). W grupie tej najczęściej poruszaną tematyką były: styl życia i powiązane z nim czynniki społeczne, dieta oraz aspekty psychologiczne (tu w większości prace dotyczące zaburzeń odżywiania u mężczyzn). Pojawiła się także tematyka seksualności oraz starzenia się mężczyzn. Na końcu rozdziału przedstawiono tytuły prac zaindeksowanych w bazie PBL pod hasłem „mężczyźni”.



Rycina 13.4. Odsetek prac dotyczących kobiet oraz mężczyzn według tematów zaindeksowanych w bazie PBL w latach 1991 – (czerwiec) 2012

13.4. Podsumowanie

Przeprowadzony przegląd w międzynarodowym oraz polskim piśmiennictwie naukowym z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego wykazał, że istnieją różnice w liczbie oraz tematyce publikacji dotyczących zdrowia kobiet oraz mężczyzn. Stereotypowe podejście do zdrowia kobiet i mężczyzn znajduje odzwierciedlenie również w piśmiennictwie naukowym. Przeprowadzone analizy wykazały, że problematyka zdrowia częściej wiązała się z kobietami niż z mężczyznami.

W odniesieniu do kobiet dotyczyła ich zdrowia psychospołecznego oraz ciąży. Natomiast zainteresowanie zdrowiem mężczyzn przejawiało się głównie w obszarze zdrowia fizycznego oraz męskości. Różnice w stanie zdrowia i jakości życia pomiędzy kobietami i mężczyznami wymagają zmian w dotychczasowym podejściu [13-15]. Działania na rzecz poprawy zdrowia populacji, w tym planowanie świadczeń zdrowotnych, programów i interwencji prozdrowotnych, powinny uwzględniać społeczno-kulturowe różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami [16-18].

13.5. Tytuły prac dotyczących wybranych sfer zdrowia kobiet oraz mężczyzn zaindeksowane w bazie PBL i opublikowanych w latach 1991 - (czerwiec) 2012

Lp.	Prace dotyczące somatycznej/biologicznej (genetycznej, fizjologicznej) sfery zdrowia kobiet (Tytuły)
Prace dotyczące kobiet w ciąży	
1	Stężenia greliny i insuliny w surowicy krwi matek i krwi pępowinowej a parametry urodzeniowe noworodków
2	Czy wymiana płynu owodniowego u ciężarnych z rozpoznaniem prenatalnie wrodzonym wytrzewieniem ma wpływ na żywienie doustne noworodka
3	Terapia zakażeń wywołanych przez Chlamydia trachomatis u dorosłych i dzieci
4	Cytomegalia wrodzona – postępy w rozpoznawaniu i leczeniu
5	Metabolizm witaminy D w okresie noworodkowym, relacje matczyno- płodowe
6	[Komentarz do artykułu pt. Wpływ szczepienia przeciwko grypie kobiet w ciąży na zachorowania na grypę wśród szczepionych kobiet i ich niemowląt]
7	Patogeneza i ryzyko zakażenia HIV u kobiet – przegląd aktualnego piśmiennictwa
8	Leczenie uzależnienia od nikotyny u kobiet w ciąży
9	Zdrowie jamy ustnej u kobiet w ciąży
10	Assessment of anal sphincter morphology after vaginal delivery. Tytuł polski: Ocena morfologii zwieraczy po porodach drogami natury
11	Opieka stomatologiczna nad kobietą ciężarną
12	Choroby serca u kobiet w ciąży
13	Zabiegi chirurgiczne u kobiet ciężarnych
14	Uzależnienie od tytoniu u ciężarnych i rodzących – implikacje anestezyjologiczne
15	Złogi wapnia w łożysku – czy świadczą wyłącznie o paleniu papierosów?
16	Stężenie kotyniny w osoczu jako biomarker czynnej i biernej ekspozycji kobiet ciężarnych na dym tytoniowy
17	Narażenie czynne lub bierne na metabolity dymu tytoniowego a wybrane parametry morfologiczne i wskaźniki niedotlenienia u noworodków: praca doktorska
Choroby układu krążenia	
18	Choroby serca u kobiet
19	Rola badania echokardiograficznego w rozpoznawaniu choroby wieńcowej u kobiet
20	Rehabilitacja kobiet z chorobą niedokrwienną serca
21	Zatorowość płucna i zakrzepica żylna u kobiet
22	Analiza postępowania diagnostycznego oraz terapeutycznego u kobiet z chorobą wieńcową w okresie 1994-1999. Doświadczenia własne

23	Choroba wieńcowa u kobiet – co dalej?
24	Ostry zawał serca u kobiet leczony za pomocą pierwotnej angioplastyki wieńcowej. Analiza porównawcza wyników szpitalnych
25	Konferencja Sekcji Chorób Serca u Kobiet Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
26	Przyczyny, diagnostyka i leczenie niedokrwistości niedoborowych u kobiet
27	Early results of coronary artery bypass graft surgery in women. Tytuł polski: Wczesne wyniki chirurgicznej rewaskularyzacji tętnic wieńcowych u kobiet
28	Zawał serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) u kobiet. Polskie kobiety na tle innych populacji kobiet
Inne	
29	Nieswoiste zakażenia bakteryjne pochwy – czy wszystko już wiemy?
30	Zastosowanie metody enzymoimmunologicznej do oznaczania kotyniny w moczu
31	Rozwój medycyny a rola starszej kobiety we współczesnym społeczeństwie
32	4-th International Symposium Women's Health and Menopause – new strategies. Waszyngton, 19-23 maja 2001
33	Densytometria ultrasonograficzna w rozpoznawaniu osteoporozy u kobiet w wieku pomenopauzalnym. Doniesienie wstępne
34	Non-toxic diffuse goiter in endemic moderate iodine deficiency – correlation between goiter size, urinary iodine content, and serum levels of TSH, FT3, FT4. Tytuł polski: Wole endemiczne w obszarze umiarkowanego niedoboru jodu i korelacja między wielkością wola, zawartością jodu w moczu oraz stężeniem TSH i wolnych hormonów tarczycy we krwi
35	Podstawy urologii ginekologicznej
36	Polskie tablice dzietności kobiet 1971 – 1992
37	Współczesne metody wykrywania, rozpoznawania i leczenia raka sutka u kobiet
38	Spożywanie alkoholu przez kobiety a poziomy hormonów płciowych
Lp.	Prace dotyczące behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia kobiet (Tytuły)
Prace dotyczące kobiet w ciąży	
1	Wpływ poczucia intymności na reprezentację dziecka u kobiet w ciąży
2	Czekając na dziecko
3	Stan cywilny a nasilenie objawów depresji okołoporodowej wśród kobiet ciężarnych
4	Ocena jakości życia kobiet hospitalizowanych w ciąży z wykorzystaniem Mother-Generated Index – badania pilotażowe
5	Akceptacja sytuacji związanej ze stanem zdrowia przez pacjentki oddziału patologii ciąży i położniczego
6	Dostępność informacji dotyczących stylu życia w okresie ciąży w opinii kobiet ciężarnych
7	Suplementacja witaminowa u dzieci i dorosłych
8	Prophylaxis of vitamin D deficiency – Polish recommendations 2009. Tytuł polski: Profilaktyka dotycząca niedoborów witaminy D – polskie zalecenia 2009
9	Żywienie kobiety podczas ciąży
10	Schematy suplementacji diety kwasem foliowym u kobiet w wieku reprodukcyjnym
11	Żywienie kobiet w ciąży
12	Zasady prawidłowego żywienia kobiet w okresie ciąży i laktacji
13	Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące spożycia wody pitnej przez kobiety w okresie rozrodczym, ciężarne oraz karmiące piersią

14	Spoleczno-ekonomiczne uwarunkowania palenia tytoniu w czasie ciąży a urodzeniowa masa ciała noworodków
15	Wpływ narażenia na dym tytoniowy w okresie prekonceptyjnym i w życiu płodowym na ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych u dzieci – przegląd badań epidemiologicznych
16	[Komentarz do artykułu pt. Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. Aktualne (2006r.) stanowisko Royal College of Obstetricians and Gynaecologists]
17	Zagadnienia związane z ciążą i porodem głuchoniemych
18	Seksualność kobiet w ciąży, w okresie poporodowym i karmienia piersią
19	Poczucie sensu życia u kobiet w ciąży wysokiego ryzyka
20	Dziewięć miesięcy próby – jak dbać o ciało w czasie ciąży
21	Zachorowalność kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu : ocena przydatności w monitorowaniu jakości opieki położniczej: praca doktorska
22	Wybrane aspekty prawne dotyczące kobiet ciężarnych w Polsce
23	Przemoc wobec kobiet ciężarnych – przegląd literatury
24	Przemoc wobec kobiet w ciąży
25	Optymalizacja psychospołecznych warunków pracy dla kobiet w ciąży: monitorowanie i ocena
26	Opieka lekarza nad pracującą zawodowo kobietą w ciąży: ograniczenie niekorzystnego wpływu pracy na przebieg i wynik ciąży
27	Zaburzenia rozrodu u kobiet i środowisko pracy
Dieta	
28	Poziom spożycia składników podstawowych w grupie kobiet stosujących tradycyjny i optymalny model żywienia
29	Wpływ czynników demograficznych na spożycie przetworów mlecznych wśród młodych kobiet studiujących i pracujących
30	Badanie wielkości spożycia folianów w grupie kobiet w wieku prokreacyjnym
31	Ocena sposobu żywienia słuchaczek Medycznego Studium Zawodowego nr 6 w Krakowie
32	Poziom wiedzy na temat roli mleka i produktów mlecznych wśród dziewcząt i młodych kobiet, po rocznej działalności programu oświatowego
33	Wybrane aspekty odżywiania i stylu życia otyłych kobiet
Psychologiczne	
34	Wpływ regularnych ćwiczeń aerobiku na stany emocjonalne kobiet
35	Stopień nasilenia ekstrawersji u kobiet z nadwagą i otyłością a ich postawy względem żywienia
36	Wpływ wykształcenia na nasilenie depresji i lęku u kobiet uzależnionych od alkoholu: praca doktorska
37	Psychologia kobiety
38	Some aspects of sexual identity of girls suffering from anorexia nervosa
39	Zdrowie psychiczne kobiet przed i po zmianach roku 1989
40	Depresja u kobiet: zaburzenia nastroju związane z cyklem rozrodczym
41	Psychologiczne problemy żon alkoholików; [dotyczy:] * Małżeństwo na łodzie
42	Kobiety alkoholiczki w poradni odwykowej i klubie abstynenta. Związki między wybranymi zmiennymi psychologicznymi i socjomedycznymi
43	Leczenie kobiet chorych na alkoholizm
44	Program terapeutyczny w oddziałach psychiatrycznych dla kobiet uzależnionych
45	Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia

Seksualność	
46	Wyniki badania wybranych cech seksualności kobiet w związku małżeńskim
47	Seksualność kobiety: mity, rzeczywistość, możliwości
48	Seksualność lesbijek w okresie menopauzalnym
49	Zaburzenia seksualne u kobiet z cukrzycą typu 1
50	Alkohol a zachowania seksualne kobiet: oczekiwania i zagrożenia
51	Ona o esencji kobiecości; Eros i Psyche
Zdrowie zawodowe	
52	Stres w pracy a choroby układu krążenia u kobiet
53	Obciążenie fizyczne rolniczek w świetle ergonomii
54	Obciążenia psychofizyczne w pracy zawodowej kobiet
55	Wpływ zdolności, cech temperamentu i obciążeń związanych z obowiązkami domowymi na pracę zawodową kobiet – dyżurnych ruchu
Inne	
56	Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki
57	Ocena wpływu wybranych parametrów socjodemograficznych i klinicznych na objawy depresji u kobiet poddanych inwazyjnej diagnostyce choroby wieńcowej
58	Co badane kobiety wiedzą na temat okresu przekwitania
59	Życie po opuszczeniu zakładu karnego: readaptacja społeczna kobiet uzależnionych od narkotyków w Polsce
60	Ocena występowania lęku społecznego u ofiar przemocy domowej
61	[Komentarz do artykułu pt. Przemoc domowa. Jak rozpoznać dorosłe ofiary przemocy i jak im pomóc]
62	Charakterystyczne cechy agresji nieletnich dziewcząt popełniających przestępstwa
63	Zaburzenia snu u kobiet
64	Ochrona związana z rodzicielstwem w świetle prawa polskiego
65	Kobieta niepełnosprawna: socjopedagogiczne problemy postaw
66	Women and HIV in Poland – revisited ten years on
67	HIV/AIDS – specyfika zakażeń wśród kobiet
68	Tytoń, kobieta i ...
69	How the age at menopause is related to cigarette smoking in Polish women?

Lp.	Prace dotyczące somatycznej/biologicznej (genetycznej, fizjologicznej) sfery zdrowia mężczyzn (Tytuły)
Szczepienia przeciw HPV	
1	Szczepienia przeciw genitalnym typom wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) w profilaktyce raka szyjki macicy i innych nowotworów
2	Szczepionka przeciwko HPV typ 6, 11, 16, 18
3	Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciwko zakażeniom HPV
Osteoporoza	
4	Czy stężenia dehydroepiandrosteronu oraz jego siarczanu w surowicy są dobrymi wskaźnikami zagrożenia wystąpienia zespołu metabolicznego i osteoporozy u starzejących się mężczyzn?
5	Osteoporoza - problem nie tylko kobiet
6	Osteoporoza u mężczyzn
7	Osteoporoza u mężczyzn
8	[Komentarz do artykułu pt. Osteoporoza u mężczyzn: czy potrafimy ją rozpoznawać i leczyć]
9	Osteoporoza u mężczyzn - aktualne poglądy
10	Osteoporoza a hipogonadyzm męski
11	Osteoporoza u mężczyzn - niedoceniany problem kliniczny
12	Osteoporoza u mężczyzn - odmienności etiopatogenetyczne, rozpoznawanie i leczenie
13	Osteoporoza u mężczyzn
Choroby układu krążenia	
14	Analiza korelacji pomiędzy wskaźnikiem uwapnienia tętnic wieńcowych a wybranymi czynnikami ryzyka miażdżycy u mężczyzn
15	Czy istnieją przesłanki, by stosować testosteron u mężczyzn z przewlekłą niewydolnością serca?
16	Zaburzenia gospodarki lipidowej i węglowodanowej u mężczyzn z chorobą wieńcową w zależności od wieku
17	Wpływ doustnego podawania dehydroepiandrosteronu na wydolność wieńcową u mężczyzn z chorobą niedokrwinną serca: badania z zastosowaniem ślepej próby, kontrolowane placebo
18	Wysokie stężenie immunoglobuliny E w surowicy markerem pomyślnego przebiegu zawału mięśnia sercowego u mężczyzn?
19	Nadmierna waga ciała i współistniejące zmiany stężenia hormonów pochodzenia nadnerczowego i gonadalnego związane z chorobą wieńcową u mężczyzn
20	Estrogeny w patogenezie choroby wieńcowej u mężczyzn
21	Testosteron a choroba wieńcowa u mężczyzn
22	Ciśnienie tętnicze u młodych mężczyzn obarczonych rodzinnym występowaniem pierwotnego nadciśnienia tętniczego - pomiary tradycyjne i automatyczne pomiary całodobowe
23	Wyśiłek izometryczny i test oziębienia u młodych mężczyzn z obciążającym wywiadem rodzinnym w kierunku pierwotnego nadciśnienia tętniczego
24	Zmienność rytmu serca w populacji generalnej mężczyzn : charakterystyka, determinanty oraz wartość prognostyczna: rozprawa habilitacyjna
25	Zawał serca - zagrożenie i postępowanie. Długofalowa obserwacja populacji 280000 kobiet i mężczyzn - Projekt POL-MONICA Kraków
Andropauza i starzenie się mężczyzn	

26	Występowanie objawów uznawanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45-55 lat
27	Andropauza
28	Andropauza. Andropause is it reality?
29	Andropauza czy starzenie się męskiego układu płciowego
30	Andropauza problem kliniczny i terapeutyczny
31	Menopauza i andropauza jako ważny problem zdrowia publicznego
32	Menopauza i andropauza jako problem zdrowia publicznego
33	Gruzoł tarczowy a proces starzenia się mężczyzn
34	Zmienność cech antropologicznych w procesie starzenia się mężczyzn
35	[Komentarz do artykułu pt. Testosteronowa terapia zastępcza. Jakie znaczenie może mieć dla mężczyzn w podeszłym wieku?]
36	Otłuszczenie ogólne i dystrybucja tkanki tłuszczowej u mężczyzn w starszym wieku
Inne choroby i zaburzenia	
37	Model funkcji przenoszenia wad postawy wieku rozwojowego na częstość występowania schorzeń ortopedycznych u mężczyzn
38	Zmiany z wiekiem wybranych cech metrycznych kręgów lędźwiowych na przykładzie męskiej ludności wczesnośredniowiecznego Gruzna (XII-XIV wiek)
39	Najczęściej występujące wady postawy u chłopców w wieku 13-16 lat badanych komputerową metodą Moir
40	Zmiany w poziomie gibkości kręgosłupa u osób realizujących ćwiczenia siłowe
41	Łysienie androgeniczne u mężczyzn
42	Łysienie typu męskiego
43	Wpływ chorób zakaźnych na nadumieralność mężczyzn
44	Zmiany w genie BRCA2 w raku piersi u mężczyzn
45	Umieralność z powodu nowotworów złośliwych wśród mężczyzn zawodowo narażonych na pył azbestu
46	Zachorowalność na raka krtani na Górnym Śląsku
47	Włókniaki młodzieńcze w materiale Kliniki Otolaryngologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1977-1993
48	Analiza umieralności na raka krtani u mężczyzn na Górnym Śląsku
49	Umieralność mężczyzn z zawodowym zatruciem ołowiem w Polsce
50	Genetycznie uwarunkowane rodzinne przedwczesne dojrzewanie płciowe męskie
51	Stężenie progesteronu w surowicy mężczyzn długotrwale leczonych z powodu padaczki
52	Stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostowego-I (IGF-I), insuliny oraz hormonu wzrostu (GH) we krwi obwodowej mężczyzn w przebiegu marskości i przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby
53	Wpływ zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego na czynność układu oddechowego u młodych mężczyzn w różnych rejonach Polski
54	Chirurgiczne leczenie obojnactwa rzekomego męskiego
55	Struktura i czynność lewej komory serca u mężczyzn chorych na cukrzycę insulinozależną (typu 1) po około 10 latach obserwacji
56	Wpływ sposobu pobierania materiału do badań w kierunku Chlamydia trachomatis na wyniki odczynu immunofluorescencji bezpośredniej
57	Narastanie częstości uczuleń na pospolite alergen wziewne i pokarmowe u młodych mężczyzn w Polsce

58	Okołodobowe zmiany średniego ciśnienia tętniczego u mężczyzn po dziennej i nocnej pracy zmianowej
59	Analiza udziału rtęci w składzie mineralnym kamieni żółciowych osób palących i niepalących tytoń
60	Czynniki wpływające na wzrost ostateczny chłopców z konstytucjonalnym opóźnieniem wzrastania i dojrzewania
61	Leczenie hipogonadyzmu męskiego
62	Search for association between suicide and 5-HTT, MAOA and DAT polymorphism in Polish males
63	Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu zespołu niedoboru testosteronu
64	Znaczenie receptorów estrogenowych i enzymu aromatazy w spermatogenezie, różnicowaniu płciowym mózgu i rozwoju kośćca u mężczyzn
Inne	
65	Nowe poglądy na temat roli steroidów płciowych u mężczyzn
66	Znaczenie „żeńskiego” hormonu płciowego estradiolu u mężczyzn
67	Cytogenetyka męskiej gametogenezy
68	Rozwój cewki moczowej męskiej u zarodków i wczesnych płodów ludzkich (7-12 tydzień)
69	Ważne funkcje estrogenów u mężczyzn - przełom we współczesnej medycynie
70	Estrogeny w diecie a zdrowie osób płci męskiej
71	Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje i zachowania seksualne
72	Relationships between the G861C polymorphism of the 5-HT1B serotonin receptor gene and the physical activity in men
73	Zawartość składników mineralnych w diecie mężczyzn zamieszkujących Białystok
74	Ocena zawartości makroskładników w diecie mężczyzn w wieku średnim oraz stopnia realizacji ich potrzeb energetycznych
75	Występowanie polimorfizmu sekwencji trójnukleotydowej CAG genu receptora androgenowego w populacji wielkomejskiej polskich mężczyzn
Lp.	Prace dotyczące behawioralnej, psychologicznej i społecznej sfery zdrowia mężczyzn (Tytuły)
Aktywność fizyczna	
1	Co motywuje młodych mężczyzn do korzystania z siłowni?
2	Aktywność fizyczna mężczyzn w średnim wieku w dużych aglomeracjach miejskich. Analiza motywacji
3	The level of health-related fitness in the male population of Upper Silesia
Dieta	
4	Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn
5	W stronę „gender medicine” - suplementacja selenem dla mężczyzn
6	Jakościowa charakterystyka sposobu żywienia mężczyzn z NCHS z uwzględnieniem wieku i pory roku
7	Zwyczajowa częstość spożycia wybranych grup produktów przez mężczyzn przed i po zdiagnozowaniu niedokrwiennej choroby serca
8	Żywnościowe oraz środowiskowe uwarunkowania stanu zdrowia mężczyzn w regionie północno-wschodniej Polski
9	Zmiany sposobu żywienia a stan zdrowia mężczyzn w regionie białostockim
10	Ocena sposobu żywienia studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1991-1993
Styl życia i czynniki społeczne	

11	Styl życia mężczyzn zajmujących stanowiska kierownicze w porównaniu z pracownikami szeregowymi
12	Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące subiektywne poczucie zdrowia wśród starzejących się mężczyzn
13	Status społeczno-ekonomiczny oraz styl życia jako czynniki różnicujące proces starzenia się mężczyzn: praca doktorska
14	Podstawowe zasady profilaktyki wybranych chorób i zdrowego stylu życia dla mężczyzn
15	Udział w rehabilitacji kardiologicznej a wybrane zachowania zdrowotne mężczyzn po zawale mięśnia sercowego
16	Styl życia przyczyną nadumieralności mężczyzn
17	Stan cywilny jako czynnik różnicujący kondycję biologiczną mężczyzn
18	Zróżnicowanie społeczne spożycia alkoholu wśród mężczyzn w wieku 40-50 lat
19	Analiza sytuacji życiowej mężczyzn po przejściu na wcześniejszą emeryturę w 1985 roku i obecnie
20	Rozpowszechnienie nałogu palenia papierosów i spożywania napojów alkoholowych wśród mężczyzn zawodowo czynnych
21	Społeczne uwarunkowania nadumieralności mężczyzn w Polsce
Starzenie się	
22	Zespół objawów starzenia się mężczyzny a poczucie jakości życia
23	Psychologiczne problemy starzejącego się mężczyzny
Psychologiczne	
24	Czy naprawdę lepiej urodzić się mężczyzną?: problemy wieku średniego z perspektywy gabinetu psychoterapeuty
25	Uwarunkowania nasilenia lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym u aktywnych zawodowo mężczyzn poddawanych pomostowaniu wieńcowemu w krążeniu pozaustrojowym
26	Zaburzenia psychiczne u mężczyzn: wybrane zagadnienia
27	Jadłowstręt psychiczny u chłopców i mężczyzn - niedostrzegalny problem kliniczny
28	Jadłowstręt psychiczny u chłopców i mężczyzn
29	Dysmorfia mięśniowa - wariant dysmorfofobii? Badania nad zaburzeniami obrazu ciała u mężczyzn
30	Stan psychiczny i obraz własnego ciała mężczyzn uprawiających intensywny trening siłowy
31	Zaburzenia odżywiania wśród młodych mężczyzn
32	Jadłowstręt psychiczny u młodego mężczyzny - opis przypadku
33	[Komentarz do artykułu pt. Metody leczenia estetycznego u mężczyzn: aspekty psychologiczne u pacjentów kosmetycznych płci męskiej]
34	Analiza typologiczna mężczyzn uzależnionych od alkoholu: rozprawa habilitacyjna
35	Poziom empatii u mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii
36	Męskość-kobiecość jako system introjektów w świetle materiału klinicznego
Seksualność	
37	Seksualność mężczyzn w okresie wczesnej dorosłości
38	Ocena występowania niektórych form aktywności seksualnej wśród młodzieży męskiej (masturbacja, petting)
39	Problemy seksualne starszych mężczyzn
40	Aktywność seksualna młodych mężczyzn a zagrożenie AIDS
Inne	

41	Postrzeżenie ciała i zdrowia współczesnych młodych mężczyzn w przekazach medialnych
42	Kulturowy wzorzec „męskości” a agresywność społeczna w rywalizacji sportowej
43	Akceptacja ciągłej terapii hormonalnej wśród mężczyzn
44	Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia

13.6. Piśmiennictwo

1. WHO. Gender, women and health. <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>, (2013.05.14).
2. Ostrowska A. Kobiety i mężczyźni. Jak styl i warunki życia różnicują zdrowie. *Rocz Lubus* 2006, 32 (2).
3. Cocerham WC. Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. Routledge, New York 1999.
4. Kirschner H. Charakterystyka przemian zdrowotnych w Polsce w ostatnim półwieczu. [w:] Aktualne problemy zdrowotne. Zagrożenia i Szanse. Kirschner H, Kopeczyński J (red). IGNIS Warszawa 1997: 15-50.
5. Davidson KW, Trudeau KJ, van Roosmalen E i wsp. Gender as Health Determinant and Implications for Health Education. *Health Educ Behav* 2006, 33 (6): 731–743.
6. Fact Sheet MEDLINE®. <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/MEDLINE.html>, (2012.05.29).
7. Główna Biblioteka Lekarska. <http://www.gbl.waw.pl/>, (2012.05.29).
8. Fact Sheet Medical Subject Headings (*MeSH*®). <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/mesh.html>, (2012.06.18).
9. Główna Biblioteka Lekarska. Dział Bibliografii Medycznej. Tez-*MeSH* - Polska wersja Tezaurusu Medical Subject Headings (wg *MeSH* 2012). <http://gbl.home.pl/cgi-bin/gblbase.pl/tez12>, (2012.06.18).
10. Clarke A, Gatineau M, Grimaud O i wsp. A bibliometric overview of public health research in Europe. *Eur J Public Health* 2007, 17 (Suppl 1): 43–9.
11. McCarthy M, Clarke A. European public health research literatures – measuring Progress. *Eur J Public Health* 2007, 17(Suppl 1): 1–4.
12. Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E i wsp. Is there the gap in public health literature in Europe? *Ann Agric Environ Med* 2013, 20 (3): 566–571.
13. Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001, 323:1061-3.
14. Hammarström A. Medicine has much to learn from gender studies. *Lakartidningen* 2001, 14, 98 (11): 1222-7.
15. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *Int J Epidemiol* 2003, 32 (4): 652-657.
16. Östlin P, Eckermann E, Udaya Shankar Mishra i wsp. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promot Int* 2006, 21 (suppl 1): 25-35.
17. WHO. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Facilitators’ guide. World Health Organization, Geneva 2011.
18. WHO. Human rights and gender equality in health sector strategies: How to assess policy coherence. WHO; OHCHR; SIDA, Geneva 2011.

14. WIDOCZNOŚĆ POLSKI W EUROPEJSKIM PIŚMIENICTWIE Z DZIEDZINY ZDROWIA PUBLICZNEGO

*Dorota Cianciara^{1,2}, Barbara Niedźwiedzka³, Michał Witkowski³
Maria Piotrowicz², Małgorzata Gajewska², Ewa Urban²,
Anna Poznańska⁴, Katarzyna Lewtak²*

¹ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
² Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
³ Zakład Informacji Naukowej,
Instytut Zdrowia Publicznego, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński
⁴ Zakład-Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

14.1. Najważniejsze fakty

- Widoczność piśmiennictwa i(lub) badań z dziedziny zdrowia jest różnie interpretowana i zależy od bardzo wielu czynników. Pomiar widoczności publikacji z dziedziny zdrowia publicznego za pomocą metod bibliometrycznych ma wiele ograniczeń.
- Analiza zawartości bazy *MEDLINE*, zgodnie z przyjętymi założeniami i kryteriami wyszukiwania, wskazuje, że w piśmiennictwie europejskim najbardziej liczne, a więc najbardziej widoczne są publikacje związane tematycznie z polityką zdrowotną. Co czwarta praca miała związek z tym tematem.
- W kategoriach bezwzględnych (tj. liczby publikacji), w europejskich pracach z dziedziny zdrowia publicznego nieco ponad połowę stanowiły te, które były związane z Wlk. Brytanią. Jednocześnie kraj ten ma w bazie *MEDLINE* najbogatszą reprezentację własnych czasopism. Brytyjczycy są zatem najbardziej widoczni i wywierają znaczący wpływ na europejski oraz światowy dyskurs o zdrowiu publicznym.
- W kategoriach liczbowych, do pierwszej piątki najbardziej widocznych publikacji należały również te, które miały związek z Niemcami (co ósma praca), Szwecją (co trzynasta) oraz Holandią albo Polską (co piętnasta).
- Tematyka publikacji powiązanych z poszczególnymi państwami miała pewną specyfikę. Prace związane z Wielką Brytanią, Holandią, Szwecją i Norwegią dotyczyły przede wszystkim polityki zdrowotnej. Publikacje o tych czterech krajach stanowiły niemal 85% wszystkich prac na temat polityki zdrowotnej.
- W kategoriach bezwzględnych publikacje związane z Polską były dość widoczne i stanowiły 6,3% wszystkich publikacji. Prace te dotyczyły przede wszystkim promocji zdrowia (7,9% publikacji na ten temat, 24,2% prac związanych z Polską) oraz edukacji zdrowotnej (13,6% publikacji na ten temat, 21,8% prac związanych z Polską). Publikacje na temat polityki zdro-

wotnej stanowiły zaledwie 1,5% wszystkich prac na ten temat i 5,7% prac związanych z Polską.

- W dekadzie 2001-2010 nie zaobserwowano stałej tendencji wzrostu liczby publikacji w odniesieniu do 13 analizowanych krajów europejskich. Sytuacja taka nie sprzyja rozwojowi zdrowia publicznego w Europie.
- Widoczność wyrażona w kategoriach względnych tj. poprzez stosunek liczby publikacji indeksowanych pod hasłem „zdrowie publiczne” do wielkości populacji kraju, dochodu narodowego brutto oraz wydatków na zdrowie wniosła odmienny obraz. Jakkolwiek w większości przypadków przodowały prace powiązane z Wielką Brytanią, to znacząco rosła widoczność publikacji związanych z innymi krajami, np. skandynawskimi. Publikacje związane z Polską w przeliczeniu na mieszkańców zajmowały miejsce 10/13, na dochód narodowy – 8/13, na wydatki na zdrowie – 6/13, a więc zajmowały pozycję niższą, niż ta, którą wskazywały liczby bezwzględne.
- W skali europejskiej większy dochód narodowy i całkowite wydatki na zdrowie były silnie dodatnio skorelowane z liczbą artykułów indeksowanych przy pomocy hasła „zdrowie publiczne”.
- W skali europejskiej większa liczba artykułów na temat zdrowia publicznego w danym kraju wykazuje istotny związek z mniejszym obciążeniem chorobami w tym kraju (DALY).
- Oszacowanie rzeczywistej produkcji piśmiennictwa z dziedziny zdrowia publicznego w powiązaniu z poszczególnymi krajami wymagałoby przeprowadzenia pełniejszej analizy bibliometrycznej oraz analizy piśmiennictwa naukowego na poziomie krajowym.

14.2. Wstęp

W skali świata coraz silniejszy akcent kładzie się na wykorzystanie wiedzy/badań/dowodów do tworzenia polityki zdrowotnej, strategii, planów i programów. Żądania, aby działania praktyczne powiązać z wynikami badań, formułowane są w różnych obszarach systemu zdrowotnego, w tym również w zdrowiu publicznym, także w Europie [1].

Dążenie do wykorzystania twardych danych przyczynia się, przynajmniej teoretycznie, do wzrostu popytu na badania i piśmiennictwo naukowe. Towarzyszy temu pytanie o podaż badań, ich ilość i jakość oraz dostępność piśmiennictwa naukowego, a także widoczność publikacji i czasopism. Ten ostatni czynnik bywa interpretowany poprzez: (a) indeksację w bazie lub bazach bibliograficznych albo obecność w pakiecie subskrypcji, (b) homogenność zwyczajowych czytelników pisma, (c) profil audytorium zgodny z cechami pożądanymi przez badacza [2]. Równolegle, zwłaszcza wśród decydentów, rośnie chęć oceny realnej kondycji nauki, badań, ich ilości, jakości, produktywności piśmienniczej, popularności, itd. W obu obszarach zainteresowań sięga się do metod bibliometrycznych.

Matematyczną i statystyczną analizę piśmiennictwa naukowego zapoczątkowano w pierwszej połowie XX w., ale zainteresowanie tym nurtem dociekań, nazywanym wówczas „bibliografią statystyczną”, było niewielkie. Termin „bibliometria” wprowadzono w 1969r. Uważa się, że ranga analizy piśmiennictwa zaczęła rosnąć od 1963r., kiedy *Institute for Scientific Information (ISI)* stworzył bazę *Science Citation Index*. W bibliometrii stosuje się wiele mierników, wszystkie mają

charakter ilościowy i liczne ograniczenia. Do najczęściej wykorzystywanych należą: liczba publikacji, liczba cytowań oraz liczba autorów [3,4].

Stosowane w bibliometrii mierniki można podzielić na trzy grupy: odnoszące się do aspektów ilościowych, jakościowych i strukturalnych piśmiennictwa [5]. Te, które odnoszą się do aspektów ilościowych mierzą liczbę pozycji piśmiennictwa, ich produkcję (*output*). W założeniu odwzorowuje to także liczbę prowadzonych badań. Mierniki, które opisują aspekty jakościowe (np. liczba cytowań) próbują określić siłę oddziaływania, wpływ publikacji (*impact*), a więc domniemaną rangę badań. Aspekt strukturalny zaś (np. liczba autorów) opisuje relacje między publikacjami, badaczami i obszarami badawczymi.

Biorąc pod uwagę rozliczne okoliczności mające wpływ na produkcję badań i piśmiennictwa w poszczególnych dziedzinach oraz dyscyplinach badawczych, mierniki bibliometryczne nie powinny być używane do porównania pojedynczych badaczy, grup badaczy i czasopism reprezentujących różne obszary badawcze [5,6].

Ilościowa ocena piśmiennictwa z dziedziny zdrowia publicznego przysparza bardzo wielu problemów. Niezależnie od tego, czy miałyby służyć do zobrazowania oferty składanej praktyce, czy oceny kondycji naukowej tej dziedziny. Dokonanie pełnego pomiaru wymagałoby prześledzenia wielu subdyscyplin badawczych, takich jak na przykład badania epidemiologiczne, badania polityk i systemów zdrowotnych, badania na temat zdrowia środowiskowego, itd. Istotny jest też wybór bazy (baz) bibliograficznej, w której dokonuje się analizy. W zależności od tego, jaki jest jej zakres tematyczny, zasięg geograficzny i jak wiele indeksuje się w niej czasopism, wyniki mogą być odmienne. Kolejną trudność stanowi różnorodność terminologii stosowanych do indeksowania publikacji w bazach oraz stosowanie przez nie własnych, wewnętrznych podziałów i hierarchii tematycznych. Przy wszystkich jednak ograniczeniach, i pod warunkiem wskazania szczegółowo kryteriów i warunków wyszukiwania, możliwe jest szacowanie liczby artykułów w piśmiennictwie fachowym. Przykładem takich analiz są przeglądy: liczby europejskich badań w dziedzinie zdrowia publicznego [7], liczby szwedzkich publikacji na temat zdrowia publicznego [8], liczby publikacji i projektów badawczych w Danii [9], liczby europejskich badań z dziedziny zdrowia środowiskowego [10], liczby światowych publikacji w dziedzinie medycyny zapobiegawczej, medycyny środowiskowej i pracy, epidemiologii oraz zdrowia publicznego [11], liczby badań epidemiologicznych i z obszaru zdrowia publicznego powstałych w Afryce [12] i w regionie *WHO/AFRO* [13], oraz wywodzących się z Afryki badań na temat szczepienia dzieci [14], a także typów badań (od opisowych do translacyjnych) związanych z aktywnością fizyczną [15]. Przykładem badania o charakterze jakościowym jest analiza cytowań prac zamieszczonych w *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [16]. Mierniki bibliometryczne są też wykorzystywane do oceny tzw. widoczności (*visibility*) czasopism, publikacji lub kraju (regionu) na międzynarodowym forum wymiany myśli naukowej w dziedzinie zdrowia [17].

Celem tego opracowania jest próba odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim stopniu Polska jest widoczna na międzynarodowym forum wymiany informacji przydatnych do praktyki w dziedzinie zdrowia publicznego. Opracowanie to nie służy celom naukometrii.

14.3. Konteksty widoczności piśmiennictwa i(lub) badań

Aktualnie w dyskursie międzynarodowym pojęcie „widoczność” publikacji i(lub) badania pojawia się w kilku różnych kontekstach. Pierwszy dotyczy widoczności w znaczeniu bardzo ogólnym, potocznym, odnoszącym się do ujawnienia, spopularyzowania wyników badań. W takim kontekście wypowiada się np. *Independent Expert Group on the Future of European Public Health Research*, która wnioskuje m.in. o to, aby *DG RTD* prowadziła regularne briefingi dla instytucji UE oraz ministrów zdrowia, nauki i finansów krajów członkowskich w celu uwidocznienia wyników badań w dziedzinie zdrowia publicznego [18]. W 2004r. Światowa Organizacja Zdrowia nawoływała o większą globalną widoczność badań systemów zdrowotnych [19].

Drugi kontekst, który wydaje się najbardziej popularny, dotyczy uwidocznienia własnych badań i zwiększenia siły ich oddziaływania (*impact*). W tym nurcie istnieje wiele różnorodnych poradników i wskazówek adresowanych do badaczy. Przykładem może być podręcznik dla młodych badaczy z obszaru biomedycyny wydany przez *Howard Hughes Medical Institute*, który to instytut zatrudnia 17 noblistów, a sześciu kolejnych zdobyło tam szlify naukowe [20].

Pomocą w uwidocznieniu własnych badań w dziedzinie zdrowia publicznego była letnia szkoła pod nazwą „*Publishing in Public Health*”, prowadzona w 2011r. przez *Berlin School of Public Health* [21]. Szkoła ta była częścią projektu „*Visibility of Public Teaching and Research in South-East European Countries*” realizowanego przez *Deutscher Akademischer Austausch Dienst (DAAD, German Academic Exchange Service)* z grantu *Federal Foreign Office*. Sluchaczami szkoły mogli zostać magistry zdrowia publicznego oraz doktoranci w dziedzinie zdrowia publicznego i dziedzin pokrewnych (medycyna, nauki społeczne) z Serbii, Czarnogóry, Bośni i Hercegowiny, Albanii, Republiki Macedonii, Kosowa (zgodnie z rezolucją *UNSCR 1244*), Węgier, Bułgarii, Rumunii, Słowenii, Chorwacji oraz Republiki Mołdawii.

Innym przykładem jest niemal trzystustronicowe opracowanie wywodzące się z *London School of Economics* [22], adresowane do badaczy w dziedzinie nauk społecznych, w którym zawarto porady zwiększania widoczności i wpływu wewnętrznego (w świecie naukowym) oraz zewnętrznego (w świecie pozaakademickim). Kolejnym – siedem wskazówek dla badaczy z dziedziny inżynierii komputerowej [23]. Należą tu: (a) wczesne opracowanie raportu technicznego, (b) proszenie kolegów o komentarz, zanim powstanie raport ostateczny, (c) zamieszczenie opublikowanego artykułu na swojej stronie internetowej, (d) zamieszczenie własnych slajdów z wykładów i konferencji na swojej stronie internetowej (e) stworzenie strony projektu badawczego, (f) wyjście do szerszego audytorium, np. poprzez występ w mediach, napisanie artykułu do prasy, (g) utrzymywanie kontaktów *on-line* z innymi badaczami, np. poprzez maile, podawanie linków, założenie bloga, zainicjowanie dyskusji na jakiś temat.

Trzeci kontekst, to swoisty apel o uwidocznienie czasopism na forum międzynarodowym, a także opis starań o podniesienie prestiżu pism. Ten aspekt pojawia się w odniesieniu do tzw. małych czasopism (*small journals*) i krajów peryferyjnych (*periphery countries*), mniej rozwiniętych [24]. Przykładem są artykuły na temat polityki wydawniczej *Croatian Journal of Medicine* [25-29] albo propozycje umiędzynarodowienia czasopism z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego z rejonu Azji Pacyficznej [30] czy wenezuelskie poszukiwania rozwiązań dotyczących poprawy statusu około 60 zarejestrowanych tam czasopism biomedycznych [31].

Czwarty wątek, to próba oceny widoczności publikacji za pomocą analizy bibliometrycznej.

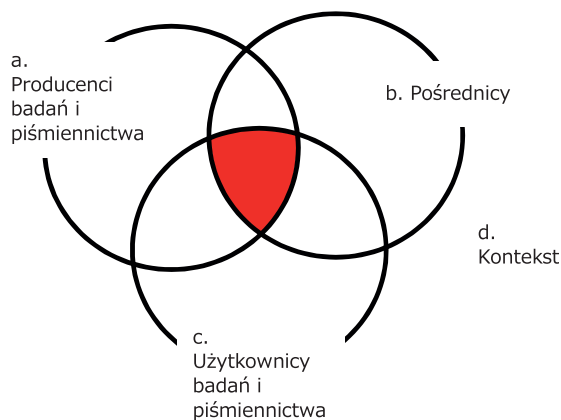
W tym nurcie obserwuje się bardzo różne rozumienie widoczności. Może być ona na przykład zoperacjonalizowana jako obecność czasopism i publikacji z danego kraju w bazach bibliograficznych [32] albo jako liczba publikacji wraz z liczbą cytowań [33].

W piśmiennictwie z dziedziny zdrowia przyjęto już następujące wykładnie widoczności: bezwzględna liczba publikacji wraz z rangą czasopisma mierzona za pomocą *IF* i liczbą cytowań [34], liczba cytowań [35,36], liczba artykułów na temat danego kraju, kontynentu oraz literatury ogólnej, która mieści się w głównym nurcie dyskursu (*mainstream*) [37] oraz rodzaj pozycji piśmienniczej (np. monografia, artykuł) [38].

14.4. Schemat koncepcyjny widoczności publikacji z dziedziny zdrowia publicznego

Jak widać z powyższego przeglądu, widoczność jest różnie interpretowana i mierzona. W kontekście zdrowia publicznego, a więc nie tylko nauki, ale także praktyki poprawy sytuacji zdrowotnej oraz jakości życia zbiorowości, szczególnego znaczenia nabiera widoczność rozumiana jako fizyczne istnienie publikacji oraz jej łatwa dostępność, zakładająca możliwość wykorzystania przez badaczy i praktyków. Tak rozumiana widoczność jest pochodną czterech powiązanych ze sobą grup czynników (ryc. 14.1.). Są one związane z: (a) producentami badań i piśmiennictwa, (b) pośrednikami w wymianie informacji, (c) użytkownikami piśmiennictwa. Współdziałanie tych trzech grup wyznacza zakres widoczności publikacji i jest zależne od czynnika (d) – czyli otoczenia społeczno-politycznego i kulturowego. Schemat ten można nazwać opisowo-strukturalnym [39].

Wkład producentów jest zależny od liczby opublikowanych prac, a więc także znajomości metodologii badawczej, przestrzegania standardów etycznych, dostępu do piśmiennictwa krajowego i zagranicznego, możliwości wykonania badań (finanse, granty, infrastruktura, itp.), liczby prowadzonych badań i ich jakości (posiadanie dobrych danych), umiejętności sprzedania wyników (językowe, techniczne, zrozumienie zasad zgłaszania manuskryptów, umiejętność cytowania), współpracy badaczy (np. zespoły międzynarodowe), chęci i umiejętności wyrażania poglądów w formie listów, komentarzy do aktualnych publikacji.



Rycina 14.1. Widoczność publikacji z dziedziny zdrowia publicznego (opracowanie własne)

Pośrednicy wpływają na widoczność poprzez liczbę i charakterystykę prac opublikowanych. Ma to związek z profilem tematycznym czasopism naukowych, polityką redakcji i zainteresowaniem recenzentów (np. różnorodność form komunikacji, odsetek prac odrzuconych, otwartością na tematy mało popularne i niszowe), rodzajem dostępu do publikacji (pełne teksty vs streszczenia, dostęp płatny vs bezpłatny), częstością ukazywania się kolejnych zeszytów i czasem oczekiwania na opublikowanie oraz posiadanymi w redakcjach siłami i środkami. Kolejni pośrednicy kontrolują przepływ piśmiennictwa poprzez bazy bibliograficzne i repozytoria. W przypadku baz znaczenie mają liczba indeksowanych czasopism, ich specyfika tematyczna, zasięg geograficzny i system kodowania prac.

Użytkownicy kreują popyt na piśmiennictwo poprzez korzystanie z piśmiennictwa, zainteresowanie daną problematyką, motywację do wykorzystania aktualnego piśmiennictwa (np. usankcjonowane zasady wykorzystywania tzw. doradztwa nauki), a także umiejętności wyszukiwania odpowiednich pozycji, krytycznej analizy źródeł, uogólnienia i wnioskowania, a także językowe.

Kontekst wyznacza zaś potencjał społeczno-ekonomiczny kraju, czyli wielkość populacji, dochód, krajowe potrzeby zdrowotne, krajowy system zdrowotny (np. wydatki na zdrowie, realizacja populacyjnych programów profilaktycznych i promocji zdrowia), krajowy system badań w dziedzinie zdrowia, liczba czasopism naukowych z dziedziny zdrowia, mechanizmy finansowania nauki, system oceny pracowników i jednostek naukowych itd. Częścią kontekstu są też wpływy międzynarodowe wynikające ze współpracy między krajami, globalizacji zdrowia publicznego, przewagi języka angielskiego w głównym nurcie dyskursu profesjonalnego, a także kultu zasady *publish or perish*.

14.5. Operacjonalizacja widoczności publikacji z dziedziny zdrowia publicznego

Przyjęto, że widoczność będzie mierzona w kategoriach bezwzględnych, tj. liczby publikacji oraz w kategoriach względnych, tj. poprzez konfrontowanie liczby publikacji z wybranymi wskaźnikami kontekstu społeczno-ekonomicznego kraju. Założenia strategii wyszukiwania pozycji piśmiennictwa podano w zestawieniu 14.1.

Zestawienie 14.1. Założenia strategii wyszukiwania piśmiennictwa do oceny widoczności piśmiennictwa z dziedziny zdrowia publicznego

Zmienne widoczności	Założenia
Producenci	Wyszukiwanie obejmie publikacje, których tematyka odzwierciedla funkcje/ świadczenia/działania zdrowia publicznego
	Wyszukiwanie obejmie różne rodzaje publikacji (artykuły oryginalne, pogładowe, od redakcji, listy, komentarze itp.)
	Wyszukiwanie obejmie publikacje z okresu dziesięciu lat (2001-2010)
	Wyszukiwanie obejmie 13 spośród 35 krajów Europy z populacją przynajmniej 2 mln
Pośrednicy	Wyszukiwanie publikacji zostanie przeprowadzone w popularnej bazie bibliograficznej, tj. w <i>MEDLINE/PubMed</i>
	Wyszukiwanie powinno odbywać się przy pomocy słownika <i>MeSH</i>

Zmienne widoczności	Założenia
Użytkownicy	Zastosowane będą proste metody wyszukiwania, możliwe do wykorzystania przez osoby nieprzeszkolone, tj. bez użycia funkcji „explode”
	Wyszukiwanie będzie polegać na powiązaniu publikacji z krajem, którego dotyczy tematyka, a nie krajem, z którego pochodzą autorzy lub czasopismo

Wybór bazy *MEDLINE*, tworzonej przez Narodową Bibliotekę Medyczną w USA (*U.S. National Library of Medicine, NLM*), był podyktowany faktem, że jest to największa baza piśmiennictwa z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych. Publikacje indeksowane w *MEDLINE* pochodzą obecnie z ok. 5500 czasopism, które spełniają kryteria jakościowe ustalone wymogami *NLM* (patrz: http://www.nlm.nih.gov/bsd/num_titles.html). Udokumentowanie publikacji w *MEDLINE* można postrzegać jako uwidocznienie jej na forum międzynarodowym i udostępnienie szerokiemu audytorium. Baza *MEDLINE* jest w Polsce bazą popularną i często wykorzystywaną. Ponadto wiele z dotychczasowych analiz prowadzono właśnie w *MEDLINE*.

W wyniku porównania zawartości słownika *MeSH* oraz funkcji/świadczeń/działań zdrowia publicznego zdecydowano o użyciu 11 haseł kluczowych wg słownika *MeSH*, tj.:

- *public health*,
- hasła dotyczące strategii i metod działania (podejście horyzontalne): *health education, health planning, health policy, health promotion, health services, primary prevention, public policy*,
- hasła odpowiadające wybranym obszarom działania (podejście wertykalne): *environmental health, occupational health* oraz *preventive medicine*.

W drodze losowania bezpośredniego wybrano 13 następujących państw: *Czech Republic, Finland, Germany, Lithuania, Netherland, Norway, Poland, Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden, Ukraine, United Kingdom* (w tym przypadku przeprowadzono łączne wyszukiwanie przy pomocy haseł *MeSH: Great Britain, England, Scotland, Wales, Northern Ireland*). Wyszukano publikacje, które spełniały jednocześnie trzy kryteria: hasło tematyczne, nazwa kraju, lata od 2001 do 2010.

Analizę przeprowadzono na podstawie wyników przeszukiwań w bazie *MEDLINE* na platformie *Ovid* w maju i czerwcu 2011r. poprzez zasoby Głównej Biblioteki Lekarskiej. Platforma *Ovid* umożliwia dostęp do pełnych tekstów publikacji.

Widoczność bezwzględną oceniano poprzez: (a) liczbę publikacji i ich tematykę, (b) krajową specyfikę tematyki oraz (c) dynamikę publikowania. Zmienne (a) i (b) analizowano dla publikacji indeksowanych pod wszystkimi wytypowanymi hasłami. Zmienną (c) analizowano tylko dla publikacji oznaczonych hasłami „polityka zdrowotna”, „zdrowie publiczne” oraz „promocja zdrowia”. Należy pamiętać, że niektóre publikacje mogły być przypisane do kilku haseł.

Następnie oceniano widoczność względną. W tym celu liczbę publikacji indeksowanych pod hasłem „zdrowie publiczne” odniesiono do zmiennych kontekstu w 13 krajach, tj.: (a) liczby czasopism z danego kraju, (b) wielkości populacji w mln., (c) produktu krajowego brutto (PKB) w mln USD, (d) całkowitych wydatków na zdrowie w mln USD, (e) obciążenia chorobami w DALY oraz do PKB i wydatków na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Niezbędne informacje uzyskano z danych *World Bank* (wszystkie parametry, z wyjątkiem DALY, z 2009r.) oraz *ŚÓZ* (wyłącznie DALY, 2004r.) [40,41].

14.6. Widoczność Polski na tle innych krajów

14.6.1. Liczba i tematyka publikacji

W analizowanej puli artykułów najwięcej prac obecnych w *MEDLINE* oznaczono hasłem „polityka zdrowotna” (3721 artykułów, 23,4%). Następne pod względem malejącej częstości użycia były hasła: „promocja zdrowia” (19,2%), „zdrowie publiczne” (16,3%), „edukacja zdrowotna” (10,0%) oraz „zdrowie pracujących” (8,8%). Najmniej widoczne były publikacje indeksowane pod hasłem „zdrowie środowiskowe” (266 artykułów, 1,6%) oraz „medycyna zapobiegawcza” (194, 1,2%) (tab. 14.1).

Trzeba pamiętać, że w przeprowadzonej analizie rozszerzono pole obserwacji piśmiennictwa i nie ograniczono się do artykułów oryginalnych (badawczych), jak często robiono w innych opracowaniach [42]. Uwzględniono natomiast pozostałe rodzaje artykułów – prace pogładowe, przeglądy, komentarze, a także listy do redakcji. Przyjęto, że mogą one zawierać szereg cennych informacji dla praktyki zdrowia publicznego [43,44].

Duża reprezentacja publikacji na temat polityki zdrowotnej może świadczyć o dużym zainteresowaniu tym obszarem zdrowia publicznego i jego randze. Nie bez znaczenia jest też szeroki zakres tematyczny tego pojęcia w słowniku *MeSH*, gdzie oznacza „decyzje dotyczące obecnych i przyszłych celów działania systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza podejmowane przez twórców polityk, którzy reprezentują rząd”. Niewielka liczba wszystkich artykułów indeksowanych pod hasłem „zdrowie środowiskowe” jest przypuszczalnie pochodną zawężenia wyszukiwania do jednego hasła, które nie obejmuje wielu aspektów tego wielodyscyplinarnego obszaru [10].

14.6.2. Krajowa specyfika tematyczna publikacji

W analizie liczby artykułów według kraju odniesienia stwierdzono, że najwięcej publikacji było związanych z Wlk. Brytanią (8283 prace, 52,1% wszystkich prac). W poszczególnych obszarach tematycznych odsetek prac powiązanych z tym krajem wynosił od 26,7% (*primary prevention*) do 77,4% (*health planning*). Większość prac na temat polityki zdrowotnej, najliczniej reprezentowanych w analizowanej puli, odnosiła się również do Wlk. Brytanii (60,7% wszystkich prac na ten temat). Żaden inny kraj nie był tak widoczny, chociaż odnotowano też znaczne liczby prac powiązanych z Niemcami (13,0%), Szwecją (7,8%), Holandią (6,7%) (tab. 14.1). Publikacje powiązane z Polską stanowiły 6,3% wszystkich wyszukanych pozycji.

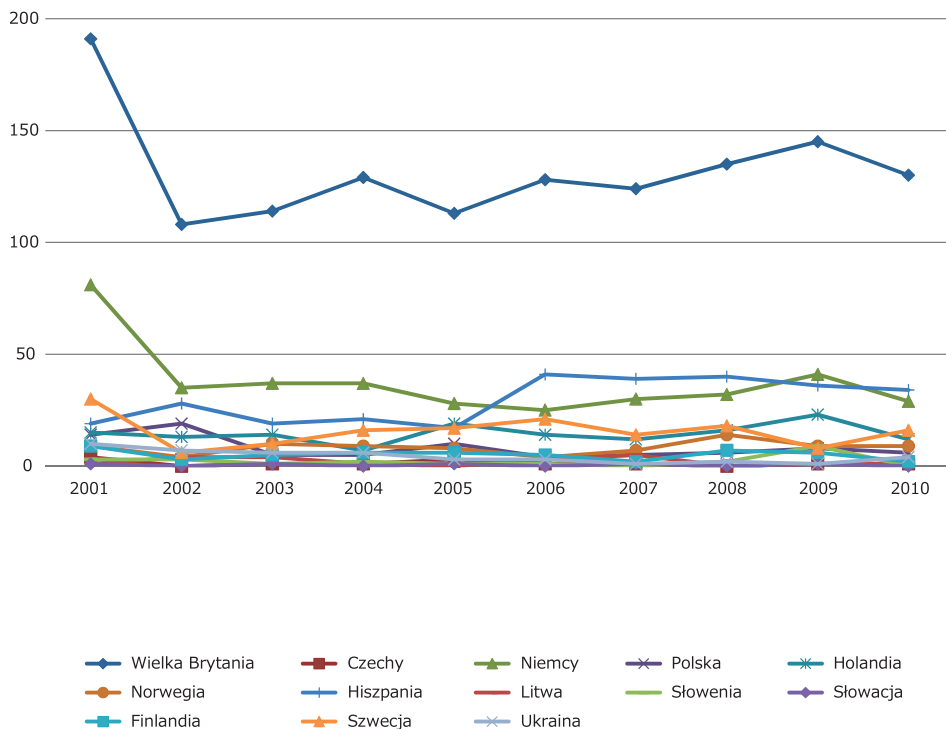
Stwierdzono, że między poszczególnymi krajami istniały różnice pod względem tematyki publikacji. I tak np.: Wlk. Brytania, Szwecja, Holandia i Norwegia, to głównie prace dotyczące polityki zdrowotnej, Niemcy i Hiszpania – dotyczące zdrowia publicznego, a Finlandia – zdrowia pracujących. Publikacje na temat polityki zdrowotnej powiązane tylko z czterema krajami (Wielką Brytanią, Szwecją, Holandią i Norwegią) stanowiły aż 83,7% prac na ten temat. Zastanawia przy tym interesująca zbieżność faktów. Trzy spośród tych państw, liderów piśmiennictwa w obszarze polityki, znalazły się w pierwszej piątce krajów, które w badaniu *Mackenbacha* i *McKee* z 2013r. uzyskały najlepsze oceny polityki zdrowotnej w sferze profilaktyki pierwotnej [45]. W wyniku użycia 27 wskaźników do

oceny polityk zdrowotnych autorzy ci stwierdzili, że najlepsze polityki realizują Szwecja (uzyskała 89 punktów), Norwegia (84 punkty), Islandia (78), Finlandia (63) oraz Holandia (56). W badaniu tym Polska zajęła miejsce 24/43 z wynikiem ujemnym. Niżej lokowała się większość krajów byłego bloku wschodniego, które cierpią na niedostatek badań w dziedzinie zdrowia publicznego [46]. Niska ocena polityki zdrowotnej w Polsce idzie w parze z małą widocznością piśmiennictwa na ten temat. Udział publikacji na ten temat polityki zdrowotnej i odnoszących się do Polski sięgał zaledwie 1,5% i wynika m.in. z braku badań tego obszaru. Nie ma też ugruntowanego w piśmiennictwie naukowym zwyczaju opisywania polityki w formie eseju, jakże częstej w innych krajach [47,48].

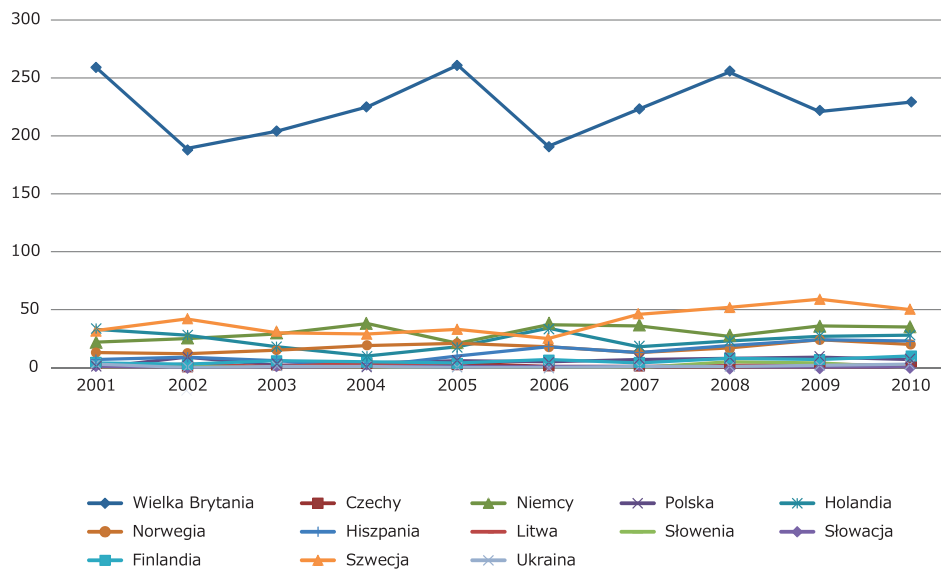
Najwięcej prac powiązanych z Polską dotyczyło promocji zdrowia (241 publikacji) oraz edukacji zdrowotnej (217), co stanowiło odpowiednio 7,9% oraz 13,6% wszystkich prac na dany temat i 24,2% oraz 21,8% prac powiązanych z Polską.

14.6.3. Dynamika publikowania

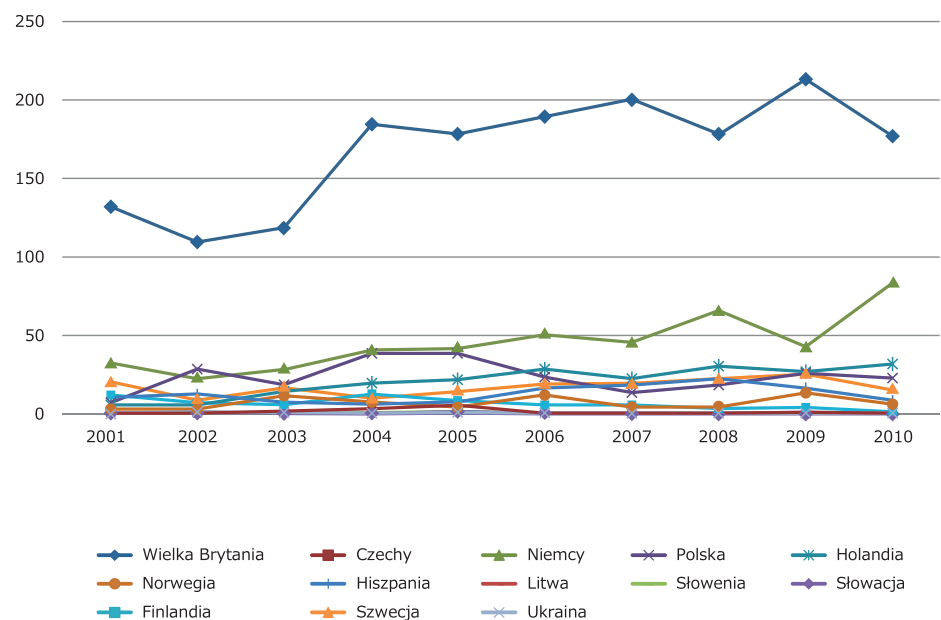
W analizie zmian widoczności w okresie dekady korzystano wyłącznie z liczby publikacji dla trzech haseł, tj.: „polityka zdrowotna”, „zdrowie publiczne” oraz „promocja zdrowia” (ryc. 14.2.-14.4.). Jakkolwiek obserwuje się pewne wahania w liczbie prac indeksowanych w kontekście danego państwa pod tymi hasłami, to jednak nie odnotowano stałej wyrazistej tendencji wzrostu lub spadku publikacji w poszczególnych obszarach tematycznych.



Rycina 14.2. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w MEDLINE pod hasłem „public health” wg kraju



Rycina 14.3. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w *MEDLINE* pod hasłem „health policy” wg kraju



Rycina 14.4. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w *MEDLINE* pod hasłem „health promotion” wg kraju

14.6.4. Widoczność względna i kontekst krajowy

W analizie ograniczono się wyłącznie do liczby publikacji pod hasłem „zdrowie publiczne”, którą najpierw konfrontowano z liczbą czasopism z danego kraju indeksowanych w *MEDLINE*. Najwięcej indeksowanych czasopism pochodziło z Wlk. Brytanii (łącznie 1292 czasopism z Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Płn.), Holandii (329 tytułów) i Niemiec (295). W bazie znajdowało się 57 czasopism z Polski, a liczba ta przewyższała sumę czasopism z Finlandii, Norwegii i Szwecji (tab. 14.2.). Pięć krajów (Słowenia, Litwa, Finlandia, Słowacja i Ukraina) było reprezentowanych przez pojedyncze czasopisma.

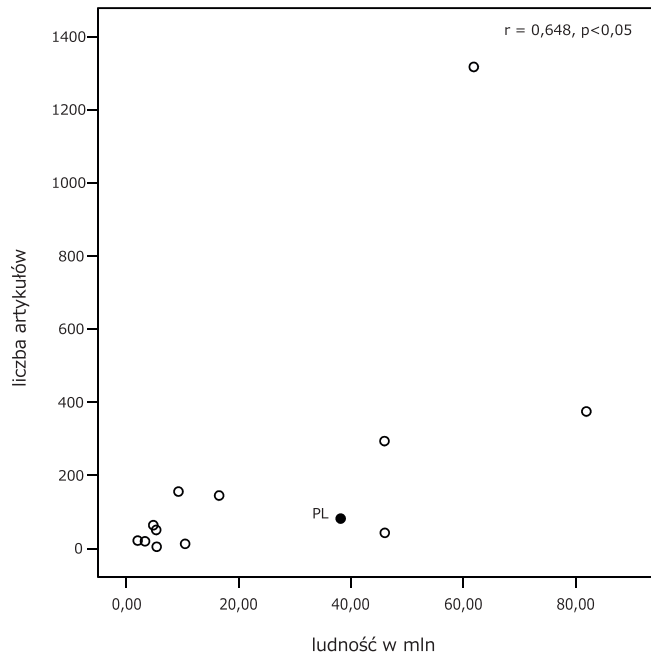
Mając powyższe na uwadze, obliczono stosunek liczby artykułów dla hasła „zdrowie publiczne” w kontekście danego kraju do liczby czasopism z tego kraju indeksowanych w bazie. Stosunek ten był najwyższy dla krajów z małą reprezentacją czasopism (Słowenia, Finlandia, Litwa). Kraje z liczną reprezentacją czasopism (Wlk. Brytania, Holandia, Niemcy) uzyskały najniższe wskaźniki (odpowiednio: 1,02; 0,44; 1,27). Obliczony tą metodą wskaźnik dla Polski również należał do najniższych w badanej grupie państw i wynosił 1,44.

Należy podkreślić, że najwięcej prac indeksowanych pod tym hasłem odnosiło się do Wlk. Brytanii (1317 publikacji) i w kategoriach bezwzględnych kraj ten jest szczególnie widoczny na forum międzynarodowym. Niemniej, Wlk. Brytania ma najbardziej liczną reprezentację własnych czasopism w bazie, toteż jej względna pozycja jest dużo słabsza. Przeciętne czasopismo, tzn. o dowolnej tematyce medyczno-zdrowotnej, wydawane w Wlk. Brytanii w ciągu 10 lat opublikowało zaledwie jeden artykuł na temat zdrowia publicznego w tym kraju.

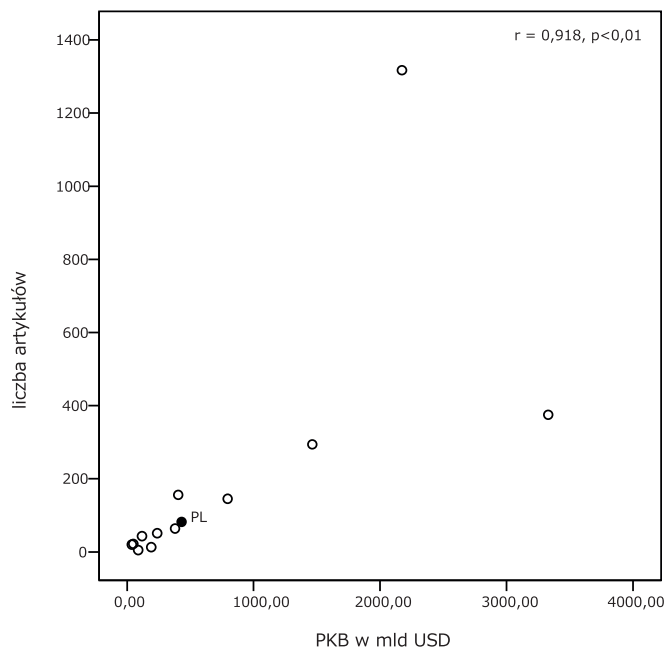
Artykuły powiązane z Polską były liczniej reprezentowane (82 prace) niż np. te, które dotyczyły Finlandii (51) czy Norwegii (64). Biorąc jednak pod uwagę liczbę krajowych czasopism, piśmiennictwo powiązane z Polską było mniej widoczne niż np. związane z Finlandią, Norwegią czy Szwecją.

Następnie obliczono stosunek liczby publikacji do liczby ludności w danym kraju. Najwyższy stosunek odnotowano dla Wlk. Brytanii, Szwecji i Norwegii. Na każdy milion Polaków w ciągu całego dziesięciolecia w *MEDLINE* pojawiło się zaledwie około dwóch takich prac. Gorszy wynik mają już tylko Czechy, Słowacja i Ukraina.

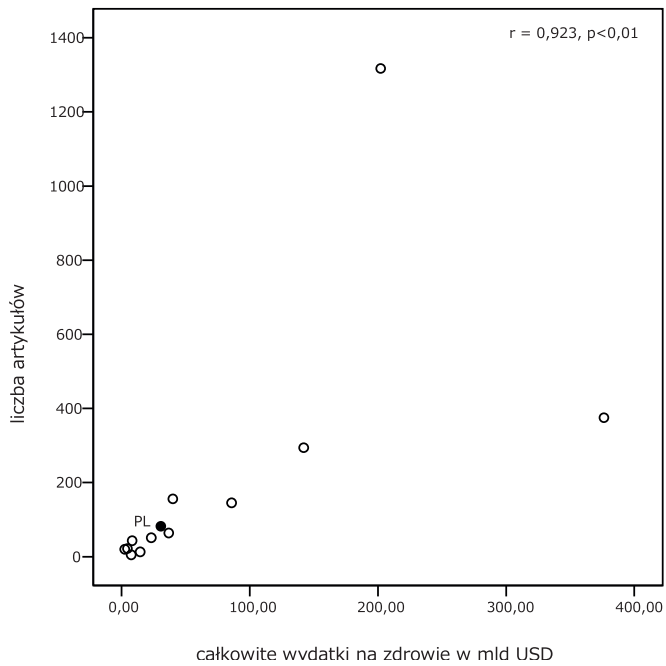
Kolejnym krokiem było obliczenie stosunku liczby publikacji do wielkości populacji, produktu krajowego brutto, wydatków na zdrowie oraz krajowego obciążenia chorobami. Wyniki tych obliczeń przedstawiono dodatkowo na rycinach 14.5. – 14.8. Przy użyciu współczynnika korelacji *Spearmana* stwierdzono, że liczba artykułów jest w sposób istotny statystycznie dodatnio skorelowana z liczbą ludności danego kraju ($r = 0,648$, $p < 0,05$), produktem krajowym brutto tego kraju ($r = 0,918$, $p < 0,01$) oraz całkowitymi wydatkami na zdrowie ($r = 0,923$, $p < 0,01$). Jednocześnie odnotowuje się istotną statystycznie ujemną korelację liczby artykułów z obciążeniem chorobami w danym kraju ($r = -0,736$, $p < 0,01$). Nie stwierdzono natomiast istotnych zależności między liczbą artykułów a PKB oraz wydatkami na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca.



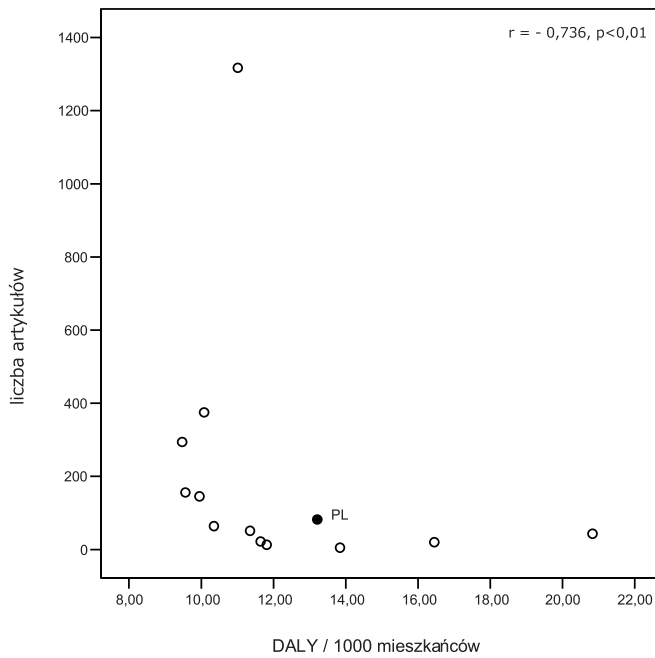
Rycina 14.5. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w *MEDLINE* pod hasłem „*public health*” wg wielkości populacji kraju (w mln, 2009r.)



Rycina 14.6. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w *MEDLINE* pod hasłem „*public health*” wg PKB kraju (w mld USD, 2009)



Rycina 14.7. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w *MEDLINE* pod hasłem „public health” wg całkowitych krajowych wydatków na zdrowie w kraju (w mld USD, 2009)



Rycina 14.8. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w *MEDLINE* pod hasłem „public health” wg obciążenia chorobami w kraju (w DALY/1000 mieszkańców, 2004)

Zwraca uwagę, że potencjał społeczno-ekonomiczny kraju miał ścisły związek z liczbą artykułów dotyczących zdrowia publicznego w danym państwie. Dodatnią korelację, zaobserwowano w odniesieniu do PKB i całkowitych wydatków na zdrowie. Może to wynikać z bardzo wielu przyczyn, takich jak rzeczywista większa produkcja badań i piśmiennictwa w krajach bogatych, ale również z większej reprezentacji czasopism z krajów anglojęzycznych w bazie *MEDLINE* [49,50], niedoreprezentacji problematyki zdrowotnej krajów rozwijających się w czasopismach fachowych o międzynarodowym zasięgu, niemającej związku z nakładami na badania [51] oraz trudności autorów z krajów mniej rozwiniętych związanych z procedurą wydawniczą [52,53]. Odnotowany dość silny dodatni związek liczby publikacji z PKB, całkowitymi wydatkami na zdrowie oraz nieco słabszy z wielkością populacji potwierdza inne ustalenia [7,54]. Jakkolwiek istnieje silny związek pomiędzy rozwojem ekonomicznym kraju i produkcją badań, to jednak istnieją przykłady krajów stosunkowo zamożnych, które produkują mniej badań niż mogłyby [55]. Przeciętnie jednak dziesięciokrotny wzrost dochodu na osobę powoduje około pięćdziesięciokrotny wzrost liczby publikacji naukowych w dziedzinie zdrowia przeliczeniu na mieszkańca [56].

Dość silna ujemna korelacja liczby publikacji z obciążeniem chorobami, a więc potrzebami zdrowotnymi, wskazuje, że kraje, w których sytuacja zdrowotna ludności jest lepsza są zarazem częściej reprezentowane i bardziej widoczne w analizowanym piśmiennictwie. Także ta odwrócona zależność między potrzebami zdrowotnymi a aktywnością publikacyjną była wcześniej sygnalizowana [54]. Związek ten jest przypuszczalnie bardzo złożony, a istotną zmienną pośredniczącą może być wyższy dochód narodowy w takich krajach. Niemniej, ta ujemna zależność może pośrednio świadczyć o istnieniu związku między sytuacją zdrowotną społeczeństwa, a potencjałem zdrowia publicznego. W działaniach zmierzających do wzmocnienia pozycji zdrowia publicznego oraz poprawy jego wizerunku w krajowych systemach zdrowotnych warto informować o istnieniu takiej zależności [57].

14.7. Podsumowanie

Liczba publikacji z dziedziny zdrowia publicznego w bazie *MEDLINE* jest pochodną wielu czynników, w tym przeważającego biomedycznego i klinicznego charakteru bazy. Nie bez znaczenia dla rezultatów wyszukiwania są kryteria i sposoby kodowania (indeksowania) artykułów w bazie, decydujące o czułości późniejszych wyszukiwań oraz błędy i niespójności w kodowaniu. Obraz piśmiennictwa może być zniekształcony także przez wspomnianą już niepełną reprezentację europejskich czasopism dziedzinowych w bazie *MEDLINE*, także polskich czasopism z dziedziny zdrowia publicznego. Ponadto, należy pamiętać, że baza *MEDLINE* rejestruje głównie zawartość czasopism, ale nie obejmuje piśmiennictwa naukowego w formie książek oraz całej sfery tzw. szarej literatury, do której można zaliczyć prace na stopnie naukowe oraz niepublikowane w oficjalnym obiegu raporty z badań i analizy.

Pomimo takich ograniczeń analiza bazy *MEDLINE* pozwala na uzyskanie informacji o publikacjach uwidocznionych szerokiemu gronu odbiorców. A analiza ta pokazuje, że Polska w kategoriach bezwzględnych lokuje się dość wysoko (na piątym miejscu), co daje jej umiarkowaną widoczność w światowym dyskursie i obiegu informacji naukowej w dziedzinie zdrowia publicz-

nego. Niestety, w kategoriach względnych pozycja ta jest zazwyczaj dużo niższa. Kraj o tak licznej populacji i stosunkowo dużym potencjale gospodarczym mógłby i powinien być bardziej widoczny. Wzmocnienie na forum międzynarodowym wizerunku działalności Polski w obszarze zdrowia publicznego wymagałoby podjęcia wielu działań, w tym także uzyskania większej reprezentacji w bazie *MEDLINE* krajowych czasopism naukowych tematycznie związanych ze zdrowiem publicznym.

Poza tym w Polsce oraz innych krajach nieangielskojęzycznych potrzebne są inicjatywy, które zwiększą widoczność publikacji w językach ojczystych [58]. Kraje słabsze nie powinny rezygnować z własnego piśmiennictwa [32].

14.8. Piśmiennictwo

1. WHO Regional Committee for Europe. Resolution EUR/RC60/R5. Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region. Moscow, 13–16 September 2010.
2. Thomson B. *Journal of Counseling & Development* 1995, 73: 342-345.
3. Okubo Y. *Bibliometric Indicators and Analysis of Research Systems: Methods and Examples*. OECD Science, Technology and Industry Working Papers, 1997/01, OECD Publishing.
4. Russell JM, Rousseau. *Bibliometrics and institutional evaluation*. [w:] *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*. Part 19.3, 2002. http://www.vub.ac.be/BIBLIO/itp/lecturers/ronald_rousseau/ronald_rousseau_stim1_bibliometrics_russell.pdf
5. Durieux V, Gevenois PA. *Bibliometric Indicators: Quality Measurements of Scientific Publication*. *Radiology* 2010, 255(2): 342-351.
6. Heath J, Grimmer-Somers K, Milanese S, Hillier S, King E, Johnston K, Wall K, Thorpe O, Young A, Kumar S. *Measuring the impact of allied health research*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2011;4: 191–207.
7. Clarke A, Gatineau M, Grimaud O, Royer-Devaux S, Wyn-Roberts N, Le Bis I, Lewison G. *A bibliometric overview of public health research in Europe*. *Eur J Public Health* 2007, 17(Suppl 1): 43-9.
8. Källestål C and Swanberg I. Part 2: An inventory of Swedish public health research. *Scan J Public Health* 2008, 33(Suppl 65): 17-45.
9. Gulis G, Eriksen ML, Aro AR. *Public health research in Denmark in the years 1995-2005*. *Scan J Public Health* 2010, 38: 104-107.
10. Tarkowski SM. *Environmental health research in Europe – bibliometric analysis*. *Eur J Public Health* 2007, suppl 1: 14-18.
11. Soteriades ES, Falagas ME. *A bibliometric analysis in the fields of preventive medicine, occupational and environmental medicine, epidemiology, and public health*. *BMC Public Health* 2006, 6:301.
12. Chuang KY, Chuang YC, Ho M, Ho YS. *Bibliometric analysis of public health research in Africa: The overall trend and regional comparisons*. *South Africa Journal of Science*. 2011,107(5/6): 309.
13. Nachegea JB, Uthman <http://ije.oxfordjournals.org/content/41/6/1829.full> - aff-1 OA, Ho YS, Lo M, Anude C, Kayembe P, Wabwire-Mangen F, Gomo E, Sow PS, Obike U, Kusiaku T, Mills EJ, Mayosi BM, Jsselmuiden C. *Current status and future prospects of epidemiology and public health training and research in the WHO African region*. *Int J Epidemiol*. 2012, 41(6):1829-1846.
14. Wiysonge CS, Uthman OA, Ndumbe PM, Hussey GD. *A bibliometric analysis of childhood immunization research productivity in Africa since the onset of the Expanded Program on Immunization in 1974*. *BMC Medicine* 2013,11:66.
15. Milat AJ, Bauman AE, Redman S, Curac N. *Public health research outputs from efficacy to dissemination: a bibliometric analysis*. *BMC Public Health* 2011,11:934.
16. Przyłuska J. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health in world documentation services: the SCOPUS- based analysis of citation*. *Int J Occup Med Environ Health* 2006, 19: 1-5.
17. Utrobičić A, Chaudhry N, Ghaffar A, Marušić A. *Bridging knowledge translation gap in health in developing countries: visibility, impact and publishing standards in journals from the Eastern Mediterranean*. *BMC Medical Research Methodology* 2012, 12:66.
18. *Report of the Independent Expert Group on the Future of European Public Health Research*. Subgroup 2. 28th March 2013: 25.

19. World Health Organization. World report on knowledge for better health. WHO, Geneva 2004: 48.
20. Howard Hughes Medical Institute. Making the Right Moves: A Practical Guide to Scientific Management for Postdocs and New Faculty. Burroughs Wellcome Fund, Howard Hughes Medical Institute, 2006: 175-186. <http://www.hhmi.org/educational-materials/lab-management/for-early-career-scientists>
21. wbc-inco.net. Coordination of Research Policies in Western Balkan Countries. <http://wbc-inco.net/object/news/3044>
22. London School of Economics. Maximizing the impact of your research: a handbook for social scientists. LSE Public Policy Group. Consultation Draft 3: April 2011. http://www.lse.ac.uk/government/research/resgroups/LSEPublicPolicy/Docs/LSE_Impact_Handbook_April_2011.pdf
23. Buyyar. Seven Tips for Enhancing Your Research Visibility and Impact. Department of Computer Science and Software Engineering. The University of Melbourne, Australia. First version: Nov. 2006. <http://www.cloudbus.org/reports/7Tips-ForEnhancingResearchVisibility.pdf>
24. Goldfinch S, Dale T, DeRouen D. Jr. Science from the periphery: Collaboration, Networks and 'Periphery Effects' in the Citation of New Zealand Crown Research Institutes Articles 1995-2000. *Scientometrics* 2003, 57(3): 321-337.
25. Marušić A, Marušić M. Small Scientific Journals from Small Countries: Breaking from a Vicious Circle of Inadequacy. *Croatian Medical Journal* 1999, 40(4): 508-514.
26. Sambunjak D. Press releases and e-mail notices increase local and global visibility of a small medical journal. *Croatian Medical Journal*. European Association of Science Editors 9th General Assembly and Conference 15-18 June 2006 in Krakow, Poland.
27. Marušić A, Sambunjak D, Marušić M. Journal quality and visibility: is there a way out of scientific periphery? *Contributions, Sec. Biol. Med. Sci.* 2006, XXVII (1): 151-161.
28. Marušić M, Marušić A. The Purpose of Scientific Journals: Small Is Important. *The Journal of Tehran University Heart Center* 2009, 4(3): 143-147.
29. Dzibur Kulenovic A, Puljak L, Ivanis A, Vukojevic K, Zaletel-Kragelj L, Donev D. P02-220 How to improve the visibility of research in the countries from the 'scientific periphery': A 'case study'. *European Psychiatry* 2009, 24 (suppl.1): S910.
30. Low WY, Ng KH. International Collaboration in Journal Publishing. Enhancing Quality and Visibility. *Asia Pac J Public Health* September 2011, 23(5): 649-650.
31. Stegemann H. Raising the visibility of 'small journals': The Venezuelan Association of Biomedical Journal Editors (ASEREME). *The Journal of the European Medical Writers Association* 2007, 16(4): 161-165.
32. Escobar SCP, da Costa MC. Visibility of Latin American scientific publications: the example of Bolivia". *Journal of Science Communication* 2006, 5(2): 1-8.
33. Tijssen RJW, Mouton J, van Leeuwen TN, Boshoff N, How relevant are local scholarly journals in global science? A case study of South Africa. *Research Evaluation* 2006, 15(3): 163-174.
34. Ruíz-Pérez R, Robinson-García N. International visibility and impact of the Spanish research on prison health (2002-2011). *Rev Esp Sanid Penit.* 2013,15(1): 23-34.
35. World Health Organization. Scientific production in health-related disciplines: WHO's Western Pacific Region 1992-2006. WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, 2009: 17-22.
36. Paraje G, Sadana R, Salmelar. Collaboration and "Visibility" of Health Research in the Western Pacific Region. *Asia Pac J Public Health* April 2009, 21(2): 128-136.
37. Macías-Chapula CA, Rodea-Castro IP, Mendoza-Guerrero JA, Gutiérrez-Carrasco A. *Visualization of knowledge production on public health research work in Latin America and the Caribbean*. 10th International Conference of the International Society for Scientometrics and Informetrics, Stockholm (Sweden), July 24-28, 2005. Conference paper.http://eprints.rclis.org/8229/1/PDF_1_MaciasChapula%2C_C.A..%2C_et_al._Proceedings_of_ISSI_2005.pdf
38. Macías-Chapula CA. Comparative analysis of *health public policy* research results among Mexico, Chile and Argentina. *Scientometrics* 2013, 95 (2): 615-628.
39. Paradies Y, Stevens M. Conceptual diagrams in public health research. *J Epidemiol Community Health* 2005, 59:1012-1013.
40. The World Bank. Data. <http://data.worldbank.org/indicator>
41. World Health Organization. Age standardized disability-adjusted life year (DALY) rates (per 1000 population) 2004. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/as_daly_rates/atlas.html
42. McCarthy M and Clarke A. European public health research literatures – measuring Progress. *Eur J Public Health* 2007, 17(Suppl 1): 2-4.
43. Kamper-Jørgensen F. Commentary on SPHERE (Strengthening Public Health Research in Europe) literature reviews. *Eur J Public Health* 2007, 17(Suppl 1): 6-7.
44. Dab W. Commentary on SPHERE (Strengthening Public Health Research in Europe) literature reviews. *Eur J Public Health* 2007; 17(Suppl 1):8-9.

45. Mackenbach JP, McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health* 2013, 23(2): 195-344.
46. Burazei G, Brandt H, Leaser U. Public health research needs and challenges in transitional countries of South Eastern Europe. *Italian Journal of public Health* 2009, 6(1):48-51.
47. Hunter DJ. Choosing or losing health. *J Epidemiol Community Health* 2005, 59:1010-1012.
48. Demark-Wahnefried W, Busby JE. Lost in transition and losing money, but perhaps too hasty. *Nat Rev Urol* 2011, 9(1):14-16.
49. Loria A, Arroyo P. Language and country preponderance trends in MEDLINE and its causes. *J Med Libr Assoc* 2005, 93:381-385.
50. Baussano I, Brzoska P, Fedeli U, et al. Does language matter? A case study of epidemiological and public health journals, databases and professional education in French, German and Italian. *Emerging Themes in Epidemiol.* 2008, 5:16.
51. Lown B, Banerjee A. The developing world in *The New England Journal of Medicine*. *Globalization and Health* 2006, 2:3.
52. Hortonr Medical journals: evidence of bias against the diseases of poverty. *Lancet* 2003; 9359: 712-713.
53. Original TextLanger A, Díaz-Olavarrieta C, Berdichevsky K, et al. Why is research from developing countries underrepresented in international health literature, and what can be done about it? *Bull World Health Organ.* 2004, 82: 802-803.
54. Clarke A, Gatineau M, Thorogood M, Wyn-Roberts N. Health promotion research literature in Europe 1995-2005. *Eur J Public Health* 2007, 17(Suppl 1): 24-28.
55. McKee M, Stuckler D, Basu S. Where There Is No Health Research: What Can Be Done to Fill the Global Gaps in Health Research? *PLoS Med* 2012, 9(4): e1001209.
56. World Health Organization. *World Health Report 3013: Research for universal health coverage*. WHO, Geneva 2013: 43.
57. Cianciara D, Piotrowicz M, Gajewska M, Urban E, Poznańska A, Niedźwiedzka B, Witkowski M, Jarosz MJ. Is there the gap in public health literature in Europe? *Ann Agric Environ Med.* 2013,20(3):631-6.
58. Moneghini R, Pacher AL. Is there science beyond English? *European Molecular Biology Organization Reports* 2007, 8(2): 112-116.

Tabela 14.1. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w bazie *MEDLINE* według hasła kluczowego i kraju

Liczba artykułów wg hasła												
Lp.	Kraj	Health policy	Health promotion	Public health	Health education	Occupational health	Public policy	Health services	Primary prevention	Health planning	Environmental health	Preventive medicine
	Ogółem:	3721	3054	2587	1598	1407	1050	740	702	583	266	194
1	Czechy	7	17	13	16	4	5	5	8	6	7	0
2	Finlandia	58	72	51	44	128	18	23	49	7	4	1
3	Hiszpania	130	118	294	71	74	65	100	34	0	24	16
4	Holandia	289	188	145	116	105	70	60	58	14	9	7
5	Litwa	18	8	20	8	4	7	4	3	5	0	0
6	Niemcy	306	459	375	232	85	147	183	134	42	31	79
7	Norwegia	172	77	64	41	74	25	32	22	11	8	6
8	Polska	57	241	82	217	169	11	18	141	6	41	13
9	Słowacja	6	0	5	4	1	1	1	1	0	3	0
10	Słowenia	11	9	22	3	0	4	2	1	2	1	0
11	Szwecja	398	180	156	90	177	54	70	58	26	19	7
12	Ukraina	12	6	43	5	9	9	5	0	2	2	6
13	Wlk. Brytania	2257	1679	1317	751	577	634	237	193	462	117	59

Tabela 14.2. Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych pod hasłem „*public health*” w *MEDLINE* według kraju, liczby czasopism, liczby ludności, produktu krajowego brutto, całkowitych nakładów na zdrowie oraz obciążenia chorobami

Lp.	Kraj	Liczba artykułów wg hasła „zdrowie publiczne”	Liczba czasopism indeksowanych w bazie	Liczba artykułów na 1 czasopismo	Liczba artykułów na 1 mln populacji, 2009	Liczba artykułów na 1 mld USD PKB, 2009	Liczba artykułów na całkowite wydatki na zdrowie w mld USD, 2009	Liczba artykułów na obciążenie chorobami (DALY) na 1000 mieszkańców, 2004
1	Czechy	13	25	0,52	1,24	0,07	0,9	1,10
2	Finlandia	51	10	5,10	9,56	0,22	2,21	4,49
3	Hiszpania	294	67	4,39	6,40	0,20	2,07	31,05
4	Holandia	145	338	0,43	8,78	0,19	1,69	14,57
5	Litwa	20	2	10,00	5,99	0,55	8,28	1,22
6	Niemcy	375	298	1,26	4,58	0,12	1,00	37,20
7	Norwegia	64	17	3,76	13,26	0,17	1,75	6,18
8	Polska	82	59	1,39	2,15	0,19	2,69	6,21
9	Słowacja	5	5	1,00	0,93	0,06	0,06	0,37
10	Słowenia	22	2	11,00	10,77	0,45	4,92	1,89
11	Szwecja	156	29	5,38	16,77	0,39	3,91	16,32
12	Ukraina	43	7	6,14	0,94	0,37	5,24	2,06
13	Wlk. Brytania	1317	117	11,26	21,30	0,61	6,52	119,62

15. ILU BADACZY W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO JEST W POLSCE? GDZIE PRACUJĄ?

Katarzyna Lewtak¹, Maria Piotrowicz¹, Małgorzata Gajewska¹, Ewa Urban¹, Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

²Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

15.1. Najważniejsze fakty

- Istnieje kilka klasyfikacji dziedzin i dyscyplin naukowych według: (a) KBN (Komitet Badań Naukowych), (b) *ERC (European Research Council)*, (c) *OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)*, (d) NCN (Narodowe Centrum Nauki), (e) SDD (Słownik Dziedzin i Dyscyplin Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego), (f) CKSST (Centralna Komisja do spraw Stopni i Tytułów) czy (g) *OSJ (Ontology of Scientific Journals)*.
- W różnych klasyfikacjach dyscyplin naukowych zdrowie publiczne jest różnie ułożone i definiowane, stanowi np. część Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu (*OECD*), Nauk o Życiu (*ERC*, NCN) lub Nauk Medycznych (*SDD*).
- W niektórych klasyfikacjach dyscyplin naukowych w ogóle nie wyróżniono zdrowia publicznego, a jedynie Nauki Medyczne, Biologię Medyczną, Nauki Farmaceutyczne lub Nauki o Zdrowiu (*CKSST*, *KBN*).
- Bazy danych o ludziach nauki reprezentujących zdrowie publiczne to przede wszystkim serwisy Ośrodka Przetwarzania Informacji – Państwowego Instytutu Badawczego – Nauka Polska, POL-on – system informacji o szkolnictwie wyższym oraz System Wspomagania Wyboru Recenzentów. Dane dotyczące lekarzy i lekarzy dentyistów – specjalistów w dziedzinie zdrowie publiczne gromadzone są w Centralnym Rejestrze Lekarzy RP Naczelnej Izby Lekarskiej. Także *Index Copernicus International* jako specjalistyczna platforma promująca osiągnięcia nauki na arenie międzynarodowej gromadzi dane o naukowcach reprezentujących zdrowie publiczne (moduł *IC Scientists*).
- Zaobserwowano brak spójności pomiędzy bazami w odniesieniu do liczby naukowców pracujących w dziedzinie zdrowie publiczne w Polsce. Dla przykładu – w portalu Nauki Polskiej (Ludzie Nauki) jest 313 osób o specjalności ZDROWIE PUBLICZNE z tytułem naukowym, wg bazy POL-on w Polsce jest zaledwie 55 osób o specjalności ZDROWIE PUBLICZNE w obszarze Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej. Z kolei wg danych z Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów w dziedzinie zdrowie publiczne jest ich aż 3301.
- Liczba recenzentów w dziedzinie zdrowie publiczne na podstawie danych zawartych w Systemie Wspomagania Wyboru Recenzentów waha się od 32 osób dla dyscypliny Zdrowie

Publiczne wg klasyfikacji *OSJ (Ontology of Scientific Journals)* do 4307 dla Zdrowia Publicznego i Środowiskowego jako dyscypliny naukowej wg klasyfikacji *OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)*.

- Na podstawie dokonanego przeglądu dostępnych baz danych o ludziach nauki można postawić tezę, że w Polsce nie ma bazy, która byłaby stuprocentowo aktualna (tzn. uwzględniała osoby żyjące, pracujące w zdrowiu publicznym).
- Stworzenie bazy adresatów badania ankietowego – polskich badaczy z dziedziny zdrowia publicznego i ustalenie ich adresów e-mail stanowiło iście tytaniczną pracę polegającą na przeglądaniu dostępnych baz danych (np. Nauka Polska, System Wspomagania Wyboru Recenzentów), witryn internetowych (np. uczelni prowadzących kształcenie na kierunku zdrowie publiczne, towarzystw naukowych związanych ze zdrowiem publicznym) oraz artykułów publikowanych w ostatnich latach w polskich czasopismach z dziedziny zdrowia publicznego.

15.2. Wstęp

Odpowiedź na pytanie, jakie są zasoby kadrowe zdrowia publicznego (ZP) w Polsce jest bardzo trudna [1,2]. Wynika to choćby z trudności w oszacowaniu jak liczne są kadry badaczy ZP w naszym kraju.

Celem tego opracowania było dokonanie przeglądu istniejących baz danych zawierających informacje o ludziach nauki oraz sprawdzenie jaka liczba badaczy zdrowia publicznego jest zarejestrowana w tych bazach. Poniżej opisano źródła wiedzy o badaczach – bazy danych o naukowcach z dziedziny ZP w Polsce. Przedstawiono także dane o liczbie badaczy ZP, które uzyskano z przeglądu opisywanych baz.

15.3. Źródła wiedzy o badaczach, jednostkach naukowych oraz towarzystwach naukowych i zawodowych z dziedziny zdrowia publicznego w Polsce

Poniższy przegląd został usystematyzowany wg źródła informacji tj. bazy wiedzy o osobach, instytucjach oraz towarzystwach naukowych i zawodowych.

15.3.1. POL-on (<http://polon.nauka.gov.pl/>)

System POL-on to zintegrowane źródło informacji o szkolnictwie wyższym w Polsce. Gromadzi informacje o jednostkach naukowych, wyższych uczelniach i nauce polskiej. System ten budowany jest przez:

- Ośrodek Przetwarzania Informacji (<http://www.opi.org.pl/>) – Państwowy Instytut Badawczy nadzorowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, którego statutowym przedmiotem działania jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych, projektowych, wdrożeniowych i usługowych w zakresie systemów informacyjnych;
- Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu

Warszawskiego (<http://www.icm.edu.pl>) prowadzące działalność związaną z badaniami i obliczeniami naukowymi, badaniami rozwojowymi i wdrożeniowymi, edukacją, technologiami informacyjnymi, promocją nauki i udostępnianiem zasobów wiedzy;

- *Index Copernicus* (<http://indexcopernicus.com>) – platformę globalnej współpracy naukowej w formie informacyjno-społecznościowego portalu, gdzie zarejestrowanych jest blisko 300 tys. profili naukowców.

POL-on gromadzi dane o wszystkich polskich jednostkach naukowych, do których publiczny dostęp wynika z ustaw i rozporządzeń Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (m. in. rejestry szkół wyższych, informacje o kierunkach kształcenia, zagregowane dane liczbowe dotyczące pracowników naukowych). W systemie znajduje się także baza publikacji naukowych.

Ogólnopolski wykaz nauczycieli akademickich i pracowników naukowych zawiera informacje o nauczycielach akademickich uczelni publicznych oraz niepublicznych jak również o pracownikach instytutów naukowych. Dane te gromadzone są na podstawie następujących aktów prawnych: (a) ustawa z dnia 18 marca 2011r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 27 lipca 2005r., ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw z dnia 14 marca 2003r., (b) rozporządzenie w sprawie centralnego wykazu nauczycieli akademickich i pracowników naukowych, (c) rozporządzenie w sprawie warunków prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia, (d) rozporządzenie w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych, (e) rozporządzenie w sprawie nostryfikacji stopni naukowych i stopni w zakresie sztuki uzyskanych za granicą.

15.3.1.1. Osoby ze stopniami naukowymi i tytułem naukowym

Baza POL-on zawiera informacje o 92 510 osobach związanych z nauką. Prezentowane w zestawieniach POL-on dane aktualizowane są raz na dobę. Wśród nich znaleźć można informacje o:

- instytucji/jednostce zatrudniającej;
- danych osobowych (imię, nazwisko);
- tytule/stopniu naukowym (doktor, doktor habilitowany, profesor);
- obszarze nauki/dziedzinie/dyscyplinie (zgodnie z tzw. klasyfikacją CKSST) oraz specjalności.

Klasyfikacja CKSST (Centralna Komisja do spraw Stopni i Tytułów), to obowiązująca obecnie klasyfikacja, wprowadzona rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011r. W klasyfikacji tej wyróżnia się osiem obszarów wiedzy, w których określono nowy podział dziedzin i dyscyplin. Poniżej (zestawienie 15.1.) przedstawiono obszar wiedzy – Obszar Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej, wraz z dziedzinami i dyscyplinami nauki, które ów obszar zawiera.

Zestawienie 15.1. Dziedziny nauki i dyscypliny naukowe w obszarze wiedzy Obszar Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej

Obszar wiedzy	Dziedziny nauki	Dyscypliny naukowe
Obszar Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej	Dziedzina Nauk Medycznych	Biologia Medyczna
		Medycyna
		Stomatologia
	Dziedzina Nauk Farmaceutycznych	
	Dziedzina Nauk o Zdrowiu	
Dziedzina Nauk o Kulturze Fizycznej		

W klasyfikacji tej zdrowie publiczne nie zostało wyróżnione ani jako obszar, ani dziedzina nauki, czy dyscyplina naukowa.

Wyszukiwarka systemu POL-on umożliwia wyszukiwanie osób ze stopniami i tytułami naukowymi poprzez wpisanie ich specjalności (w tym przypadku jako specjalność wybrano ZDROWIE PUBLICZNE).

Tabela 15.1. Liczba osób ze stopniami i tytułami naukowymi w bazie POL-on w Obszarze Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej (dostęp 17.12.2013; dane obejmujące okres sprzed 01.10.2011r. mogą być niekompletne)

Obszar nauki	Dziedzina nauki	Dyscyplina	Liczba osób wg stopnia i tytułu naukowego		
			dr	dr hab.	prof.
Obszar Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej	Dziedzina Nauk Medycznych	Biologia Medyczna	1259	267	123
		Medycyna	5050	1255	988
		Stomatologia	529	70	26
	Dziedzina Nauk Farmaceutycznych		601	134	94
	Dziedzina Nauk o Zdrowiu		245	27	0
	Dziedzina Nauk o Kulturze Fizycznej		1098	203	61
	Specjalność: ZDROWIE PUBLICZNE		50	4	1

W bazie POL-on (tab. 15.1) zarejestrowane są dane 55 osób ze stopniami i tytułami naukowymi (50 doktorów, 4 doktorów habilitowanych oraz 1 profesor) posiadających specjalność ZDROWIE PUBLICZNE. Osoby te, to przede wszystkim pracownicy wyższych uczelni (głównie Wydziałów Nauk o Zdrowiu Uniwersytetów Medycznych) jak również instytutów badawczych związanych ze zdrowiem publicznym. Informacja uzyskana z tej bazy jest jednak niekompletna w odniesieniu do naukowców pracujących w zdrowiu publicznym w Polsce.

15.3.1.2. Jednostki naukowe prowadzące działalność badawczo-rozwojową w dziedzinie zdrowia publicznego

W Polsce wśród instytucji prowadzących działalność badawczo-rozwojową w dziedzinie zdrowia publicznego należy wymienić placówki naukowe Polskiej Akademii Nauk, instytuty badawcze oraz inne jednostki naukowe. To z nich rekrutują się badacze zdrowia publicznego. Organami nadzorującymi jednostki naukowe działające w obszarze zdrowia publicznego są: Ministerstwo Zdrowia, Polska Akademia Nauk, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Sportu i Turystyki oraz Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi. Świadczy to o międzysektorowym charakterze działań w obszarze zdrowia publicznego.

Baza POL-on umożliwia wyszukanie jednostek naukowych w podziale na ich status (działające, w likwidacji, przekształcone, zlikwidowane, wszystkie) oraz typ jednostki (inna jednostka naukowa, instytut badawczy, jednostka naukowa PAN, międzynarodowy instytut naukowy). Nie ma w tym przypadku możliwości filtrowania otrzymanych danych wg kryterium obszaru wiedzy, dziedziny nauki czy dyscypliny naukowej.

Istnieje jeszcze kolejna klasyfikacja, która jest stosowana w ocenie parametrycznej jednostek naukowych przeprowadzanej przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Jednostki naukowe były oceniane w grupach wspólnej oceny (GWO) ustalonych przez Komitet Ewaluacji Jednostek Naukowych (KEJN). Jednostki naukowe zajmujące się zdrowiem publicznym w Polsce sklasyfikowane zostały w grupie wspólnej oceny GWO NZ3M pod numerami 496-517 jako część Grupy Nauk o Życiu (źródło: Wykaz jednostek naukowych i kategorii naukowych; <http://www.nauka.gov.pl/komunikaty/komunikat-o-wynikach-kompleksowej-oceny-dzialalnosci-naukowej-lub-badawczo-rozwojowej-jednostek-naukowych>). Ich wykaz zawiera zestawienie 15.2.

Zestawienie 15.2. Wykaz instytutów badawczych w Grupie Nauk o Życiu wg klasyfikacji stosowanej w ocenie parametrycznej jednostek naukowych GWO NZ3M (dostęp 01.12.2013)

Lp.	Nazwa jednostki	Organ nadzorujący
1	Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”	Ministerstwo Zdrowia
2	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	Ministerstwo Zdrowia
3	Wojskowy Instytut Medyczny	Ministerstwo Obrony Narodowej
4	Instytut Psychiatrii i Neurologii	Ministerstwo Zdrowia
5	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	Ministerstwo Zdrowia
6	Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera	Ministerstwo Zdrowia
7	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	Ministerstwo Zdrowia
8	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego	Ministerstwo Zdrowia
9	Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”	Ministerstwo Zdrowia
10	Instytut Hematologii i Transfuzjologii	Ministerstwo Zdrowia
11	Narodowy Instytut Leków	Ministerstwo Zdrowia
12	Instytut Matki i Dziecka	Ministerstwo Zdrowia

Lp.	Nazwa jednostki	Organ nadzorujący
13	Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej	Ministerstwo Obrony Narodowej
14	Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	Ministerstwo Zdrowia
15	Instytut Farmaceutyczny	Ministerstwo Gospodarki
16	Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im. gen. Karola Kaczkowskiego	Ministerstwo Obrony Narodowej
17	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	Ministerstwo Zdrowia
18	Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	Ministerstwo Zdrowia
19	Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego	Ministerstwo Zdrowia
20	Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła	Ministerstwo Zdrowia
21	Instytut Biotechnologii i Antybiotyków	Ministerstwo Gospodarki
22	Instytut Sportu	Ministerstwo Sportu i Turystyki

15.3.1.3. Szkoły wyższe prowadzące studia na kierunku zdrowie publiczne

Studia na kierunku zdrowie publiczne prowadzone są w roku akademickim 2013/2014 na 47 uczelniach wyższych jako studia pierwszego (47 jednostek) i drugiego stopnia (17 jednostek), bądź też jako jednolite studia magisterskie (1 jednostka). Studenci kierunku zdrowie publiczne mogą się kształcić zarówno w systemie stacjonarnym jak i niestacjonarnym.

Dane zawarte w bazie POL-on (zestawienie 15.3. prowadzonych studiów na kierunku zdrowie publiczne) nie są niestety zgodne z informacjami podawanymi na stronach internetowych uczelni prowadzących kształcenie na kierunku zdrowie publiczne.

Zestawienie 15.3. Uczelnie wyższe, na których prowadzone są studia na kierunku zdrowie publiczne w bazie POL-on (dostęp 05.12.2013)

Lp.	Instytucja/ jednostka	Wydział	Poziom kształcenia	Forma kształcenia
1	Akademia Pomorska w Słupsku	Wydział Matematyczno-Przyrodniczy	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
2	Bydgoska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy		Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
3	Collegium Masoviense-Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie	Wydział Medyczny	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
4	Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne

Lp.	Instytucja/ jednostka	Wydział	Poziom kształcenia	Forma kształcenia
5	Collegium Varsoviense	Wydział Nauk Stosowanych	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
6	Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna w Elblągu	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
7	Gdański Uniwersytet Medyczny	Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej	Pierwszego stopnia	Stacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
8	Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kard. Augusta Hłonda w Mysłowicach	Katedra Zdrowia Publicznego	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
9	Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze	Katedra Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
10	Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu	Wydział Profilaktyki i Zdrowia	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
11	Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego	Wydział Zdrowia Publicznego	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
12	Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. prof. Tadeusza Kotarbińskiego w Olsztynie	Wydział Nauk Ekonomiczno-Społecznych	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
13	Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu	Instytut Zdrowia Publicznego	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
14	Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej	Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne
15	Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu	Instytut Ochrony Zdrowia	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
16	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie		Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
17	Politechnika Częstochowska	Wydział Zarządzania	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne

Lp.	Instytucja/ jednostka	Wydział	Poziom kształcenia	Forma kształcenia
18	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
19	Spółeczna Akademia Nauk z siedzibą w Łodzi	Wydział Studiów Międzynarodowych i Informatyki	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
20	Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
21	Śląska Wyższa Szkoła Informatyczno-Medyczna w Chorzowie	Wydział Przyrodniczy	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
22	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Wydział Zdrowia Publicznego	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
23	Świętokrzyska Szkoła Wyższa w Kielcach	Wydział Pedagogiczny i Ochrony Zdrowia	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
24	Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie		Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
25	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	Collegium Medicum; Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Jednolite magisterskie	Stacjonarne, Niestacjonarne
26	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
27	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Wydział Lekarski II	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
		Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
28	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
29	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne

Lp.	Instytucja/ jednostka	Wydział	Poziom kształcenia	Forma kształcenia
30	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
31	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
32	Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
33	Uniwersytet Rzeszowski	Wydział Medyczny	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne
34	Uniwersytet Szczeciński	Wydział Kultury Fizycznej i Promocji Zdrowia	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
35	Warszawski Uniwersytet Medyczny	I Wydział Lekarski	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
		Wydział Lekarsko-Dentystyczny	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
		Wydział Nauki o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa, Oddziałem Zdrowia Publicznego, Oddziałem Dietetyki	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
36	Wszechnica Polska – Szkoła Wyższa TWP w Warszawie	Wydział Filologii i Pedagogiki	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
37	Wyższa Szkoła Administracji Publicznej imienia Stanisława Staszica w Białymstoku		Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
38	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
39	Wyższa Szkoła Ekologii i Zarządzania w Warszawie	Wydział Ekologii	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
40	Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie	Wydział Pedagogiki i Psychologii	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne

Lp.	Instytucja/ jednostka	Wydział	Poziom kształcenia	Forma kształcenia
41	Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach	Kolegium Nauk Medycznych – Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
42	Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie	Wydział Turystyki i Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Niestacjonarne
43	Wyższa Szkoła Nauk Społecznych i Technicznych w Radomiu	Wydział Nauk o Zdrowiu	Pierwszego stopnia	Stacjonarne, Niestacjonarne
			Drugiego stopnia	Niestacjonarne
		Wydział Nauk Społeczno-Medycznych w Warszawie	Drugiego stopnia	Niestacjonarne
44	Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej	Wydział Społeczno-Medyczny	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
45	Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza im. Wincentego Pola w Lublinie	Wydział Fizjoterapii	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
46	Wyższa Szkoła Umiejętności im. Stanisława Staszica w Kielcach	Wydział Nauk o Zdrowiu i Środowisku	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne
47	Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu	Wydział Fizjoterapii i Pedagogiki	Pierwszego stopnia	Niestacjonarne

Zasoby danych na temat nauczycieli akademickich posiada MNiSW w postaci bazy kadrowej pracowników. Nie są one ogólnodostępne. Są one także niekompletne, ponieważ uczelnie nie zgłaszają do nich wszystkich pracowników naukowych. Nie mogą one więc stanowić wiarygodnego źródła informacji o pracownikach naukowych zatrudnionych w danej uczelni. Zgłaszani do bazy są jedynie pracownicy wliczani do minimów kadrowych poszczególnych kierunków. Z podanych powyżej powodów stan kadrowy uczelni kształcących studentów na kierunku zdrowie publiczne jest trudny do oszacowania.

15.3.2. Nauka Polska (<http://www.nauka-polska.pl>)

Portal Nauka Polska jest najstarszą bazą danych Ośrodka Przetwarzania Informacji – Państwowego Instytutu Badawczego (prowadzoną od 1990r.). Jego zasoby od 1999r. udostępniane

są bezpłatnie w sieci internetowej. W bazie tej znajdują się informacje dotyczące:

- instytucji naukowych i badawczo-rozwojowych, takich jak publiczne i niepubliczne uczelnie, jednostki Polskiej Akademii Nauk, instytuty badawcze;
- ludzi nauki – Polaków posiadających co najmniej stopień doktora, polskich uczonych za granicą, obcokrajowców pracujących w polskich placówkach naukowych i badawczo-rozwojowych oraz będących członkami Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności, a także promotorami i recenzentami polskich prac badawczych;
- prac badawczych (system SYNABA), tj. prac naukowych i badawczo-rozwojowych, prac doktorskich i habilitacyjnych;
- konferencji naukowych, targów i wystaw oraz projektów badawczych.

15.3.2.1. Ludzie Nauki

Baza Ludzie Nauki stanowi część portalu Nauka Polska i zawiera ponad 121 tysięcy rekordów. Opis osoby zawiera imię i nazwisko, tytuł i stopień naukowy, e-mail, uprawianą dyscyplinę i specjalność naukową, miejsca pracy (aktualne i historyczne), pełnione funkcje, tytuł rozprawy doktorskiej i habilitacyjnej, prace badawcze, w których dana osoba brała udział (np. jako autor, kierownik, recenzent).

Wyszukiwania dokonano wpisując w pole „specjalność” ZDROWIE PUBLICZNE, co umożliwiło wyszukanie osób, zajmujących się tą specjalnością naukową. Wyniki wyszukiwania zamieszczono w tabelach 15.2-15.5.

Tabela 15.2. Liczba osób wg stopnia i tytułu w specjalności ZDROWIE PUBLICZNE w bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp 19.10.2013)

Tytuł naukowy	Liczba	Odsetek
Doktor	241	77.0
Doktor habilitowany	13	4.2
Profesor doktor habilitowany	59	18.8
Ogółem	313	100.0

W bazie Ludzie Nauki zarejestrowanych jest 313 rekordów osób zajmujących się zdrowiem publicznym jako specjalnością naukową. Co piąta osoba posiada tytuł profesora doktora habilitowanego, a przeważająca większość (77%) to naukowcy w stopniu doktora.

Tabela 15.3. Liczba kobiet i mężczyzn posiadających stopnie doktora, doktora habilitowanego i tytuł profesora w specjalności ZDROWIE PUBLICZNE w bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp 19.10.2013)

Płeć	Liczba	Odsetek
Kobieta	185	59.1
Mężczyzna	128	40.9
Ogółem	313	100.0

Wśród zarejestrowanych naukowców zajmujących się zdrowiem publicznym przeważają kobiety, stanowiąc blisko 60% badanej grupy.

Tabela 15.4. Główne dyscypliny naukowe wg Komitetu Badań Naukowych (KBN) reprezentowane przez osoby ze wskazaną specjalnością ZDROWIE PUBLICZNE bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp w dniu 19.10.2013)

Dyscyplina naukowa wg KBN	Liczba	Odsetek
Medycyna	124	39.6
Biologia Medyczna	51	16.3
Nauki Medyczne	44	14.1
Nauki o Zdrowiu	22	7.0

Osoby ze wskazaną specjalnością ZDROWIE PUBLICZNE zarejestrowane w bazie Ludzie Nauki reprezentują przede wszystkim Medycynę (39,6%). Reprezentujący dyscyplinę naukową jaką jest Biologia Medyczna stanowili 16,3% próby. Nieznacznie rzadziej byli to przedstawiciele Nauk Medycznych (14,1%). Nauki o Zdrowiu jako przypisaną w bazie dyscyplinę naukową posiadały 22 osoby (7,0% zarejestrowanych) (tabela 15.4).

Konstrukcja bazy Ludzie Nauki – części portalu Nauka Polska, umożliwia przypisanie osobie posiadającej stopień doktora, doktora habilitowanego lub tytuł profesora jednej lub więcej specjalności. W tabeli 15.5 przedstawiono dziesięć najczęściej przypisanych dodatkowych (oprócz ZDROWIA PUBLICZNEGO) specjalności. Wśród nich znalazły się specjalności kliniczne (m. in. choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia, medycyna rodzinna) oraz niekliniczne, takie jak np. medycyna społeczna, epidemiologia, higiena.

Tabela 15.5. Dziesięć dodatkowych specjalności najczęściej przypisywanych osobom posiadającym specjalność ZDROWIE PUBLICZNE w bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp 19.10.2013)

Posiadana specjalność	Liczba	Odsetek
Choroby wewnętrzne	40	12.8
Medycyna społeczna	37	11.8
Epidemiologia	27	8.6
Organizacja ochrony zdrowia	26	8.3
Higiena	16	5.1
Pediatria	13	4.2
Promocja zdrowia	10	3.2
Chirurgia	10	3.2
Medycyna rodzinna	9	2.9
Zdrowie środowiskowe	8	2.6

Pod względem częstości na pierwszym miejscu znaleźli się specjaliści chorób wewnętrznych (40 osób, 12,8% osób umieszczonych w bazie). Wśród typowych specjalizacji klinicznych odnotowano także chirurgię (3,2%), pediatrię (4,2%) oraz medycynę rodzinną (2,9%). Nie jest to zaska-

kujący fakt, zważywszy, że wśród osób, którym przypisano specjalność ZDROWIE PUBLICZNE aż 40% stanowiły te, które reprezentowały Medycynę. Wśród innych specjalności o mniejszym rozpowszechnieniu, nie wymienionych w tabeli 15.5 znalazły się m. in.: Biocybernetyka, Biologia, Ekonomia, Nauki Kultury Fizycznej, Nauki Filozoficzne, Organizacja i Zarządzanie, Pedagogika, Pielęgniarstwo, Socjologia, Psychologia.

15.3.2.2. Towarzystwa naukowe oraz medyczne towarzystwa zawodowe związane z problematyką zdrowia publicznego

Badacze zdrowia publicznego zasilają szeregi członków towarzystw naukowych oraz medycznych towarzystw zawodowych działających w obszarze zdrowia. Towarzystwa naukowe tworzą podstawę instytucjonalną w rozwoju nowoczesnego życia naukowego. Do zadań stawianych przed towarzystwami naukowymi należą: inicjowanie i rozwijanie badań naukowych, integrowanie środowiska naukowców, tworzenie płaszczyzny dyskusji naukowej, upowszechnianie nauki oraz popularyzacja wiedzy. Towarzystwa skupiają w swych szeregach przedstawicieli świata nauki, ale są równocześnie otwarte na przedstawicieli różnych grup społecznych. Przyczyniają się w ten sposób do wzrostu aktywności społecznej ludzi wokół nich skupionych oraz propagują pożądane postawy obywatelskie. Są przez to uznanymi podmiotami życia publicznego.

Poniżej, w zestawieniu 15.4 przedstawiono towarzystwa naukowe działające w obszarze zdrowia publicznego oraz ich podstawowe działania statutowe. Wyszukiwanie towarzystw przeprowadzono w wyszukiwarce portalu Nauka Polska wybierając typ towarzystwa – NAUKI MEDYCZNE oraz MEDYCZNE TOWARZYSTWA ZAWODOWE - spośród nich wybrano te, które w swoich zadaniach statutowych opisują działania w obszarze zdrowia publicznego.

Zestawienie 15.4. Towarzystwa naukowe działające w obszarze zdrowia publicznego wraz z ich podstawowymi działaniami statutowymi w portalu Nauka Polska, (dostęp 30.11.2013)

Lp.	Nazwa towarzystwa oraz podstawowe zadania statutowe
1	<p>Polskie Towarzystwo Badań nad Miażdżycą ul. Powstańców Wielkopolskich 72 (Katedra Diagnostyki Laboratoryjnej i Medycyny Molekularnej PAM), Szczecin</p> <ul style="list-style-type: none"> • tworzenie organizacyjnych, prawnych i funkcjonalnych warunków dla integracji środowiska naukowego, lekarzy praktyków i osób zainteresowanych tą praktyką • podejmowanie działań służących nawiązaniu i rozwojowi współpracy pomiędzy członkami Towarzystwa a władzami państwowymi, placówkami naukowo-badawczymi i leczniczymi • prowadzenie badań nad miażdżycą i jej objawami klinicznymi oraz podejmowanie działań profilaktycznych • upowszechnianie wyników badań oraz postępu w dziedzinie metod diagnostycznych i leczniczych

Lp.	Nazwa towarzystwa oraz podstawowe zadania statutowe
2	<p>Federacja Polskich Towarzystw Medycznych ul. Wiertnicza 122, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • integracja działalności naukowej towarzystw medycznych • inicjowanie i promowanie naukowych i zawodowych problemów medycznych, głównie o charakterze interdyscyplinarnym • upowszechnianie wiedzy w zakresie ochrony zdrowia i nauk medycznych • uczestniczenie w kształtowaniu właściwej postawy społecznej i etycznej środowiska medycznego • współpraca krajowa i międzynarodowa z organizacjami o pokrewnych celach
3	<p>Polskie Towarzystwo Angiologiczne ul. Batorego 15 (Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej), Bytom</p> <ul style="list-style-type: none"> • zjednoczenie wszystkich lekarzy polskich zajmujących się angiologią dla rozwoju tej dyscypliny medycznej i reprezentowania tej gałęzi wiedzy w Polsce i za granicą • szerzenie w kraju zdobyczy współczesnej angiologii • zachęcanie do pracy naukowej i inicjowanie badań; współdziałanie w organizowaniu społecznej ochrony zdrowia i rozwiązywaniu problemów dotyczących tej działalności • współdziałanie w kształceniu i doskonaleniu lekarzy
4	<p>Polskie Towarzystwo Andrologiczne ul. G. Sterlinga 5, Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • szerzenie i doskonalenie zasad deontologii lekarskiej i dbałości o ich przestrzeganie • podnoszenie kwalifikacji zawodowych i poziomu naukowego członków Towarzystwa • podnoszenie autorytetu i szacunku w społeczeństwie dla lekarzy andrologów • współdziałanie z organami administracji państwowej, instytucjami naukowymi, towarzystwami naukowymi oraz stowarzyszeniami wyższej użyteczności pracującymi na rzecz ochrony zdrowia mężczyzn • stała ochrona interesów i praw lekarzy andrologów • reprezentowanie andrologii oraz dziedzin pokrewnych i ich osiągnięć naukowych w kraju i za granicą
5	<p>Polskie Towarzystwo Fizjologiczne ul. Grzegorzewska 16 (Katedra Fizjologii Collegium Medicum UJ), Kraków</p> <ul style="list-style-type: none"> • popieranie badań i prac mających na celu pogłębianie wiedzy fizjologicznej oraz upowszechnianie w społeczeństwie jej osiągnięć • reprezentowanie polskiej fizjologii w kraju i za granicą
6	<p>Polskie Towarzystwo Gerontologiczne ul. Kleszczowa 61/63, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • propagowanie wiedzy o starzeniu się i starości • inspirowanie i podejmowanie badań naukowych nad tymi problemami • podejmowanie działań w celu integrowania nauk medycznych, biologicznych, społecznych i ekonomicznych w zakresie starości i towarzyszących jej procesów

Lp.	Nazwa towarzystwa oraz podstawowe zadania statutowe
7	<p>Polskie Towarzystwo Hepatologiczne ul. Żurawia 14 (Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku), Białystok</p> <ul style="list-style-type: none"> • tworzenie szerokiego interdyscyplinarnego forum wymiany informacji na temat chorób wątroby • promowanie wiedzy o chorobach wątroby; • promowanie działań prozdrowotnych ograniczających choroby wątroby • współpraca z innymi towarzystwami
8	<p>Polskie Towarzystwo Historii Medycyny i Farmacji ul. J. Muszyńskiego 2 (Katedra i Zakład Historii Medycyny i Farmacji UM w Łodzi), Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie badań z historii medycyny • opieka nad zabytkami • krzewienie zainteresowań i popularyzacja tradycji medycyny polskiej
9	<p>Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej ul. Czysta 18, Kraków</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizowanie i popieranie wszelkich czynności zmierzających do rozwoju badań i prac naukowych w zakresie immunologii doświadczalnej i klinicznej • zrzeszanie osób pracujących w tych dziedzinach i upowszechnienie w społeczeństwie osiągnięć tej gałęzi nauki
10	<p>Polskie Towarzystwo Informatyki Medycznej ul. Rzgowska 17a, Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • inicjowanie i opiniowanie przedsięwzięć dotyczących informatyki medycznej oraz podnoszenie jakości systemów i urządzeń informatycznych w medycynie • popieranie działalności naukowej i naukowo-technicznej we wszystkich dziedzinach informatyki medycznej oraz doskonalenie metod jej efektywnego wykorzystania w medycynie i służbie zdrowia • popularyzacja w społeczeństwie, a zwłaszcza wśród pracowników służby zdrowia, zagadnień informatyki medycznej i jej zastosowań
11	<p>Polskie Towarzystwo Magnezologiczne im. prof. Juliana Aleksandrowicza ul. Pasteura 1, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozwijanie i upowszechnianie nauk o właściwościach biologicznych makro – i mikroelementów, w szczególności magnezu, oraz o ich praktycznych zastosowaniach w ochronie zdrowia i środowiska życia człowieka
12	<p>Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego ul. K. Jaczewskiego 2 (Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie), Lublin</p> <ul style="list-style-type: none"> • promowanie badań naukowych oraz rozwijanie metod i osiągnięć naukowych w dziedzinie ochrony zdrowia • podnoszenie poziomu zawodowego członków Towarzystwa

Lp.	Nazwa towarzystwa oraz podstawowe zadania statutowe
13	<p>Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu ul. J. H. Dąbrowskiego 79, Poznań</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspirowanie, popieranie i popularyzowanie rozwoju nauk o zdrowiu, m.in. poprzez prowadzenie działalności naukowej, wspieranie działalności wydawniczej, organizowanie wymiany naukowej z zagranicą, organizowanie konferencji, sympozjów i seminariów
14	<p>Polskie Towarzystwo Nauk Żywnościowych ul. Nowoursynowska 159c, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizacja i popieranie działalności rozwijającej nauki żywieniowe w Polsce • upowszechnianie osiągnięć nauk żywieniowych w kraju i na forum międzynarodowym
15	<p>Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS ul. Wolska 37 (Wojewódzki Szpital Zakaźny), Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • propagowanie zdobyczy i postępów nauki wśród lekarzy i innych osób zajmujących się problematyką HIV/AIDS • praca dydaktyczna i wychowawcza wśród osób zajmujących się zawodowo sprawami HIV i AIDS • prowadzenie działalności mającej na celu stworzenie warunków do harmonijnego współżycia w społeczeństwie osób zakażonych HIV i chorych na AIDS
16	<p>Polskie Towarzystwo Seksuologiczne ul. Marymoncka 34, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • promocja zdrowia seksualnego • rozwój seksuologii i polskiej szkoły seksuologicznej • mobilizowanie członków do pracy naukowej i społecznej • czuwanie nad wysokim poziomem etycznym i zawodowym członków PTS • współpraca z innymi towarzystwami naukowymi krajowymi i zagranicznymi
17	<p>Polskie Towarzystwo Onkologiczne ul. Dębinki 7, Gdańsk</p> <ul style="list-style-type: none"> • upowszechnianie zdobyczy naukowych w zakresie onkologii; szerzenie postępu w tej dziedzinie oraz działanie na rzecz stałego podnoszenia poziomu oświaty zdrowotnej w zakresie onkologii wśród społeczeństwa • współdziałanie z organami służby zdrowia i innymi instytucjami oraz organizacjami społecznymi w prowadzeniu walki z rakiem
18	<p>Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej ul. Karowa 31, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • wszechstronna działalność w kierunku rozwoju oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia • szkolenie i dokształcanie specjalistów oraz osób zajmujących się edukacją zdrowotną • opracowywanie i wdrażanie programów zapobiegawczych • realizowanie programów interwencyjnych rozwiązujących lokalne problemy zdrowotne • organizowanie konferencji • wydawanie materiałów i pomocy dydaktycznych • współpraca międzynarodowa

Lp.	Nazwa towarzystwa oraz podstawowe zadania statutowe
19	<p>Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej ul. W. K. Roentgena 5 (Centrum Onkologii – Instytut), Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizacja posiedzeń i zjazdów naukowych, prowadzenie kursów i wykładów • popularyzacja zagadnień związanych z chorobami nowotworowymi • inicjowanie badań naukowych • promowanie i ułatwanie kontaktów z ośrodkami onkologicznymi w kraju i za granicą • gromadzenie, opracowywanie i udostępnianie materiałów związanych z historią polskiej onkologii klinicznej
20	<p>Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne ul. Dębinki 2 (Zakład Medycyny Paliatywnej AM w Gdańsku), Gdańsk</p> <ul style="list-style-type: none"> • działania zmierzające do wszechstronnego zaspokajania potrzeb pacjentów • wielodyscyplinarne badania naukowe • działalność oświatowo-szkoleniowa • działania wspierające personel medyczny • aktywizacja działalności samopomocowej pacjentów onkologicznych
21	<p>Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej ul. Marymoncka 34 (Akademia Wychowania Fizycznego), Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • popieranie i rozwijanie nauk o wychowaniu fizycznym w sporcie i turystyce oraz upowszechnianie ich wyników w praktyce
22	<p>Polskie Towarzystwo Terapeutyczne ul. Samarzewskiego 89, bud. D, pok. 52, Poznań</p> <ul style="list-style-type: none"> • promocja różnych form kwalifikowanej terapii, a szczególnie polskich osiągnięć w tym zakresie • rozwój różnych form kwalifikowanej terapii, opierającej się na podstawach uznanych przez współczesną naukę • popularyzowanie wiedzy dotyczącej współczesnych form kwalifikowanej terapii; organizowanie i prowadzenie różnych form szkolenia • organizowanie zjazdów i konferencji naukowych
23	<p>Polskie Towarzystwo Toksykologiczne ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8, Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizowanie i popieranie działalności zmierzającej do rozwoju badań naukowych w zakresie toksykologii oraz upowszechnianie ich osiągnięć w społeczeństwie • reprezentowanie polskiej toksykologii w kraju i za granicą
24	<p>Polskie Towarzystwo Tyreologiczne ul. Rzgowska 281/289, Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • krzewienie aktualnej szeroko pojętej wiedzy o czynności i strukturze tarczycy w stanie zdrowia i w stanie choroby oraz zarówno o samej tarczycy jak i innych narządach i układach • szerzenie zasad deontologii i etyki zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie nawiązywanie oraz podtrzymywanie międzynarodowej współpracy w zakresie tyreologii

Lp.	Nazwa towarzystwa oraz podstawowe zadania statutowe
25	<p>Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego ul. Żołnierska 48, Szczecin</p> <ul style="list-style-type: none"> • upowszechnianie zdobyczy naukowych w zakresie zdrowia publicznego • inspirowanie działalności naukowo-badawczej w dziedzinie zdrowia publicznego • integracja środowisk realizujących zadania ochrony i promocji zdrowia • wymiana doświadczeń i umożliwianie dalszego pogłębiania wiedzy w tej dziedzinie
26	<p>Stowarzyszenie na rzecz Profilaktyki i Rehabilitacji Kardiologicznej im. Doktora Lecha Ziółkowskiego ul. Nowoursynowska 161, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • działania na rzecz profilaktyki i rehabilitacji kardiologicznej poprzez upowszechnianie wiedzy na temat choroby wieńcowej i czynników ryzyka jej rozwoju • propagowanie właściwych zachowań w celu zmniejszenia zagrożenia zawałem serca i jego powikłaniami • rozwijanie modelu ambulatoryjnej diagnostyki kardiologicznej oraz programów indywidualizowanej rehabilitacji po zawale serca i operacjach kardiochirurgicznych, w celu maksymalnego wyeliminowania konieczności hospitalizacji pacjentów • współdziałanie w organizowaniu i realizowaniu programów naukowo-rehabilitacyjnych z innymi instytucjami o zbliżonych celach

Wydaje się, że przedstawiony powyżej spis towarzystw naukowych działających w obszarze zdrowia publicznego zamieszczony w portalu Nauka Polska nie obejmuje wszystkich towarzystw naukowych aktywnych w tej dziedzinie.

W XIX w. zawiązały się pierwsze towarzystwa lekarskie, początkowo o charakterze regionalnym, krajowym, a następnie międzynarodowym, grupując w swych szeregach lekarzy. Wśród realizowanych przez nie zadań znalazły się m. in. działalność naukowo-dydaktyczna, obrona stanu lekarskiego, wzbudzanie zainteresowania sprawami społecznymi oraz dbałość o promocję zdrowia, czyli zadania przypisywane szeroko pojętemu zdrowiu publicznemu [4]. Zadania te realizowane są również w czasach nam współczesnych przez członków istniejących w naszym kraju medycznych towarzystw zawodowych, także badaczy zdrowia publicznego. Medyczne towarzystwa zawodowe działające w obszarze zdrowia publicznego oraz ich podstawowe zadania statutowe zostały przedstawione w zestawieniu 15.5.

Zestawienie 15.5. Medyczne towarzystwa zawodowe działające w obszarze zdrowia publicznego wraz z ich podstawowymi działaniami statutowymi w portalu Nauka Polska (dostęp 30.11.2013)

Lp.	Nazwa i podstawowe zadania statutowe
1	<p>Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy ul. św. Teresy 8, Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • upowszechnianie zdobyczy naukowych w zakresie medycyny pracy i zdrowotnych skutków szkodliwości środowiska oraz szerzenie postępu w tej dziedzinie • inspirowanie działalności naukowo-badawczej w dziedzinie medycyny i higieny pracy oraz ułatwianie członkom Towarzystwa prowadzenie tej działalności • współdziałanie w organizowaniu opieki zdrowotnej nad pracującymi, a zwłaszcza zgłaszanie wniosków dotyczących planów jej rozwoju i programów działania • opracowywanie opinii, wniosków i postulatów w zakresie rozwoju medycyny i higieny pracy • podnoszenie zawodowych i naukowych kwalifikacji członków Towarzystwa • opracowywanie optymalnych programów i metod kształcenia pracowników systemu oraz wprowadzenie systemu kształcenia ustawicznego i współdziałania w prowadzeniu szkolenia • aktywizacja działalności profilaktycznej zmierzającej do zmniejszenia narażenia zawodowego, w celu ograniczenia jego niekorzystnych skutków zdrowotnych oraz dbałość o jakość profilaktycznej opieki zdrowotnej • aktywizacja działalności zmierzającej do wczesnego wykrywania chorób przyczynowo związanych ze środowiskiem pracy, wdrażanie i prowadzenie edukacji zdrowotnej • rozwijanie programów promocji zdrowia i promocji zdolności do pracy w dążeniu do skuteczniejszego zapobiegania zachorowalności na choroby zawodowe, pozazawodowe i wypadkowości w pracy oraz przedwczesnej utracie zdolności do pracy • współdziałanie w kształceniu podyplomowym lekarzy, a w szczególności udział w procesie kształcenia i weryfikacji wiedzy oraz umiejętności specjalizujących się w zakresie medycyny pracy, współudział w opracowywaniu programu i metod nauczania medycyny pracy podczas studiów na wydziałach lekarskich
2	<p>Polskie Towarzystwo Kardiologiczne ul. Stawki 3a/1, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • inicjowanie badań naukowych w dziedzinie kardiologii • profilaktyka i zwalczanie chorób serca i naczyń • propagowanie postępów kardiologii i kardiochirurgii w społeczeństwie • współudział w kształceniu lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w zakresie kardiologii
3	<p>Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej ul. Rzgowska 281/289 (Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”), Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie działalności naukowej i promocja badań naukowych w medycynie perinatalnej • doskonalenie i upowszechnianie wiedzy medycznej w tej dziedzinie

Lp.	Nazwa i podstawowe zadania statutowe
4	<p>Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego ul. Bosmańska 37d, Koszalin</p> <ul style="list-style-type: none"> • popieranie rozwoju ratownictwa medycznego w Rzeczypospolitej Polskiej • upowszechnianie i rozwijanie wiedzy o ratownictwie medycznym • współdziałanie w inicjowaniu i koordynacji programów edukacyjnych z zakresu ratownictwa medycznego i udzielania pierwszej pomocy na różnych poziomach nauczania • inicjowanie i koordynacja programów badawczych z zakresu ratownictwa medycznego, medycyny ratunkowej i katastrof, ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania i leczenia nagłych zagrożeń zdrowia lub życia • podnoszenie naukowego i fachowego poziomu ratowników medycznych oraz specjalistów ratownictwa medycznego • propagowanie postępów nauki wśród ratowników medycznych i specjalistów ratownictwa medycznego • zachęcanie i wdrażanie ratowników medycznych oraz specjalistów ratownictwa medycznego do pracy naukowej, dopomaganie ratownikom medycznym i specjalistom ratownictwa medycznego w pracy zawodowej • reprezentacja nauki i zawodu ratownika medycznego oraz specjalisty ratownictwa medycznego na terenie kraju i za granicą • propagowanie zasad deontologii ratowniczej i solidarności zawodowej ratownika medycznego i specjalisty ratownictwa medycznego • opiniowanie i wypowiedanie się w sprawach dotyczących ratownictwa medycznego, medycyny ratunkowej i ich uregulowań prawnych • inicjowanie i popieranie wszelkich działań zmierzających do uchwalenia przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej Ustawy o zawodzie ratownika medycznego i specjalisty ratownictwa medycznego • roztaczanie opieki nad zabytkami i przedmiotami związanymi z dziejami ratownictwa medycznego
5	<p>Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej pl. gen. J. Hallera 1, Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • upowszechnianie najnowszych zdobyczy nauki w zakresie medycyny sportowej i podnoszenie poziomu umiejętności członków Towarzystwa • organizowanie współpracy naukowej i specjalistycznej z towarzystwami krajowymi i zagranicznymi
6	<p>Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof ul. S. Kopcińskiego 22, Łódź</p> <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie i popieranie działalności naukowej • współdziałanie w upowszechnianiu i wykorzystywaniu postępów wiedzy w zakresie medycyny stanów nagłych i medycyny katastrof oraz w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych członków Towarzystwa

Lp.	Nazwa i podstawowe zadania statutowe
7	<p>Polskie Towarzystwo Pediatriczne ul. Odonaj Bujwida 44, Wrocław</p> <ul style="list-style-type: none"> • upowszechnianie wiedzy medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem medycyny wieku rozwojowego • podnoszenie poziomu naukowego i kwalifikacji zawodowych lekarzy pediatrów oraz dbałość o przestrzeganie zasad deontologii i etyki zawodowej • współdziałanie w tworzeniu programów dla zapewnienia opieki zdrowotnej oraz ochrony interesów dzieci i młodzieży
8	<p>Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie al. W. Reymonta 8/12, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • popularyzowanie zdobyczy naukowych w zakresie pielęgniarstwa i nauk pokrewnych oraz kształtowanie postaw etycznych członków Towarzystwa • wspieranie zawodowego i naukowego rozwoju pielęgniarek i położnych • prowadzenie badań naukowych i wdrażanie ich wyników do praktyki pielęgniarstwa i położniczej • współpraca z instytucjami i organizacjami naukowymi w kraju i za granicą
9	<p>Polskie Towarzystwo Higieniczne ul. Karowa 31, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • ochrona zdrowia społeczeństwa przez propagowanie i rozwój higieny, profilaktyki, oświaty zdrowotnej i problematyki zdrowia publicznego
10	<p>Polskie Towarzystwo Reumatologiczne ul. Spartańska 1 (Instytut Reumatologiczny), Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwalczanie chorób reumatycznych • propagowanie wśród lekarzy naukowej i praktycznej problematyki w zakresie reumatologii • inicjowanie i wymiana myśli naukowej między poszczególnymi ośrodkami; organizowanie konferencji naukowych, sympozjów i zjazdów reumatologicznych (EULAR) • współpraca z prestiżowymi, międzynarodowymi ośrodkami reumatologicznymi • Towarzystwo aktywnie uczestniczy w stowarzyszeniu się chorych przeciwko chorobom reumatycznym w „Grupy samoopieki” (Self-help Groups)
11	<p>Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem ul. Oleandrów 4/10, Warszawa</p> <ul style="list-style-type: none"> • popularyzowanie postępowych idei i osiągnięć w zakresie rehabilitacji inwalidów i osób niepełnosprawnych oraz profilaktyka niepełnosprawności i inwalidztwa u dzieci, młodzieży i dorosłych • budzenie i pogłębianie wrażliwości społecznej różnych środowisk do działania na rzecz likwidacji barier i ograniczeń uniemożliwiających inwalidom uczestnictwo w życiu społecznym i gospodarczym • rozwój rehabilitacji medycznej, zawodowej i społecznej w teorii i praktyce

Lp.	Nazwa i podstawowe zadania statutowe
12	Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa ul. Alpejska 42 (Instytut Kardiologii), Warszawa <ul style="list-style-type: none"> • praca nad zagadnieniami nowoczesnego szpitalnictwa i szpitaloznawstwa, aktualnej i przyszłej organizacji i działalności szpitalnictwa oraz jego historii
13	Polskie Towarzystwo Wakcynologii ul. Chocimska 24, Warszawa <ul style="list-style-type: none"> • upowszechnianie aktualnej i rzetelnej wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień jako metody zapobiegania chorobom • oprócz celów edukacyjnych PTW inicjuje i bierze udział w realizacji projektów badawczych, które mają dostarczyć istotnych danych do podejmowania decyzji dotyczących szczepień w praktyce na różnych poziomach organizacyjnych opieki zdrowotnej - począwszy od pacjenta, poprzez jego lekarza, aż do płatnika i organizatora systemu opieki zdrowotnej
14	Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii ul. Chmielna 10a/21, Warszawa <ul style="list-style-type: none"> • przeciwdziałanie uzależnieniom od narkotyków, alkoholu, nikotyny i innych substancji psychoaktywnych oraz przeciwdziałanie skutkom ich używania, w tym również niepełnosprawności

Pobieżny przegląd wskazuje, że nie jest to pełna lista zawodowych towarzystw medycznych aktywnych w dziedzinie zdrowia publicznego.

Do wspólnych działań z zakresu zdrowia publicznego wymienionych powyżej towarzystw naukowych oraz zawodowych towarzystw medycznych należą: (a) ochrona zdrowia społeczeństwa poprzez upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie, propagowanie oświaty zdrowotnej, problematyki zdrowia publicznego, (b) profilaktyka i zwalczanie chorób, (c) kształcenie kadr medycznych, (d) organizacja infrastruktury ochrony zdrowia, (e) prowadzenie działalności naukowej i promocja badań naukowych.

15.3.3. System Wspomagania Wyboru Recenzentów

System Wspomagania Wyboru Recenzentów jest podobnie jak POL-on oraz Nauka Polska bazą danych Ośrodka Przetwarzania Informacji – Państwowego Instytutu Badawczego.

Recenzje sporządzane przez przedstawicieli świata nauki są podstawowym narzędziem stosowanym do oceny merytorycznej prac naukowych [3]. Podstawowy cel recenzowania to dbałość o wysoki poziom badań naukowych oraz publikacji. Te z nich, które nie spełniają standardów metodologicznych powinny zostać odrzucone, zaś te, które są innowacyjne, wnoszące nową wartość do istniejącego stanu wiedzy powinny być promowane.

System Wspomagania Wyboru Recenzentów gromadzi informacje o potencjalnych recenzentach. Umożliwia on wskazanie recenzentów do oceny projektu czy artykułu naukowego. Baza recenzentów powstała w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007 – 2013 (priorytet I, działanie 1.1, poddziałanie 1.1.3, zadanie 5.1 projektu systemowego „Wsparcie systemu

zarządzania badaniami naukowymi oraz ich wynikami”).

System Wspomagania Wyboru Recenzentów to adaptacyjna baza wiedzy o potencjalnych recenzentach umożliwiającą dostęp do następujących danych: (a) dziedziny naukowe, (b) ludzie nauki, (c) słowa kluczowe, (d) publikacje, (e) źródła. Baza ta w odniesieniu do ludzi nauki zawiera informacje o danych osobowych (imię i nazwisko), tytule naukowym, reprezentowanej dyscyplinie naukowej, jak również o afiliacji oraz danych kontaktowych (strona domowa www, adres e-mail). Pozwala przy tym uzyskać dane dotyczące zatrudnienia (aktualne oraz nieaktualne), stanowiska oraz pełnionych funkcji (zarówno aktualnych jak i pełnionych w przeszłości), promotorstwa i recenzji, listy publikacji, których autorem lub współautorem jest recenzent, a także słów kluczowych (w języku polskim i angielskim) przypisanych do recenzenta oraz publikacji.

W konstrukcji Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów uwzględniono siedem modeli klasyfikacji dyscyplin naukowych: (a) KBN (Komitet Badań Naukowych), (b) *ERC* (*European Research Council*), (c) *OECD* (*Organization for Economic Co-operation and Development*), (d) NCN (Narodowe Centrum Nauki), (e) SDD (Słownik Dziedzin i Dyscyplin Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego), (f) CKSST (Centralna Komisja do spraw Stopni i Tytułów), (g) *OSJ* (*Ontology of Scientific Journals*).

Wyszukiwarka Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów umożliwia wyszukiwanie osób wg takich kryteriów jak: imię, nazwisko, tytuł naukowy, słowo kluczowe oraz reprezentowana dyscyplina naukowa. Przeglądu danych dotyczących ludzi nauki reprezentujących zdrowie publiczne w Polsce dokonano na podstawie kryterium reprezentowanej dyscypliny naukowej. Ustalono, że zdrowie publiczne jest inaczej umiejscowione w każdej z w/w klasyfikacji dyscyplin naukowych. Liczbowe podsumowanie naukowców w dziedzinie zdrowia publicznego zarejestrowanych jako recenzenci w systemie zawierają tabele 15.6 – 15.12. Opisano także umiejscowienie zdrowia publicznego (o ile było ono wyodrębnione) w siedmiu klasyfikacjach dyscyplin naukowych.

W klasyfikacji *OECD* Zdrowie Publiczne i Środowiskowe jest częścią Nauk o Zdrowiu, stanowiących subdyscyplinę Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu (tab. 15.6). W bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów wg klasyfikacji *OECD* do Zdrowia Publicznego i Środowiskowego przypisanych jest 4307 recenzentów. Klasyfikacja CKSST nie wyróżnia zdrowia publicznego jako wyodrębnionej dyscypliny naukowej (tab. 15.7). Recenzentów reprezentujących zdrowie publiczne należy poszukiwać np. wśród osób reprezentujących Nauki Medyczne czy Nauki o Zdrowiu.

Wg klasyfikacji *ERC* Zdrowie Publiczne i Epidemiologia jest częścią Nauk o Życiu (tab. 15.8). Jedynie 79 osób przypisanych jest do dziedziny Zdrowia Publicznego i Epidemiologii jako recenzenci.

Klasyfikacja dyscyplin naukowych wg KBN, podobnie jak klasyfikacja CKSST nie uwzględnia zdrowia publicznego jako odrębnej dyscypliny naukowej (tab. 15.9). Najwięcej recenzentów – 20857 – związanych było z Medycyną, 4511 recenzentów to naukowcy zajmujący się Biologią Medyczną, a 5041 – Naukami Medycznymi. Przedstawiciele Nauk Farmaceutycznych stanowili grupę liczącą 3303 osoby. Do najmniej licznej, 1267-osobowej grupy należeli recenzenci z dziedziny Nauk o Zdrowiu.

Narodowe Centrum Nauki wyróżnia Zdrowie Publiczne (Epidemiologia, Choroby Cywilizacyjne i Społeczne Zagrożenia Środowiskowe dla Zdrowia Ludzi i Zwierząt, Medycyna i Weterynaryjna Ochrona Zdrowia Publicznego, Etyka, Medycyna Pracy, Farmakoekonomika) i klasyfikuje je jako część Nauk o Życiu (tab. 15.10).

W Systemie Wspomagania Wyboru Recenzentów dla Zdrowia Publicznego wg klasyfikacji NCN przypisanych jest 3307 recenzentów.

Zdrowie Publiczne w klasyfikacji dyscyplin naukowych wg *OSJ* stanowi część Nauk Medycznych. Jedyne 32 recenzentów reprezentuje Zdrowie Publiczne w tej klasyfikacji, choć do Zdrowia Publicznego i Usług Zdrowotnych jako szerszej dyscypliny nauki przypisanych jest aż 1299 osób (tab. 15.11).

Zdrowie Publiczne i Kultura Fizyczna są wg klasyfikacji dyscyplin naukowych SDD częścią Nauk Medycznych. W Systemie Wspomagania Wyboru Recenzentów Zdrowie Publiczne i Kulturę Fizyczną reprezentują 3322 osoby (tab. 15.12).

Tabela 15.6. Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *OECD* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)

<i>OECD</i> <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i> (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)	
Dyscyplina naukowa	Liczba recenzentów
Nauki Humanistyczne	28153
Nauki Inżynieryjne i Techniczne	43726
Nauki Przyrodnicze	48926
Nauki Rolnicze	12220
Nauki Społeczne	30876
Nauki Medyczne i Nauki o Zdrowiu	37819
Biotechnologia Medyczna	7657
Medycyna Ogólna	28717
Medycyna Kliniczna	25545
Nauka o Zdrowiu	8317
Zdrowie Publiczne i Środowiskowe	4307
Medycyna Tropikalna	4199
Nauka o Opiece Zdrowotnej i Usługach Zdrowotnych (w tym Administracja Szpitali, Finansowanie Ochrony Zdrowia)	4209
Epidemiologia	4270
Nauki Społeczno-Biomedyczne (w tym Planowanie Rodziny, Zdrowie Seksualne, Psychoonkologia, Polityczne i Społeczne Skutki Badań Biomedycznych)	238
Nauka o Sporcie i Sprawności Fizycznej	2418
Pielęgniarstwo	382
Etyka Medyczna	234
Uzależnienia	236
Choroby Zawodowe	4200
Parazytologia	4200
Żywność, Dietetyka	1947
Choroby Zakaźne	4242
Polityka Zdrowotna i Usługi Zdrowotne	239

Tabela 15.7. Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji CKSST w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)

CKSST Centralna Komisja ds. Stopni i Tytułów Naukowych <i>Central Commission for Academic Degrees and Titles</i>	
Dyscyplina naukowa	Liczba recenzentów
Nauki Biologiczne	9071
Ekologia	764
Mikrobiologia	306
Biologia	8659
Biofizyka	258
Biotechnologia	645
Nauki Chemiczne	8794
Nauki Ekonomiczne	10790
Nauki Farmaceutyczne	2438
Nauki Fizyczne	7301
Nauki Humanistyczne	38949
Nauki Leśne	1335
Nauki Matematyczne	7935
Nauki Medyczne	24991
Stomatologia	1476
Biologia Medyczna	3729
Medycyna	20599
Nauki o Kulturze Fizycznej	3176
Nauki o Zdrowiu	239
Nauki o Ziemi	4132
Nauki Prawne	5038
Nauki Rolnicze	12548
Nauki Techniczne	30839
Nauki Teologiczne	3540
Nauki Weterynaryjne	1534
Sztuki Filmowe	131
Sztuki Muzyczne	131
Sztuki Plastyczne	4605
Sztuki Teatralne	131

Tabela 15.8. Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *ERC* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)

ERC European Research Council Europejska Rada ds. Badań Naukowych	
Dyscyplina naukowa	Liczba recenzentów
Matematyka, Fizyczne, Informacja i Komunikacja, Inżynieria, Nauki o Ziemi i Środowisku	1962
Nauki Humanistyczne i Społeczne	1927
Nauki o Życiu	990
Stosowane Nauki o Życiu i Biotechnologia: Rolnictwo, Rybactwo, Leśnictwo, Żywnienie, Biotechnologia, Biologia Chemiczna, Inżynieria Genetyczna, Biologia Syntetyczna, Biologia Przemysłowa, Biotechnologia Środowiskowa i Rekultywacja	448
Immunologia i Choroby Zakaźne: Immunologia, Etiologia Zaburzeń Immunologicznych, Mikrobiologia, Wirusologia, Parazytologia, Globalne i inne Choroby Zakaźne, Dynamika Populacji Chorób Zakaźnych, Medycyna Weterynaryjna	196
Biologia na Poziomie Komórki: Biologia Komórkowa, Fizjologia Komórki, Transdukcja Sygnału, Organogeneza, Genetyka Rozwoju, Formowanie Wzorców u Roślin i Zwierząt	408
Biologia Ewolucyjna, Populacyjna i Środowiskowa: Ewolucja, Ekologia, Zachowania Zwierząt, Biologia Populacyjna, Różnorodność Biologiczna, Biogeografia, Biologia Morza, Ekotoksykologia, Biologia Prokariontów	290
Biologia Molekularna i Strukturalna i Biochemia: Biologia Molekularna, Biochemia, Biofizyka, Biologia Strukturalna, Biochemia Przewodzenia Sygnałów	357
Narzędzia Diagnostyczne, Terapie i Zdrowie Publiczne: Etiologia, Diagnostyka i Leczenie Chorób, Zdrowie Publiczne, Epidemiologia, Farmakologia, Medycyna Kliniczna, Medycyna Regeneracyjna, Etyka Medyczna	430

	Ryzyko Środowiskowe i Zdrowotne, w tym Promieniowanie	b.d.
	Medycyna Praca	b.d.
	Chirurgia	b.d.
	Radioterapia	b.d.
	Inżynieria i Technologie Medyczne	212
	Służba Zdrowia, Badania nad Ochroną Zdrowia	76
	Narzędzia Diagnostyczne (Np. Genetyczne, Obrazowanie)	b.d.
	Toksykologia	16
	Terapia Genowa, Terapia Komórek Macierzystych, Medycyna Regeneracyjna	b.d.
	Etyka Medyczna	b.d.
	Farmakologia, Farmakoekonomika, Odkrycie i Projektowanie Farmakologiczne, Terapie Farmakologiczne	b.d.
	Środki Przeciwbólwe	b.d.
	Zdrowie Publiczne i Epidemiologia	79
	Neurologia i Choroby Układu Nerwowego: Neurobiologia, Neuroanatomia, Neurofizjologia, Neurochemia, Neurofarmakologia, Neuroobrazowanie, Systemy Neurologiczne, Zaburzenia Neurologiczne, Psychiatria	261
	Fizjologia, Patofizjologia i Endokrynologia: Fizjologia Organowa, Patofizjologia, Endokrynologia, Metabolizm, Starzenie, Regeneracja, Powstawanie Nowotworów, Choroby Układu Krążenia, Zespół Metaboliczny	261
	Genetyka, Genomika, Bioinformatyka i Biologia Systemowa: Genetyka, Genetyka Populacyjna, Genetyka Molekularna, Genomika, Transkryptomika, Proteomika, Metabolomika, Bioinformatyka, Biologia Obliczeniowa, Biostatystyka, Modelowanie i Symulacje Biologiczne, Biologia Systemowa, Epidemiologia Genetyczna	442

Tabela 15.9. Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji KBN w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)

KBN Komitet Badań Naukowych <i>State Committee for Scientific Research</i>	
Dyscyplina naukowa	Liczba recenzentów
Agronomia	3585
Architektura i Urbanistyka	4183
Astronomia	695
Automatyka i Robotyka	4034
Bibliotekoznawstwo i Informacja Naukowo-Techniczna	685
Biocybernetyka i Inżynieria Biomedyczna	1216
Biologia	8534
Biologia Medyczna	4511
Biotechnologia	581
Budowa i Eksploatacja Maszyn	7498
Budownictwo	5399
Ekonomia	10059
Elektronika	5093
Elektrotechnika	5378
Energetyka	3369
Fizyka	6404
Geodezja i Kartografia	3586
Geofizyka	1101
Geografia	4273
Geologia	4336
Górnictwo i Geologia Inżynierska	2480
Informatyka	6224
Inżynieria Chemiczna	1812
Inżynieria i Ochrona Środowiska	4024
Inżynieria Materiałowa	3410
Inżynieria Produkcji	1026
Kształtowanie Środowiska	1019
Kulturoznawstwo	3320
Matematyka	4298
Mechanika	5781
Medycyna	20857
Melioracje Wodne	936
Metalurgia	3503
Nauki Chemiczne	8312
Nauki Farmaceutyczne	3303
Nauki Filologiczne	9764
Nauki Filozoficzne	3139

Nauki Historyczne	6799
Nauki Kultury Fizycznej	3273
Nauki Leśne	1354
Nauki Medyczne	5041
Nauki o Bezpieczeństwie	68
Nauki o Mediach	1999
Nauki o Obronności	33
Nauki o Polityce	2873
Nauki o Poznaniu i Komunikacji Społecznej	2003
Nauki o Sztukach Pięknych	5644
Nauki o Zdrowiu	1267
Nauki Prawne	4928
Nauki Teologiczne	3557
Nauki Weterynaryjne	1625
Nauki Wojskowe	1230
Oceanologia	2953
Ogrodnictwo	1432
Organizacja i Zarządzanie	4582
Pedagogika	4440
Pielęgniarstwo	1234
Psychologia	2408
Rybacktwo	726
Socjologia	3449
Stomatologia	1696
Technika Nawigacji	299
Technika Rolnicza	1935
Technologia Chemiczna	2971
Technologia Drewna	355
Technologia Żywności i Żywienia	2073
Telekomunikacja	3717
Towaroznawstwo	763
Transport	3584
Włókiennictwo	1097
Zootechnika	2481

Tabela 15.10. Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji NCN ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)

NCN Narodowe Centrum Nauki <i>National Science Centre</i>	
Dyscyplina naukowa	Liczba recenzentów
Nauki Humanistyczne, Społeczne i o Sztuce	44000
Nauki Ścisłe i Techniczne	43793
Nauki o Życiu	37027
Biologia na Poziomie Tkank, Narządów i Organizmów: Budowa i Czynność Układów, Narządów i Organizmów Ludzi i Zwierząt, Metody Diagnostyki i Terapii, Medycyna Doświadczalna, Onkologia Doświadczalna, Podstawy Nauk Neurologicznych, Farmacja, Farmakoterapia	23121
Immunologia i Choroby Zakaźne Ludzi i Zwierząt: Odporność, Choroby Immunologiczne, Immunoterapia, Choroby Zakaźne i Inwazyjne	388
Choroby Niezakaźne Ludzi i Zwierząt: Przyczyny, Mechanizmy, Rozpoznawanie i Leczenie Chorób, Zatruc i Urazów	55
<u>Zdrowie Publiczne:</u> Epidemiologia, Choroby Cywilizacyjne i Społeczne Zagrożenia Środowiskowe dla Zdrowia Ludzi i Zwierząt, Medycyna i Weterynaryjna Ochrona Zdrowia Publicznego, Etyka, Medycyna Pracy, Farmakoekonomika	3307
Weterynaryjna Ochrona Zdrowia Publicznego	2
Promocja Zdrowia	13
Etyka Weterynaryjna	b.d.
Etyka Medyczna	5
Zagrożenia Środowiskowe	9
Rehabilitacja	78
Epidemiologia	7
Organizacja Ochrony Zdrowia	4
Prewencja Populacyjna	4
Medycyna Pracy	2
Farmakoekonomika	b.d.

Stosowane Nauki o Życiu: Rolnictwo, Leśnictwo, Ogrodnictwo, Rybactwo, Żywnienie i Żywność, Biotechnologia Środowiskowa	10688
Genetyka, Genomika: Genetyka Molekularna, Genomika, Proteomika, Bioinformatyka, Biologia Systemowa, Epidemiologia Molekularna	521
Biologia na Poziomie Komórki: Biologia Komórkowa, Biologia Rozwoju i Starzenia, Neurobiologia	808
Podstawowe Procesy Życiowe na Poziomie Molekularnym: Biologia Molekularna, Biologia Strukturalna, Biotechnologia	1447
Podstawy Wiedzy o Życiu na Poziomie Środowiskowym: Biologia Ewolucyjna, Biologia Populacyjna, Biologia Środowiskowa, Systematyka	492

Tabela 15.11. Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *OSJ* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomaganie Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)

<i>OSJ</i> <i>Ontology of Scientific Journal</i> Ontologia Czasopism Naukowych	
Dyscyplina naukowa	Liczba recenzentów
Ekonomia i Nauki Społeczne	30083
Nauki Ogólne	1111
Nauki Medyczne	35393
Psychologia i Nauki Kognitywne	2251
Medycyna Kliniczna	29396
Nauki Biomedyczne	4067
Zdrowie Publiczne i Usługi Zdrowotne	1299
Rehabilitacja	78
Gerontologia	26
Epidemiologia	26
Polityka i Usługi Zdrowotne	184
Pielęgniarstwo	160
Zdrowie Publiczne	32
Logopedia i Audiologia	11
Nadużywanie Substancji	6
Nauki Przyrodnicze	39016
Nauki Stosowane	51294
Sztuka i Nauki Humanistyczne	28213

Tabela 15.12. Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji SDD ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)

SDD Słownik Dziedzin i Dyscyplin <i>Dictionary of Scientific Fields and Disciplines</i>		
Dyscyplina naukowa		Liczba recenzentów
Nauki Humanistyczne i Społeczne		50595
Nauki Medyczne		8316
	Zdrowie Publiczne i Kultura Fizyczna	3322
	Kultura Fizyczna	68
	Medycyna Zdrowia Środowiskowego	63
	Rehabilitacja Narządów Ruchu	56
	Medycyna Pracy	135
	Medycyna Społeczna	58
	Żywność i Żywnienie	268
	Rehabilitacja Chorób Układu Krążenia	45
	Medycyna Wieku Rozwojowego	323
	Nauki Farmaceutyczne	2539
	Nauki Kliniczne Zabiegowe	2321
	Nauki Kliniczne Niezabiegowe	655
	Biologia Medyczna	855
Nauki Przyrodnicze		12820
Nauki Ścisłe		21071
Nauki Techniczne		28532

W odniesieniu do liczby badaczy zdrowia publicznego w Systemie Wspomagania Wyboru Recenzentów zaobserwowano znaczne różnice w zależności od przyjętej klasyfikacji dyscypliny naukowej i wyróżnienia w niej zdrowia publicznego (często w połączeniu z innymi dziedzinami nauki – epidemiologią, kulturą fizyczną) lub braku takiego wyróżnienia.

Podsumowując, najwyższą liczbę recenzentów odnotowano dla Zdrowia Publicznego i Środowiskowego wg klasyfikacji *OECD* – 4307 osób, dla Zdrowia Publicznego i Kultury Fizycznej wg klasyfikacji SDD – 3322 oraz dla Zdrowia Publicznego (Epidemiologia, Choroby Cywilizacyjne i Społeczne Zagrożenia Środowiskowe dla Zdrowia Ludzi i Zwierząt, Medycyna i Weterynaryjna Ochrona Zdrowia Publicznego, Etyka, Medycyna Pracy, Farmakoekonomika) wg klasyfikacji NCN – 3307 osób. Najmniej liczne grono stanowili recenzenci Zdrowia Publicznego i Epidemiologii (wg klasyfikacji *ERC*) – 79 osób oraz Zdrowia Publicznego wg *OSJ* – 32 osoby.

15.3.4. Centralny Rejestr Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej Naczelnej Izby Lekarskiej

Centralny Rejestr Lekarzy RP został stworzony ze składek członków samorządu lekarskiego i jest utrzymywany z tego funduszu. Nie ma on statusu rejestru państwowego. Zawiera zbiór informacji o lekarzach i lekarzach dentytach – członkach 24 okręgowych rejestrów lekarzy (Okręgowych Izb Lekarskich). Dane te są uaktualniane 1 raz w miesiącu za pomocą plików replikacyjnych przekazywane z Okręgowych Izb Lekarskich (OIL) do Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL). Centralny Rejestr Lekarzy RP zawiera informacje zbiorcze o liczbie lekarzy i lekarzy dentytach posiadających daną specjalizację. Poniżej w tabeli 15.13 przedstawiono zestawienie liczbowe lekarzy oraz lekarzy dentytach posiadających specjalizację w dziedzinie zdrowia publicznego.

Tabela 15.13. Liczba lekarzy i lekarzy dentytach wg dziedziny (zdrowie publiczne) i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących zawód i nie wykonujących zawodu (Centralny Rejestr Lekarzy RP, stan na dzień 31.08.2013, dostęp 01.12.2013)

Dziedzina specjalizacji	Rodzaj	Liczba specjalistów		Liczba specjalistów I stopnia		Razem	
		wszyscy	wykonujący zawód	wszyscy	wykonujący zawód	wszyscy	wykonujący zawód
Zdrowie publiczne	Lekarska Dentystyczna Podstawowa	1882	1438	1245	888	3127	2326

Według danych zawartych w Centralnym Rejestrze Lekarzy RP w 2013r. ponad 3 tysiące lekarzy oraz lekarzy dentytach posiadało specjalizację w dziedzinie zdrowia publicznego. Lekarze specjaliści zdrowia publicznego wykonujący zawód stanowili blisko 75% osób umieszczonych w rejestrze.

15.3.5. *Index Copernicus International*

Index Copernicus International to specjalistyczna platforma promująca osiągnięcia nauki, posiadająca międzynarodowy zasięg. Służy ona nawiązywaniu i wsparciu współpracy pomiędzy naukowcami, jednostkami naukowymi oraz wydawnictwami czasopism naukowych.

Moduł *IC Scientists* stanowiący część *Index Copernicus International* to globalny portal współpracy naukowej. Od 15 lat działa w formule portalu informacyjno- społecznościowego. Jego oferta skierowana jest do ludzi nauki reprezentujących branże *SMT* (*Science, Technology, Medicine*) z całego świata. Stwarza naukowcom możliwość zaprezentowania swojego profilu oraz dorobku naukowego, a także nawiązania współpracy naukowej. Obecnie w *IC Scientists* zarejestrowanych jest ok. 300 tys. naukowców, w tym ponad 6 tys. z Polski.

Moduł *IC Scientists* posiada wyszukiwarke umożliwiającą odnalezienie naukowców z całego świata, którzy są zarejestrowanymi użytkownikami systemu wg następujących kryteriów: nazwisko,

specjalizacje, dyscypliny naukowe, słowa kluczowe, narzędzia, umiejętności, miasto, kraj. Profil naukowca zawiera dane dotyczące reprezentowanej dyscypliny naukowej, słów kluczowych, stosowanych narzędzi badawczych, specjalizacji, posiadanej aparatury badawczej, wykształcenia, stopni i tytułów naukowych, realizowanych grantów badawczych, patentów, udziału w konferencjach naukowych, historii zatrudnienia, członkostwa w towarzystwach naukowych, publikacji, recenzowania prac naukowych, dyplomów i wyróżnień. Umożliwia także kontakt z wybraną osobą poprzez pocztę e-mail.

Przeszukiwania bazy *IC Scientists* dokonano przy użyciu kryterium dyscyplin naukowych wybierając z wyszukiwarki ZDROWIE PUBLICZNE (będące częścią Medycyny) oraz zawiązując otrzymane wyniki do naukowców z Polski. W bazie *IC Scientists* zarejestrowanych jest 135 naukowców reprezentujących zdrowie publiczne w Polsce. Dla porównania, w całej bazie zarejestrowane są 523 osoby zajmujące się naukowo zdrowiem publicznym na całym świecie (dostęp 07.01.2014).

15.4. Podsumowanie

Osoby związane z działalnością badawczą w obszarze zdrowia publicznego w Polsce, to przede wszystkim pracownicy naukowcy oraz naukowo-dydaktyczni uczele wyższych kształcących na kierunku zdrowie publiczne, pracownicy naukowcy instytutów badawczych, członkowie towarzystw naukowych oraz medycznych towarzystw zawodowych związanych z problematyką zdrowia publicznego. Do grupy badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego można zapewne doliczyć jeszcze niektórych pracowników sektora prywatnego (np. firm badawczych, farmaceutycznych, świadczeniodawców itp.) oraz część kadry organizacji pozarządowych aktywnych w obszarze ochrony zdrowia, ale wiedza o tych kręgach jest zupełnie niewystarczająca.

Bazy danych, w których znajdujemy informacje o badaczach z obszaru zdrowia publicznego, to głównie serwisy Ośrodka Przetwarzania Informacji – Państwowego Instytutu Badawczego (Nauka Polska, POL-on – system informacji o szkolnictwie wyższym oraz System Wspomagania Wyboru Recenzentów). Innym portalem rejestrującym profile naukowców jest *Index Copernicus International*. Dane na temat liczby lekarzy oraz lekarzy dentyistów – specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego dostępne są na stronach Naczelnej Izby Lekarskiej (Centralny Rejestr Lekarzy RP).

Wyszukiwanie badaczy ZP w w/w bazach jest utrudnione ze względu na zastosowane różnorodne klasyfikacje dziedzin i dyscyplin naukowych. W przytoczonych powyżej klasyfikacjach zdrowie publiczne jest różnie ułożone. Stanowi np. część Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu (wg klasyfikacji *OECD*) lub Nauk o Życiu (wg NCN). Niektóre klasyfikacje z kolei (m. in. klasyfikacja wg KBN) nie wyróżniają zdrowia publicznego jako dziedziny nauki czy dyscypliny naukowej.

Opisane bazy danych zawierające informacje o ludziach nauki cechują się brakiem spójności w odniesieniu do liczby badaczy zdrowia publicznego. Ich liczba waha się od 55 do 3301 w zależności od wybranej bazy. Odpowiedź na pytanie, jakie są zasoby kadrowe badaczy zdrowia publicznego w Polsce jest więc niemożliwa.

15.5. Piśmiennictwo

1. Cianciara D, Piotrowicz M, Dmowski M, Tucka-Dorociak H. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce Cz. I. Stan zatrudnienia. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 468-474.
2. Cianciara D, Piotrowicz M, Tucka-Dorociak H. Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz. II. Oferty pracy. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(3): 475-481.
3. Procedury recenzowania i doboru recenzentów. Tom I. Red. naukowa: Jarosław Protasiewicz. Wydawnictwo MNiSW, 2012.
4. Spaczyński M. Rola Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego – strategia działania, *Ginek Prakt* 2003, 11, 6, 7-9).

16. WSTĘPNE WYNIKI BADANIA „MOJA PRACA W ZDROWIU PUBLICZNYM”

Katarzyna Lewtak¹, Maria Piotrowicz¹, Małgorzata Gajewska¹, Ewa Urban¹, Dorota Cianciara^{1,2}

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny
²Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

16.1. Najważniejsze fakty

- Co piąty respondent ankiety, badacz związany ze zdrowiem publicznym w Polsce, to lekarz. Co dziesiąty (11,6% ankietowanych) był absolwentem kierunku zdrowie publiczne. Najrzadziej w badaniu uczestniczyli absolwenci prawa, filozofii, antropologii, fizyki, ochrony środowiska czy informatyki.
- Niemal trzy czwarte (70,8%) uczestników badania stanowiły kobiety. Najliczniej reprezentowane były osoby młode w wieku 31-40 lat, posiadające stopień naukowy doktora, pracujące w zdrowiu publicznym 6-10 lat.
- Podstawowym miejscem pracy osób zajmujących się pracą naukową w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce, biorących udział w badaniu, była uczelnia publiczna (59,8% respondentów), rzadziej - instytut badawczy (25,3%) oraz instytut badawczy o statusie PIB (8,0%).
- Ponad 60% ankietowanych publikowało swoje prace w czasopismach posiadających *impact factor (IF)*. Blisko co czwarty badany nie wysłał dotychczas żadnych prac do czasopism posiadających *IF*.
- Zaledwie co szósty respondent (16,9%) był członkiem wirtualnych serwisów społeczności naukowców. Wirtualne społeczności ludzi nauki sprzyjają rozpowszechnianiu dorobku naukowego jak również nawiązywaniu współpracy, prowadzeniu badań inter- oraz transdyscyplinarnych.
- Blisko 90% osób zaangażowanych w badania naukowe oraz działalność praktyczną w obszarze zdrowia publicznego, biorących udział w ankiecie, podkreślało potrzebę powstania ustawy o zdrowiu publicznym oraz uzgodnienia funkcji zdrowia publicznego właściwych dla Polski.
- W Polsce, wg respondentów nie prowadzi się badań oraz działań praktycznych zgodnych z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Badania w dziedzinie zdrowia publicznego, zarówno te finansowane ze środków krajowych jak i zagranicznych, w których uczestniczyli ankietowani, to przede wszystkim projekty wyłącznie badawcze.
- Badania w dziedzinie zdrowia publicznego są w opinii respondentów zdominowane przez podejście biomedyczne.
- Opinie większości ankietowanych badaczy na temat prowadzonej od 2010r. reformy nauki wskazują, że reforma nie jest korzystna ani dla praktyki, ani dla teorii i badań z obszaru ZP.

16.2. Cel i procedura badania

Badania ankietowe przeprowadzone zostały w ramach realizowanego w latach 2010-2014 grantu badawczego MNiSW N N404 053639 „Stan badań z dziedziny zdrowia publicznego w Polsce – ewaluacja piśmiennictwa, mapa drogowa”.

W opisywanym badaniu przyjęto następujące znaczenie poszczególnych terminów:

- **Zdrowie publiczne (ZP):** wszystkie zorganizowane działania, których celem jest zapobieganie chorobom, promowanie zdrowia, wydłużanie życia w całej populacji oraz poprawa jakości życia. Polega na tworzeniu warunków, w których ludzie mogą zachować zdrowie. Obejmuje całą populację, a nie poszczególne osoby (pacjentów). Nie zajmuje się leczeniem chorób.
- **Badania w zdrowiu publicznym:** dostarczają wiedzy na temat zdrowia grup i populacji, czynników warunkujących zdrowie oraz ich rozpowszechnienia, a także sposobów poprawy zdrowia. Nie obejmują badań klinicznych.
- **Działalność praktyczna w zdrowiu publicznym:** wykorzystanie wiedzy i umiejętności z obszaru ZP na poziomie wykonawczym – polega na współpracy z podmiotami rządowymi, twórcami polityk, społecznościami, organizacjami pozarządowymi, przemysłem oraz do opieki medycznej (np. wpływ na polityki i procedury, raporty techniczne, współpraca w realizacji programów, działalność medialna, rzecznictwo). Nie obejmuje kształcenia kadry naukowej i studentów, recenzowania artykułów naukowych i wniosków o sfinansowanie badań, przewodniczenia towarzystwom naukowym, prac organizacyjnych w jednostce naukowej itp. prac.
- **Reforma nauki w Polsce:** od 1 października 2010r. weszły w życie przepisy zawarte w 6 ustawach tworzących nowy system nauki pod wspólnym hasłem „Budujemy na wiedzy”. Ich konsekwencją jest m.in. utworzenie NCN, NCBiR, stworzenie nowego systemu finansowania nauki oraz nowe (zmieniające się) kryteria oceny parametrycznej jednostek, a także dorobku poszczególnych pracowników.
- **Potrzeby zdrowotne społeczeństwa:** różnica pomiędzy aktualnym stanem zdrowia społeczeństwa a idealnym stanem zdrowia (stanem odniesienia).

16.2.1. Cel badania

Do podstawowych celów badania należało poznanie opinii naukowców zajmujących się zdrowiem publicznym w Polsce na temat kondycji zdrowia publicznego (ZP) w naszym kraju, ich osobistych doświadczeń badawczych i praktycznych w tej dziedzinie, jak również opinii na temat przeprowadzanej reformy nauki.

Otrzymane wyniki badania w powiązaniu z cechami społeczno-demograficznymi badanych (wiek, płeć), charakterystyką zawodową (zawód, tytuł i stopień naukowy, miejsce pracy), opiniami na temat osobistych doświadczeń badawczych i praktycznych mogą umożliwić przedstawienie kompleksowej charakterystyki badanej społeczności naukowców ZP w Polsce.

16.2.2. Osoby badane

Ankiety skierowano do badaczy zajmujących się ZP w Polsce. Dobór próby badawczej oparto na następujących założeniach:

- osoby prowadzące działalność badawczą w zdrowiu publicznym są zatrudnione przede wszystkim w instytutach badawczych działających w obszarze zdrowia publicznego, w jednostkach naukowych Polskiej Akademii Nauk, uczelniach wyższych prowadzących kształcenie na kierunku zdrowie publiczne;
- osoby te posiadają tytuł zawodowy i/lub stopień naukowy w obszarze nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej (obszar wiedzy wg klasyfikacji Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów);
- badaczy ZP charakteryzuje przynależność do towarzystw naukowych oraz zawodowych związanych ze zdrowiem publicznym;
- osoby związane ze zdrowiem publicznym w Polsce posiadają dorobek publikacyjny w tej dziedzinie;
- badacze ZP posiadają w macierzystych jednostkach naukowych dostęp do internetu i poczty elektronicznej, umożliwiającą wypełnienie ankiety *on-line*.

Lista adresatów badania oraz ich adresów e-mail została stworzona po dokonaniu przeglądzie baz danych o ludziach nauki reprezentujących ZP w Polsce (serwisy Ośrodka Przetwarzania Informacji – Państwowego Instytutu Badawczego – Nauka Polska, POL-on, System Wspomagania Wyboru Recenzentów), stron internetowych uczelni wyższych prowadzących studia pierwszego i drugiego stopnia na kierunku zdrowie publiczne oraz ustaleniu bazy autorów prac oryginalnych w dziedzinie zdrowia publicznego opublikowanych w polskich periodykach z tego obszaru wiedzy w latach 2007-2011 (patrz rozdział: Ilu badaczy zdrowia publicznego jest w Polsce? Gdzie pracują?).

16.2.3. Metody badania

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety pt.: „Moja praca w obszarze zdrowia publicznego”. Kwestionariusz ankiety składał się z czterech części oraz tzw. metryczki. Pierwsza część zawierała pytania dotyczące ogólnych opinii respondentów o potencjałe/kondycje ZP w Polsce, zarówno w kontekście badań, jak i działalności praktycznej. Druga dotyczyła osobistych doświadczeń badawczych oraz praktycznych w ZP w czasie całego okresu pracy zawodowej respondenta. Trzecia część kwestionariusza dotyczyła wyłącznie doświadczeń badawczych respondenta w okresie ostatnich pięciu lat. Czwarta – odnosiła się do oceny sytuacji, w jakiej znaleźli się badacze związani ze ZP w wyniku reformy nauki w Polsce po 01.10.2010r. Dane o respondencie zawierała metryczka (część piąta). Konstrukcja ankiety pozwalała na zamieszczanie przez respondentów komentarzy, co znacznie wzbogaciło otrzymany materiał badawczy.

Dane zbierano za pomocą kwestionariusza ankiety w wersji elektronicznej (kwestionariusz *on-line*). Został on rozesłany pocztą elektroniczną z wykorzystaniem stworzonej na potrzeby badania bazy adresowej polskich badaczy zdrowia publicznego. Badaczom przesłano aktywny link do ankiety zamieszczonej na portalu www.moje-ankiety.pl oraz hasło dostępu umożliwiające

wyświetlenie kwestionariusza w wyszukiwarce internetowej. W interwałach miesięcznych wysłano trzykrotnie pocztą e-mail przypomnienie wraz z ponowioną prośbą o wzięcie udziału w badaniu i wypełnienie ankiety.

Wstępne analizy statystyczne otrzymanego materiału badawczego przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS 20. Podstawową miarą analiz były liczby (odsetki), zestawione na wykresach, obrazujące rozkład cech w badanej grupie. Pozostałe analizy będą przedstawione w innych opracowaniach.

16.2.4. Sposób prezentacji wstępnych wyników

W niniejszym podrozdziale zaprezentowane zostaną wstępne wyniki badania w odniesieniu do charakterystyki społeczno-demograficznej badaczy ZP i sytuacji zawodowej, jak również ich opinii na temat kondycji ZP w Polsce oraz ocena przeprowadzanej reformy nauki. Szczególnie interesująca wydaje się analiza opinii środowiska naukowego na temat potencjału/kondycji ZP w Polsce oraz ocena prowadzonej od 2010r. w naszym kraju reformy nauki. Przy prezentacji wyników podano, wyróżnione kursywą, niektóre, wybrane komentarze respondentów odnośnie do postawionych pytań przy czym zachowano oryginalną pisownię.

16.3. Charakterystyka społeczno-demograficzna badaczy

W okresie czerwiec – październik 2013r. 465 osób aktywowało link do ankiety i wzięło udział w badaniu. Do analizy zakwalifikowano 249 kompletnie wypełnionych kwestionariuszy ankiety. Wskaźnik realizacji próby (*response rate*) wyniósł 53,5%.

16.3.1. Płeć oraz wiek badanych

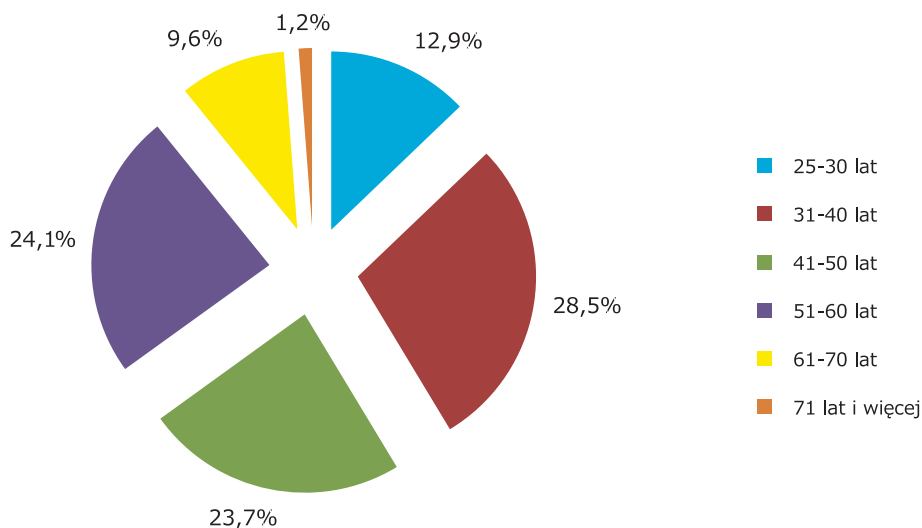
Charakteryzując respondentów pod względem cech społeczno-demograficznych stwierdzono, że w badanej grupie mężczyźni stanowili blisko 29% ankietowanych, zaś kobiety – 71,1%. Rycina 16.1 obrazująca odsetek respondentów zakwalifikowanych do odpowiednich przedziałów wiekowych wskazuje, że najliczniejsza kategoria to osoby młode w wieku 31-40 lat (28,5%). Mniej liczne były grupy naukowców w wieku 41-50 lat (23,7%) oraz 51-60 lat (24,1%).

16.3.2. Ocena sytuacji materialnej badanych oraz sposoby jej poprawy

Blisko połowa respondentów (45,0%) oceniła swoją sytuację materialną jako średnią (np.: *Zaznaczyłabym „dobrze”, ale właśnie obcięto nam pensje. Poza tym wszystko jest względne. Na stypendium podoktoranckim moja pensja była wyższa o 700 Euro w porównaniu z pensją kierownika w Polsce (sic!). Ale wiem, że niektórzy mają dużo gorzej...*). Co czwarta osoba biorąca udział w badaniu (23,7%) przyznała, że jej sytuacja materialna jest raczej zła, a 5,6% - zła (*Gdyby nie to, że pracuję dłużej i ciężiej także „po pracy” to bym nie była wstanie wynająć mieszkania - nie stać mnie teraz np. na to aby urodzić dziecko*). Pozytywną ocenę (łącznie ocena bardzo dobra i dobra)

wystawiło jedynie 25,7% ankietowanych.

Ponad 90% respondentów badania korzystało z różnych sposobów poprawy własnej sytuacji materialnej (*Owszem korzystam, ale traktuję to jako dramatyczną konieczność. Marzę o tym, aby mieć jedną pracę godziwie opłacaną*). Do najpowszechniejszych należało przyjmowanie prac zleconych i umów o dzieło (ośmiu na dziesięciu ankietowanych). Co trzeci naukowiec biorący udział w badaniu deklarował pracę na więcej niż jednym etacie, podobnie jak pracę w płatnych nadgodzinach. Do mniej popularnych metod poprawy domowego budżetu należały m. in. posiadanie własnej działalności gospodarczej (14,1%), dyżury (8,4%) oraz łączenie pracy etatowej z emeryturą (7,6%). Wśród innych sposobów podawanych przez ankietowanych wymieniano m.in.: wsparcie materialne ze strony rodziny (*Na szczęście mam zarabiającego męża, więc nie muszę tego robić ale potrzebowałabym 3 etatów do utrzymania rodziny*) oraz stypendia.

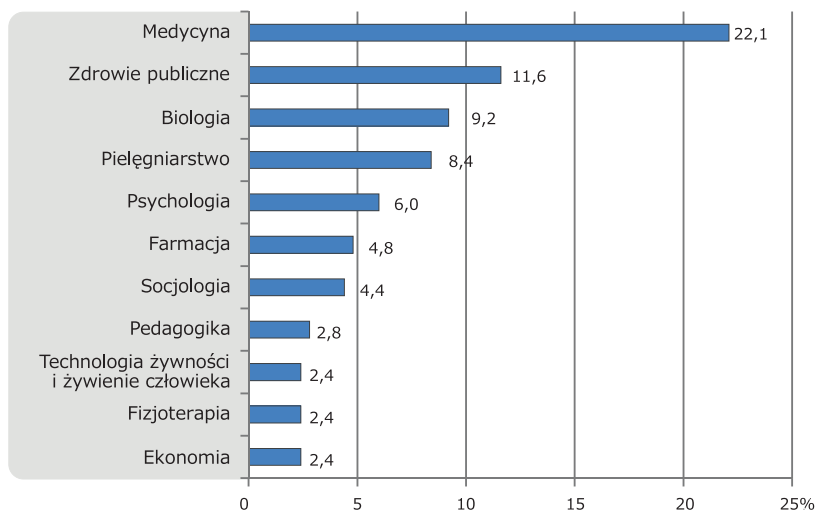


Rycina 16.1. Respondenci badania wg wieku

16.4. Charakterystyka sytuacji zawodowej badaczy

16.4.1. Ukończony kierunek studiów

Przeprowadzone badania pokazały, że wśród wszystkich uczestników badania najliczniejszą kategorię stanowili absolwenci medycyny (22,1%). Mniej liczna grupa to osoby które ukończyły studia na kierunku zdrowie publiczne (11,6%). Wśród mniej popularnych (poniżej 5 wskazań) znalazły się m. in. położnictwo, weterynaria, politologia, prawo, wychowanie fizyczne, antropologia, chemia, elektronika, epidemiologia, filologia, filozofia, fizyka, informatyka, neurokognitywistyka, nauki polityczne, nauki rolnicze, ochrona środowiska, prawo, dziennikarstwo, rehabilitacja, studia humanistyczne, zarządzanie, zootechnika. Najpopularniejsze kierunki ukończonych przez respondentów studiów przedstawiono na rycinie 16.2.



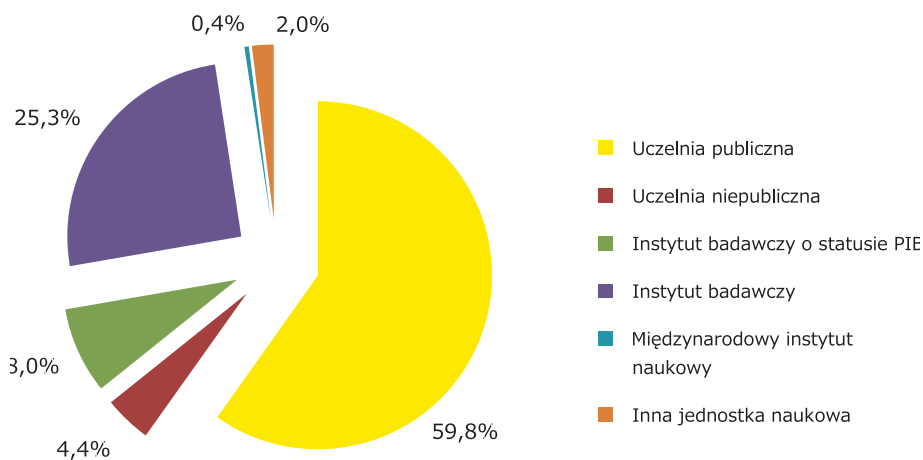
Rycina 16.2. Respondenci badania wg kierunku ukończonych studiów

16.4.2. Posiadany tytuł zawodowy, stopień i/lub tytuł naukowy

Osoby z tytułem zawodowym magistra, magistra inżyniera czy lekarza stanowiły prawie ¼ próby. Stopniem doktora legitymowało się 59,4% naukowców biorących udział w badaniu. Doktorzy habilitowani stanowili 8,8% respondentów, a tytuł profesora posiadało blisko 7% ankietowanych.

16.4.3. Podstawowe miejsce pracy

Zdecydowana większość respondentów (59,8%) to osoby, których podstawowym miejscem pracy była uczelnia publiczna (ryc. 16.3).

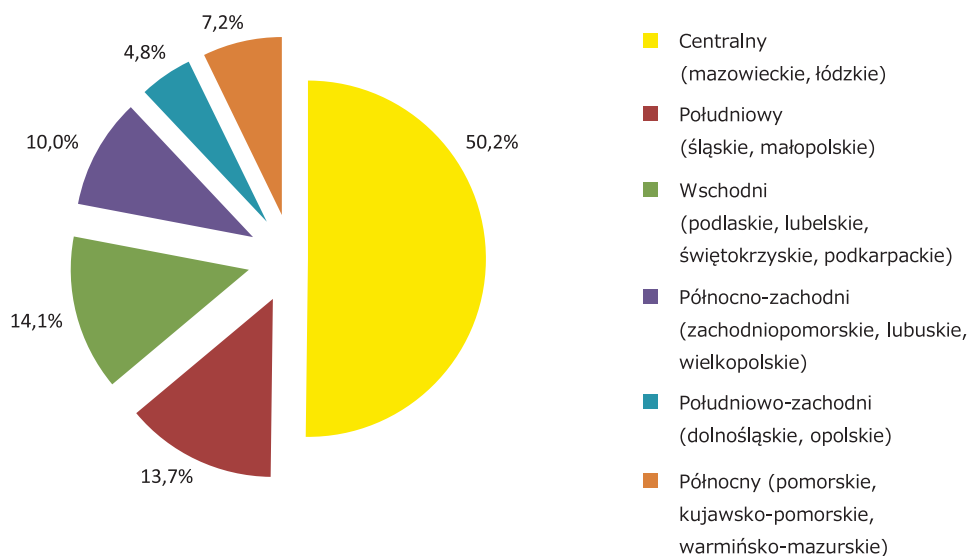


Rycina 16.3. Respondenci badania wg podstawowego miejsca pracy

Pracownicy uczelni niepublicznych stanowili 4,4% ankietowanych. Co czwarty naukowiec biorący udział w badaniu to pracownik instytutu badawczego (25,3%). Ponad połowa jednostek naukowych zatrudniających badaczy ZP biorących udział w badaniu (55,8%) posiadała w ich opinii uprawnienia do nadawania stopnia doktora, rzadziej doktora habilitowanego (47,4%) w dziedzinie nauk o zdrowiu.

16.4.4. Lokalizacja macierzystych jednostek naukowych

Połowa jednostek naukowych, z których pochodzili respondenci zlokalizowana była w regionie centralnym wg GUS (50,2%) obejmującym województwo mazowieckie oraz łódzkie (ryc.16.4).

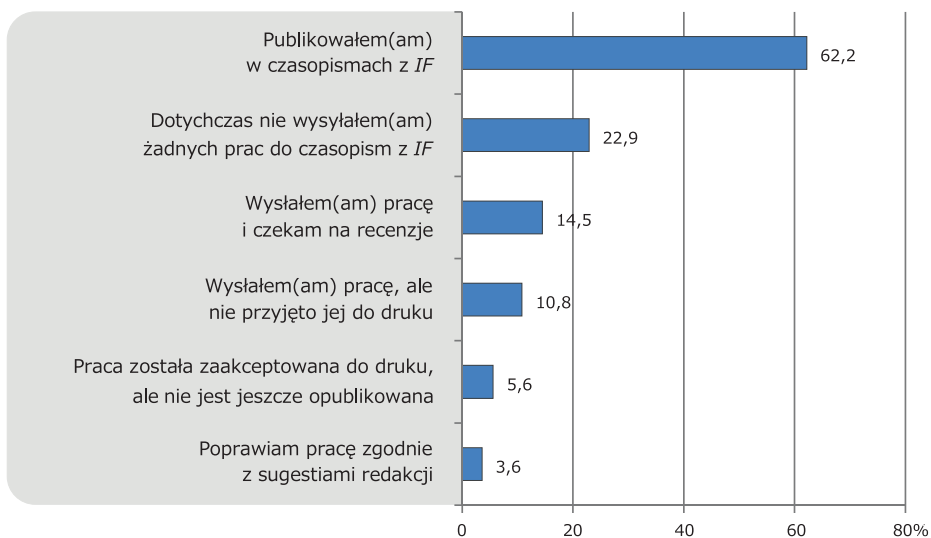


Rycina 16.4. Macierzyste jednostki naukowe wg lokalizacji

16.4.5. Publikowanie prac w czasopismach posiadających *impact factor* (IF)

Respondentów badania poproszono o uwzględnienie wszystkich swoich prac posiadających IF, niezależnie od ich liczby i liczby autorów. Sześciu na dziesięciu naukowców związanych ze zdrowiem publicznym publikowało już w czasopismach posiadających impact factor, zaś blisko 23% ankietowanych nie wysyłało dotychczas żadnych prac do czasopism posiadających IF (ryc.16.5).

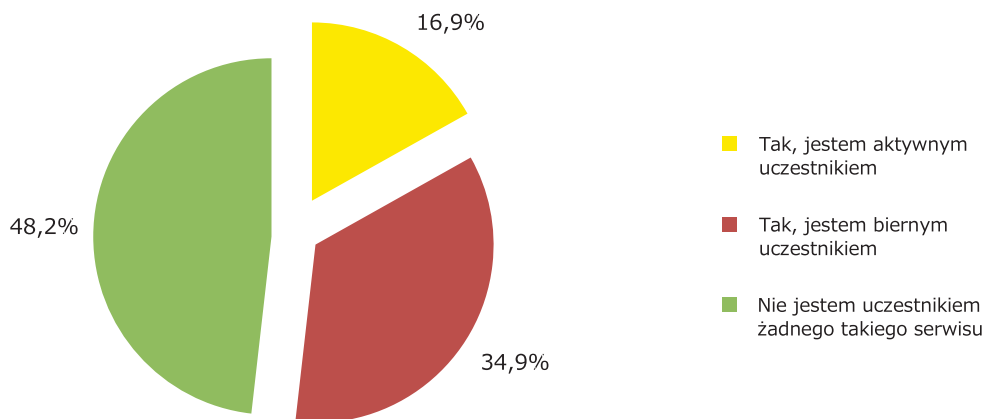
Badacze wskazywali na napotykaną trudności natury organizacyjnej oraz finansowej, np.: *Niestety, pomimo pomysłów na badanie i pomiar oraz analizę (...) nie jestem w stanie w chwili obecnej zrealizować swego zamierzenia. Tym samym nie mogę napisać artykułu zasługującego na IF. Przyczyna tego stanu rzeczy leży w środkach finansowych, o które zabiegam od pięciu lat. Z odmową przyjęcia pracy do druku spotkał się co dziesiąty badacz biorący udział w ankiecie.*



Rycina 16.5. Respondenci wg deklaracji dotyczącej publikowania prac w czasopiśmie posiadającym *impact factor*

16.4.6. Uczestnictwo w portalach społecznościowych naukowców

Obecnie istnieje wiele internetowych serwisów społecznościowych (np. iProfesor, Researcher ID, ResearchGate, Scientix, Springer Open Choice/Open Access, Academia.edu, Mendeley, LinkedIn, GoldenLine, Profeo.pl.), których uczestnikami są ludzie nauki. Aktywne uczestnictwo badaczy ZP w internetowych serwisach społecznościowych było stosunkowo niewielkie. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że jedynie około 17% respondentów ankiety było aktywnymi uczestnikami takich portali, zaś co trzeci ankietowany badacz ZP był biernym uczestnikiem internetowych społeczności naukowych (ryc. 16.6).



Rycina 16.6. Respondenci wg deklaracji uczestnictwa w internetowych społecznościach naukowców

16.5. Opinie badaczy o potencjale/kondycji zdrowia publicznego w Polsce

W kolejnych punktach rozdziału przedstawiono opinie badanych dotyczące potencjału/kondycji zdrowia publicznego w Polsce. Analizowano odpowiedzi na pytania dotyczące ogólnych opinii respondentów na temat badań oraz działań praktycznych w ZP.

16.5.1. Potrzeba uzgodnienia funkcji zdrowia publicznego właściwych dla Polski

Zdecydowana większość ankietowanych opowiedziała się za potrzebą uzgodnienia funkcji ZP właściwych dla Polski (66,3% - zdecydowanie tak, 26,5% - raczej tak). Komentowano to w taki na przykład sposób: *O potrzebie dokonania takich uzgodnień świadczy m.in. to, co zaprezentowali autorzy projektu ustawy o zdrowiu publicznym, czyli ignorancję w zakresie rozumienia funkcji zdrowia publicznego. Badacze wskazywali, że: działania w obszarze ZP muszą być dostosowane do warunków demograficznych, rozwojowych i ekonomicznej kondycji kraju. W ich opinii uzgodnienie świadczeń i działań zdrowia publicznego pozwoli na określenie ścisłych ram w których będzie funkcjonowało ZP w Polsce.*

16.5.2. Potrzeba stworzenia ustawy o zdrowiu publicznym

Odsetek osób wyrażających pogląd, że w Polsce potrzebna jest ustawa o zdrowiu publicznym zamykał się w przedziale od 68,7% (odpowiedź: tak) do 86,8% (łącznie odpowiedzi: tak oraz raczej tak). Respondenci badania wskazywali, że: *to już powinno być 20 lat temu ale starania prof. Wysockiego są niweczone oraz na fakt, że: zagadnienia związane ze zdrowiem publicznym ciągle są w Polsce marginalizowane, podkreślając, że: państwo ponosi odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa i tworzenie warunków sprzyjających wzmocnieniu zdrowia. Powinna to być ustawa o SYSTEMIE zdrowia publicznego.*

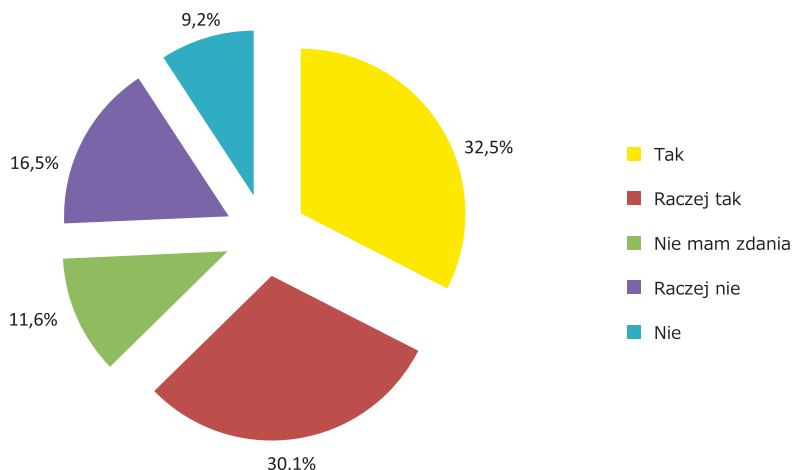
Nawet wśród osób popierających Ustawę pojawiły się także głosy sceptyczne: *Ustawa jest potrzebna, ale jeśli wyjdzie z tego knot, to lepiej aby jej nie było; Sama ustawa nic nie zmieni, potrzebne są wyspecjalizowane instytucje i środki finansowe.*

Zdecydowani przeciwnicy powstania ustawy o zdrowiu publicznym stanowili jedynie 6% respondentów. Zdaniem jednego z nich: *ustawa może tylko sprawę skomplikować, nie rozwiąże problemów, ponadto istnieje duże prawdopodobieństwo, iż zostanie zachwiana proporcja między kluczowymi zagadnieniami ze względu na interesy polityczne i poddanie się polityków lobbingsowi określonych grup. Stan wiedzy polityków, ministrów jest na niskim poziomie, natomiast ich wyobrażenia o swoich kompetencjach olbrzymie.*

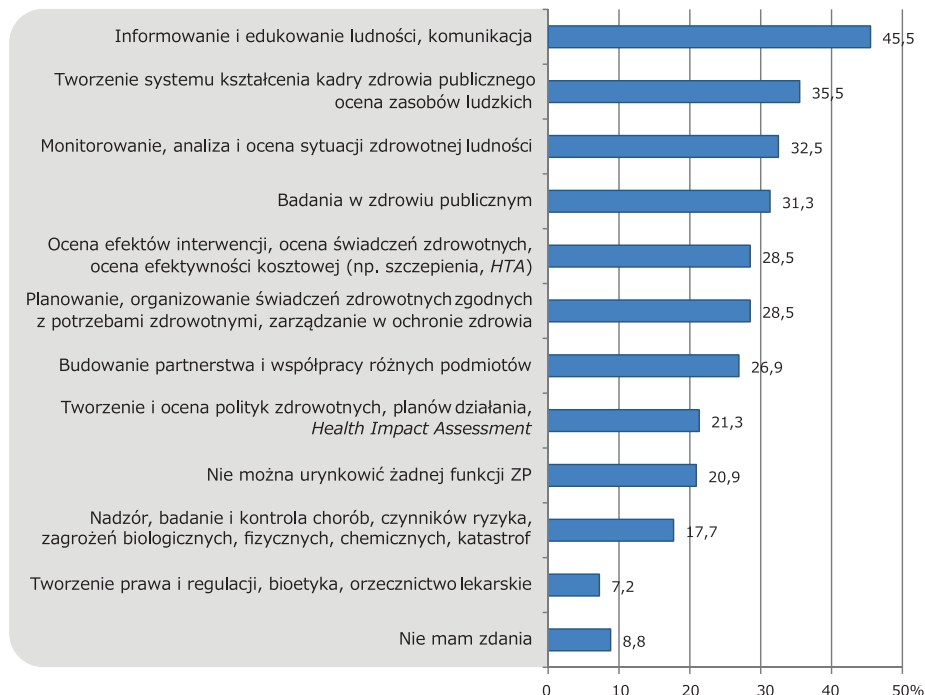
16.5.3. Obszary zdrowia publicznego możliwe do sprywatyzowania

Zastanawia, że tylko co czwarty (łącznie odpowiedzi nie i raczej nie) (ryc. 16.7) badany twierdził, że nie ma takich obszarów zdrowia publicznego, które mogłyby być sprywatyzowane (*to jest obowiązek państwa - Polski wobec obywateli*). Pojawiają się także głosy, że: *urynkować*

można jedynie wykonawstwo pewnych działań, ale całość nie może być przedmiotem przetargu, gdzie rozstrzyga się na podstawie ceny. Jeszcze inni twierdzili, że: może to dotyczyć tylko elementów o małej istotności. Problem polega na tym, że nie obowiązują u nas jeszcze normy postępowania eliminujące patologie z obszarów o kluczowym znaczeniu dla populacji. Urynkowanie będzie z dużym prawdopodobieństwem wiązało się z podejmowaniem zadań zyskowych dla podmiotów nie kluczowych z punktu widzenia zdrowia publicznego.



Rycina 16.7. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy są takie obszary ZP, które można w Polsce urynkować (sprywatyzować)?”



Rycina 16.8. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie funkcje zdrowia publicznego mogłyby być urynkowane?”

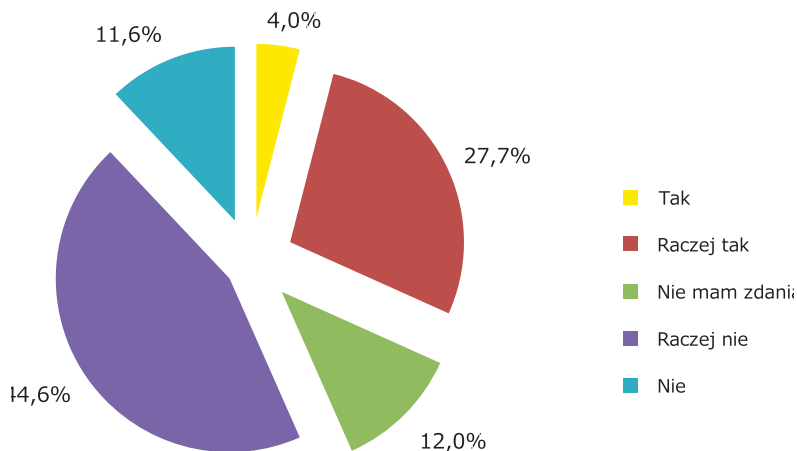
Wśród najczęściej wymienianych świadczeń i działań ZP, które w opinii ankietowanych mogłyby być urynkowane znalazły się (ryc. 16.8): informowanie i edukowanie ludności, komunikacja (45,5% wskazań respondentów), tworzenie systemu kształcenia kadry zdrowia publicznego, ocena zasobów ludzkich (35,5%), monitorowanie, analiza i ocena sytuacji zdrowotnej ludności (32,5%) oraz badania w zdrowiu publicznym (31,3%).

16.5.4. Zgodność badań i działań zdrowia publicznego z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa

Opinię, że w Polsce prowadzi się działania praktyczne w ZP zgodne z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa wyrażało 3 na 10 naukowców biorących udział w badaniu. Ponad połowa ankietowanych (56,2%) była przeciwnego zdania (odpowieź: raczej nie i nie) (ryc. 16.9).

Badani wskazywali, że: *czasami działania nie są adekwatne do istniejących potrzeb co jest wynikiem błędnej lub braku diagnozy kierowanej aktualnymi trendami finansowania różnych dziedzin związanych ze zdrowiem nie konkretnymi potrzebami społeczeństwa*. Podkreślano, że: *wiele obszarów ważnych jest całkowicie zaniedbanych. Dobrym aktualnym przykładem jest zapobieganie HIV/AIDS. Dodatkowym problemem jest brak oceny efektów prowadzonych działań*. W opinii innych: *nie zawsze działania praktyczne w ZP pokrywają się z lokalnym zapotrzebowaniem zdrowotnym społeczeństwa, stąd liczne niepowodzenia w tej dziedzinie*.

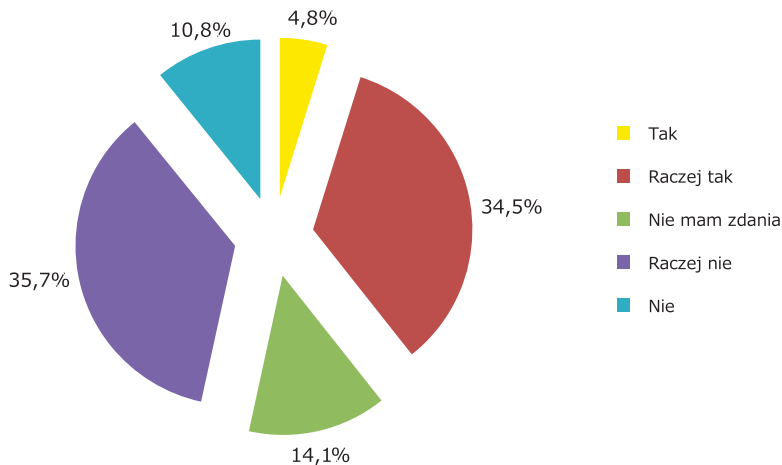
Jeden z respondentów zwrócił uwagę na przyczyny finansowe: *praktycznie nie ma na to pieniędzy. NCN łoży tylko na badania podstawowe. Inne instytucje bardzo rzadko skłonne są sfinansować badania z zakresu ZP użyteczne dla np. płatników świadczeń zdrowotnych (NFZ), dla polityków i decydentów w ochronie. zdrowia. Tak naprawdę to środki nie są i nie będą nigdy efektywnie wydawane na zdrowie bez takiego naukowego podejścia*.



Rycina 16.9. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy uważa Pan(i), że w Polsce prowadzi się działania praktyczne w ZP zgodne z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa?”

Blisko 40% osób biorących udział w badaniu zgodziło się ze stwierdzeniem, że w Polsce prowadzi się badania w ZP zgodne z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Przeciwnego zdania był co drugi badany. Dane te ilustruje rycina 16.10. Oznacza to, że badani lepiej ocenili zgodność

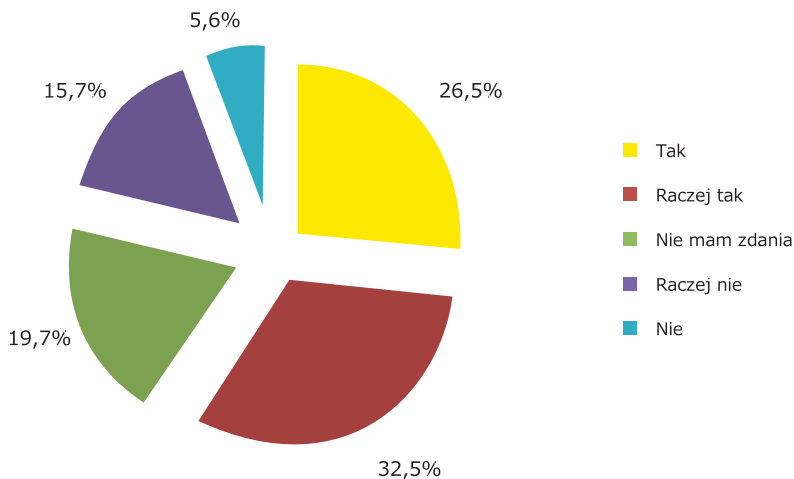
badania z potrzebami zdrowotnymi niż związek działań praktycznych z potrzebami. W opiniach ankietowanych nie odnotowano jednak szczególnego optymizmu: *problem polega na tym, że w Polsce praktycznie nie prowadzi się takich badań na dużą skalę. Badania są prowadzone w niektórych ośrodkach, ale brak jest ich koordynacji itp. itd. NCN praktycznie nie finansuje takich badań. NCBiR też nie rozumie ich potrzeby.* Mówiono też, że: *ciągle jest to obszar niedowartościowany.*



Rycina 16.10. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy uważa Pan(i), że w Polsce prowadzi się badania w ZP zgodne z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa?”

16.5.5. Dominacja podejścia biomedycznego w badaniach

Na dominację podejścia biomedycznego w badaniach w ZP w Polsce wskazała ponad połowa ankietowanych (ryc. 16.11).

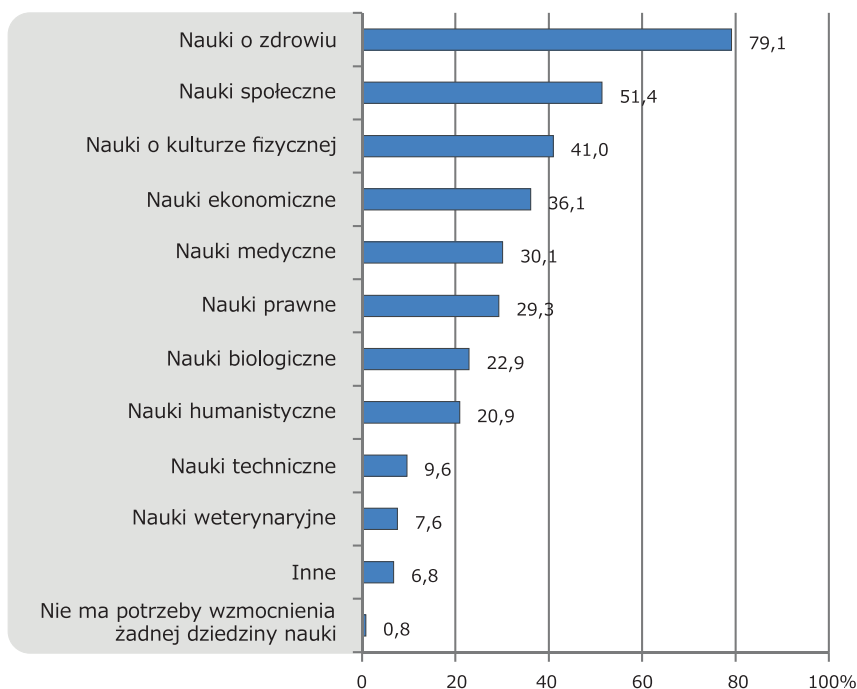


Rycina 16.11. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy uważa Pan(i), że w Polsce badania w ZP są zdominowane przez podejście biomedyczne?”

Zwrócono uwagę, że: tendencję tą widać wyraźnie w projektach finansowanych np. przez NCN w dziedzinie zdrowia publicznego, gdzie szanse na finansowanie mają wyłącznie ściśle biomedyczne projekty. Wskazywano też na nierówność podmiotów: zbyt silne lobby medyczne i jednocześnie zbyt słabe lobby zdrowia publicznego.

16.5.6. Dziedziny nauki, które należałyby wzmocnić w zdrowiu publicznym

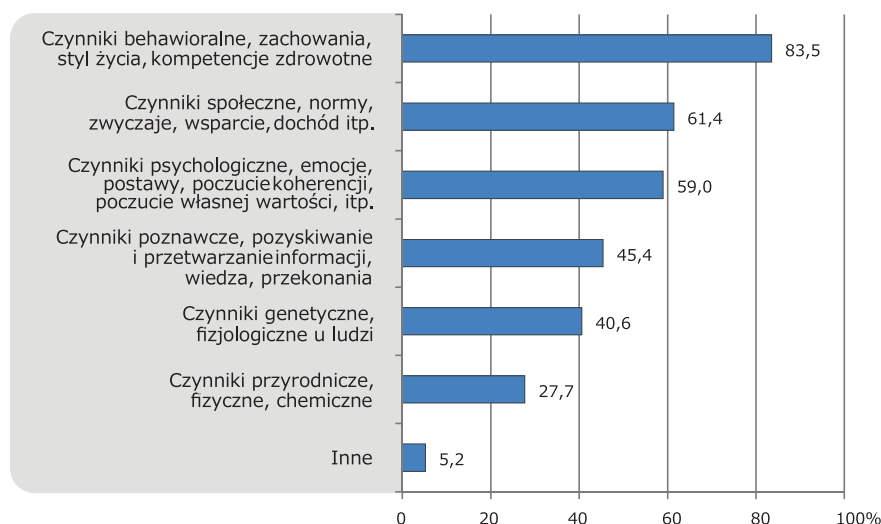
Ankietowanych poproszono o wskazanie maksymalnie pięciu dziedzin nauki, które należałyby wzmocnić w ZP w Polsce (ryc. 16.12). Wśród nich znalazły się przede wszystkim nauki o zdrowiu. Wskazywało na nie 8 na 10 naukowców biorących udział w badaniu. Komentowano to na przykład w taki sposób: *nauki o zdrowiu (...) muszą obejmować szeroki wachlarz działań, ale problem polega na tym, iż decydenci tego nie rozumieją*. Na drugim miejscu uplasowały się nauki społeczne, na które wskazywał co drugi respondent. Na nauki o kulturze fizycznej wskazało 41,0% ankietowanych. Wśród innych wybranych dziedzin znalazły się m.in. nauki przyrodnicze, ekonometria, prakseologia i etyka (6,8%). Wśród komentarzy do tego pytania powiedziano m.in.: *to jest warunek równowagi i rozwoju*, co wydaje się być mocnym głosem na rzecz interdyscyplinarności ZP. Tylko dwóch naukowców (0,8%) stwierdziło, że nie ma potrzeby wzmocnienia żadnej dziedziny nauki.



Rycina 16.12. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Którą z dziedzin nauki należałyby wzmocnić w ZP w Polsce?”

16.5.7. Uwarunkowania zdrowia, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach

Ankietowani byli proszeni o wybranie z załączonej listy grup uwarunkowań zdrowia takich pięciu, które ich zdaniem powinny być wiodącym tematem badawczym ZP w najbliższych pięciu latach. Ośmiu na dziesięciu badanych wybrało czynniki behawioralne, zachowania, styl życia i kompetencje zdrowotne jako najważniejszy przedmiot badań. Około 60% respondentów uważało, że należy skoncentrować się na czynnikach społecznych, normach, zwyczajach (61,4%) oraz czynnikach psychologicznych, takich jak np. emocje, postawy, poczucie koherencji (59,0%). Nieco rzadziej badacze biorący udział w ankiecie wskazywali na czynniki poznawcze, pozyskiwanie i przetwarzanie informacji, wiedzę i przekonania (45,4%) oraz czynniki genetyczne, fizjologiczne (40,6%) czy czynniki przyrodnicze, fizyczne i chemiczne (27,7%). Jeden z badaczy wskazał na potrzebę budowania i umacniania „health literacy”. Wśród zamieszczonych komentarzy znalazł się także taki, który podkreśla, że: [obecnie w Polsce jest] *za dużo badań diagnozujących, za mało implementacji dobrych praktyk z Unii Europejskiej i pilotaży populacyjnych z wykorzystaniem dobrych narzędzi*. Otrzymane wyniki zostały zilustrowane na rycinie 16.13.

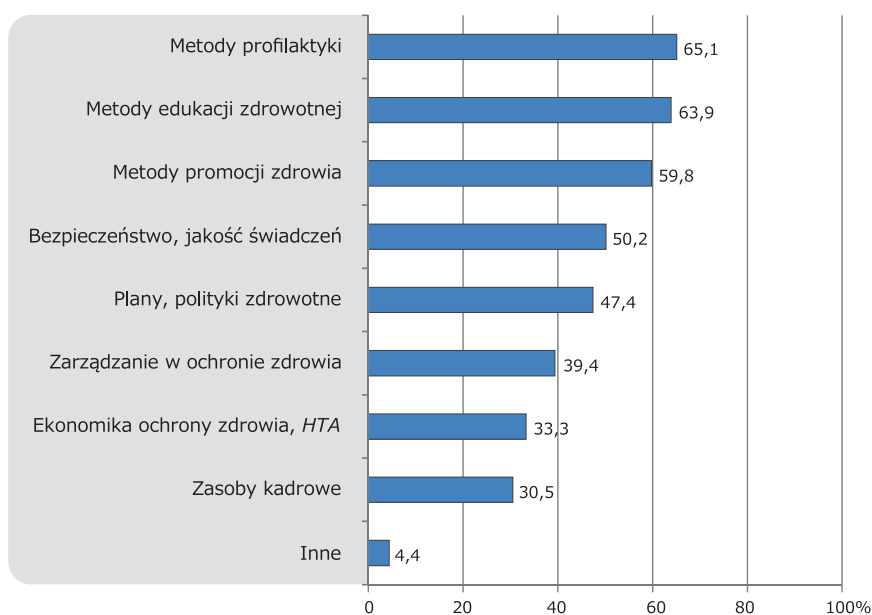


Rycina 16.13. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem uwarunkowania zdrowia powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”

16.5.8. Elementy infrastruktury systemu ochrony zdrowia, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach

Uwarunkowania zdrowia powiązane są ściśle z infrastrukturą systemu ochrony zdrowia. Wśród najczęściej wymienianych przez respondentów czynników znalazły się metody profilaktyki, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, na które wskazywało ponad 60% osób uczestniczących w badaniu. Co drugi ankietowany podnosił kwestie bezpieczeństwa i jakości świadczeń

(50,2%) oraz plany i polityki zdrowotne (47,4%). Należy nadmienić, że w opinii wielu respondentów najważniejsze są kwestie zarządzania w ochronie zdrowia, ekonomika ochrony zdrowia, HTA oraz zasoby kadrowe (*Poprawa jakości kadr ZP i efektywności prowadzonej edukacji zdrowotnej społeczeństwa w oparciu o przejrzystość procedur ochrony zdrowia i dowody z badań*). Odsetek osób, które wymieniły inne determinanty zdrowia (m. in. kształcenie kadr promocji zdrowia, bazy danych w ochronie zdrowia) wynosił 4,4%. Jeden z respondentów powiedział, że: *właściwie wszystkie elementy są ważne. Zaznaczono te, które wg mnie, do tej pory stanowią słaby punkt ZP*. Pojawiły się także głosy sprzeciwu: *Żadne. Dlaczego ktośś (i niby jak) miałyby się stać wiodącymi?* Szczegółowy rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie dotyczące uwarunkowań zdrowia związanych z infrastrukturą systemu ochrony zdrowia, które powinny stać się wiodącym przedmiotem badań w ZP w najbliższych pięciu latach w Polsce ilustruje rycina 16.14.

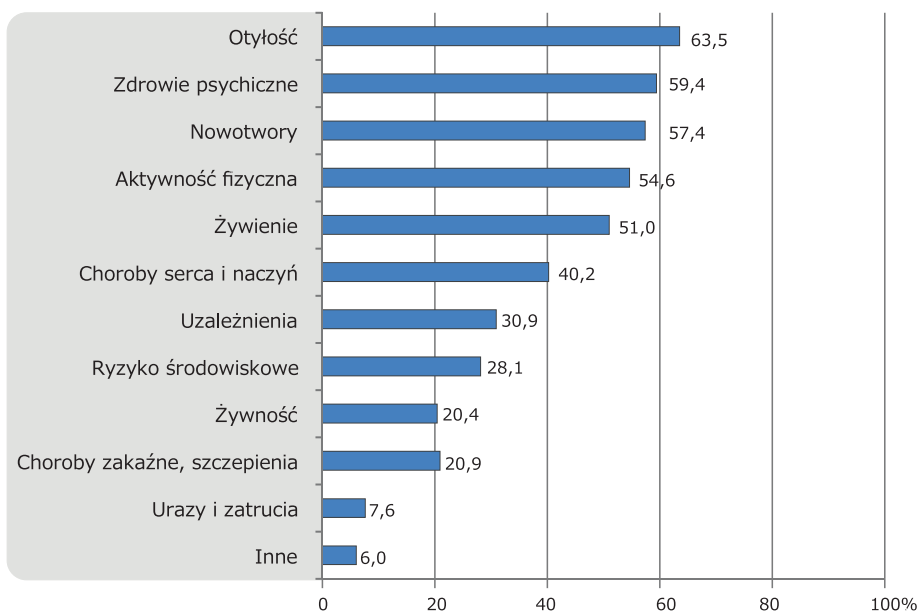


Rycina 16.14. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem uwarunkowania zdrowia związane z infrastrukturą systemu ochrony zdrowia powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”

16.5.9. Problemy zdrowotne, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach

Wśród trzech najczęściej wymienianych kwestii zdrowotnych, które powinny stać się wiodącym przedmiotem badań w ZP znalazły się: otyłość (63,5% wskazań), zdrowie psychiczne (59,4%) oraz nowotwory (57,4%). Do najrzadziej wskazywanych zaliczono urazy i zatrucia (7,6% wskazań). W grupie innych zagadnień znalazły się m.in. alergie, choroby genetyczne, bezpłodność (6,0%) (ryc. 16.15).

W jednym komentarzu stwierdzono, że: *wszystkie wymienione kwestie są ze sobą mniej lub więcej powiązane. Istnieje potrzeba integrowania ze sobą badań w zdrowiu publicznym.*



Rycina 16.15. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem kwestie zdrowotne powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”

16.5.10. Grupy docelowe, które powinny być priorytetem badawczym w najbliższych pięciu latach

Wśród grup społecznych, które w opinii uczestników ankiety powinny stać się obiektem badań w ciągu najbliższych lat znalazły się: dzieci i młodzież (79,1% wskazań), ludzie starzy (75,1%), osoby ubogie i zagrożone ubóstwem (48,6%) oraz osoby pracujące (48,2%). Co trzeci ankietowany wskazywał na kobiety (31,3%) oraz pacjentów i osoby chore (29,7%). Co dziesiąty badacz wymienił inne niż przytoczone powyżej grupy, m. in. rolników, osoby niepełnosprawne, opiekunów chorych przewlekle, osoby uzależnione od środków psychoaktywnych (ryc. 16.16).

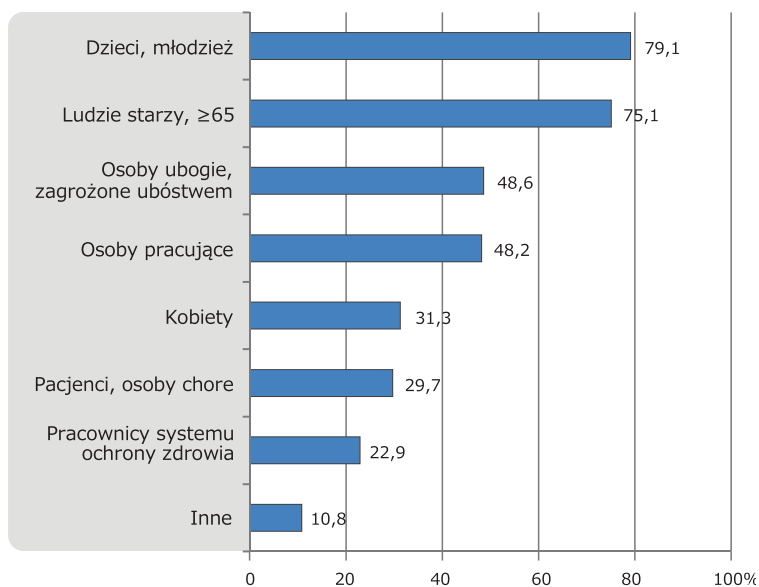
Komentowano to w następujący sposób: *koncentrowanie się tylko na jednej grupie jest błędne, trzeba patrzeć szeroko i widzieć potrzeby różnych grup (...) tylko objęcie KAŻDEJ z wymienionych grup przyniesie wymierne efekty.*

16.5.11. Kryteria wyboru priorytetów badawczych

Do najczęściej wymienianych przez badaczy kryteriów wyboru priorytetów należały: znaczenie problemu zdrowotnego, obciążenie daną chorobą w Polsce (78,3%), braki w istniejącej wiedzy (68,7%) oraz osobiste zainteresowania (46,6%).

Wśród innych kryteriów, dodanych przez respondentów znalazły się m. in. potrzeba ochrony grup społecznych, o których zdrowie powinno dbać państwo, braki w zakresie działań praktycznych (edukacja i promocja zdrowia), udokumentowany naukowo efekt zdrowotny, prognoza zjawisk

demograficznych, realna efektywność kształcenia kadr specjalistów, względy pragmatyczne (ryc. 16.17). Zwrócono uwagę, że: *wiedza o problemie jest warunkiem jego sensownego rozwiązywania.*



Rycina 16.16. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem grupy społeczne i zawodowe powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”



Rycina 16.17. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakimi kryteriami kierował się Pan(i) wybierając priorytety badawcze związanych z uwarunkowaniami zdrowia i kwestiami zdrowotnymi?”

16.5.12. Rodzaje potrzebnych badań w zdrowiu publicznym

W opinii badaczy obecnie w Polsce brakuje badań analitycznych korelacyjnych i przekrojowych (53,8% wskazań respondentów). Połowa badanych zwróciła uwagę na brak badań kohortowych (49,8%) oraz interwencyjnych (48,6%). Najmniej liczna grupa ankietowanych (23,7%) wskazywała na brak badań opisowych (ryc. 16.18).

Warto zwrócić uwagę na przytoczone poniżej komentarze ankietowanych:

- *Brak jest także badań oceniających skuteczność prowadzonych programów profilaktycznych, polityk zdrowotnych, a poza tym programy te nie są wprowadzane w oparciu o dobrze udokumentowane badania.*
- *Brakuje poprawnych metodologicznie badań podłużnych na odpowiednio dużych próbach (wiele z prowadzonych badań ma jedynie charakter przekrojowy a analizy prowadzone są na śmiesznie małych próbach).*
- *Brakuje monitorowania pilotaży implementujących dobre, sprawdzone w EU narzędzia.*

Rycina 16.18. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakiego rodzaju badań ZP najbardziej brakuje obecnie w Polsce?”

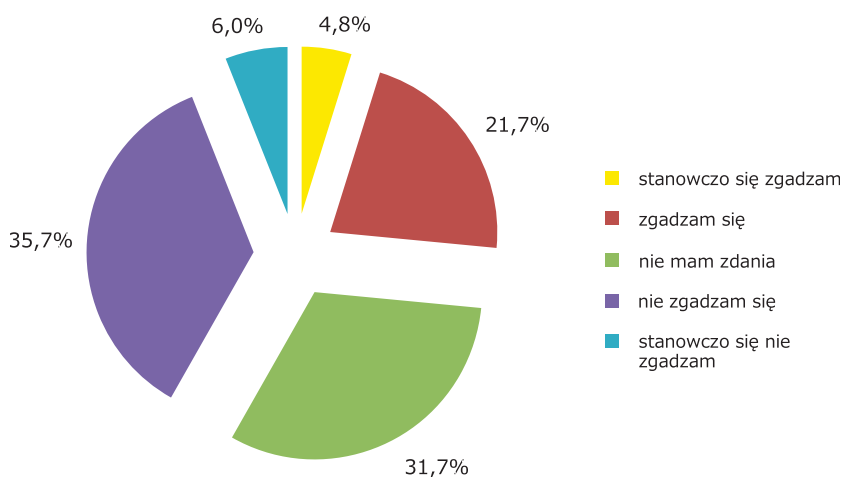


16.6. Opinie badaczy o reformie nauki w Polsce

Czwarta część ankiety dotyczyła oceny sytuacji, w jakiej znaleźli się badacze związani ze ZP w wyniku reformy nauki w Polsce po 01.10.2010r. Biorąc pod uwagę aspekty takie jak np. ocena parametryczna jednostek, punktacja czasopism i dorobku indywidualnego, ścieżki i kryteria awansu naukowego, możliwości zdobycia grantu uczestnicy badania zostali poproszeni o deklarację, w jakim stopniu zgadzają się z przytoczonymi stwierdzeniami.

16.6.1. Czy reforma jest korzystna dla teorii i badań w dziedzinie zdrowia publicznego?

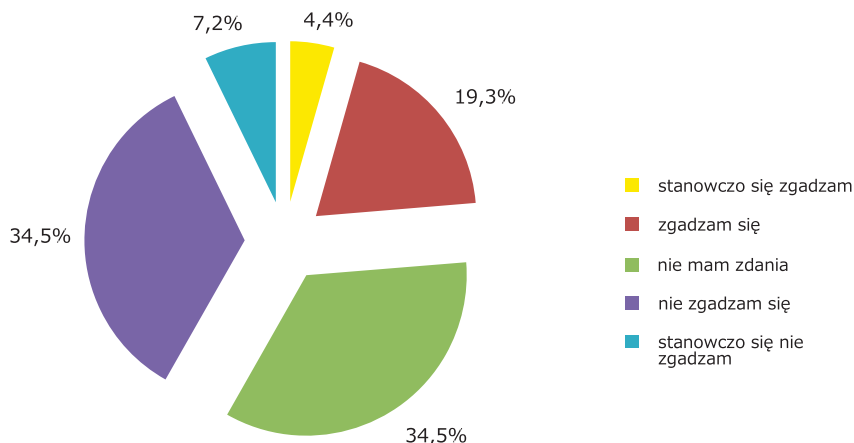
W świetle przeprowadzonych badań tylko co czwarty ankietowany uważał, że reforma jest korzystna dla teorii i badań z obszaru ZP (4,8% respondentów stanowczo się zgadza, 21,7% zgadza się). Co trzeci ankietowany (31,7%) nie zdania na ten temat. Z kolei aż 41,7% osób biorących udział w badaniu zaznaczyło, że nie zgadza się ze stwierdzeniem o korzystnym wpływie reformy na teorię i badania w zakresie ZP. Wyniki te ilustruje rycina 16.19.



Rycina 16.19. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma jest korzystna dla teorii i badań z obszaru ZP?”

16.6.2. Czy reforma jest korzystna dla praktyki zdrowia publicznego?

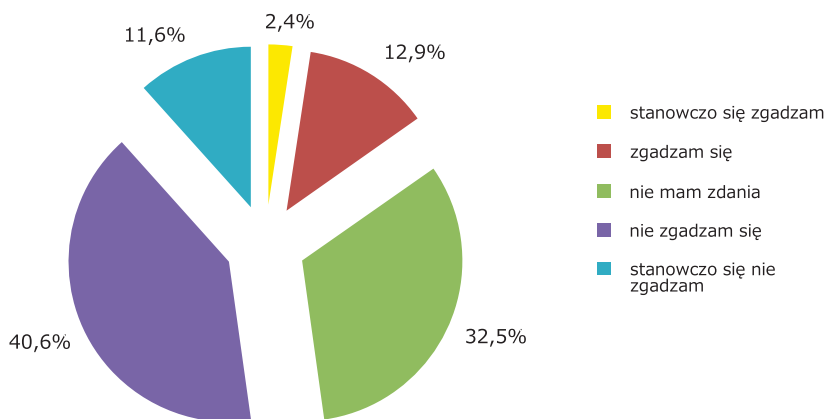
Ponad 40% respondentów nie zgadzało się ze stwierdzeniem, że reforma jest korzystna dla praktyki ZP. Innego zdania było 23,7% ankietowanych deklarujących, że może ona przynieść korzyści dla działań praktycznych w ZP w Polsce (ryc. 16.20).



Rycina 16.20. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jakim stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma jest korzystna dla praktyki ZP?”

16.6.3. Czy reforma doprowadzi do tego, że zdrowie publiczne w Polsce dorówna poziomowi z krajów najbardziej zaawansowanych w tej dziedzinie?

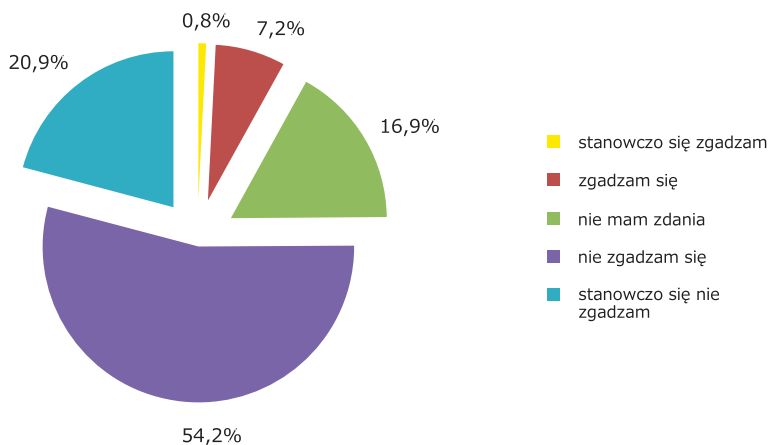
Ponad połowa ankietowanych (52,2%) nie zgadzała się z opinią, że reforma doprowadzi do tego, że ZP w Polsce dorówna poziomowi z krajów najbardziej zaawansowanych. Jedynie 15,3% respondentów była przeciwnego zdania. Co trzeci uczestnik badania zaznaczył, że nie ma własnego zdania w tym względzie (ryc. 16.21).



Rycina 16.21. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jakim stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma doprowadzi do tego, że ZP w Polsce dorówna poziomowi z krajów najbardziej zaawansowanych?”

16.6.4. Czy reforma nauki idzie w dobrym kierunku, nie wymaga zmian ani korekt?

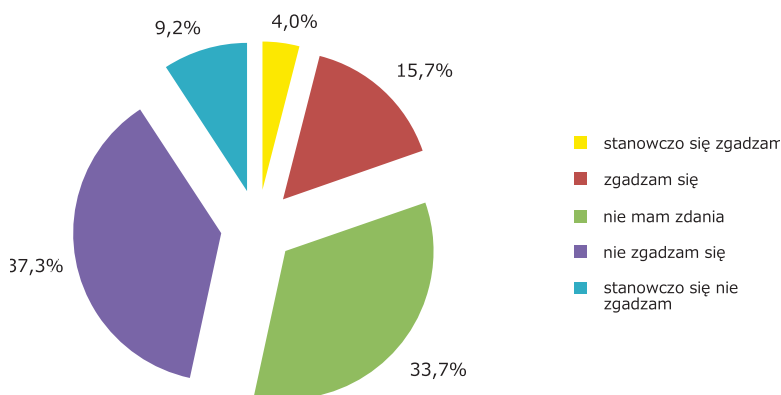
Rozkład odpowiedzi respondentów w odniesieniu do ich opinii na temat potrzeby zmian i korekt przeprowadzanej reformy nauki był następujący: trzech na czterech ankietowanych nie zgadzało się ze stwierdzeniem, że reforma nauki w Polsce idzie w dobrym kierunku, zaś potrzeby zmian w tym względzie nie widziało jedynie 8% uczestników badania (ryc. 16.22).



Rycina 16.22. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma nauki w Polsce idzie w dobrym kierunku, nie wymaga zmian ani korekt?”

16.6.5. Czy reforma nauki doprowadzi do awansu tylko najlepszych badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego?

Co piąty uczestnik badania uważał, że reforma nauki doprowadzi do awansu tylko najlepszych badaczy z obszaru ZP. Blisko połowa ankietowanych badaczy ZP nie zgadzała się z tą opinią (37,3% nie zgadza się, zaś 9,2% stanowczo się nie zgadza). Jeden na trzech respondentów zajął stanowisko neutralne, deklarując brak zdania (ryc. 16.23).



Rycina 16.23. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma nauki doprowadzi do awansu tylko najlepszych badaczy z obszaru ZP?”

16.7. Podsumowanie

Prezentowany i analizowany materiał wypełnia lukę w badaniach nad sytuacją społeczno-demograficzną i zawodową badaczy ZP w Polsce. Dostarcza również wiedzy o ich opiniach na temat potencjału/kondycji ZP w Polsce jak również odnoszących się do przeprowadzanej w naszym kraju reformy nauki.

W badaniach ankietowych wzięła udział dość liczna grupa badaczy ZP, tj. 249 osób reprezentujących pracowników naukowych i badawczo-technicznych instytutów badawczych oraz pracowników naukowych i naukowo-dydaktycznych uczelni wyższych w Polsce. Trudno jednak ocenić na ile reprezentatywna dla całego środowiska jest ta grupa. W świetle przeglądu różnych baz danych o ludziach nauki w Polsce (patrz: rozdział pt.: „Ilu badaczy w dziedzinie zdrowia publicznego jest w Polsce? Gdzie pracują”) nie można nawet oszacować odsetka uczestników badania w stosunku do liczebności całej kadry naukowej ZP w Polsce. Niemniej, wyniki tego badania, to jedyne dane, jakie posiadamy odnośnie do – nazwijmy to – samooceny kręgu badaczy w dziedzinie ZP.

Z analizy zebranego materiału wynika, że wśród ankietowanych najliczniejszą grupę zawodową stanowili lekarze, a reprezentanci zawodów biomedycznych stanowili połowę respondentów. Nie zabrakło jednak absolwentów kierunku zdrowie publiczne, a także (w zdecydowanie mniejszej liczbie) filozofów, prawników, informatyków czy antropologów.

Badacze ZP – respondenci badania uważali, że istnieje potrzeba uzgodnienia funkcji zdrowia publicznego właściwych dla Polski oraz stworzenia ustawy o zdrowiu publicznym. W ich opinii na wzmocnienie w ZP zasługują przede wszystkim takie dziedziny nauki jak: nauki o zdrowiu, nauki społeczne oraz nauki o kulturze fizycznej.

Zastanawia, dlaczego więcej respondentów uznało, że najważniejszym przedmiotem badań w najbliższych latach powinny być behawioralne uwarunkowania zdrowia, a nie determinanty społeczne, które w istocie decydują o zachowaniach i stylu życia [1]. I podobnie – dlaczego badania metod profilaktyki, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uznano za ważniejsze niż badania polityk zdrowotnych, co odstaje od tendencji światowych (patrz rozdział pt.: „Badania naukowe dla lepszego zdrowia (i dobrobytu) widziane z perspektywy międzynarodowej”). Zastanawia również, że problematyka otyłości została wybrana jako priorytet badawczy przez większość respondentów, a urazy i zatrucia (dominująca przyczyna zgonów w Polsce w populacji 5-44 lata) były priorytetem tylko dla ułamka ankietowanych [2]. Rodzi się też pytanie: dlaczego tych respondentów, którzy uznali, że należy skoncentrować się na problemach dzieci i(lub) osób od 65 roku życia było niemal dwa razy więcej niż tych, którzy opowiadali się za badaniem problemów osób pracujących, czyli osób wychowujących dzieci i przygotowujących się do starości [3]. Jakkolwiek trudno jest przesądzać o rzeczywistych powodach wyborów dokonanych przez respondentów, kwestie te pokazują problemy, z jakimi społeczność badaczy spotka się przy wyborze priorytetów badawczych w ZP.

Niezależnie jednak od wspomnianych dylematów (kontrowersji?) zwraca uwagę, że większość respondentów tego badania negatywnie ocenia wpływ reformy nauki na kondycję zdrowia publicznego w Polsce, zarówno na jego wymiar naukowy jak praktyczny.

16.8. Piśmiennictwo

1. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
2. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Red. Wojtyniak B., Goryński P. Moskalewicz B. Wydawnictwo NIZP-PZH Warszawa 2012 (str.56).
3. Hunter RH, Anderson LA, Belza B, Bodiford K, Hooker SP, Kochtitzky CS, et al. Environments for Healthy Aging: Linking Prevention Research and Public Health Practice. *Prev Chronic Dis* 2013;10:120244.

Część 4

Podsumowanie

17. Kierunki prac nad rozwojem badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce
Dorota Cianciara, Mirosław J. Wysocki 317
-

17. KIERUNKI PRAC NAD ROZWOJEM BADAŃ W DZIEDZINIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

Dorota Cianciara^{1,2}, Mirosław J. Wysocki²

¹ Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

² Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny

17.1. Uzasadnienie

- ❖ Zdrowie publiczne jest nauką i sztuką poprawy stanu zdrowia zbiorowości ludzi oraz jakości ich życia. Jest działalnością, która obejmuje wiele dziedzin i dyscyplin naukowych oraz wiele sektorów społecznych.
- ❖ W zgodnej opinii przedstawiciele nauki i polityki, wyrażonej w wielu dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia oraz Unii Europejskiej, badania nad zdrowiem mają podstawowe znaczenie dla poprawy sytuacji zdrowotnej populacji oraz rozwoju społeczno-ekonomicznego poszczególnych państw i świata. W tej grupie badań największe znaczenie mają badania w dziedzinie zdrowia publicznego oraz badania polityk i systemów zdrowotnych. W skali europejskiej najmniej badań w obszarze zdrowia publicznego prowadzonych jest w krajach z południa i wschodu Europy.
- ❖ W Polsce w 2008r. wyodrębniono nową dziedzinę nauki, to jest „nauki o zdrowiu”, której nie podzielono na żadne dyscypliny. Zakres tematyczny tej dziedziny nie został nigdy sprecyzowany, w wyniku czego na uniwersytetach medycznych na wydziałach nauk o zdrowiu działają obecnie zakłady (kliniki lub katedry) takie jak na przykład: biologii komórki, biologii molekularnej, biochemii, fizjologii, pielęgniarstwa, intensywnej terapii i leczenia bólu, chirurgii, ortopedii i traumatologii, ginekologii, psychiatrii, neurologii, radiologii, endoskopii oraz wiele innych jednostek, zdecydowanie odbiegających od głównego nurtu zainteresowań i desygnatów zdrowia publicznego.
- ❖ W skali europejskiej liczba badań i publikacji na temat zdrowia publicznego jest silnie dodatnio skorelowana z PKB oraz całkowitymi nakładami na zdrowie.
- ❖ Istnieje silna ujemna korelacja między liczbą publikacji z obszaru zdrowia publicznego i obciążeniem chorobami – w krajach o wysokim współczynniku DALY produkuje się mniej publikacji.
- ❖ Prawidłowości te, chociaż bardzo skomplikowane, sugerują, że lepsza sytuacja zdrowotna ludności ma związek z większą produkcją badań i piśmiennictwa, co z kolei ma związek z wielkością gospodarki oraz wydatkowaniem pieniędzy na dobra i usługi.
- ❖ Obecnie w Polsce badania w dziedzinie zdrowia publicznego nie są praktycznie finansowane ze środków budżetowych. Badania te, a zwłaszcza badania polityk zdrowotnych i systemu zdrowotnego, właściwie nie występują ani wśród badań podstawowych, realizowanych w formie

projektów badawczych, finansowanych i nadzorowanych przez Narodowe Centrum Nauki, ani wśród strategicznych programów badań naukowych i prac rozwojowych, którymi zarządza Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

- ❖ Jakkolwiek dostępne są inne źródła finansowania badań naukowych w Polsce, w tym międzynarodowe, to żadne z nich nie może zapewnić ciągłości i spójności badań w obszarze zdrowia publicznego.
- ❖ Obecnie w Polsce odnotowuje się małą różnorodność tematyczną badań w dziedzinie zdrowia publicznego opisanych w piśmiennictwie polskojęzycznym. Ponadto obserwuje się realizację badań wykonalnych i „małych”, to jest takich, które można przeprowadzić bez inwestycji na małych i niereprezentatywnych próbach, badań opisowych (a nie eksperymentalnych czy wdrożeniowych) oraz badań jednorazowych (bez obserwacji w czasie).
- ❖ Od roku 2010 zmniejsza się liczba krajowych publikacji na temat zdrowia publicznego. Odnotowany drastyczny spadek powinien podlegać dalszej obserwacji.
- ❖ Aktualnie badania prowadzone w obszarze zdrowia publicznego nie dają odpowiedzi na wiele zasadniczych pytań dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce, uwarunkowań stanu zdrowia, mechanizmów powstawania nierówności w zdrowiu, efektywności działania systemu zdrowotnego¹, a przede wszystkim pytań na temat strategii i metod zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji oraz potrzeb organizacyjnych systemu zdrowotnego, w tym planowania i realizacji świadczeń zdrowotnych² oraz programów zdrowotnych³. W efekcie uniemożliwia to podejmowanie racjonalnych decyzji politycznych i może negatywnie wpływać na zdrowie społeczeństwa.
- ❖ W środowisku badaczy związanych ze zdrowiem publicznym przeważają krytyczne oceny reformy nauki – zaledwie co czwarty uważa, że reforma nauki jest korzystna dla teorii i badań z obszaru zdrowia publicznego. Podobna liczba wyraża pogląd, że reforma jest korzystna dla praktyki zdrowia publicznego.
- ❖ Względy etyczne, społeczne i ekonomiczne nakazują wzmocnienie w Polsce badań w dziedzinie zdrowia publicznego.

¹ System zdrowotny (system zdrowia; *health system*), to zespół wszystkich publicznych i prywatnych organizacji i instytucji, a także zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia. Obejmuje nie tylko świadczenia zdrowotne dla jednostek i populacji, ale również działania, których celem jest oddziaływanie na polityki i przedsięwzięcia innych sektorów, aby modyfikować społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia (*The Tallin Charter: Health systems for health and wealth, WHO, 2008*).

² Świadczenia zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art 5, p.40 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn.zm.).

³ Program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych (art. 5, p.30 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn.zm.).

17.2. Przeznaczenie niniejszego opracowania

- ❖ Stymulować opracowanie strategii rozwoju badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce na okres pięciu (lub więcej) lat. Strategia ta powinna odpowiadać na potrzeby ludności, pacjentów, grup społecznych, świadczeniodawców oraz innych interesariuszy, aby wzmocnić krajowy system zdrowotny.
- ❖ Wzmocnić i rozwijać polskie badania w dziedzinie zdrowia publicznego w taki sposób, aby wykorzystać wkład badaczy z różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, reprezentantów społeczeństwa obywatelskiego oraz innych interesariuszy.

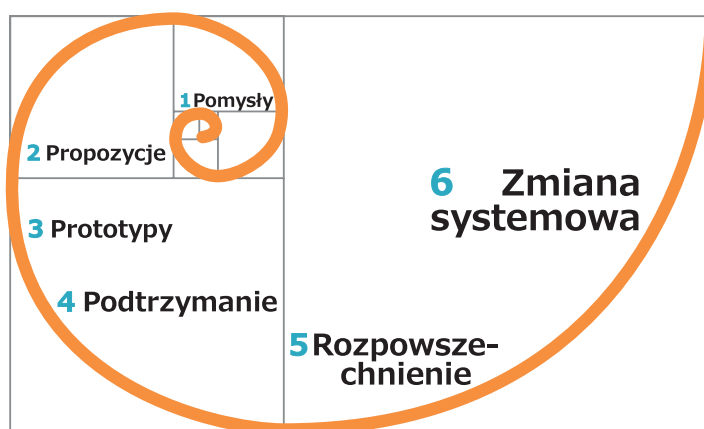
17.3. Adresat opracowania

- ❖ Niniejsze opracowanie jest materiałem do dyskusji i jest adresowane przede wszystkim do badaczy i praktyków zdrowia publicznego w Polsce, ponieważ najlepszym rozwiązaniem jest, aby potrzeby oraz sposoby naprawy określała społeczność najbardziej zainteresowana i zaniepokojona istniejącym stanem rzeczy.
- ❖ Kolejnymi grupami docelowymi materiału są inne grupy badaczy i praktyków systemu zdrowotnego, decydenci sektora zdrowotnego, reprezentanci innych sektorów, parlamentarzyści, stowarzyszenia profesjonalne, organizacje pozarządowe, przemysł i media, ponieważ osiągnięcie zamierzonego celu wymaga wspólnego rzecznictwa w sprawach zdrowia publicznego, szerokiej współpracy oraz porozumienia.

17.4. Założenia

- ❖ We wrześniu 2012r. aprobowano 10 podstawowych działań zdrowia publicznego (*EPHOs*) dla regionu europejskiego ŚOZ. Wyznaczają one zarazem 10 obszarów do dalszego działania. Przyjęcie w poszczególnych krajach podstawowych działań oraz związanych z nimi kierunków prac ma charakter dobrowolny [1,2]. Należy zauważyć, że proponowane działania są opisane w inny sposób niż zdefiniowane w 1994r. w USA *essential public health services (EPHS)*. Pomijając różnice słowno-stylistyczne, które mogą jednak budzić pewne wątpliwości co do zakresu odpowiedzialności zdrowia publicznego, zwraca uwagę, że wśród *EPHOs* nie została jednoznacznie wskazana kwestia oceny efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych osób oraz społeczności (*EPHS 9: Evaluate effectiveness, accessibility, and quality of personal and population-based health services*) [3]. Dotychczas w Polsce aspekt ten uważano powszechnie za domenę zdrowia publicznego, czego przykładem może być opinia *Jerzego Leowskiego* [4]. Ponieważ w Polsce nie podjęto próby określenia funkcji zdrowia publicznego właściwych dla krajowego kontekstu (uwarunkowań organizacyjnych, potrzeb itp.), dlatego zasadne wydaje się utrzymanie dotychczasowego stanowiska, tj. uwzględnianie kwestii oceny świadczeń medycznych w obrębie zdrowia publicznego.

- ❖ Niemal od początku istnienia Unii Europejskiej jej okrętem flagowym są innowacje [5]. Obecnie jest to jeden z siedmiu wiodących kierunków strategii Europa 2020 [6,7]. Przez wiele lat odnieszono to najczęściej do innowacji technologicznych. W ostatnim czasie coraz częściej mówi się o innowacjach społecznych. Innowacja społeczna to stworzenie i wdrożenie nowych idei (np. nowych produktów, usług) w celu zaspokojenia potrzeb społecznych oraz zbudowania nowych relacji społecznych lub współpracy. Jest ona reakcją na ważne potrzeby społeczne i służy poprawie dobrostanu. Opiera się na pomysłowości obywateli, organizacji społeczeństwa obywatelskiego, społeczności lokalnych, biznesu, sektora publicznego. Otwiera nowe możliwości przed sektorem publicznym i prywatnym, ponieważ umożliwia zaspokojenie potrzeb i aspiracji jednostek oraz zbiorowości ludzi [8].

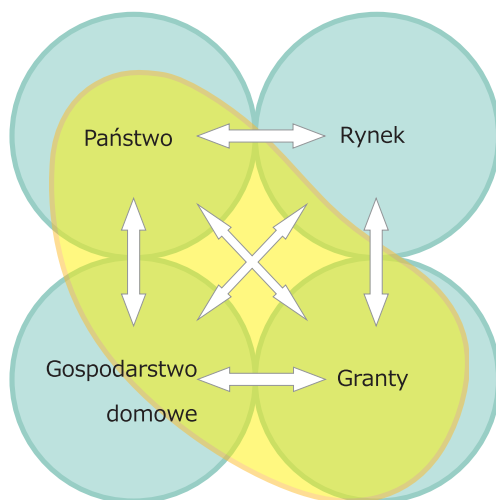


Rycina 17.1. Etapy innowacji społecznej, wg Murray R., 2010

Spiralny cykl życia innowacji składa się z sześciu etapów [9]: (1) pomysły, inspiracja, diagnoza, (2) propozycje zmian, (3) stworzenie prototypów i pilotaż, (4) podtrzymanie działania, (5) rozpowszechnienie (*scaling*) i dyfuzja innowacji, (6) zmiana systemowa (ryc. 17.1). Polega to odpowiednio na: (1) rozpoznaniu sytuacji, postawieniu pytań i określeniu problemu, (2) poszukiwaniu sposobów rozwiązania problemu, (3) opracowaniu pierwowzoru postępowania i poddaniu go ocenie w warunkach rzeczywistych, (4) wprowadzeniu rozwiązania do praktyki, co oznacza najczęściej konieczność wydzielenia budżetu, stworzenia zespołu, innych zasobów lub ustanowieniu prawa, (5) rozpowszechnieniu i wykorzystaniu innowacji, (6) istotnej i trwałej zmianie infrastrukturalnej. Cykl życia innowacji społecznej bywa też przedstawiany w czterech etapach: (i) pomysł, (ii) prototyp i pilotaż, (iii) wdrożenie, (iv) rozpowszechnienie [8]. Znamienne jest, że wymienione etapy innowacji społecznej są zgodne z działaniami zdrowia publicznego [10]. Niezależnie od tego czy zdrowie publiczne dąży do tworzenia polityki, wdrożenia programów, czy prowadzenia badań, zawsze odbywa się to w czterech zasadniczych fazach: (a) szacowania i wyboru problemu, (b) formułowania rozwiązań, (c) wdrożenia i (d) oceny. Podobieństwa te zauważył niemiecki badacz *Rolf Rosenbrock* już w 1995r. i stwierdził, że zdrowie publiczne z istoty rzeczy jest innowacją społeczną [11]. Aktualnie zagadnienie innowacji społecznych jest bardzo popularne i coraz częściej

pojawia się w kontekście problematyki zdrowotnej, zwłaszcza starzenia się społeczeństw i wsparcia dla grup nieuprzywilejowanych, oraz inwestowania w zdrowie [12].

Innowacje społeczne mogą być finansowane z czterech źródeł, z których jednym z najważniejszych jest budżet państwa (ryc. 17.2). Głównym źródłem jest sektor ekonomii społecznej, organizacje non-profit, fundacje, itp. [9, 13]. Trzeba tu jednak pamiętać, że sektor rządowy jest znacznie większy i silniejszy niż sektor ekonomii społecznej, toteż wsparcie z jego strony ma zwykle podstawowe znaczenie. Na przykład rząd Wielkiej Brytanii przeznaczał ostatnio 50 mln funtów rocznie na innowacje społeczne w *NHS*. Komentarz w *The Guardian* nazwał nawet tę sytuację nową obsesją i nową gorączką złota [14].



Rycina 17.2. Udział czterech sektorów w innowacji społecznej. Zacieniony obszar oznacza fragment danego sektora włączony w innowację.

Wydaje się, że w obecnym klimacie społeczno-politycznym i ekonomicznym badacze oraz praktycy zdrowia publicznego powinni zwrócić wyjątkowo baczną uwagę na zagadnienie innowacji społecznych, rozpoznać je, zrozumieć, a także wykorzystać jako koło zamachowe rozwoju zdrowia publicznego.

- ❖ W podręcznikach zdrowia publicznego i promocji zdrowia można znaleźć dziesiątki informacji o teoriach i technikach tzw. rozwoju, wzmocnienia czy włączenia społeczności. Wszystkie można podsumować najkrócej w taki sposób, że poprawa zdrowia powinna odbywać się z aktywnym udziałem członków społeczności poprzez rozwój umiejętności, rozbudowę zasobów oraz infrastruktury organizacyjnej i społecznej [15]. W niniejszym materiale przyjęto identyczne założenie – poprawa stanu badań w dziedzinie zdrowia publicznego oraz ich rozwój nie może odbywać się bez udziału badaczy i praktyków. Tylko osobiste zaangażowanie zainteresowanych może przynieść zakładane efekty. Prezentowany materiał ma charakter roboczy, otwarty na zmiany i stanowi rodzaj wizji programowej.
- ❖ Analiza piśmiennictwa międzynarodowego, stanu polskich badań w zakresie zdrowia publicznego oraz krajowych celów i priorytetów zdrowotnych, a także obserwacja życia społecznego pozwa-

lają na wskazanie obszarów, które wymagają szczególnej uwagi podczas przyszłego ustalania priorytetów badań w obszarze zdrowia publicznego w Polsce. Wskazane poniżej zagadnienia priorytetowe są spójne z wyrażanymi wcześniej poglądami [16,17], chociaż ich liczba jest większa.

Proponowane zagadnienia są sformułowane ogólnie, toteż w dalszych etapach procesu ustalania priorytetów powinny zostać sprecyzowane poprzez postawienie odpowiednich pytań badawczych. Należy pamiętać, że zagadnienia te nie są rozłączne i krzyżują się. Ponadto przy wyborze priorytetów nie można pominąć zagadnień kluczowych, związanych z tzw. *big killers and big cripplers*. Zgodnie z sugestiami piśmiennictwa, wybór priorytetów powinien również zostawiać pewien margines swobody dla inwencji badaczy. W dalszych pracach lista ta może ulec zmianom.

Przyjęto, że przyszłe priorytety badawcze w obszarze zdrowia publicznego powinny dotyczyć następujących grup tematycznych:

1. Problemy zdrowotne: nierówności w zdrowiu, nowe zagrożenia epidemiologiczne, urazy, samoleczenie, zdrowie psychiczne;
2. Populacje: społeczności i populacje nieuprzywilejowane, wszystkie grupy wiekowe (tzw. zdrowie w całym okresie życia, czyli dzieci i młodzież, dorośli, osoby stare), osoby pracujące;
3. Działania systemu zdrowotnego: przygotowanie do sytuacji kryzysowych oraz reagowanie na nie, rehabilitacja osób niepełnosprawnych i integracja społeczna, infrastruktura systemu zdrowotnego, efektywność zdrowotna (efekty zdrowotne) i kosztowa polityk, strategii, planów zdrowotnych oraz metod prewencji i promocji zdrowia, prawo i etyka;
4. Zdrowie środowiskowe: środowisko przyrodnicze i antropogeniczne, zmiana klimatu.

17.5. Wizja (pożądana zmiana)

- ❖ Rozwój społeczno-ekonomiczny kraju z uwzględnieniem rozwoju badań w dziedzinie zdrowia publicznego dotyczących poprawy, promowania i przywracania zdrowia zbiorowości ludzi.
- ❖ Poprawa zdrowia populacji i poprawa jakości życia osób i społeczności.
- ❖ Zmniejszenie nierówności w zdrowiu.
- ❖ Zwiększenie efektywności i jakości świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza z obszaru promocji zdrowia oraz profilaktyki.
- ❖ Produkcja (tworzenie) nowej wiedzy.

17.6. Wartości

- ❖ Równość i sprawiedliwość społeczna.
- ❖ Innowacyjność, tworzenie i wdrażanie nowych, efektywnych interwencji zdrowia publicznego.
- ❖ Etyka w organizacji i w badaniach.
- ❖ Doskonałość w badaniach i praktyce.

17.7. Cele szczegółowe

1. Wzmocnić społeczność badaczy i praktyków zdrowia publicznego.
2. Stworzyć zadowalający i efektywny system badań w dziedzinie zdrowia publicznego.
3. Wykorzystać wyniki badań do polityki zdrowotnej i praktyki.

17.8. Zadania i działania

Ad 1. Wzmocnić społeczność badaczy i praktyków zdrowia publicznego.

- 1.1. Rozwijać współpracę i partnerstwo, zawiązać sieci, konsorcja i koalicje, budować kapitał społeczny:
 - 1.1.1. Określić partnerów sieci jednostek badawczych, stowarzyszeń profesjonalnych, badaczy i praktyków związanych ze zdrowiem publicznym;
 - 1.1.2. Budować sieci, konsorcja i koalicje, grupy robocze, podtrzymywać współpracę;
 - 1.1.3. Stworzyć krajowe forum badaczy, praktyków i innych podmiotów w celu wymiany poglądów i budowania tożsamości zawodowej;
 - 1.1.4. Wykreować lidera zmian [18];
 - 1.1.5. Stworzyć struktury i mechanizmy translacji wiedzy oraz brokerstwa;
 - 1.1.6. Stworzyć struktury i mechanizmy wspierania badaczy w poszukiwaniu partnerów, funduszy na badania, opracowywaniu wniosków o dofinansowanie projektów;
 - 1.1.7. Poszukiwać źródeł wsparcia finansowego dla rzecznictwa, działalności brokerskiej i badań;
 - 1.1.8. Udostępnić praktyki (np. studentom) w placówkach związanych ze zdrowiem publicznym, umożliwić wolontariat;
 - 1.1.9. Rozwijać współpracę międzynarodową, w tym z krajami południa i wschodu Europy;
 - 1.1.10. Budować kulturę organizacyjną, która rozbudza ciekawość badawczą, chęć do inicjatywy, motywuje do całościowego spojrzenia na problemy zdrowotne oraz do zdobywania wiedzy z wielu różnych obszarów życia społecznego.
- 1.2. Zwiększyć społeczną świadomość tego, czym jest zdrowie publiczne (nauka i sztuka) oraz znaczenia badań w dziedzinie zdrowia publicznego, na temat behawioralnego, środowiskowego i politycznego podejścia do zdrowia, tj. wykazać znaczenie wyników takich badań dla poprawy sytuacji zdrowotnej ludności:
 - 1.2.1. Zaplanować rzecznictwo, monitorować i oceniać przebieg wydarzeń;
 - 1.2.2. Współpracować ze środkami masowego przekazu;
 - 1.2.3. Szeroko informować o postępach badawczych, nowościach, wynikach badań, tworzyć *policy brief*;
 - 1.2.4. Tworzyć i upowszechniać memoranda, białe i zielone księgi.

Ad 2. Stworzyć zadowalający i efektywny system badań w obszarze zdrowia publicznego.

- 2.1. Zapewnić możliwość prowadzenia badań w dziedzinie zdrowia publicznego, zarządzanie takimi badaniami i stabilne ich finansowanie.
- A. Poziom makro: działania na poziomie rządowym, parlamentarnym, płatnika (NFZ), ZUS i innych centralnych organów administracji zmierzające do maksymalizowania inwestycji w badania w dziedzinie zdrowia publicznego, w tym np. poprzez: (1) uchwalenie ustawy o zdrowiu publicznym określającej zadania zdrowia publicznego na szczeblu centralnym, regionalnym i lokalnym oraz uwzględnienie w niej rozwoju badań, na przykład na wzór *The Norwegian Public Health Act* [19], (2) wprowadzenie wspólnych programów badawczych rządu, poszczególnych ministerstw, NFZ, ZUS, jednostek naukowych, organizacji pozarządowych i sektora prywatnego, (3) udoskonalenie systemu statystyki publicznej w kontekście potrzeb zdrowia publicznego i ułatwienie dostępu do istniejących danych, (4) większe inwestowanie w badania nad zdrowiem i dobre zarządzanie systemem badań, (5) sprawiedliwe i transparentne premiovanie wniosków o finansowanie badań mających związek ze zdrowiem publicznym, dobrostanem populacji, funkcjonowaniem systemu zdrowotnego, efektywnością zdrowotną i ekonomiczną polityk i programów zdrowotnych, (6) sprecyzowanie zakresu tematycznego dziedziny „nauki o zdrowiu” i(lub) dokonanie podziału na poszczególne dyscypliny, *etc.*
- B. Poziom mezo i mikro: działania na poziomie sieci, konsorcjów, koalicji, jednostek badawczych, które przyczyniają się do zmian na poziomie makro:
- 2.1.1. Popularyzować znaczenie podejść do ochrony zdrowia takich jak „inwestowanie dla zdrowia” oraz „zdrowie we wszystkich politykach” (*Health in All Policies – HiAP*), a także informować o podstawowych narzędziach podejścia *HiAP* [20,21], takich jak ocena wpływu (oddziaływania) na zdrowie (*Health Impact Assessment – HIA*), komitety (zespoły) rządowe, komitety międzyresortowe, wspólne planowanie priorytetów badawczych i wdrożeniowych, wspólna ewaluacja projektów, granty krzyżowe, wspólne finansowanie projektów badawczych;
 - 2.1.2. Komunikować się z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, NCN, NCBiR, Ministerstwem Zdrowia, innymi ministerstwami, NFZ, ZUS oraz innymi organami centralnymi;
 - 2.1.3. Okresowo monitorować i oceniać stan badań w dziedzinie zdrowia publicznego, upowszechniać wyniki;
 - 2.1.4. Zainicjować proces ustalania priorytetów badawczych, właściwych podejść i metod badawczych, kryteriów i wagi ocen;
 - 2.1.5. Wypracować dodatkowe (wobec istniejących formalnie) sposoby oceny działalności jednostek naukowych z obszaru zdrowia publicznego (oraz pracowników), uwzględniające kryteria społecznych efektów działalności badawczej;
 - 2.1.6. Wypracować ewentualne metody wsparcia recenzentów analizujących wnioski o finansowanie badań z obszaru zdrowia publicznego oraz polityk i systemów zdrowotnych;
 - 2.1.7. Współpracować z różnymi podmiotami, w tym z jednostkami samorządu terytorialnego, aby wspierać merytorycznie realizację programów zdrowotnych oraz gromadzić materiał badawczy.

- 2.2. Stworzyć kompetentną i stabilną kadrę zdrowia publicznego, badaczy oraz praktyków:
 - 2.2.1. Zapobiegać utracie wykwalifikowanych pracowników, przyciągać doświadczonych badaczy z innych dziedzin i dyscyplin;
 - 2.2.2. Zwiększyć wymianę wiedzy i poglądów między badaczami i praktykami np. w trakcie sympozjów, szkoleń, w grupach roboczych, *etc.*;
 - 2.2.3. Wspierać kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe oraz kształcenie ustawiczne, zwłaszcza w odniesieniu do metodologii badań;
 - 2.2.4. Mentoring;
 - 2.2.5. Budować kulturę etyczną organizacji, także w odniesieniu do badań [22,23].
- 2.3. Usprawnić istniejące mechanizmy publikowania prac oraz wymiany wiedzy:
 - 2.3.1. Zachęcać czasopisma do wsparcia badań, które odnoszą się do polityk, ewaluacji, wdrożeń;
 - 2.3.2. Umożliwić wolny dostęp do wyników badań;
 - 2.3.3. Podejmować próby indeksowania czasopism w bazach bibliograficznych, także w celu uzyskania *IF*;
 - 2.3.4. Zachęcać do pisania listów do redakcji, komentarzy;
 - 2.3.5. Umożliwić publikowanie w języku polskim i angielskim, np. *on-line*;
 - 2.3.6. Zwiększyć produkcję opracowań teoretycznych, przeglądowych;
 - 2.3.7. Zabięgać, wzorem nauk humanistycznych, o wyższy status monografii w ocenie parametrycznej jednostek naukowych związanych ze zdrowiem publicznym.

Ad 3. Wykorzystać wyniki badań do polityki zdrowotnej i praktyki.

- 3.1. Prowadzić dobre pod względem metodologicznym badania, które dostarczą nowej, rzetelnej wiedzy:
 - 3.1.1. Badać nowe i zaniedbane problemy, stawiać nowe pytania badawcze;
 - 3.1.2. Wzmocnić badania ewaluacyjne i translacyjne;
- 3.2. Dokonywać syntezy istniejących wyników badań:
 - 3.2.1. Opracować procedury i procesy oceny dowodów w celu kompilacji wyników i syntezy wiedzy;
 - 3.2.2. Stworzyć bazę (bazy) wiedzy i dobrych praktyk.
- 3.3. Prowadzić translację wiedzy:
 - 3.3.1. Organizować staże dla badaczy w podmiotach administracji rządowej i samorządowej oraz staże dla urzędników w jednostkach badawczych;
 - 3.3.2. Stworzyć nowe kanały komunikacji z twórcami polityk, np. seminaria organizowane w ministerstwach, w parlamencie.
 - 3.3.3. Planować, monitorować i oceniać translację wiedzy.

17.9. Analiza SWOT rozwoju badań w dziedzinie zdrowia publicznego

	Czynniki pozytywne, pomocne	Czynniki negatywne, przeszkadzające
Czynniki wewnętrzne	<p>Mocne strony (<i>strengths</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Świadomość słabej kondycji zdrowia publicznego, badań i praktyki • Świadomość potrzeby zmian w obszarze badań w dziedzinie zdrowia publicznego • Wiedza i doświadczenie pracowników naukowych • Potencjał twórczy, kreatywność, inteligencja • Możliwość wywierania wpływu (kontakty, znajomości) • Łatwość komunikacji za pośrednictwem współczesnych mediów 	<p>Słabe strony (<i>weaknesses</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niewystarczająca współpraca w społeczności badaczy i praktyków, mała spójność społeczna • Pogoń za zarobkiem, grantami, punktami • Poczucie bezsilności • Obawy przed utratą pracy • Nieznane źródło finansowania prac zmierzających do przygotowania strategii
Czynniki zewnętrzne	<p>Szanse (<i>opportunities</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niezadowolenie opinii społecznej z działalności systemu opieki zdrowotnej • Brak środków finansowych w krajowym systemie opieki zdrowotnej • Starzenie się społeczeństwa • Wydłużenie czasu pracy, podniesienie granicy wieku emerytalnego • Dostęp do środków zagranicznych na badania naukowe 	<p>Zagrożenia (<i>threats</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ograniczanie środków na finansowanie nauki i ochronę zdrowia • Reforma nauki, ocena parametryczna jednostek • Nacisk na komercjalizację wyników badań naukowych • Restrukturyzacja jednostek naukowych • Drenaż mózgow, utrata pracowników • Konkurencja w stosunku do silnej medycyny naprawczej

17.10. Piśmiennictwo

1. WHO Regional Office for Europe. Resolution: European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Regional Committee for Europe. Sixty-second session. EUR/RC62/R5. Malta, 10–13 September 2012.
2. WHO Regional Office for Europe. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Regional Committee for Europe. Sixty-second session. EUR/RC62/12 Rev.1. Malta, 10–13 September 2012.
3. Centers for Diseases Control and Prevention. The 10 Essential Public Health Services. <http://www.cdc.gov/nphsp/essentialservices.html>
4. Leowski J. Funkcje zdrowia publicznego. *Zdrowie Publ* 2001,111(5–6): 382–386.
5. European Commission. Green paper on innovation. December 1995. http://europa.eu/documents/comm/green_papers/pdf/com95_688_en.pdf
6. Council of the European Union. Recommendation for a COUNCIL RECOMMENDATION on Poland's 2013 national reform programme and delivering a Council opinion on Poland's convergence programme for 2012-2016. Brussels, 19 June 2013. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/13/st10/st10648-re01.en13.pdf>.
7. European Union. Innovation Union. A pocket guide on a Europe 2020 initiative. Luxembourg 2013.
8. European Commission. Guide to social innovation. DG Regional and Urban Policy. February 2013. <http://s3platform.jrc.ec.europa.eu/documents/10157/47822/Guide%20to%20Social%20Innovation.pdf>
9. Murray R, Caulier-Grice J, Mulgan G. The open book of social innovation. Social innovators series: ways to design, develop and grow social innovation. National Endowment for Science, Technology and the Arts (NESTA), Young Foundation. March 2010. http://www.nesta.org.uk/sites/default/files/the_open_book_of_social_innovation.pdf
10. Jansen MW, van Oers HA, Kok G, de Vries NK. Public health: disconnections between policy, practice and research. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8:37.
11. Rosenbrock R. Public health as a social innovation. *Gesundheitswesen*. 1995 Mar;57(3):140-144.
12. EuroHealthNet. Policy briefing. Understanding the Social Investment Package and Social Innovation. 2013. <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Understanding%20the%20Social%20Investment%20Package.pdf>
13. European Commission. Financing Social Impact Funding social innovation in Europe –
14. Mapping the way forward. http://ec.europa.eu/enterprise/newsroom/caf/_getdocument.cfm?doc_id=7048
15. Roberts Y. New ways of doing. Social innovation is the new global obsession. It might be a nebulous idea but it has huge potential. *The Guardian* Monday 11 August 2008. <http://www.theguardian.com/commentisfree/2008/aug/11/welfare.health>
16. National Institutes of Health. Principles of community engagement. 2nd edition NIH Publication No. 11-7782, June 2011.
17. Zejda J. Priorytety naukowe w zdrowiu publicznym w Polsce. *Zdr Publ* 2001, 111(5-6): 291-297.
18. Zejda JE, Wysocki MJ. Zdrowie publiczne w projektach badawczych finansowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego – realizacja i potrzeby. *Przeegl Epidemiol* 2010, 64: 405 – 411.
19. Wright K, Rowitz L, Merkle A, Reid M, Robinson G, Herzog B, Weber D, Carmichael D, Balderson TR, Baker E. Competency Development in Public Health Leadership. *Am J Public Health* 2000, 90(8): 1202-1207.
20. The Norwegian Public Health Act. Ministry of Health and Care Services (MHCS) 2001. http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer%20FHA_FOS/123.pdf
21. St-Pierre L. Governance tools and framework for health in all policies. International Union for Health Promotion and Education, European Observatory on Health Systems and Policies. http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf
22. McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M. Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf
23. Jak zbudować kulturę etyczną w firmie. <http://odpowiedzialnybiznes.pl/public/files/Jak%20zbudowac%20kulture%20etyczna%20w%20firmie.pdf>
24. World Health Organization. World health report 2013: Research for universal health coverage. WHO, Geneva 2013:111.

Wykaz zestawień

Zestawienie 1.1.

Kontrasty „starego” i nowego zdrowia publicznego, wg *Macfarlane SB, Irvin A.*, 2009;
Baum F., 2008 18

Zestawienie 2.1.

Wydarzenia istotne dla rozwoju ZwWP..... 40

Zestawienie 3.1.

Struktura Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005 45

Zestawienie 4.1.

Najważniejsze raporty, rezolucje i wydarzenia międzynarodowe dotyczące badań
w dziedzinie zdrowia w latach 2000-2013..... 59

Zestawienie 5.1.

Podłoże systemu zdrowotnego i systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg *World Health
Organization*, 2001 (zmodyfikowane) 79

Zestawienie 5.2.

Działania i komponenty operacyjne krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia,
wg *Pang T.* i wsp., 2003 80

Zestawienie 5.3.

Działania systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg *World Health Organization*, 2013
(zmodyfikowane) 81

Zestawienie 5.4.

Wskaźniki analizy i oceny krajowego systemu badań w dziedzinie zdrowia,
wg *Sadana R, Pang T.*, 2004..... 82

Zestawienie 6.1.

Etapy wyboru niezbędnych krajowych badań w dziedzinie zdrowia, podejście *ENHR*,
wg *Okello D., Chongtrakul P.*, 2000 (opracowanie własne) 96

Zestawienie 6.2.

Przykłady pytań, które pozwalają uściślić kryteria stosowane w ustalaniu priorytetów
badawczych (dotyczy p.2.4 w zestawieniu 6.1), podejście *ENHR*, wg *Okello D.,
Chongtrakul P.*, 2000 (zmodyfikowane) 97

Zestawienie 6.3.

Przykładowe kryteria i wagi oceny (w skali trzypunktowej) tematów badań przy wyborze
priorytetów badawczych (dotyczy p. 2.7 w zestawieniu 6.1), wg *Varkevisser C.M.,
Pathmanathan I., Brownlee A.*, 1991 99

Zestawienie 6.4.

Wykaz kwestii i pytań do sprawdzenia listy priorytetowych tematów badawczych (dotyczy p.3.1. w zestawieniu 6.1.), podejście *ENHR*, wg *Okello D., Chongtrakul P.*, 2000 (zmodyfikowane) 100

Zestawienie 6.5.

Matryca 2D *CAM* do ustalania priorytetów zdrowotnych, wg *Ghaffar A., de Francisco A., Matlin S.*, 2004 (zmodyfikowane)..... 101

Zestawienie 6.6.

Metoda *CHNRI*, wg *Rudan I.* i wsp., 2008 (zmodyfikowane)..... 103

Zestawienie 6.7.

Kwestie i problemy do rozwiązania podczas ustalania priorytetów, wg *COHRED*, 2006 (zmodyfikowane) 104

Zestawienie 6.8.

Ustalanie priorytetów badawczych, wg *Montorzi G.* i wsp., 2010, (zmodyfikowane) 105

Zestawienie 6.9.

Wykaz kontrolny do ustalania priorytetów badawczych w dziedzinie zdrowia, wg *Viergever R.F.* i wsp., 2010 (zmodyfikowane) 107

Zestawienie 7.1.

Terminologia stosowana w obszarze translacji wiedzy, wg *McKibbon* i wsp., 2010 118

Zestawienie 7.2.

Podstawowe terminy z obszaru translacji wiedzy, wg *WhatisKT*..... 119

Zestawienie 7.3.

Definicje wybranych pojęć związanych tematycznie z translacją wiedzy, wg *MeSH*..... 120

Zestawienie 8.1.

Czynniki istotne dla przepływu informacji z perspektywy twórców polityk dotyczących opieki długoterminowej, wg *Feldman PH.* i wsp., 2001 137

Zestawienie 8.2.

Różnice między badaczami a twórcami polityk publicznych, wg *Brownson RC.* i wsp., 2006 ... 141

Zestawienie 9. 1.

Dziesięć częstych błędów w rozpowszechnieniu nowej interwencji, wg *Dearing JW.*, 2009; *WHO*, 2013 152

Zestawienie 9.2.

Charakterystyka podmiotów brokerskich, wg *Feldman PH.* i wsp., 2001 (zmodyfikowane) 155

Zestawienie 10.1.

Przykładowa strategia w bazie PBL (stosowane Hasła, modyfikatory i ograniczenia) dla obszaru II: Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych i społecznych, wymagających zorganizowanego wysiłku państwa na rzecz ich zwalczania 164

Zestawienie 13.1.	
Definicje wybranych haseł związanych ze zdrowiem kobiet oraz mężczyzn przyjęte w <i>MEDLINE/PubMed</i> zgodnie z słownikiem <i>MeSH</i> 2012.....	224
Zestawienie 13.2.	
Definicje wybranych haseł związanych ze zdrowiem kobiet oraz mężczyzn przyjęte w PBL zgodnie z słownikiem <i>Tezaurusa TezMeSH</i> 2012	227
Zestawienie 14.1.	
Założenia strategii wyszukiwania piśmiennictwa do oceny widoczności piśmiennictwa z dziedziny zdrowia publicznego	244
Zestawienie 15.1.	
Dziedziny nauki i dyscypliny naukowe w obszarze wiedzy Obszar Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej	260
Zestawienie 15.2.	
Wykaz instytutów badawczych w Grupie Nauk o Życiu wg klasyfikacji stosowanej w ocenie parametrycznej jednostek naukowych GWO NZ3M (dostęp 01.12.2013)	261
Zestawienie 15.3.	
Uczelnie wyższe, na których prowadzone są studia na kierunku zdrowie publiczne w bazie POL-on (dostęp 05.12.2013).....	262
Zestawienie 15.4.	
Towarzystwa naukowe działające w obszarze zdrowia publicznego wraz z ich podstawowymi działaniami statutowymi w portalu Nauka Polska, (dostęp 30.11.2013)	269
Zestawienie 15.5.	
Medyczne towarzystwa zawodowe działające w obszarze zdrowia publicznego wraz z ich podstawowymi działaniami statutowymi w portalu Nauka Polska (dostęp 30.11.2013)	275

Wykaz tabel

Tabela 8.1.

Opinie dyrektorów lokalnych departamentów zdrowia na temat wiedzy o zmianie klimatu wśród pracowników departamentu i innych interesariuszy, wg *Maibach* i wsp., 2008..... 135

Tabela 8.2.

Opinie twórców polityk zdrowotnych na temat czynników, które pomagają i przeszkadzają przy wykorzystaniu wyników badań, wg *Innvaer S.* i wsp., 2002..... 138

Tabela 10.1.

Liczba publikacji z lat 2000-2012 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL..... 168

Tabela 10.2.

Szczegółowe rezultaty wyszukiwania publikacji w obszarze IX: Monitorowanie zakresu i jakości świadczeń medycznych, ich dostępności, przestrzegania zasad bioetyki zawodowej personelu, przestrzegania praw pacjenta i międzynarodowych regulacji prawnych w ochronie zdrowia, publikacje z lat 2000-2012 obecne w PBL 173

Tabela 10.3.

Liczba publikacji z lat 2000-2012 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL. 175

Tabela 10.4.

Liczba publikacji z lat 200-2012 obecnych w PBL według czasopism, które opublikowały najwięcej artykułów. 178

Tabela 11.1.

Wybrane czasopisma z dziedziny medycyny i zdrowia publicznego z przyznaną punktacją *IF* za rok 2012 oraz krajem wydawcy..... 189

Tabela 12.1.

Liczba wniosków wstępnych zakwalifikowanych do II etapu konkursu w ramach strategicznego programu badań naukowych i prac rozwojowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” *STRATEGMED* 197

Tabela 12.2.

Projekty finansowane w ramach Sekcji Zdrowie Publiczne i Kultura Fizyczna KBN w latach 2001-2010..... 198

Tabela 12.3.

Projekty finansowane w ramach grupy „Nauki o Życiu” (NZ), wg NCN, 2012 198

Tabela 12.4.

Projekty finansowane w ramach panelu „zdrowie publiczne” (NZ7) w ramach grupy „Nauki o Życiu” (NZ), wg NCN, 2012..... 199

Tabela 14.1.

Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w bazie *MEDLINE* według hasła kluczowego i kraju..... 256

Tabela 14.2.

Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych pod hasłem „*public health*” w *MEDLINE* według kraju, liczby czasopism, liczby ludności, produktu krajowego brutto, całkowitych nakładów na zdrowie oraz obciążenia chorobami 256

Tabela 15.1.

Liczba osób ze stopniami i tytułami naukowymi w bazie POL-on w Obszarze Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu oraz Nauk o Kulturze Fizycznej (dostęp 17.12.2013) 260

Tabela 15.2.

Liczba osób wg stopnia i tytułu w specjalności ZDROWIE PUBLICZNE w bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp 19.10.2013) 267

Tabela 15.3.

Liczba kobiet i mężczyzn posiadających stopnie doktora, doktora habilitowanego i tytuł profesora w specjalności ZDROWIE PUBLICZNE w bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp 19.10.2013) 267

Tabela 15.4.

Główne dyscypliny naukowe wg Komitetu Badań Naukowych (KBN) reprezentowane przez osoby ze wskazaną specjalnością ZDROWIE PUBLICZNE w bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp w dniu 19.10.2013) 268

Tabela 15.5.

Dziesięć dodatkowych specjalności najczęściej przypisywanych osobom posiadającym specjalność ZDROWIE PUBLICZNE w bazie Ludzie Nauki portalu Nauka Polska (dostęp 19.10.2013) 268

Tabela 15.6.

Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *OECD* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013) 280

Tabela 15.7.

Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *CKSST* w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013) 281

Tabela 15.8.

Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *ERC* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013) 282

Tabela 15.9.

Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *KBN* w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013) 284

Tabela 15.10.

Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *NCN* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013) 286

Tabela 15.11.

Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *OSJ* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)..... 287

Tabela 15.12.

Liczba recenzentów w dyscyplinach naukowych wg klasyfikacji *SDD* ze szczególnym uwzględnieniem osób reprezentujących zdrowie publiczne w bazie Systemu Wspomagania Wyboru Recenzentów (dostęp 01.12.2013)..... 288

Tabela 15.13.

Liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny (zdrowie publiczne) i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących zawód i nie wykonujących zawodu (Centralny Rejestr Lekarzy RP, stan na dzień 31.08.2013, dostęp 01.12.2013)..... 289

Wykaz rycin

Rycina 1.1.	
Dziesięć podstawowych świadczeń zdrowia publicznego, wg <i>CDC</i>	20
Rycina 1.2.	
Struktura podstawowych funkcji zdrowia publicznego wg <i>Ministry of Health Services, British Columbia</i>	26
Rycina 2.1.	
Główne uwarunkowania zdrowia, wg <i>Dahlgren G, Whitehead M, 1991</i>	33
Rycina 3.1.	
Odsetek zwrotu formularzy sprawozdawczych NPZ wg województwa.....	49
Rycina 3.2.	
Odsetek samorządów realizujących poszczególne cele operacyjne w roku 2010 i 2011 (nazwy celów skrócone do określenia problematyki jaką obejmują)	50
Rycina 5.1.	
Częstość występowania określenia „ <i>health research</i> ” oraz „ <i>public health research</i> ” w korpusie książek „ <i>English</i> ” z lat 1945-2008 istniejących w bazie <i>Google Books</i> , wg <i>Google Books Ngram Viewer</i>	74
Rycina 5.2.	
Interakcje systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg <i>World Health Organization, 2001</i>	78
Rycina 5.3.	
Schemat tworzenia systemu badań w dziedzinie zdrowia, wg <i>COHRED</i>	84
Rycina 6.1.	
Matryca 3D <i>CAM</i> do ustalania priorytetów zdrowotnych, wg <i>Ghaffar A. i wsp., 2009</i> (zmodyfikowane)	101
Rycina 7.1.	
Piramida wiedzy, wg <i>World Health Organization, 2004</i>	114
Rycina 8.1.	
Modele tworzenia powiązań między badaniami i działaniami w sektorze zdrowia, wg <i>Lavisa JN. i wsp., 2006</i>	131
Rycina 8.2.	
Schemat <i>RAPID</i> powiązań między badaniami i polityką, wg <i>ODI</i>	134
Rycina 9.1.	
Ottawski model wykorzystania badań, wg <i>Graham ID, Logan J., 2004</i>	148
Rycina 9.2.	
Schemat procesu wykorzystania wiedzy do działania, wg <i>Graham ID. i wsp., 2006</i> (opracowanie własne)	150
Rycina 10.1.	
Tematyka publikacji z lat 2000-2012 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL (w %) stan w lutym 2013r.	171
Rycina 10.2.	
Liczba publikacji z lat 2000-2012 na temat monitorowania i zapobiegania chorobom i czynnikom ryzyka obecnych w PBL stan w lutym 2013r.	172

Rycina 10.3.	
Liczba publikacji z lat 2000-2013 w poszczególnych obszarach tematycznych zdrowia publicznego obecnych w PBL	176
Rycina 10.4.	
Liczba publikacji z lat 2000-2012 na temat monitorowania sytuacji zdrowotnej i zapobiegania chorobom obecnych w PBL.....	177
Rycina 10.5.	
Liczba publikacji z lat 2000-2012 na temat zarządzania, ekonomiki zdrowia i prawa obecnych w PBL	177
Rycina 11.1.	
Liczba czasopism naukowych publikowanych na przełomie wieków, wg <i>de Solla-Price DJ. Little science, big science</i> , New York 1963.....	183
Rycina 12.1.	
Etapy działań w obszarze badań naukowych, praktyki i polityki, wg <i>Jansen MW</i> i wsp., 2010 (opracowanie własne)	195
Rycina 12.2.	
Charakterystyka badań opublikowanych w latach 2007-2011 w wybranych polskich czasopismach z dziedziny zdrowia publicznego	200
Rycina 13.1.	
Model zależności płci społeczno-kulturowej (<i>gender</i>) ze zdrowiem, wg <i>Davidson K.W.</i> i wsp., 2006 (opracowanie własne)	223
Rycina 13.2.	
Liczba rekordów w bazie <i>MEDLINE/PubMed</i> dla wybranych haseł związanych z zdrowiem kobiet i mężczyzn (stan na czerwiec 2012r.).....	226
Rycina 13.3.	
Liczba rekordów w bazie PBL dla wybranych haseł związanych ze zdrowiem kobiet i mężczyzn w latach 1991- (czerwiec) 2012.....	227
Rycina 13.4.	
Odsetek prac dotyczących kobiet oraz mężczyzn według tematyk zaindeksowanych w bazie PBL w latach 1991 – (czerwiec) 2012.....	229
Rycina 14.1.	
Widoczność publikacji z dziedziny zdrowia publicznego (opracowanie własne)	243
Rycina 14.2.	
Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w <i>MEDLINE</i> pod hasłem „ <i>public health</i> ” wg kraju	247
Rycina 14.3.	
Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w <i>MEDLINE</i> pod hasłem „ <i>health policy</i> ” wg kraju	248
Rycina 14.4.	
Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w <i>MEDLINE</i> pod hasłem „ <i>health promotion</i> ” wg kraju	248
Rycina 14.5.	
Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w <i>MEDLINE</i> pod hasłem „ <i>public health</i> ” wg wielkości populacji kraju (w mln, 2009r.).....	250

Rycina 14.6.	
Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w <i>MEDLINE</i> pod hasłem „ <i>public health</i> ” wg PKB kraju (w mld USD, 2009)	250
Rycina 14.7.	
Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w <i>MEDLINE</i> pod hasłem „ <i>public health</i> ” wg całkowitych krajowych wydatków na zdrowie w kraju (w mld USD, 2009)	251
Rycina 14.8.	
Liczba artykułów z lat 2001-2010 odnotowanych w <i>MEDLINE</i> pod hasłem „ <i>public health</i> ” wg obciążenia chorobami w kraju (w DALY/1000 mieszkańców, 2004)	251
Rycina 16.1.	
Respondenci badania wg wieku.....	296
Rycina 16.2.	
Respondenci badania wg kierunku ukończonych studiów	297
Rycina 16.3.	
Respondenci badania wg podstawowego miejsca pracy	297
Rycina 16.4.	
Macierzyste jednostki naukowe wg lokalizacji	298
Rycina 16.5.	
Respondenci wg deklaracji dotyczącej publikowania prac w czasopismach posiadających <i>impact factor</i>	299
Rycina 16.6.	
Respondenci wg deklaracji uczestnictwa w internetowych społecznościach naukowców	299
Rycina 16.7.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy są takie obszary ZP, które można w Polsce urynkować (sprywatyzować)?”	301
Rycina 16.8.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie funkcje zdrowia publicznego mogłyby być urynkowane?”	301
Rycina 16.9.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy uważa Pan(i), że w Polsce prowadzi się działania praktyczne w ZP zgodne z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa?”	302
Rycina 16.10.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy uważa Pan(i), że w Polsce prowadzi się badania w ZP zgodne z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa?”	303
Rycina 16.11.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy uważa Pan(i), że w Polsce badania w ZP są zdominowane przez podejście biomedyczne?	303
Rycina 16.12.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Którą z dziedzin nauki należałoby wzmocnić w ZP w Polsce?”	304
Rycina 16.13.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem uwarunkowania zdrowia powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”	305

Rycina 16.14.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem uwarunkowania zdrowia związane z infrastrukturą systemu ochrony zdrowia powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”	306
Rycina 16.15.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem kwestie zdrowotne powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”	307
Rycina 16.16.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakie Pana(i) zdaniem grupy społeczne i zawodowe powinny stać się wiodącym przedmiotem badań ZP w najbliższych 5 latach w Polsce?”	308
Rycina 16.17.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakimi kryteriami kierował się Pan(i) wybierając priorytety badawcze związanych z uwarunkowaniami zdrowia i kwestiami zdrowotnymi?”	308
Rycina 16.18.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jakiego rodzaju badań ZP najbardziej brakuje obecnie w Polsce?”	309
Rycina 16.19.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma jest korzystna dla teorii i badań z obszaru ZP?”	310
Rycina 16.20.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma jest korzystna dla praktyki ZP?”	311
Rycina 16.21.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma doprowadzi do tego, że ZP w Polsce dorówna poziomowi z krajów najbardziej zaawansowanych?”	311
Rycina 16.22.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma nauki w Polsce idzie w dobrym kierunku, nie wymaga zmian ani korekt?”	312
Rycina 16.23.	
Rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki stopniu zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że reforma nauki doprowadzi do awansu tylko najlepszych badaczy z obszaru ZP?”	312
Rycina 17.1.	
Etapy innowacji społecznej, wg <i>Murray R.</i> , 2010	320
Rycina 17.2.	
Udział czterech sektorów w innowacji społecznej	321

Podsumowując opinię należy wskazać, że na szczeblu organizacji międzynarodowych oraz towarzystw naukowych, są formułowane nowe propozycje określenia istoty zdrowia publicznego i jego funkcji. Świadczy to o trudnościach z określeniem tożsamości tej dyscypliny, bądź o potrzebie ciągłej jej aktualizacji, także w Polsce. Niestety, w Polsce problematyka zdrowia publicznego była, a nierzadko jest, pomijana w krajowym dyskursie naukowym i praktyce działania instytucji publicznych.

Na tle tej sytuacji ustalenia przedstawione w monografii „Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego” będą stanowić istotną pomoc w zdefiniowaniu zdrowia publicznego i jego funkcji w Polsce tak w wymiarze intelektualnym i naukowym, jak też instytucjonalnym.

Adresatami niniejszej pracy powinni zostać nie tylko specjaliści i osoby zainteresowane problematyką zdrowia publicznego, ale wszyscy mający wpływ na kształtowanie polityki i działań naukowych mających znaczenie dla zdrowia i ochrony zdrowia.

Opracowanie to będzie stanowiło także cenny materiał dydaktyczny zwłaszcza dla celów kształcenia studentów kierunku zdrowie publiczne i lekarzy specjalizujących się w tym zakresie.

Dr hab. n. med. Piotr Tyszko
Dyrektor Instytutu Medycyny Społecznej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-
Państwowy Zakład Higieny, 2014

<http://www.pzh.gov.pl>