



MEDYCZNA WOKANDA



NACZELNA
IZBA LEKARSKA



WIELKOPOLSKA
IZBA LEKARSKA

„MEDYCZNA WOKANDA” / „MEDICAL DOCKET”

RADA PROGRAMOWA / ADVISORY COMMITTEE:

Prof. JUDr Jan Filip (Uniwersytet Masaryka, Brno, Czechy),
Prof. Giancarlo Antonio Ferro (Ricercatore di Diritto costituzionale Dipartimento di Giurisprudenza Università degli studi di Catania),
Prof. dr hab. n. prawn. Marian Filar (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń),
Prof. Dmitry Fiodoravitch Khvoryk (Head of the Department of Dermatology and Venerology, Grodno State Medical University),
Dr n. prawn. Attina Krajewska (School of Law College of Social Science and International Relations University of Exeter),
Prof. dr hab. n. med. Romuald Krajewski (Przewodniczący Rady Programowej),
Prof. dr hab. n. med. Jerzy Kruszewski (kierownik Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie),
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja (Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej),
Dr n. med. Jacek Miarka (Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego),
Prof. JUDr Stanislav Mráz (Uniwersytet Mateja Bela Banská Bystrzyca, Słowacja),
Prof. C. J. J. Mulder, MDPhD (Department of Gastroenterology and Hepatology University Medical Center, Amsterdam),
Prof. dr hab. n. prawn. Lech Paprzycki (Prezes Izby Karnej Sądu Najwyższego w stanie spoczynku, Akademia im. Leona Koźmińskiego, Warszawa),
Prof. dr n. prawn. Thomas Schomerus (Leuphana Universität),
Prof. dr n. prawn. A. Слинько (Woroneski Uniwersytet Państwowy),
Prof. n. med. Viktor Aleksandrovich Snezhitskiy (Rector, Grodno State Medical University),
Prof. Katerina Tosheska (Department of Medical and Experimental Biochemistry, Medical Faculty, University Ss Cyril and Methodius, Skopje, Republic of Macedonia),
Prof. dr hab. n. prawn. Eleonora Zielińska (Uniwersytet Warszawski),
Prof. Besh Lesya Vasylyivna (Head of the Department of Pediatrics №2 in Danylo Haltsky Lviv National Medical University. Chief of Lviv City Children's Allergic Centrum in Lviv City Children's Clinical)

REDAKCJA / EDITORIAL BOARD:

REDAKTOR NACZELNY / EDITOR-IN-CHIEF

prof. zw. dr hab. n. med. Jerzy Sowiński (Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań)

ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO / DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

prof. zw. dr hab. n. prawn. Jacek Sobczak (Sędzia Sądu Najwyższego w stanie spoczynku, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, Wydział Prawa),

lek. Artur de Rosier – Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (członek redakcji / member of the editorial board)

r. pr. Michał Linke (członek redakcji / member of the editorial board)

SEKRETARZ REDAKCJI / ASSISTANT EDITOR

prof. UAM dr hab. n. społ. Jędrzej Skrzypczak (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Wielkopolska Izba Lekarska)

ZASTĘPCY SEKRETARZA REDAKCJI / DEPUTY ASSISTANT EDITORS

dr n. prawn. i n. społ. Bartosz Hordecki (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu),

dr n. praw. Magdalena Zamrozyczyńska (Wydział Finansowy i Bankowości, Instytut Prawa i Administracji Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu)

mgr Anna Wilińska-Zelek (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu)

REDAKTORZY TEMATYCZNI / THEMATIC EDITORS:

prof. nadzw. dr hab. n. prawn. Joanna Haberko (prawo medyczne),

dr hab. n. prawn. Monika Urbaniak (międzynarodowe systemy ochrony zdrowia),

dr n. prawn. i n. społ. Bartosz Hordecki (filozofia, etyka i deontologia zawodowa),

dr n. med. Krzysztof Kordel (medyczne samorządy zawodowe, odpowiedzialność zawodowa lekarzy, medycyna sądowa),

dr n. med. Tomasz Maksymiuk (zdrowie publiczne),

lek. Grzegorz Wrona (system ochrony zdrowia)

REDAKTOR STATYSTYCZNY / STATISTIC EDITOR:

dr n. przyr. Agnieszka Wiesiołowska (Uniwersytet Medyczny, Poznań)

REDAKTORZY JĘZYKOWI / LINGUISTIC EDITORS:

mgr Anna Hordecka (język polski, absolwentka Instytutu Filologii Polskiej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu),

dr n. prawn. i n. społ. Ksenia Kakareko (język rosyjski, Uniwersytet Warszawski)

Adres redakcji / Editorial Office: Okręgowy Sąd Lekarski Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu,

ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań, tel. +48 783 993 413, tel./fax 61 855 45 11

adres mailowy: medyczna.wokanda@hipocrates.org, adres strony internetowej: <http://www.wil.org.pl/>

Czasopismo recenzowane zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

This scientific journal is peer-reviewed in accordance with the Ministry of Science and Higher Education guidelines.

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych oraz zastrzega sobie prawo skracania i adiustacji tekstów.

The Editorial Office does not return unsolicited material and reserves the privilege to adjust the format of the article.

WYDAWCA / PUBLISHER:

Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, tel. 22 559 13 00

Nakład: 300 egz.

ISSN 2081-4143

Prenumeratę instytucjonalną można zamawiać w oddziałach firmy Kolporter S.A. na terenie całego kraju. Informacje pod numerem infolinii 0801-205-555 lub na stronie internetowej <http://dp.kolporter.com.pl/>

Skład komputerowy – „MRS”, 60-408 Poznań, ul. P. Złotowa 23, tel. 61 843 09 39

Druk i oprawa – PERFECT Gaul i Wspólnicy sp.j., 660-185 Skórzewo, Skórzewska 63, tel. +48 61 666 06 11

Spis treści

<i>Od Redakcji</i>	5
ARTYKUŁY I STUDIA	
Leszek BARTKOWIAK, Tomasz MAKSYMIAK, <i>On the need for a code of professional ethics and arguments to the contrary</i>	7
Leszek SIKORSKI, <i>Wykorzystanie technologii informatycznych w promocji zdrowia – wybrane zagadnienia</i>	37
Elżbieta PRUSSAK, <i>Profilaktyka w ujęciu zdrowia publicznego, w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce</i>	47
Elżbieta WŁODARCZYK, <i>Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia – wybrane zagadnienia</i>	61
Anna FRANKOWSKA, <i>Rola programów profilaktyki wtórnej w kształtowaniu systemowej opieki nad dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością na przykładzie Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków</i>	91
Kornela CIEŚLIK, <i>Zdrowie jamy ustnej – wielopłaszczyznowe konstatacje autorów w odniesieniu do dzieci i młodzieży</i>	101
Katarzyna PRZYBYLSKA, <i>Promocja zdrowia w szkole</i>	111
ORZECZNICTWO I GLOSZY, SPRAWY MIĘDZYNARODOWE	
Magdalena ZAMROCYŃSKA, <i>Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanego w sprawach z aspektem medycznym w 2019 roku – pierwsze półrocze</i>	125
INFORMACJE DLA AUTORÓW	137

Contents

<i>From the Editor</i>	5
ARTICLES AND STUDIES	
Leszek BARTKOWIAK, Tomasz MAKSYMIUK, <i>O potrzebie kodeksu etyki zawodowej i argumentach przeciwnych</i>	7
Leszek SIKORSKI, <i>The use of information technologies in health promotion – selected issues</i>	37
Elżbieta PRUSSAK, <i>Prevention in the health care system in Poland, in the public health context</i>	47
Elżbieta WŁODARCZYK, <i>Psychology of health behaviour and health promotion – selected issues</i>	61
Anna FRANKOWSKA, <i>The role of secondary prevention programmes in shaping systemic care for children at risk of disability, on the example of the Universal Newborn Hearing Screening Programme</i>	91
Kornela CIEŚLIK, <i>Oral health – multifaceted observations of the authors in relation to children and adolescents</i>	101
Katarzyna Przybylska, <i>Health promotion at school</i>	111
JURISDICTION AND COMMENTARIES, INTERNATIONAL AFFAIRS	
Magdalena ZAMROCYŃSKA, <i>A review of judicial decisions by the European Court of Human Rights in 2019 concerning medical aspects</i>	125
INSTRUCTION FOR THE AUTHORS	137

Od Redakcji

Przekazujemy do rąk P.T. Czytelników dwunasty numer półrocznika naukowego „Medyczna Wokanda”, poświęconego niemal w całości problematyce promocji zdrowia. Jak zwykle w naszym periodyku robimy to z różnej perspektywy w ujęciu teoretyków, jak i praktyków. Numer otwiera natomiast tekst zatytułowany *O potrzebie kodeksu etyki zawodowej i argumentach przeciwnych*. Z uwagi na wagę tego zagadnienia, a nadto objętość przygotowanego tekstu przez Autorów w j. angielskim, Redakcja zdecydowała, aby zamieścić polskie tłumaczenia całego materiału, a nie tylko abstraktu, a nadto, iż w numerze 12 znajdzie się I część, a druga w kolejnym tegorocznym tomie.

Jak zwykle w imieniu całej Redakcji pragniemy podziękować Wszystkim, bez pomocy i zaangażowania których nie ukazałyby się dotychczasowe numery. W pierwszej kolejności słowa uznania należą się Autorom za przygotowanie interesujących tekstów. Słowa wdzięczności należą się także Recenzentom, członkom Rady Programowej oraz Redakcji, niekwestionowanym autorytetom w swoich dziedzinach, bez wkładu (dodajmy społecznego) których, nie wyobrażamy sobie prowadzenia tego czasopisma. Podziękowania należy skierować do władz samorządu lekarskiego, bez którego wsparcia finansowego nie byłoby możliwe wydawanie periodyku.

Przypomnieć także należy, że czasopismo dostępne jest oprócz wersji papierowej także elektronicznie na stronie NIL (<http://www.nil.org.pl/medyczna-wokanda>) i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (<http://wil.org.pl/wokanda/>). Mamy nadzieję, że teksty zamieszczone w aktualnym i archiwalnych numerach trafią teraz do wszystkich zainteresowanych, a ich lektura będzie inspirująca.

prof. zw. dr hab. n. med. Jerzy Sowiński
Redaktor Naczelny
prof. UAM dr hab. n. społ. Jędrzej Skrzypczak
Sekretarz Redakcji

Editor's notes

Health promotion is the main theme of the twelfth issue of our scientific, bi-annual, journal, the “Medyczna Wokanda”. As it is customary in our magazine, we do it from the perspectives of both theoreticians and practitioners.

The edition, however, opens with the article, entitled *On the need for a code of professional ethics and arguments to the contrary*. Due to the importance of this matter and the sheer volume of the text in English prepared by the authors, the Editorial Board decided to include also its Polish translation, not just the abstract. The current number contains its 1. part, the next, the 13th one, will include the subsequent, concluding part.

Traditionally, on behalf of the entire Editorial Board, we would like to thank everyone who's assistance and commitment contributed greatly to the publication of the previous issues.

In the first place, words of appreciation are due to the Authors for preparing interesting texts. We also want to express our gratitude to the Reviewers, members of the Programme Council and Editorial Board, unquestionable authorities in their fields. We cannot imagine running this magazine without their involvement, admittedly – social.

Acknowledgments should be directed as well at the medical self-government authorities, without whose financial support it would not be possible to publish the periodical.

It should be reminded again that the journal is available, in addition to the printed version, also electronically on the NIL website (<http://www.nil.org.pl/medyczna-wokanda>) and the Wielkopolska Medical Chamber (<http://wil.org.pl/wokanda/>). We hope that the texts contained in the current and archival issues will now reach all interested parties, and their reading will prove absorbing.

Prof. Jerzy Sowiński, MD, PhD
Editor-in-Chief

Prof. Jędrzej Skrzypczak, J.D., PhD
Editorial Secretary

On the need for a code of professional ethics and arguments to the contrary

Background

The group of professions with their own codes of professional ethics is negligible compared to the total number of professions. Despite this, it has long aroused interest, and it is often the interest of opponents of these codes. Usually, the voices of the latter not only question the need for the code, but express the belief that the creation of codes of professional ethics is harmful, both socially and to professional morality.

In this article, we refer to several native publications in which the authors spoke against the need for a code of professional ethics, including references from discussions from years ago in the editorial team of “Etyka”, devoted to professional ethics, in which a large group of Polish philosophers participated. Among other publications, we also refer to the position of, among others, P. Łuków, W. Galewicz, and L. Kołakowski.

Statements against codes of professional ethics have also occurred in other discussions on this subject, e.g. in academic circles considering the need for their own code of ethics. The most common argument of opponents to such a code is the claim about own, sufficient and natural, moral dispositions of each person, without the need to support their ethical arrangements of the given community.³ Another justification for the negation of codes of professional ethics is the belief that the norms of universal morality or the so-called general ethics, are simply sufficient.

A big weakness of these discussions was the formulation of many theses in complete detachment from the reality of the functioning of professional ethics. In the statements, the existence of some professional ethics was barely signaled, but the actual provisions of any code of professional ethics were not invoked. The exception was the statement by M. Wichrowski on the code of medical ethics.⁴ Some examples of ethical standards were false – nonexistent or incompatible with those actually enshrined in the Code of Professional Ethics. For instance, that the principle of respecting patient autonomy is the highest credo in medical ethics or that there is an ethical obligation

¹ Dr n.farm., Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

² Dr n.med., Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

³ *Etyka zawodowa*, Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji, Seminarium, Warszawa, 20 May, 1997, Published by: SGGW, Warszawa 1997; *Etyka w środowisku akademickim*, Ed: J. Zieliński and L. Tyszkiewicz, (Materials) Symposium organised at the Silesian University in Katowice, by Górnośląskie Międzyuczelniane Towarzystwo Akademickie „Universitas”, 6 June, 1992, Warszawa 1994.

⁴ M. Wichrowski, *Etyka lekarska*, “Etyka” 1994, R. 27, p. 191–193.

on the part of the physician to use “the best available therapeutic agents”.⁵ Showing examples of a possible contradiction of professional ethics standards with general ethics standards, i.e. arguments from practice proving their superfluosity or harmfulness – would constitute conclusive evidence, but the discussants did not refer to real examples.

We believe that the accusation of unnecessary codes of professional ethics is not substantiated. We present below an attempt to classify the main charges against professional codes of ethics, trying to show that they are not right in support of them. The order in which the charges are presented does not imply a hierarchy of their validity.

First objection – ethical codes are superfluous

According to opponents of the code of professional ethics, it is unnecessary, mainly because they do not see the sense of codifying the morality or functions of professional ethics. Leszek Kołakowski’s essay of 1962 “Ethics without a Code” is very important for opponents of professional ethics, where the title of the publication itself is treated as an argument supporting the negative position and recognition that the code is a negation of morality.

L. Kołakowski in his lecture argues that the desire to have a moral code is a component of the pursuit of security and an escape from deciding, “is the desire to live in a world where all decisions have been made once and for all. In its ideal form, the code is to be a set of abstract decisions replacing any specific decision; is to be a sufficient condition for each resolution, is to automatically locate every situation in the world of value, reduce its elements to points on a homogeneous universal scale, annihilate the hesitancy field and create conditions of certainty, where satisfaction with good implementation of orders can be predicted in advance, as well as a sense of guilt in the face of an accomplished offence. The Code gives us a ready life, it provides the satisfaction that comes from the complete predictability of the world [...]”.⁶

The Code, which L. Kołakowski writes about, is an ideal code: “it contains all the hints thanks to which we know for sure under what conditions we will be free from guilt in every situation and allow us to achieve this freedom indeed by submitting to its rules”.⁷ However, there is no such code in reality, because no one ever gets rid of independent thinking. L. Kołakowski’s position is similarly interpreted by I. Lazari-Pawłowska: “that the construction of the code understood in this way is not entirely possible for technical reasons and – more importantly – that it is not desirable for moral reasons”.⁸

This escape from moral responsibility in the examples given was called “refusal to pay one’s debt” to the world for which justification is being sought in two forms – “ei-

⁵ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*, “Etyka” 1994, R. 27, p. 177–180; J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 187–189.

⁶ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, in: *Kultura i fetysze. Eseje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, p. 156.

⁷ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, p. 157.

⁸ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*, “Etyka” 1994, R. 27, p. 177–180.

ther as nihilism of juveniles, or as conservatism of the elderly. They are two, according to age, variations of the same mask that cowardice puts on to avoid responsibility for life”.⁹ For a nihilist, every decision is equally good or equally bad – evading one’s decision is stigmatizing reality. For the conservative, the world is irreparable, hence disagreement with all ideas of reforms. The code would decide for both. Ultimately, both nihilism and conservatism are to be self-defence against the compulsion to make moral decisions. It’s just that the nihilist gets rid of responsibility by questioning the effectiveness of any ventures aimed at realizing values, and the conservative relinquishes moral responsibility by creating, for him/herself, lasting and absolute hierarchies of values, “that is, by creating ethical codes”.¹⁰

It is significant that the supporters of Kołakowski’s thesis about the redundancy of the code for morality did not pay attention to the fact that his analysis refers to persons who are fundamentally sociopathic (as he points out!), to those who feel burdened with moral responsibility, to those who for whom their own perpetration is a problem, and not pride in self-fulfilment. So it refers to those who would like to escape from moral responsibility – and therefore from life. Thus, when L. Kołakowski accepts the thesis that ethics do not need a code, he means ethics in the sense of morality – actual human beliefs, and not ethics as a description of morality. Everyday morality does not really need a code, and it is not surprising that each of us does without a code of our own morality.

In Kołakowski’s thought we will not find the answer, why should man avoid one of the basic ways of self-realisation? L. Kołakowski speaks out – in general terms – against moral thoughtlessness, against codes that could prove to be “a means of anesthetising consciousness against certain real properties of moral situations”, because he believes that “well codified moral awareness contributes to contempt for certain values, which have an otherwise high place in the cultural tradition to which we confess”.¹¹

L. Kołakowski’s position would be better understood not as a disagreement with ethical codes, but as a warning against replacing moral thinking with imposed behavioural patterns, and as a caution against giving up one’s own choices and adopting ready-made life regulations that release from liability for their own conduct and give a sense of security of operation according to the instructions. Reading Kołakowski does not show that all codes are bad. As for the codes of professional ethics, it is known that they do not refer to cowardly persons, but to active and not afraid of responsibility for their own behaviour and choices, because they concern individuals undertaking important professional tasks.

Zygmunt Bauman is another authority questioning the code of ethics. Z. Bauman believes that moral matter is so changeable and indefinite that all attempts to capture it in some rigid and unambiguous codes are missed. However, his justifications are not convincing. As, for example, his statement that “There are no inviolable principles that you can absorb, learn by heart and apply to escape from a situation without a way out or protect yourself from the aftertaste of bitterness (whether we call it scruples, guilt or sin),

⁹ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, p. 143.

¹⁰ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, p. 149.

¹¹ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, p. 158.

which comes uninvited in the wake of the decision and its implementation”.¹² Equally discretionary and doubtful is the author’s belief that “human reality is disordered and ambiguous, and such moral decisions, unlike abstract ethical principles, are ambivalent. That is the world we are bound to live in”.¹³ Meanwhile, not every reflection or thought can be called ambivalence. If one considers that ethical principles are shaky (in fact, they are more often unambiguous!), they can still be chosen, memorised and followed or written. With the same firmness (as Z. Bauman) it can be argued that human reality is so ordered and unambiguous that it is understandable and operational, as evidenced by the existence of human culture and civilisation. Many people will also acknowledge that they see no more lasting thing in this world than their own moral beliefs.

Some of the authors share the arguments given by L. Kołakowski and Z. Bauman, seeing in the ethical code a denial of the nature of morality: “morality is reflective and indelibly conflicting. Professional ethics, especially its form (code), are based on the morally dangerous assumption that the world of values and duties can be transformed into an orderly and clear instruction of moral conduct. Therefore, the Code of Professional Ethics reduces the problem of liability to obedience to standards. The criterion for moral assessment here is the fulfilment of obligations given, not reflection, an individual pause for thought on conscience”.¹⁴

According to other participants in the discussion, the very essence of codification is contrary to the nature of ethical actions: “the ethical sense of action is lost and deformed as soon as it begins to be codified, included in the systems of applicable norms, whether by the State or churches or professional groups”,¹⁵ or that “positive patterns of ‘morality of aspirations’ cannot be confined to the area of ready-made code formulas”.¹⁶

There were also voices in the discussion saying that no code of ethics is needed because of the functioning of “general ethics”: “someone who acts in one or other professional role can always determine how to deal with a given situation by referring to the principles and the value of general ethics or even to one’s conscience”.¹⁷ Similar arguments against the ethical code, i.e. the sufficient strength of “general ethics” and sufficient resources of one’s morality, also appeared in discussions about the ethics of the academic community: “... It seems reasonable to conclude that meeting ethical requirements depends on the perception of human ethics and the scholar’s conscience. This is what provides the basic argument against the codification of professional ethics”.¹⁸

The principles of “general ethics” were considered sufficient: “it is therefore justified [...] to formulate a question about the need for professional ethics as the ethics of individual professions: physician, scientist, teacher, social worker, policeman, military man, etc. The problem is important, that there is not always agreement as to the need

¹² Z. Bauman, *Moralne obowiązki, etyczne zasady*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 24.

¹³ Z. Bauman, *Moralne obowiązki, etyczne zasady*...

¹⁴ M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 167–169.

¹⁵ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 167–171.

¹⁶ W. Pawlik, *Niecnota uregulowana*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 171–174.

¹⁷ K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 174–177.

¹⁸ R. Sobański, *Uwagi o ewentualnym kodeksie etyki pracownika nauki*, in: *Etyka w środowisku akademickim*, Ed: J. Zieliński and L. Tyszkiewicz, (Materials) Symposium organised at the Silesian University in Katowice, by Górnośląskie Międzyuczelniane Towarzystwo Akademickie „Universitas”, 6 June, 1992, Warszawa 1994, p. 51.

for such ethics. You can even meet [...] with aversion to what is referred to as professional ethics. It is supposed to be an expression of theoretically unjustified and practically harmful particularistic and relativistic tendencies in the field of ethics. Voices are often heard that there is no place for the rules of ethics of individual professions, there is only one ethics that applies to all citizens”.¹⁹ No justification was seen for professional codes of ethics, also due to their alleged ineffectiveness: “Creating codes does not lead to solving ethical problems or to raising the moral level of the professional circles represented by the initiators and creators of these codes”.²⁰ On the example of the Medical Code (but only the presumption in it), it was argued that it was unable to resolve real moral conflicts, and it was judged that it had no “meaningful role”.²¹ Another author on the establishment of codes of professional ethics recommended “maximum caution in this field and permitting codification only if a number of conditions are met”. The most important of them was to be the condition of “accepting the content of the code by the overwhelming majority of the group”.²² The Code was opposed to its own moral intuition: “Perhaps, a code of ethics for an academic teacher should be developed. But maybe we can act ethically and without a code? After all, it depends only on ourselves”.²³

The discussions did not look for the criterion according to which the need for a code of professional ethics should be determined for a specific professional environment, but – as the statements indicate – they referred to their own intuition that, for example, physicians should have their own code of ethics, and teachers not necessarily: “Personally, I did not question the admissibility of the very issue of the Code of Medical Ethics. The doctors’ environment may establish a code, because the law does not forbid that. I only ask if it was needed at that time? I think, when it comes to the medical environment, that the Code of Medical Ethics is probably needed [...] I would have serious doubts [...], whether a Code of Teacher Ethics is needed? [...] I must say that there has never been a need to use such a code. I think that in the teaching environment, broadly understood, including academic teachers, one can be guided by certain unwritten rules that have long been established in these circles, and to the very old Roman *paremia* [...] namely the formula: [...] ‘live honestly, don’t hurt anyone, give everyone their credit’. We can also use these general rules in university life. Certain rules are set here and no code is needed”.²⁴ Despite these words, however, there remains a doubt, do we really always know what it means to “live honestly”, know when we are harming someone, and we, at one, know what one deserves?

Contrary to the view that the code of professional ethics is superfluous, we take the view that codes of professional ethics are needed, fulfil their important social role, fulfil the functions to which they are called. And they are not, as some persons think,

¹⁹ H. Skorowski, *Dlaczego etyka zawodowa?*, in: *Etyka w środowisku akademickim*, p. 11.

²⁰ A. Jawłowska, *Życie i kodeksy*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 194–195.

²¹ R. Piłat, *Kodeks heroizmu*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 189–191.

²² K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 174–177.

²³ R. W. Schramm, *Etyka względna*, in: *Etyka w środowisku akademickim*, p. 113.

²⁴ T. Zieliński, *Głos w dyskusji nad prawem i moralnością na tle kodeksów etyk zawodowych*, in: *Etyka w środowisku akademickim*, Ed: J. Zieliński and L. Tyszkiewicz, (Materials) Symposium organised at the Silesian University in Katowice, by Górnośląskie Międzyuczelniane Towarzystwo Akademickie „Universitas”, 6 June, 1992, Warszawa 1994, p. 67.

practical tasks that improve professional activities, but they are (as per their name) ethical tasks – protection of basic moral values and affirmation of human dignity.

Second objection – professional ethics is self-interested

Almost all the participants discussed the assumption that the Code of Professional Ethics is a regulation that is to serve primarily the profession and the members of the profession. This made it possible to form an accusation of its “self-interest”. Underlying this allegation is the belief that if a code of professional ethics is created by professional circles, it must serve their professional interests. In addition, recognition that “the feature of moral judgment and behaviour is the fact that they are selfless” has led to the conclusion that “professional ethics, including praxeological and socio-technical elements, is “calculative”; and therefore does not belong to the field of morality”.²⁵

B. Skarga took the view that since practicing a profession is an activity, “and every activity should be effective, then professional ethics should set standards for this effectiveness”.²⁶ This erroneous opinion preceded further statements, such as, for example, that “professional effectiveness sometimes requires deception, lies, violation of human intimacy, even human dignity”.²⁷ Based on the statement of M. Ossowska, B. Skarga recognized that professional ethics not only counts on supporting or at least not forbidding that which improves professional activity, but even justifies – and for this is called – “everything that is contrary to values in European culture, but what is indispensable for professional effectiveness”.²⁸

However, the assumption that if the “primary criterion” of professional activity is effectiveness, then professional ethics must also serve this purpose – is unfounded. Ethical requirements are not only not calculated to increase the effectiveness of professional activities, but – by placing additional operating conditions (the respect for human being) – they hamper professional activities to the extent that it is difficult to meet two conditions instead of one. The first condition is, of course, the professional proficiency of persons practicing the profession, the second condition requiring fulfilment is to practice the profession so as not to violate human dignity – all those values that make up it. If only for this reason it can be seen that if professional ethics are “calculative/self-interested”, it is only in this way that they defend the moral interests of individuals using the services of professions having their own codes of professional ethics.

Third objection – the code destroys moral reflection

Among the authors who believe that the purpose of ethical codes is to replace moral reflection is, among others, P. Łuków. This author refers to L. Kołakowski and, like him, doubts the promise given by the code of “the decidability of any or almost every prob-

²⁵ M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 167–169.

²⁶ B. Skarga, *Usankcjonowanie nieczoty...*

²⁷ B. Skarga, *Usankcjonowanie nieczoty...*

²⁸ B. Skarga, *Usankcjonowanie nieczoty...*

lem in a relatively simple manner”.²⁹ For this, according to P. Łuków, one needs his/her own moral reflection, and the code of ethics not only does not help but otherwise, it disturbs. Some other authors similarly think that “a norm that does not flow from personal reflection is ineffective and is gradually compromised. Thus, what seems to be a plus (saving time and simplifying the necessary reflection) turns into a great disadvantage – the degradation of the norm itself”.³⁰

According to P. Łuków, the code alone cannot fulfil the hopes placed in it and give the moral shape of a doctor’s work or the entire professional group, because the use of the code requires a suitably shaped character”.³¹ “Even if ethics in medicine really requires a code or if it is desirable for some reasons, then its influence on the actions of physicians can only be made under the condition that they have appropriately shaped characters, and so far as the basis for moral regulation is already there.”³² P. Łuków does not see the practical need of the code: “If the thesis about the role of judgment in the use of codices and prohibitions is accurate, the code cannot significantly shape the actual attitudes of doctors, but assumes their specific, existing shape.” It is also possible that “a person with a formed moral personality does not need a code of ethics at all. And if so, only exceptionally”.³³ The remark that many individuals with a formed moral personality do not need a code at all, seems apt.

P. Łuków also believes that the code of ethics (specifically the code of medical ethics) also does not shape the views of physicians or their characters. Indeed, one should agree that the code of ethics is not able to form morality, but one cannot agree with the thesis that the code of ethics would replace moral reflection – this is not the purpose of every ethical professional code and, moreover, no code is capable of it.

It is not the task of the code of professional ethics to shape the morality of the members of the profession – it is assumed that mature individuals already have such morality. In the ideal version of the impact of the code of professional ethics, it demands from the members of the profession such ethical obligations that are already their own moral obligations. The author’s fear would have been justified if it were considered that doctors, who were picking up the code of medical ethics for the first time, do not have their own moral beliefs.³⁴ This is hard to imagine. Stating that the code of ethics is not used to form characters, we do not exclude its other functions.

Although the code of professional ethics is to influence the choices made by medics, its primary task is to protect the good of the patient, not to shape the perfection of medical characters. The Code does not shape medical characters, but it can be thought that this “drawback” is insignificant for at least two reasons. First of all, it should be assumed that persons entering the profession are mature – they already have their morality and relatively well-established characters, so reading the code of professional ethics will not affect them too much. Secondly, the benefit that codification of profes-

²⁹ P. Łuków, *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2012, p. 20.

³⁰ R. Piłat, *Kodeks heroizmu*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 189–191.

³¹ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, p. 18–19.

³² P. Łuków, *Moralność medycyny...*, p. 34.

³³ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, p. 35.

³⁴ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, p. 35.

sional ethics guarantees, is the expectation that such decisions under similar conditions will be similar, and thus that they will not depend on individual attitudes and systems. This effect of the functioning of the code of professional ethics is also noticed by other authors: J. Kraszewski considers it important for the code to limit freedom in resolving conflicts, and therefore a certain rigor imposed by the code provision seems to be necessary in the practicing of some professions.³⁵ A similar position was adopted by I. Lazari-Pawłowska, recognising that “persons of the best will, with careful penetration into the specificity of the situation, may possibly resolve different conflicts of values in a different way, and yet reconciliation and unification are also necessary where strong arguments speak for both sides”.³⁶ Thus, it is the written form and codex recognition of the hierarchy of norms that prevent conflict of reasons, because their strength is determined in advance.

Contrary to the position that the functioning of the code of professional ethics requires moral reflection on its standards, we believe that this is not a necessary condition. The Code cannot shape attitudes in acts of sporadic impact, but it can enforce specific actions regardless of the existing attitude of the actor, under the threat of sanctions. The Code of Medical Ethics is not written to shape the moral views of physicians, it is written to demand compliance with them!

Regardless of his own views, the mere order to comply with the provisions of the Code of Professional Ethics may be sufficient to enforce the ethically appropriate actions of the addressee. The patient, like everyone we direct our actions at, most likely will not be able to discern whether what we do for him/her is done for our own (moral) motive or only for ethical motivation (because this is what the code of professional ethics imposes on us). In both versions, however, we work for the benefit of the patient.

When assessing the code of professional ethics, we should also see it as a criterion, which is, indeed, professional routine. If, as a community, we recommend a specific goal or method of operation, then they have probably already been verified many times before. Acting reasonably, we operate within our conscious freedom, but we do not have to (and do not want to) each time undertake the effort to design our own actions – in situations with a moral aspect, it is also helpful to rely on experience and refer to a previously defined (and most often repeatedly substantiated) pattern of (in this case ethical) actions. Routine may imply a lack of reflection, including a lack of moral judgment, but because chance of the full repetition of a given situation is negligible, we are doomed (as persons and as professional specialists) to continuous moral judgments. Our freedom is also the result of our reflection, so it is not something that is granted, but it is always established – it is made aware. What action the person chooses, to take advantage of his freedom in a particular situation, may depend on his circumstances at the time of taking the action – so reflection/decision can change or stop it. This is the case even if we carry out the announced action once again, it is because each time we must make sure that this action actually corresponds to the previously identified circumstances. So why should we not refer to the most repetitive professional, and also ethical situations, of already established moral judgments, especially when they meet with strong confirmation among the professional community? Why should we not pre-

³⁵ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*, “Etyka” 1994, R. 27, p. 177–180.

³⁶ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*...

sent our professional, ethical, repetitive judgments in the form of ethical standards, contained in the code of professional ethics?

Professional ethics is not only a code, but also an ethical reflection on its obligations. In no way does the presence of written norms kill moral reflection. It is also difficult to charge that “the code settles disputes concerning one solution of the dilemma and adopts one moral perspective”³⁷ – this is precisely one of the basic tasks of the code of ethics. Ethical discussion and the voice of conscience do not have to be silent – they can always refer to the already adopted decision. A code that completely replaces moral thinking would be one thing, and something else is a code that is the result of moral reflection.

Professional ethics is a sphere of moral reflection for many members of the community and all provisions refer to this reflection. Therefore, the code of professional ethics should be seen as understanding, reconciliation and documentation of this reflection, not a replacement.

Fourth plea – the functioning of codes of ethics is harmful

The harmfulness of codes of professional ethics, according to various authors, is essentially due to two situations: first, being allegedly in contradiction with the non-existent provisions of “general ethics”, the codes introduce moral relativism; secondly, by changing the hierarchy of moral values (norms), codes of professional ethics undermine the universally recognized hierarchy of values (norms) of “general ethics”.

It was feared that “a norm, strengthened by a given code may rise above others, otherwise much more valued in a given community, e.g. the principle of discretion will be put above the protection of life. Perhaps a thorough analysis of the mutual relationship of different moral values would show whether this is a real threat, or whether the actual strengthening of a morally decent order can have negative moral effects”.³⁸ The codes are intended to make the inclusion of certain decisions “always harmful”, e.g. a norm requiring the patient to be informed, or a norm ordering the patient not to be informed, hence the conclusion that such a code “would only sanction non-respect of human rights”. The presumptive form of this statement was maintained, although at the time of discussion the medical code of ethics existed as realistically as possible and one could refer to its provisions.

B. Skarga accepted the thesis that “professional ethics are supposed to justify everything that contradicts the values professed in European culture, but which is sometimes necessary for professional effectiveness, yet which is, however, a professional failing. Representatives of various professions need justification for their attitudes and activities, understanding that they are not a collection of holy people”.³⁹ Also in this matter, an example of a professional, recommended or postulated, in the code of ethics, iniquity could be credible with this surprising assertion, but no such example was given. Therefore, B. Skarga’s thesis took then the final form: “various codes are there-

³⁷ M. Wichrowski, *Etyka lekarska*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 191–193.

³⁸ R. Piłat, *Kodeks heroizmu*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 189–191.

³⁹ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty*, p. 169–171.

fore a sanction of moral vice”.⁴⁰ The social harm of professional ethics understood as “professional iniquity” is evident.

Despite its erroneousness, this position gained support and, for example, W. Pawlik agreed with the complaint of B. Skarga: “it is difficult to deny that professional circles, by carrying out specific tasks, institutionalise moral shortcomings that are unacceptable from the point of view of universalistic ethics”. However, the author proposes to see professional ethics as a normative system of “iniquity” regulating, because it is not so that “professional ethics gives full consent to the practice of ‘moral vice’, but professional ethics self-limits the claims of the professional circles to practice ‘moral iniquity’, ‘prevents us from opening the door wide to it’”.⁴¹ Therefore, according to the author, bad ethical professional practices are a matter of course, and codes of professional ethics only limit them. U. Schrade also assessed the attempts to create professional ethics’ codices “extremely pessimistically”, accusing them not only of moral harmfulness but also of ineffectiveness: “A shaky voice of conscience or even its total silence will not be replaced by any code-related, ethical prosthesis”.⁴²

In the discussion on the ethics of the academic community, it was alleged that the code of professional ethics was the expression of “theoretically unjustified and practically harmful, particularistic and relativistic tendencies in the field of ethics”, while there is no place for the rules of ethics of individual professions, because “there is only one ethics, binding on all citizens”.⁴³ It was added: “to someone who has some ethical knowledge and is quite morally sensitive, professional ethics is not necessary”.⁴⁴

There were fewer voices demonstrating the positive role of codes of professional ethics in a purely moral aspect. It was argued that the emergence of professional ethics is not “sanctioning of moral failing, nor adherence to moral relativism, but on the contrary – counteracting relativism, and an expression of moral awareness of the professional community,” said J. Kraszewski.⁴⁵

It has been rightly noted that a request from candidates for some professions of “moral impeccability” can be used as a way of “eliminating inconvenient persons, e.g. politically”,⁴⁶ but it should also be recognised that written ethical requirements (code of ethics) limit this discretion meeting, or not meeting, ethical standards that would be completely free when referring to the unwritten principles and requirements of “general ethics”, or – also unwritten – the ethical tradition of the profession.

When benefits from the existence of codes of professional ethics were demonstrated, practical effects were often referred to, especially the prevention of “social harm”. The arguments in favour of the medical code of ethics also indicate its practical usefulness: shaping the attitudes of physicians, supporting medical decisions, making legal norms more specific, creating standards for legalisation, or providing a basis for disciplining physicians.⁴⁷

⁴⁰ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty...*

⁴¹ W. Pawlik, *Niecnota uregulowana*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 171–174.

⁴² U. Schrade, *Dyskusja*, in: *Etyka w środowisku akademickim*, p. 63.

⁴³ H. Skorowski, *Dlaczego etyka zawodowa?*, in: *Etyka w środowisku akademickim*, p. 11.

⁴⁴ H. Borowski, *Dyskusja*, in: *Etyka w środowisku akademickim*, p. 38.

⁴⁵ J. Kraszewski, *Zachować prestiż zawodu*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 202–204.

⁴⁶ J. Woleński, *Przeciw etyce zawodowej*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 184–187.

⁴⁷ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, p. 19.

However, if we consider materially measurable results, and social functionality as ethical benefits, and we interpret them as ethical responsibility, then the human-human relationship is usually omitted, i.e. the real sphere of functioning of moral values is omitted. It is therefore right to remind that “the subject of morality is man as a man (regardless of who he is, what social role or roles he plays)”, and one cannot agree with the thesis that professional ethics reduce “the moral subject to the functions man performs in social life”, which means here – in professional life.⁴⁸ Therefore, professional ethics should not be reduced to rules of operation that bring measurable material benefits, because then we recognise a person as a good person only when he/she is a producer of goods and services that can be valued on the market.

Fifth plea – professional morality is contrary to universal morality

As previously noted, one of the arguments against professional codes of ethics is the alleged sufficiency of “general ethics” standards. A step further is taken by the authors who believe that the provisions of the codes of professional ethics not only unnecessarily duplicate the principles of “general ethics”, but may conflict with them. It is often believed that individual professions represent specific (and thus not universally recognised) moral values. This is the position of, among others, B. Skarga, who believes that “every profession focuses on its own values, so that specific values exist for it, which are not necessarily compatible with those that are generally considered universal – if they exist – and they not identical to those of other professions anyway”.⁴⁹ Similarly, M. Środa notes that supporters of professional ethics “see the need, or even the necessity, to create specific moral norms for the needs of specific professions”.⁵⁰ Ija Lazari-Pawłowska also believes that the professions have moral principles “specific to the particular professional groups”.⁵¹ W. Pawlik is convinced that individual professional environments, by carrying out specific tasks, “institutionalise moral errors that are unacceptable from the point of view of universalistic ethics”.

W. Galewicz is also skeptical about the role of professional ethics, who in his analysis, like most of the authors cited here, does not refer to any specific code of professional ethics, but criticizes the “code of professional ethics” as such. Asking the question: “Can professional morality disagree with general morality?”⁵², he states that the norms of professional ethics and general ethics are contradictory, which allows the conclusion that “the norms of one theory do not overlap, and sometimes even conflict with the rules of the other”.⁵³ On this basis, it introduces the division into ‘professional particularism’ and ‘professional universalism’.⁵⁴ Because in the analysis, moral

⁴⁸ M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 167–169.

⁴⁹ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 169–171.

⁵⁰ M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 167–169.

⁵¹ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu* ...

⁵² W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, in: *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, joint publication, Ed: W. Galewicz, TAIWPN Uniwersitas, Kraków 2010, p. 9.

⁵³ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, p. 27.

⁵⁴ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, p. 45.

particularism is combined with moral relativism, it should authorise the claim that the morality proper to a given group of persons may differ from the morality proper to individuals from another group.⁵⁵ In the same way, “just norms of professional morality, that is, concerning representatives of a certain profession, may differ from right norms of universal morality, that is, applicable to all persons”.⁵⁶ An example confirming such an eventuality is also missing here.

If particularism is called any difference in the code of professional ethics from the functioning of imagined social morality, then this difference does not seem to be a disadvantage, but a virtue, because it consists in increasing the moral requirements of the addressees, not in reducing them.⁵⁷ Secondly, the particularism of professional ethics has nothing to do with axiological relativism in morality.

It is also deceptive to believe that it is the nature of the profession that affects the moral obligations of the performers of that profession, that is also the ethical norms that oblige them on the ground of the profession. To the question: can particular social roles generate specific moral obligations, not overlapping or even incompatible with the requirements of universal morality, such as honesty, kindness or respect for others⁵⁸ – we can give only one answer. There are no “specific moral duties”, but there are only the same duties of man towards man, regardless of all circumstances, and also regardless of any professional situation (relationship). Reality shows that none of the professional ethics creates other than generally recognised moral (ethical) norms. Talking about “moral principles specific to particular professional groups” is therefore unreasonable, and probably for this reason those who talk about them never give an example of such a “specific” principle. Professionals (of every profession) have the same ethical principles as all persons, only their rank changes – what is an ordinary obligation for everyone, for a given profession can be an extraordinary obligation. What is a daily recommendation for us can be a commitment in the profession. For example, we all require patience, but to what extent? In the “ordinary”, “normal” degree, when we get an idea from observation and practice about what “normality” is. However, we expect extraordinary patience from a caregiver of a child or of a sick person.

In the editorial debate being discussed, J. Górnicka took the stand showing the sense and need of professional ethics, stating that “there is nothing more erroneous than to think that each profession uses its own category of good, which is contradictory (or at least not related) to the understanding of good in other professional circles. It seems absurd then to contrast professional ethics with general ethics. I think – the cited author explained – that in both cases the starting point is the same concept of good, while the specific “particularism” of professional ethics comes from the simple fact of division of labour in society and the related diversity of social and professional roles”.⁵⁹ This is understandable if we realise that the rules of ethical behaviour apply to persons, and not to professions. A profession is only the specific situation in which individuals find themselves in, and in which by their action they are to meet universally recognised and com-

⁵⁵ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, p. 49.

⁵⁶ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, p. 51.

⁵⁷ H. Jankowski, *Kilka uwag na temat etyki zawodowej...*

⁵⁸ J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 187–189.

⁵⁹ J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej...*

mon values for all persons. Furthermore, no inconsistency can be found between general ethics and any professional morality, because while specific individual professional morals exist (and are described), general morality exists only as a mental construct of some ethics, especially of utilitarian orientation. General ethics or “universal human morality” are also such imprecise terms that their content can be almost any. Both concepts usually refer to moral beliefs held by the general public, which is in itself a utopian position.

It should be noted that so far the attempt to codify the “general morality” is unknown and the absurdity of this intention is probably transferred to special situations – and such a “special situation” is to practice any profession and to negate the need to codify some professional morals. General ethics indicates important values, but it rather does not indicate which of them should be prioritised. Everyone decides it for himself – if not in free reflection, then in situations of making dramatic, good choices. Yes, the misconduct is revealed enough by general ethics, but – as one of the authors believes – “its norms and values may be too general to help in specific situations for a given profession”.⁶⁰ However, the thing is not in “too general wording”, but in the absence of indicated preferences of values or norms. Therefore, the weakness of “general ethics” (as common beliefs) is that it is too general. It indicates ‘good values’ or ‘good standards’, but it does not, in principle, show their importance with one another. It is unable to resolve many conflicts of norms (and values), for which a “formal or informal code of professional ethics” may be useful, preferring specific preferences of norms.⁶¹

The requirements of professional ethics do not make any break in the colloquial, informal ethical opinions, as noted by I. Bogucka and T. Pietrzykowski, “because we have the same expectations for anyone who has assumed responsibility for a good or a person [...]” and professional ethics are a repetition of general ethics standards.⁶² However, the authors’ belief that professional ethics is a repetition of general ethics standards is hasty. Professional ethics are not a “repetition” of general ethics, because it is the hierarchy of norms (and values) – essentially its absence in “general ethics”, and the necessary presence in professional ethics – that sets them apart strongly. The same elements in two different systems can have different meanings. The ethical system as a hierarchically ordered system operates as a whole, not fragmentarily; the arrangement of elements determines the differences between individual professional ethics, in particular the primary value of the professional ethical system. Therefore, it is impossible to justify the separateness of professional ethics by the fact that its norms contradict with colloquial morality, as there is no such contradiction. It is not that one system of norms recommends “don’t lie” and professional morality recommends lying. Nor can the needlessness of professional ethics be justified by the alleged repetition of the “general ethics” requirements in the former.

It is also not true that the standards of professional ethics are limited to “the behaviour and goals of a particular profession” – which would constitute ethical relativism, but these are socially recognised standards to be applied also in a specific profession. The goals of a “particular profession” are at the same time the goals of all those per-

⁶⁰ K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 174–177.

⁶¹ K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, “Etyka” 1994, nr 27, p. 174–177.

⁶² I. Bogucka, T. Pietrzykowski, *Etyka w administracji publicznej*, NexisLexis Polska Sp. z o.o., 2nd edition, Warszawa 2010, p. 96.

sons who rely on the services of that particular profession. Talking (without examples) about “specific moral norms in professional ethics” does not refer to the reality of professional ethics. Therefore – generally recognised standards and applied in the profession do not constitute ethical relativism and also the goals of particular, specific professions referring to their own professional ethics are commonly accepted goals.

J. Górnicka’s opinion should be acknowledged: “The specificity of codes of professional ethics is not that these codes come up with new specific obligations for representatives of individual professions – but they suggest at most a change in the axiological hierarchy in the code of general ethics. Certain general obligations take on special importance in professional ethics, they cannot be neglected (e.g. the obligation to translate someone else’s interest over one’s own ...).⁶³ Therefore, professional ethics is then not a ‘legalisation of professional iniquity’, it is not intended to justify behaviour contrary to general values, while necessary to fulfil a professional role”.⁶⁴ Professional ethics does not invalidate any of the generally recognised norms, but gives preferences to the chosen one.

It is difficult to argue with the reasons for the conflict between professional morality and “general ethics”, when it is stated that such a conflict does not correspond to reality. It is on the basis of utilitarian “ethics”, its vagueness/indeterminacy and freedom in the choice of norms (this ethics does not generally recognise the value) – that it is possible to look up for such conflicts.

Other of the allegations that are made against codes of professional ethics are, first and foremost, the conviction of the inadmissibility of changing the hierarchy of values in the system of “general morality”, also the claim that ethical codes have no impact on shaping morality, as well as about unjustified creation of codes of professional ethics in professions that they do not need. We will discuss these allegations in the second part of the article.

Summary

In comparison to the total number of professions, those with their own codes of professional ethics are sparse. In spite of this, it has long aroused interest, and it is often the interest of opponents of these codes. Typically, the voices of such individuals not only question the need for the code, but express the conviction that the creation of codes of professional ethics is harmful both socially and to professional morality.

Key words: code of professional ethics of physicians, professional morality

O potrzebie kodeksu etyki zawodowej i argumentach przeciwnych

Streszczenie

Grupa zawodów posiadających swoje kodeksy etyki zawodowej, w porównaniu do ogólnej liczby zawodów, jest znikoma. Mimo to od dawna wzbudza zainteresowanie, przy czym nie-

⁶³ J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej...*

⁶⁴ I. Bogucka, T. Pietrzykowski, *Etyka w administracji publicznej*, s. 96–97.

rzadko jest to zainteresowanie przeciwników tych kodeksów. Zwykle głosy przeciwników kodeksu etyki zawodowej nie tylko kwestionują potrzebę kodeksu, ale wyrażają przekonanie, że tworzenie kodeksów etyki zawodowej jest szkodliwe i społecznie, i dla moralności zawodowej.

Słowa kluczowe: kodeks etyki zawodowej lekarzy, moralność zawodowa

Leszek BARTKOWIAK
Tomasz MAKSYMIOUK

O potrzebie kodeksu etyki zawodowej i argumentach przeciwnych – część I

Wstęp

Grupa zawodów posiadających swoje kodeksy etyki zawodowej, w porównaniu do ogólnej liczby zawodów, jest znikoma. Mimo to od dawna wzbudza zainteresowanie, przy czym nierzadko jest to zainteresowanie przeciwników tych kodeksów. Zwykle głosy przeciwników kodeksu etyki zawodowej nie tylko kwestionują potrzebę kodeksu, ale wyrażają przekonanie, że tworzenie kodeksów etyki zawodowej jest szkodliwe i społecznie, i dla moralności zawodowej.

W niniejszym artykule odwołujemy się do kilku rodzimych publikacji, w których autorzy występowali przeciw potrzebie kodeksu etyki zawodowej, w tym przywołujemy głosy z dyskusji sprzed lat w redakcji „Etyki”, poświęconej etyce zawodowej, w której uczestniczyło liczne grono polskich filozofów. Spośród innych publikacji odnieśliśmy się do stanowiska między innymi P. Łukowa, W. Galewicza, L. Kołakowskiego.

Wypowiedzi przeciwko kodeksom etyki zawodowej zdarzały się także w innych dyskusjach na ten temat, np. w środowiskach akademickich rozważających potrzebę własnego kodeksu etycznego. Najczęstszym argumentem przeciwników jest twierdzenie o wystarczających własnych, naturalnych dyspozycjach moralnych każdego człowieka, bez konieczności wspierania ich etycznymi uzgodnieniami środowiska¹. Innym uzasadnieniem dla negacji kodeksów etyki zawodowej bywa przekonanie o wystarczalności norm moralności powszechnej, czy tzw. etyki ogólnej.

Dużą słabością tych dyskusji było formułowanie wielu tez w zupełnym oderwaniu od rzeczywistości funkcjonowania etyk zawodowych. W wypowiedziach ledwo sygnalizowano istnienie niektórych etyk zawodowych, nie powołano się za to na rzeczywiste zapisy z jakiegokolwiek kodeksu etyki zawodowej. Wyjątkiem była wypowiedź M. Wichrowskiego o Kodeksie etyki lekarskiej². Niektóre przykłady norm etycznych były nieprawdziwe – nieistniejące, albo niezgodne z faktycznie zapisanymi w kodeksie etyki zawodowej. Na przykład, że zasada poszanowania autonomii pacjenta jest zasadą najwyższą w etyce lekarskiej albo że istnieje etyczne zobowiązanie lekarza do stosowania „najlepszych dostępnych środków leczniczych”³. Wykazanie na przykładach ewentualnej sprzeczności norm etyki

¹ *Etyka zawodowa*, Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji, Seminarium, Warszawa 20 maja 1997, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 1997; *Etyka w środowisku akademickim*, pod redakcją J. Zielińskiego, L. Tyszkiewicz, Materiały Sympozjum zorganizowanego w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach przez Górnośląskie Międzyuczelniane Towarzystwo Akademickie „Universitas”, 6 czerwca 1992 r., Warszawa 1994.

² M. Wichrowski, *Etyka lekarska*, „Etyka” 1994, nr. 27, s. 191–193.

³ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*, „Etyka” 1994, nr. 27, s. 177–180; J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej*, „Etyka” 1994, nr. 27, s. 187–189.

zawodowej z normami etyki ogólnej, czyli argumenty z praktyki świadczące o ich zbędności czy szkodliwości, byłyby dowodami rozstrzygającymi, ale dyskutanci nie odwoływali się do rzeczywistych przykładów.

Uważamy, że zarzut o zbędności kodeksów etyk zawodowych nie znajduje uzasadnienia. Poniżej przedstawiamy próbę sklasyfikowania głównych zarzutów wysuwanych przeciwko kodeksom etyk zawodowych, starając się wykazać brak racji dla ich poparcia. Kolejność przedstawienia zarzutów nie oznacza hierarchii ich ważności.

Zarzut pierwszy – kodeksy etyczne są zbędne

Według przeciwników kodeksu etyki zawodowej jest on niepotrzebny głównie dlatego, że nie widzą oni sensu kodyfikacji moralności lub funkcji etyk zawodowych. Bardzo istotne znaczenie dla przeciwników etyk zawodowych ma esej Leszka Kołakowskiego z 1962 roku *Etyka bez kodeksu*, gdzie już sam tytuł publikacji traktowany jest jako argument popierający stanowisko negacyjne i uznanie, że kodeks jest zaprzeczeniem moralności.

L. Kołakowski w swoim wykładzie przekonuje, że pragnienie posiadania kodeksu moralnego jest składnikiem dążności do bezpieczeństwa i ucieczką od decydowania, „jest pragnieniem życia w świecie, gdzie wszystkie decyzje zostały już raz na zawsze powzięte. W idealnej swojej postaci kodeks ma być zbiorem decyzji abstrakcyjnych, zastępujących dowolną decyzję konkretną; ma być warunkiem wystarczającym każdego rozstrzygnięcia, ma automatycznie zlokalizować każdą sytuację w świecie wartości, zredukować jej elementy do punktów na jednorodnej skali uniwersalnej, unicestwić pole wahań i stworzyć warunki pewności, gdzie zadowolenie z dobrego urzeczywistnienia nakazów daje się równie dobrze przewidzieć z góry, jak poczucie winy w obliczu dokonanego wykroczenia. Kodeks daje nam życie gotowe, dostarcza owej satysfakcji, jaką czerpie się z kompletnej przewidywalności świata [...]”⁴.

Kodeks, o którym pisze L. Kołakowski, jest kodeksem idealnym: „zawiera wszystkie wskazówki, dzięki którym wiemy na pewno, pod jakimi warunkami w każdej sytuacji będziemy wolni od poczucia winy i pozwala tę wolność osiągnąć faktycznie przez poddanie się jego regułom”⁵. Jednak takiego kodeksu w rzeczywistości nie ma, bo nikt nigdy do końca nie wyzbywa się samodzielnego myślenia. Podobnie stanowisko L. Kołakowskiego rozumie I. Lazari-Pawłowska: „że konstrukcja tak rozumianego kodeksu nie jest w pełni możliwa ze względów technicznych i – co ważniejsze – że nie jest ona pożądana ze względów moralnych”⁶.

Ta ucieczka przed odpowiedzialnością moralną w podanych przykładach została nazwana „odmową spłacania swojego długu” wobec świata, dla której szuka się usprawiedliwienia w dwóch postaciach – „już to jako nihilizm podrostków, już to jako konserwatyzm starców. Są to dwie, wedle wieku zróżnicowane, odmiany tej samej maski, jaką nakłada tchórzostwo, aby uniknąć odpowiedzialności za życie”⁷. Dla nihilisty każda decyzja jest równie dobra lub równie zła – uchylenie się od decyzji jest napiętnowaniem rzeczywistości. Dla konserwatysty świat jest nienaprawialny, stąd niezgoda na wszelkie idee reform.

⁴ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, w: *Kultura i fetysze. Eseje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 156.

⁵ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, s. 157.

⁶ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*, „Etyka” 1994, nr. 27, s. 177–180.

⁷ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, s. 143.

Za obu miałyby decydować kodeks. Ostatecznie, zarówno nihilizm, jak i konserwatyzm mają stanowić samoobronę przeciw przymusowi podejmowania decyzji moralnych. Tyle, że nihilista pozbawia się odpowiedzialności przez to, że kwestionuje skuteczność jakichkolwiek przedsięwzięć skierowanych na realizację wartości, a konserwatysta wyzbywa się odpowiedzialności moralnej przez tworzenie sobie trwałych i bezwzględnych hierarchii wartości, „to znaczy przez tworzenie kodeksów etycznych”⁸.

Znamienne, że zwolennicy tezy Kołakowskiego o zbędności kodeksu dla moralności, nie zwrócili uwagi na to, iż jego analiza odnosi się do osób z gruntu socjopatycznych (co sam zaznacza!), do tych, którym ciąży moralna odpowiedzialność, do tych, dla których własne sprawstwo jest kłopotem, nie zaś dumą z samorealizacji. Odnosi się więc do tych osób, które chciałyby od odpowiedzialności moralnej – a więc od życia – uciec. Zatem, gdy L. Kołakowski przyjmuje tezę, że etyka nie potrzebuje kodeksu ma na myśli etykę w rozumieniu moralności – żywionych ludzkich przekonań, nie zaś etykę, jako opis moralności. Moralność codzienna rzeczywiście nie potrzebuje kodeksu i nikogo nie dziwi, że każdy z nas obywa się bez kodeksu własnej moralności.

W myśli Kołakowskiego nie znajdziemy odpowiedzi, dlaczego człowiek miałby unikać jednego z podstawowych sposobów realizowania siebie? L. Kołakowski wypowiada się – najogólniej ujmując – przeciw bezmyślności moralnej, przeciwko kodeksom, które mogłyby się okazać „środkiem znieczulania świadomości na pewne rzeczywiste własności sytuacji moralnych”, bo uważa, że „dobrze skodyfikowana świadomość moralna sprzyja pogardzie dla pewnych wartości, mających skądinąd wysokie miejsce w tradycji kulturalnej, do której się przyznajemy”⁹.

Stanowisko L. Kołakowskiego lepiej byłoby zrozumieć nie jako niezgodę na kodeksy etyczne, lecz jako przestrożę przed zastępowaniem myślenia moralnego narzuconymi schematami postępowania oraz jako ostrzeżenie przed rezygnacją z własnych wyborów i przyjmowaniem gotowych przepisów na życie, zwalniających z odpowiedzialności za własne postępowanie i dających poczucie bezpieczeństwa działania według instrukcji. Z lektury Kołakowskiego nie wynika, że wszystkie kodeksy są złe. Jeśli chodzi o kodeksy etyki zawodowej, to wiadomo, że nie odnoszą się one do ludzi tchórzliwych, lecz aktywnych i nieobawiających się odpowiedzialności za własne postępowanie i wybory, bo dotyczą ludzi podejmujących się wypełniania ważnych zadań zawodowych.

Innym autorytetem kwestionującym kodeks etyczny jest Zygmunt Bauman. Z. Bauman uważa, że materia moralna jest tak bardzo zmienna i nieokreślona, że chybione są wszelkie próby ujmowania jej w jakieś sztywne i jednoznaczne kodeksy. Podawane przez niego uzasadnienia nie są jednak przekonujące. Wątpliwe jest między innymi twierdzenie, że „Nie istnieją nienaruszalne zasady, które można by poznać, nauczyć się na pamięć i zastosować, by uciec z sytuacji bez wyjścia lub uchronić się przed posmakami goryczy (czy nazwiemy to skrupułami, poczuciem winy czy grzechem), który przychodzi nieproszony w ślad za podjęciem decyzji i jej realizacją”¹⁰. Równie uznaniowe i wątpliwe jest przekonanie autora, że „rzeczywistość ludzka jest nieuporządkowana i wieloznaczna, i takie moralne decyzje, w odróżnieniu od abstrakcyjnych zasad etycznych, są ambiwalentne. W tego rodzaju świecie przyszło nam żyć”¹¹. Tymczasem nie każde zastanowienie można nazywać ambiwalencją. Gdyby uznać, że zasady etyczne są chwiejne (w rzeczywistości są częściej

⁸ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, s. 149.

⁹ L. Kołakowski, *Etyka bez kodeksu*, s. 158.

¹⁰ Z. Bauman, *Moralne obowiązki, etyczne zasady*, w: „Etyka” 1994, nr 27, s. 24.

¹¹ Z. Bauman, *Moralne obowiązki, etyczne zasady*...

jednoznaczne!), to nadal można je wybierać, uczyć się ich na pamięć i postępować według nich lub zapisywać. Z taką samą stanowczością (jak Z. Bauman) można twierdzić, że rzeczywistość ludzka jest na tyle uporządkowana i jednoznaczna, że się ją rozumie i potrafi w niej działać, o czym świadczy istnienie ludzkiej kultury i cywilizacji. Wielu ludzi też uzna, że nie widzi trwalszej rzeczy na tym świecie niż własne przekonania moralne.

Niektórzy z autorów podzielają argumentację podawaną przez L. Kołakowskiego i Z. Baumana, widząc w kodeksie etycznym zaprzeczenie natury moralności: „moralność ma charakter refleksyjny i nieusuwalnie konfliktowy. Etyka zawodowa, zwłaszcza jej forma (kodeks), opierają się na groźnym dla moralności założeniu, że świat wartości i obowiązków da się przekształcić w uporządkowany i czytelny instruktaż moralnego postępowania. Kodeks etyki zawodowej sprowadza więc problem odpowiedzialności do posłuszeństwa normom. Kryterium oceny moralnej staje się tu wywiązanie z obowiązków danych, nie zaś refleksja, indywidualny namysł sumienia”¹².

Według innych uczestników dyskusji sama natura kodyfikacji jest sprzeczna z naturą etycznych działań: „etyczny sens działania gubi się i deformuje, gdy tylko zaczyna być kodyfikowany, ujmowany w systemy obowiązujących norm czy to przez państwo, czy kościoły, czy profesjonalne grupy”¹³, albo że „pozytywne wzorce «moralności dążeń» nie dają się zamknąć w obszarze gotowych formuł kodeksowych”¹⁴.

W dyskusji padały też głosy mówiące, że żaden kodeks etyczny nie jest potrzebny z racji funkcjonowania „etyki ogólnej”: „ktoś, kto działa w takiej lub innej roli zawodowej, zawsze może ustalić jak należy postąpić w określonej sytuacji, odwołując się do zasad i wartości etyki ogólnej lub wręcz do własnego sumienia”¹⁵. Podobne argumenty przeciwko kodeksowi etycznemu, czyli mówiące o wystarczającej sile „etyki ogólnej” i dostatecznych zasobach własnej moralności, pojawiały się także w dyskusjach o etyce środowiska akademickiego: „...Zasadny wydaje się wniosek, iż podołanie wymogom etycznym zależy od postrzegania etyki ogólnoludzkiej i od sumienia uczonego. Właśnie to dostarcza podstawowego argumentu przeciwko kodyfikacji etyki zawodowej”¹⁶.

Zasady „etyki ogólnej” uznawano za wystarczające: „zasadnym zatem jest [...] formułowanie pytania o potrzebę etyki zawodowej, jako etyki poszczególnych zawodów: lekarza, naukowca, nauczyciela, pracownika socjalnego, policjanta, wojskowego itp. Problem jest o tyle istotny, że nie zawsze istnieje zgodność, co do potrzeby takiej etyki. Można się nawet spotkać [...] z niechęcią do tego, co określa się mianem etyki zawodowej. Ma być ona bowiem wyrazem nieusprawiedliwionych teoretycznie, a szkodliwych praktycznie tendencji partykularystycznych i relatywistycznych w zakresie etyki. Słyszcy się często głosy, że nie ma miejsca na zasady etyki poszczególnych zawodów, jest tylko jedna etyka, obowiązująca wszystkich obywateli”¹⁷. Nie widziano uzasadnienia dla zawodowych kodeksów etycznych także ze względu na ich rzekomą nieskuteczność: „Tworzenie kodeksów nie prowadzi ani do rozwiązania problemów etycznych, ani do podniesienia poziomu moralnego środowisk zawodowych reprezentowanych przez inicjatorów i twórców owych

¹² M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 167–169.

¹³ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 167–171.

¹⁴ W. Pawlik, *Niecnota uregulowana*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 171–174.

¹⁵ K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 174–177.

¹⁶ R. Sobański, *Uwagi o ewentualnym kodeksie etyki pracownika nauki*, w: *Etyka w środowisku akademickim*, pod red. J. Zielińskiego, L. Tyszkiewiczza, Materiały Sympozjum zorganizowanego w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach przez Górnośląskie Międzyuczelniane Towarzystwo Akademickie „Universitas”, 6 czerwca 1992 r., Warszawa 1994, s. 51.

¹⁷ H. Skorowski, *Dlaczego etyka zawodowa?*, w: *Etyka w środowisku akademickim*, s. 11.

kodeksów¹⁸. Na przykładzie kodeksu lekarskiego (lecz domniemanego w nim zapisu) wywodzono, że nie jest on w stanie rozstrzygać prawdziwych konfliktów moralnych i wyrokowano, że nie widać dla niego „żadnej sensownej roli”¹⁹. Inny z autorów w sprawie ustanawiania kodeksów etyki zawodowej zalecał „maksymalną ostrożność w tej dziedzinie i dopuszczającą kodyfikację jedynie w przypadku spełnienia szeregu warunków”. Najważniejszym z nich miał być warunek „zaakceptowania treści kodeksu przez przytłaczającą większość grupy”²⁰. Kodeksowi przeciwstawiano własną intuicję moralną: „Być może, powinien zostać opracowany kodeks etyki nauczyciela akademickiego. Ale może się uda, że będziemy postępować etycznie i bez kodeksu? To przecież tylko od nas samych zależy”²¹.

W dyskusjach nie szukano kryterium, według którego należałoby ustalać potrzebę kodeksu etyki zawodowej dla jakiegoś określonego środowiska zawodowego, lecz – jak na to wskazują wypowiedzi – odwoływano się do własnej intuicji, że na przykład lekarze powinni mieć swój kodeks etyki, a nauczyciele niekoniecznie: „osobiście nie kwestionowałem dopuszczalności samego wydania kodeksu etyki lekarskiej. Środowisko lekarzy może sobie kodeks ustanowić, bo prawo tego nie zabrania. Pytam tylko, czy był on potrzebny w tym czasie? Myślę, gdy chodzi akurat o środowisko medyczne, że kodeks etyki lekarskiej jest chyba potrzebny [...] Miałbym poważne wątpliwości [...], czy potrzebny jest kodeks etyki nauczycielskiej? [...] Muszę powiedzieć, że potrzeby posługiwania się takim kodeksem nigdy właściwie nie było. Myślę, że w środowisku nauczycielskim, szeroko rozumianym, obejmującym też nauczycieli akademickich, można kierować się pewnymi niepisаныmi regułami, które są od dawna ustalone w tych kręgach i do bardzo starej paralii rzymskiej, [...] mianowicie do formuły: [...] «żyć uczciwie, nikogo nie skrzywdzić, każdemu przyznać to, co mu się należy». Tymi regułami najogólniejszymi możemy się posługiwać także w życiu uczelnianym. Pewne zasady są tu ustalone i kodeks nie jest potrzebny”²². Mimo tych słów pozostaje jednak wątpliwość, czy rzeczywiście zawsze wiemy, co znaczy „żyć uczciwie”, wiemy, kiedy komuś wyrządzamy krzywdę i zgodnie wiemy, co się komu należy?

Wbrew stanowisku, mówiącemu o zbędności kodeksu etyki zawodowej, przyjmujemy pogląd, że kodeksy etyki zawodowej są potrzebne, spełniają swoją ważną społeczną rolę, wypełniają funkcje, do których są powoływane. I nie są to, jak sądzą niektórzy, zadania praktyczne, usprawniające działania zawodowe, lecz (zgodnie ze swoim mianem) zadania etyczne – ochrona podstawowych wartości moralnych i afirmacja godności człowieka.

Zarzut drugi – etyka zawodowa jest interesowna

Prawie wszyscy dyskutanci przyjmowali założenie, że kodeks etyki zawodowej jest regulacją, która ma służyć przede wszystkim zawodowi i członkom zawodu. To pozwoliło sformułować zarzut o jego „interesowności”. U podstaw takiego zarzutu leży przekonanie, że

¹⁸ A. Jawłowska, *Życie i kodeksy*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 194–195.

¹⁹ R. Piłat, *Kodeks heroizmu*, „Etyka” 1994, Nr 27, s. 189–191.

²⁰ K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 174–177.

²¹ R. W. Schramm, *Etyka względna*, w: *Etyka w środowisku akademickim*, s. 113.

²² T. Zieliński, *Głos w dyskusji nad prawem i moralnością na tle kodeksów etyk zawodowych*, w: *Etyka w środowisku akademickim*, pod red. J. Zielińskiego, L. Tyszkiewiczza, Materiały Symposium zorganizowanego w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach przez Górnośląskie Międzyuczelniane Towarzystwo Akademickie „Universitas”, 6 czerwca 1992 r., Warszawa 1994, s. 67.

jeśli kodeks etyki zawodowej tworzony jest przez środowiska zawodowe, to musi służyć on ich zawodowym interesom. Dodatkowo uznanie, że „cechą ocen i zachowań moralnych jest fakt ich bezinteresowności”, doprowadziło do wniosku, że „etyka zawodowa, zawierając elementy prakseologiczne, socjotechniczne jest «interesowna»; i nie należy więc do dziedziny moralności”²³.

B. Skarga przyjęła stanowisko, że skoro wykonywanie zawodu jest działaniem, „a każde działanie powinno być skuteczne, to etyka zawodowa ma więc ustalać normy tej skuteczności”²⁴. Ta błędna opinia poprzedziła dalsze stwierdzenia, takie jak na przykład, że „zawodowa skuteczność wymaga nieraz oszustwa, kłamstwa, naruszenia intymności ludzkiej, ba, nawet ludzkiej godności”²⁵. Opierając się na wypowiedzi M. Ossowskiej, B. Skarga uznała, że etyka zawodowa nie tylko liczy się z popieraniem lub przynajmniej niezakazywaniem tego, co usprawia działalność zawodową, lecz wręcz usprawiedliwia – i po to jest powołana – „to wszystko, co sprzeczne jest z wyznawanymi w kulturze europejskiej wartościami, ale co bywa nieodzowne dla skuteczności zawodowej”²⁶.

Tymczasem założenie, że jeżeli „naczelnym kryterium” działań zawodowych jest skuteczność, to także etyka zawodowa musi służyć temu celowi, jest nieuzasadnione. Wymagania etyczne nie tylko nie są obliczone na zwiększenie skuteczności działań zawodowych, ale – stawiając dodatkowe warunki działania (poszanowanie człowieka) – utrudniają czynności zawodowe w takim stopniu, w jakim utrudnieniem jest spełnienie dwóch warunków zamiast jednego. Pierwszym warunkiem jest oczywiście biegłość profesjonalna ludzi wykonujących zawód, drugim warunkiem domagającym się spełnienia jest wykonywanie zawodu tak, by nie naruszać godności człowieka – tych wszystkich wartości, które na nią się składają. Już z tego względu widać, że jeżeli etyki zawodowe są „interesowne”, to tylko w ten sposób, że bronią moralnych interesów ludzi, korzystających z usług zawodów posiadających swoje kodeksy etyki zawodowej.

Zarzut trzeci – kodeks niszczy namysł moralny

Do autorów uważających, że celem kodeksów etycznych jest zastąpienie namysłu moralnego należy między innymi P. Łuków. Autor ten powołuje się na L. Kołakowskiego i podobnie jak on wątpi w dawaną przez kodeks obietnicę „rozstrzygalności każdego lub prawie każdego problemu we względnie prosty sposób”²⁷. Do tego, zdaniem P. Łukowa, niezbędny jest własny namysł moralny, a kodeks etyczny nie tylko w tym nie pomaga, ale przeszkadza. Niektórzy inni autorzy uważają podobnie, że „norma, która nie wpływa z osobistego namysłu jest nieskuteczna i ulega stopniowej kompromitacji. Tym samym to, co wydaje się plusem (oszczędność czasu i uproszczenie niezbędnej refleksji) zamienia się w wielką wadę – degradację samej normy”²⁸.

Zdaniem P. Łukowa, kodeks samodzielnie nie może pełnić pokładanych w nim nadziei i nadawać kształtu moralnego pracy lekarza czy całej grupie zawodowej, ponieważ

²³ M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 167–169.

²⁴ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty...*

²⁵ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty...*

²⁶ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty...*

²⁷ P. Łuków, *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa 2012, s. 20.

²⁸ R. Piłat, *Kodeks heroizmu*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 189–191.

korzystanie z kodeksu wymaga odpowiednio ukształtowanego charakteru”²⁹. „Nawet jeśli istotnie etyczność w medycynie wymaga kodeksu lub jeśli z jakichś powodów jest on pożądanym, to jego wpływ na działania lekarzy może się dokonywać tylko pod warunkiem, że mają oni odpowiednio ukształtowane charaktery, a więc o ile podstawa regulacji moralnej już istnieje”³⁰. P. Łuków nie widzi praktycznej potrzeby kodeksu: „Jeśli teza o roli osądu w używaniu kodeksowych nakazów i zakazów jest trafna, to kodeks nie może w istotny sposób kształtować rzeczywistych postaw lekarzy, lecz zakłada ich określony kształt”. Możliwe też, że „osoba o uformowanej osobowości moralnej w ogóle nie potrzebuje kodeksu etycznego. A jeśli już, to wyjątkowo”³¹. Uwaga, że wiele osób o uformowanej osobowości moralnej w ogóle nie potrzebuje kodeksu, wydaje się trafna.

P. Łuków uważa także, że kodeks etyki (konkretnie kodeks etyki lekarskiej) również nie kształtuje poglądów lekarzy, ani ich charakterów. Rzeczywiście, zgodzić się należy, że kodeks etyczny nie jest w stanie formować moralności, nie można jednak się zgodzić z tezą, że kodeks etyczny miałby zastępować namysł moralny – nie taki jest cel każdego etycznego kodeksu zawodowego i ponadto żaden kodeks nie jest do tego zdolny. Nie jest zadaniem kodeksu etyki zawodowej formowanie moralności członków zawodu – zakłada się, że ludzie dojrzały taką moralność już posiadają. W wersji idealnej oddziaływania kodeksu etyki zawodowej domaga się on od członków zawodu takich etycznych zobowiązań, które już są ich zobowiązaniami moralnymi. Obawa autora miałaby podstawę, gdyby uznać, że lekarze biorący po raz pierwszy do ręki kodeks etyki lekarskiej nie mają własnych przekonań moralnych³². To zaś trudno sobie wyobrazić. Stwierdzając, że kodeks etyczny nie służy formowaniu charakterów, nie wykluczamy jego innych funkcji.

Choć kodeks etyki zawodowej ma wpływać na wybory dokonywane przez medyków, to jego pierwszoplanowym zadaniem jest chronić dobro pacjenta, nie zaś kształtować doskonałość lekarskich charakterów. Kodeks nie kształtuje lekarskich charakterów, ale można sądzić, że ten „mankament” pozostaje bez znaczenia przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, należy przyjąć, że ludzie wchodzący do zawodu są dojrzały – mają już swoją moralność i względnie dobrze ugruntowane charaktery, zatem czytanie kodeksu etyki zawodowej z pewnością na nie nie wpłynie. Po drugie, korzyścią, którą gwarantuje skodyfikowanie etyki zawodowej, jest oczekiwanie, że decyzje takie w podobnych warunkach będą podobne, a więc, że nie będą zależne od indywidualnych postaw i systemów. Ten efekt funkcjonowania kodeksu etyki zawodowej zauważają także inni autorzy: J. Kraszewski uważa za istotne ograniczanie przez kodeks dowolności w rozwiązywaniu konfliktów i dlatego pewien rygoryzm, jaki narzuca zapis kodeksowy, w praktyce niektórych zawodów wydaje się niezbędny³³. Podobne stanowisko przyjęła I. Lazari-Pawłowska, uznając, że „ludzie najlepszej woli przy uważnym wniknięciu w specyfikę sytuacji mogą ewentualnie w odmienny sposób rozstrzygnąć niektóre konflikty wartości, a przecież uzgodnienia i ujednoczenia bywają niezbędne również tam, gdzie za jedną i drugą racją przemawiają mocne racje”³⁴. Zatem to forma pisana i kodeksowe uznanie hierarchii norm uniemożliwia konflikt racji, ponieważ ich siła zostaje z góry ustalona.

²⁹ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, s. 18–19.

³⁰ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, s. 34.

³¹ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, s. 35.

³² P. Łuków, *Moralność medycyny...*, s. 35.

³³ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 177–180.

³⁴ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu...*

W przeciwieństwie do stanowiska, że funkcjonowanie kodeksu etyki zawodowej wymaga namysłu moralnego nad jego normami, uważamy, że nie jest to warunek konieczny. Kodeks nie może kształtować postaw w aktach sporadycznego oddziaływania, może jednak wymuszać określone działania niezależnie od istniejącej postawy działającego, pod groźbą zastosowania sankcji. Kodeksu etyki lekarskiej nie pisze się, by kształtować moralne poglądy lekarzy, pisze się po to, by domagać się postępowania zgodnego z nim!

Niezależnie od jego własnych poglądów sam nakaz stosowania się do zapisów kodeksu etyki zawodowej może być wystarczający do wymuszenia właściwych – pod względem etycznym – działań adresata. Pacjent, tak jak każdy na kogo skierujemy swoje działanie, najprawdopodobniej nie będzie w stanie rozemnać, czy to, co dla niego czynimy, robimy z pobudki własnej (moralnej), czy z pobudki jedynie etycznej (bo tak nakazuje nam kodeks etyki zawodowej). W obu wersjach działamy jednak dla dobra pacjenta.

Oceniając kodeks etyki zawodowej powinniśmy w nim widzieć również to kryterium, jakim jest rutyna zawodowa. Jeśli jako środowisko zalecamy jakiś określony cel czy sposób działania, to zapewne zostały one już wcześniej wielokrotnie pozytywnie zweryfikowane. Działając rozumnie działamy w ramach swojej uświadomionej wolności, niemniej nie musimy (i nie chcemy) każdorazowo podejmować trudu projektowania własnego działania – w sytuacjach o aspekcie moralnym pomocne bywa również doświadczenie i odwoływanie się do określonego wcześniej (i najczęściej wielokrotnie sprawdzanego) schematu (w tym wypadku etycznego) działania. Rutyna może sugerować brak namysłu, w tym również brak osądu moralnego, ponieważ jednak pełna powtarzalność sytuacji jest znikoma, to jesteśmy skazani (jako ludzie, i jako zawodowi specjaliści) na ustawiczne osądy moralne. Także nasza wolność jest efektem naszego namysłu, więc i ona nie jest czymś przyznanym, lecz jest każdorazowo ustanawiana – jest uświadamiana. To, jakie działanie działający wybierze, korzystając ze swojej wolności w konkretnej sytuacji może zależeć od jego położenia w momencie podejmowania działania, więc namysł, decyzja może je zmienić lub powstrzymać. Jest tak nawet wówczas, jeśli zapowiedziane działanie wykonujemy po raz kolejny, jest tak, ponieważ każdorazowo musimy się upewnić, że działanie to rzeczywiście odpowiada wcześniej rozpoznanej okolicznościom. Dlaczego więc nie mielibyśmy odnieść do najczęściej powtarzalnych sytuacji zawodowych o charakterze etycznym utrwalonych już osądów moralnych, zwłaszcza gdy spotykają się one ze zdecydowanym potwierdzeniem wśród ogółu wspólnoty zawodowej? Dlaczego naszych zawodowych etycznych, powtarzalnych sądów nie mielibyśmy przedstawić w postaci norm etycznych zawartych w kodeksie etyki zawodowej?

Etyka zawodowa to nie tylko kodeks, ale także refleksja etyczna nad jego zobowiązaniami. W żaden sposób obecność normy pisanej nie zabija namysłu moralnego. Trudno też czynić zarzut, że „kodeks rozstrzyga spory na rzecz jednego rozwiązania dylematu oraz przyjmuje jedną perspektywę moralną”³⁵ – to jedno z podstawowych zadań kodeksu etyki. Dyskusja etyczna i głos sumienia nie muszą milknąć – zawsze mogą odnosić się do już przyjętego rozstrzygnięcia. Czym innym byłby kodeks zastępujący całkowicie myślenie moralne, a czym innym jest kodeks, który jest wynikiem przemyśleń moralnych.

Etyka zawodowa jest sferą refleksji moralnej wielu członków środowiska i wszelkie zapisy odnoszą się do tej refleksji. Zatem kodeks etyki zawodowej należy widzieć jako uzgodnienie i udokumentowanie tej refleksji, a nie jej zastąpienie.

³⁵ M. Wichrowski, *Etyka lekarska*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 191–193.

Zarzut czwarty – funkcjonowanie kodeksów etyki jest szkodliwe

Szkodliwość kodeksów etyk zawodowych, zdaniem różnych autorów, wynikać ma zasadniczo z dwóch sytuacji: po pierwsze, będąc rzekomo w sprzeczności z nieistniejącymi zapisami „etyki ogólnej” kodeksy wprowadzają relatywizm moralny; po drugie, zmieniając hierarchię wartości (norm) moralnych kodeksy etyki zawodowej podważają powszechnie uznaną hierarchię wartości (norm) „etyki ogólnej”.

Wyrażano obawę, że „wzmocniona przez dany kodeks norma może bowiem wyrosnąć ponad inne, skądinąd znacznie wyżej cenione w danej społeczności, np. zasadę dyskrecji przedłoży się ponad ochronę życia. Być może dokładna analiza wzajemnego stosunku różnych wartości moralnych pokazałaby, czy jest to realne zagrożenie, czy rzeczywiste wzmocnienie godziwego moralnie nakazu może powodować negatywne moralnie skutki”³⁶. Kodeksy mają sprawiać, że ujęcie pewnych rozstrzygnięć „okaże się zawsze szkodliwe”, np. norma nakazująca informowanie pacjenta, albo norma nakazująca nieinformowanie pacjenta, stąd wniosek, że taki kodeks „jedynie sankcjonowałby nieszanowanie ludzkich praw”³⁷. Forma przypuszczająca tej wypowiedzi została zachowana, mimo iż w momencie dyskusji lekarski kodeks etyczny istniał jak najbardziej realnie i można było odwoływać się do istniejących w nim zapisów.

B. Skarga przyjęła tezę, że „etyka zawodowa ma usprawiedliwiać to wszystko, co sprzeczne jest z wyznawanymi w kulturze europejskiej wartościami, ale co bywa nieodzowne dla skuteczności zawodowej, co jest jednak „zawodową niecotą”. „Przedstawiciele różnych zawodów potrzebują usprawiedliwienia dla swych postaw i czynności rozumiejąc, że nie są zbiorem ludzi świętych”³⁸. Także w tej kwestii jakiś przykład zawodowej, zalecanej czy postulowanej w kodeksie etycznym, niecoty mógłby uwiarygodnić to zaskakujące twierdzenie, ale takiego przykładu nie podano. Teza B. Skargi przybrała zatem ostateczną postać, że „różne kodeksy są więc usankcjonowaniem moralnej niecoty”³⁹. Szkodliwość społeczna etyki zawodowej rozumianej jako „zawodowa niecota” jest ewidentna.

Mimo swojej błędności stanowisko to zyskało poparcie i na przykład W. Pawlik zgodził się z zarzutem B. Skargi: „trudno zaprzeczyć, że środowiska zawodowe, realizując specyficzne dla siebie zadania, instytucjonalizują uchybienia moralne, niedopuszczalne z punktu widzenia etyki uniwersalistycznej”. Jednak autor proponuje widzieć etykę zawodową jako system normatywny „niecotę” regulujący, bo nie jest tak, „że etyka zawodowa daje pełne przyzwolenie do praktykowania «moralnej niecoty», lecz etyka zawodowa samoogranicza roszczenia środowiska zawodowego do praktykowania «moralnej niecoty», «sprawia, że nie otwieramy przed nią wrót na oścież”⁴⁰. Zatem, zdaniem autora, złe etyczne praktyki zawodowe są oczywistością, a kodeksy etyki zawodowej jedynie je ograniczają. Także U. Schrade ocenił próby tworzenia zawodowych kodeksów etyki „skrajnie pesymistycznie”, zarzucając im nie tylko moralną szkodliwość, ale i nieskuteczność: „Rozchwianego głosu sumienia lub nawet jego całkowite milczenie nie zastąpi żadna kodeksowa proteza etyczna”⁴¹.

³⁶ R. Piłat, *Kodeks heroizmu*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 189–191.

³⁷ R. Piłat, *Kodeks heroizmu*...

³⁸ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecoty*, s. 169–171.

³⁹ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecoty*...

⁴⁰ W. Pawlik, *Niecota uregulowana*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 171–174.

⁴¹ U. Schrade, *Dyskusja*, w: *Etyka w środowisku akademickim*, s. 63.

W dyskusji nad etyką środowiska akademickiego zarzucano, że kodeks etyki zawodowej jest wyrazem „nieusprawiedliwionych teoretycznie, a szkodliwych praktycznie tendencji partykularystycznych i relatywistycznych w zakresie etyki”, gdy tymczasem nie ma miejsca na zasady etyki poszczególnych zawodów, bo „jest tylko jedna etyka, obowiązująca wszystkich obywateli”⁴². Dodawano: „komuś, kto posiada pewną wiedzę etyczną i jest człowiekiem dość wrażliwym moralnie, etyka zawodowa nie jest niezbędna”⁴³.

Mniej liczne były głosy wykazujące pozytywną rolę kodeksów etyk zawodowych w aspekcie czysto moralnym. Utrzymywano, że powstanie etyk zawodowych nie jest „usankcjonowaniem moralnej niecnoty, ani też hołdowniem relatywizmowi moralnemu, lecz przeciwnie – przeciwdziałaniem relatywizmowi i wyrazem moralnej świadomości środowiska zawodowego” – stwierdził J. Kraszewski⁴⁴.

Słusznie zauważono, że żądanie od kandydatów do niektórych zawodów „nieskazitelności moralnej” może być wykorzystywane jako sposób „eliminacji osób niewygodnych, np. politycznie”⁴⁵, jednak też należy uznać, że spisane wymagania etyczne (kodeks etyczny) ograniczają tę dowolność oceny spełniania lub niespełniania standardów etycznych, jaka byłaby zupełnie swobodna przy odwoływaniu się do niepisanych zasad i wymagań „etyki ogólnej”, czy też – również niepisanej – tradycji etycznej zawodu.

Gdy wykazywano korzyści płynące z istnienia kodeksów etyk zawodowych to zwykle odwoływano się do efektów praktycznych, zwłaszcza zaś zapobiegania „szkodom społecznym”. W argumentach na rzecz lekarskiego kodeksu etycznego również wskazana zostaje jego praktyczna użyteczność: kształtowanie postawy lekarzy, wspomaganie lekarskich decyzji, uszczegółowianie norm prawnych, tworzenie standardów do legalizacji, czy dawanie podstaw do dyscyplinowania lekarzy⁴⁶.

Jeśli jednak uznajemy wymierne materialnie rezultaty i funkcjonalność społeczną za korzyści etyczne i do nich sprowadzamy odpowiedzialność etyczną, to zwykle zostaje pominięta relacja człowieka do człowieka, czyli zostaje pominięta rzeczywista sfera funkcjonowania wartości moralnych. Słuszne jest więc przypomnienie, że „podmiotem moralności jest człowiek jako człowiek (niezależnie od tego, kim jest, jaką rolę lub role społeczne pełni)” i nie wolno się zgadzać z tezą, jakoby etyki zawodowe redukowały „moralny podmiot do funkcji, jakie pełni człowiek w życiu społecznym”, co tu oznacza – w życiu zawodowym⁴⁷. Nie należy zatem redukować etyk zawodowych do przepisów działania, które przynoszą wymierny materialny pożytek, bo wówczas uznajemy człowieka za dobrego człowieka tylko wtedy, gdy jest wytwórcą towarów i usług, które można wycenić rynkowo.

Zarzut piąty – moralność zawodowa jest sprzeczna z moralnością ogólnoludzką

Jak wcześniej zauważono, jednym z argumentów przeciwko kodeksom etyk zawodowych jest rzekoma wystarczalność norm „etyki ogólnej”. Krok dalej postępują autorzy, którzy uważają, że zapisy kodeksów etyk zawodowych nie tylko niepotrzebnie powielają zasady „etyki ogólnej”, ale mogą popadać z nimi w sprzeczność. Często jest przy tym przekona-

⁴² H. Skorowski, *Dlaczego etyka zawodowa?*, w: *Etyka w środowisku akademickim*, s. 11.

⁴³ H. Borowski, *Dyskusja*, w: *Etyka w środowisku akademickim*, s. 38.

⁴⁴ J. Kraszewski, *Zachować prestiż zawodu*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 202–204.

⁴⁵ J. Woleński, *Przeciw etyce zawodowej*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 184–187.

⁴⁶ P. Łuków, *Moralność medycyny...*, s. 19.

⁴⁷ M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 167–169.

nie, że poszczególne zawody reprezentują specyficzne (a więc nieuznawane powszechnie) wartości moralne. Jest to stanowisko między innymi B. Skarga, która uważa, że „każdy zawód orientuje się na właściwe mu wartości, że więc istnieją dla niego wartości specyficzne, niekoniecznie zgodne z tymi, które na ogół uważa się za uniwersalne – o ile takie istnieją – a w każdym razie nie są one tożsame z wyznawanymi przez inne profesje”⁴⁸. Podobnie M. Środa zauważa, że zwolennicy etyk zawodowych „widzą potrzebę, a nawet konieczność, tworzenia specyficznych norm moralnych na potrzeby określonych zawodów”⁴⁹. Ija Lazari-Pawłowska również uważa, że zawody mają moralne zasady „specyficzne dla wyróżnionych grup zawodowych”⁵⁰. W. Pawlik jest przekonany, że poszczególne środowiska zawodowe, realizując specyficzne dla siebie zadania, „instytucjonalizują uchybienia moralne niedopuszczalne z punktu widzenia etyki uniwersalistycznej”⁵¹.

Sceptyczne stanowisko co do roli etyk zawodowych reprezentuje także W. Galewicz, który w swojej analizie, podobnie jak większość przytaczanych tu autorów, nie powołuje się na żaden konkretny kodeks etyki zawodowej, lecz krytykuje „kodeks etyki zawodowej” jako taki. Stawiając pytanie: „Czy moralność zawodowa może nie zgadzać się z moralnością ogólną?”⁵², stwierdza, że normy etyki zawodowej i etyki ogólnej bywają sprzeczne, co pozwala na wniosek, że „normy jednej teorii nie pokrywają się, a nawet nieraz kłócą z regułami drugiej”⁵³. Na tej podstawie wprowadza podział na „partykularyzm profesjonalny” i „uniwersalizm profesjonalny”⁵⁴. Ponieważ w przeprowadzonej analizie moralny partykularyzm łączony jest z moralnym relatywizmem, upoważniać ma to do twierdzenia, że moralność właściwa dla danej grupy osób może odbiegać od moralności właściwej dla osób z innej grupy⁵⁵. Tak samo „słuszne normy moralności profesjonalnej, czyli dotyczącej przedstawicieli pewnego zawodu, mogą odbiegać od słusznych norm moralności powszechnej, czyli odnoszącej się do wszystkich osób”⁵⁶. Przykładu potwierdzającego taką ewentualność i tu brak.

Jeśli partykularyzmem nazywamy każdą odmiennność kodeksu etyki zawodowej od funkcjonowania wyobrażonej moralności ogólnospołecznej, to odmiennność ta wydaje się nie wadą, ale zaletą, ponieważ polega ona na zwiększeniu wymagań moralnych adresatów, a nie na ich zmniejszeniu⁵⁷. Po drugie, partykularyzm etyk zawodowych nie ma nic wspólnego z relatywizmem aksjologicznym w moralności⁵⁸.

Złudne jest też przekonanie, że to charakter wykonywanego zawodu ma wpływ na zobowiązania moralne go wykonujących, czyli także na normy etyczne zobowiązujące ich na gruncie zawodu. Na pytanie: czy szczególne role społeczne mogą generować swoiste obowiązki moralne, niepokrywające się lub nawet niezgodne z wymogami moralności powszechnej, takimi jak uczciwość, życzliwość lub szacunek dla innych⁵⁹, możemy udzielić

⁴⁸ B. Skarga, *Usankcjonowanie niecnoty*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 169–171.

⁴⁹ M. Środa, *Argumenty za i przeciw etyce zawodowej*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 167–169.

⁵⁰ I. Lazari-Pawłowska, *Etyka zawodowa bez kodeksu...*

⁵¹ W. Pawlik, *Niecnota uregulowana...*

⁵² W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, w: *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycję etyk zawodowych*, pod red. W. Galewicza, TAIWPN Universitas, Kraków 2010, s. 9.

⁵³ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 27.

⁵⁴ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 45.

⁵⁵ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 49.

⁵⁶ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 51.

⁵⁷ H. Jankowski, *Kilka uwag na temat etyki zawodowej...*

⁵⁸ J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 187–189.

⁵⁹ W. Galewicz, *W sprawie odrębności etyk zawodowych*, s. 74.

tylko jednej odpowiedzi. Nie ma „swoistych obowiązków moralnych”, lecz istnieją wyłącznie takie same obowiązki człowieka względem człowieka, niezależnie od wszelkich okoliczności, w tym także niezależnie od jakichkolwiek sytuacji (relacji) zawodowych. Rzeczywistość wykazuje, że żadna z etyk zawodowych nie tworzy innych, niż powszechnie uznawane, norm moralnych (etycznych). Mówienie o „moralnych zasadach specyficznych dla wyróżnionych grup zawodowych” jest więc nieuzasadnione i zapewne z tego powodu ci, którzy o nich mówią, nigdy nie podają przykładu takiej „specyficznej” zasady. Ludzi zawodu (każdego zawodu) obowiązują te same zasady etyczne co wszystkich ludzi, zmienia się tylko ranga ich obowiązywania – to, co dla wszystkich jest zobowiązaniem zwyczajnym, dla ludzi określonego zawodu może być zobowiązaniem nadzwyczajnym. To co jest dla nas na co dzień zaleceniem, w zawodzie może być zobowiązaniem. Przykładowo, wszyscy wymagamy od siebie cierpliwości, lecz w jakim stopniu? W stopniu „zwyczajnym”, „normalnym”, gdy o tym, czym jest „normalność” mamy wyobrażenie z obserwacji i praktyki. Jednak od opiekunki dziecka czy osoby chorej, oczekujemy cierpliwości nadzwyczajnej.

W omawianej dyskusji redakcyjnej stanowisko wykazujące sens i potrzebę etyk zawodowych zajęła J. Górnicka, stwierdzając, że „nic błędniejszego, niż mniemać, iż każdy z zawodów operuje własną kategorią dobra, sprzeczną (a przynajmniej nie związaną) z rozumieniem dobra w pozostałych kręgach zawodowych. Absurdalne wydaje się więc przeciwstawianie etyk zawodowych etyce ogólnej. Sądzę – uzasadniała przywoływana autorka – że w obu wypadkach punktem wyjścia jest to samo pojęcie dobra, zaś swoisty «partykularyzm» etyki zawodowej bierze się z prostego faktu podziału pracy w społeczeństwie i związanej z tym różnorodności ról społecznych i zawodowych”⁶⁰. Jest to zrozumiałe, jeśli uświadomimy sobie, że reguły postępowania etycznego odnoszą się do ludzi a nie do zawodów. Zawód jest jedynie tą specyficzną sytuacją, w jakiej ludzie się znajdują i w jakiej przez swoje działanie mają spełniać wartości powszechnie uznane i wspólne dla wszystkich ludzi. Ponadto nie da się stwierdzić jakiegokolwiek niezgodności pomiędzy etyką ogólną i jakąkolwiek moralnością zawodową, bo o ile istnieją (i są opisane) konkretne poszczególne moralności zawodowe, o tyle moralność ogólna istnieje jako wyłącznie konstruktywny myślowy niektórych etyków, zwłaszcza orientacji utylitarystycznej. Etyka ogólna czy „moralność ogólnoludzka” są też pojęciami tak nieprecyzyjnymi, że ich treść może być niemal dowolna. Oba pojęcia zazwyczaj odnosi się do moralnych przekonań żywno-nych przez ogół ludzi, co już samo w sobie jest stanowiskiem utopijnym.

Zauważyć trzeba, że jak dotąd nieznaną jest próba kodyfikowania „moralności ogólnej” i zapewne absurdalność takiego zamiaru przenoszona jest na sytuacje szczególne – a taką „szczególną sytuacją” jest wykonywanie każdego zawodu i negowanie potrzeby kodyfikowania niektórych moralności zawodowych. Etyka ogólna wskazuje ważne wartości, ale raczej nie wskazuje, którym z nich należy się pierwszeństwo. To każdy sam rozstrzyga – jak nie w swobodnej refleksji, to w sytuacjach dokonywania dramatycznych, dobrych wyborów. Owszem, niewłaściwość postępowania uwidoczniona zostaje wystarczająco przez etykę ogólną, ale – jak sądzi jeden z autorów – „jej normy i wartości mogą być zbyt ogólnie sformułowane, by pomagać w specyficznych dla danego zawodu sytuacjach”⁶¹. Rzecz jednak nie w „zbyt ogólnych sformułowaniach”, lecz w braku wskazanych preferencji wartości czy norm. Słabością „etyki ogólnej” (jako przekonań powszechnych) jest więc

⁶⁰ J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej...*

⁶¹ K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 174–177.

przede wszystkim to, że jest zbyt ogólna. Wskazuje „dobre wartości” lub „dobre normy”, ale zasadniczo nie ukazuje ich ważności względem siebie. Nie jest w stanie rozstrzygnąć wielu konfliktów norm (i wartości), do czego przydatny może być „sformalizowany czy niesformalizowany kodeks etyki zawodowej”, preferujący określone preferencje norm⁶².

Wymagania etyk zawodowych nie czynią żadnego wyłomu w potocznych opiniach etycznych, jak zauważają I. Bogucka i T. Pietrzykowski, „albowiem takie same oczekiwania mamy w stosunku do każdego, kto przyjął na siebie odpowiedzialność za jakies dobro lub osobę [...]” i etyki zawodowe są powtórzeniem norm etyki ogólnej⁶³. Pochopne jest jednak przekonanie autorów, że etyka zawodowa stanowi powtórzenie norm etyki ogólnej. Etyki zawodowe nie stanowią „powtórzenia” etyki ogólnej, ponieważ to hierarchia norm (i wartości) – zasadniczo jej brak w „etyce ogólnej” i konieczna obecność w etyce zawodowej – rozróżnia je zdecydowanie. Te same elementy w dwóch różnych układach mogą mieć różne znaczenie. System etyczny jako system hierarchicznie uporządkowany działa jako całość, nie zaś fragmentarycznie, układ elementów stanowi o różnicach między poszczególnymi etykami zawodowymi, w tym zaś zwłaszcza wartość naczelną zawodowego systemu etycznego. Nie można zatem uzasadnić odrębności etyki zawodowej faktem sprzeczności jej norm z moralnością potoczną, sprzeczności takiej bowiem nie ma. Nie jest tak, że jeden system norm zaleca „nie kłam”, a moralność zawodowa zaleca kłamstwo. Nie można też uzasadnić zbędności etyk zawodowych przez rzekomy fakt powtórzenia w niej wymagań „etyki ogólnej”.

Nie jest też prawdziwe zdanie, że normy etyki zawodowej ograniczają się do „zachowań i celów określonego zawodu” – co miałyby stanowić o relatywizmie etycznym, lecz są to normy uznane społecznie do zastosowania także w określonym zawodzie. Cele „określonego zawodu” są jednocześnie celami tych wszystkich ludzi, którzy zdają się na usługi tego, każdego określonego zawodu. Mówienie (bez przykładów), o „specyficznych normach moralnych w etyce zawodowej” nie odnosi się do rzeczywistości etyk zawodowych. Zatem – normy powszechnie uznane a stosowane w zawodzie nie stanowią o relatywizmie etycznym i także cele poszczególnych, określonych zawodów odwołujących się do własnej etyki zawodowej są celami powszechnie akceptowanymi.

Należy uznać zdanie J. Górnickiej: „Specyfika kodeksów etyki profesjonalnej nie polega na tym, iż kodeksy te wymyślają nowe szczególne obowiązki dla przedstawicieli poszczególnych zawodów – lecz sugerują co najwyżej zmianę hierarchii aksjologicznej w kodeksie etyki ogólnej. Pewne obowiązki ogólne nabierają w etykach zawodowych szczególnego znaczenia, nie można ich zaniedbać (np. obowiązek przedkładania cudzego interesu nad swój własny [...])”⁶⁴. Etyka zawodowa zatem nie jest „legalizacją zawodowej niecnoty”, nie jest jej celem usprawiedliwienie zachowań sprzecznych z ogólnymi wartościami, aczkolwiek koniecznych do wypełniania roli zawodowej”⁶⁵. Etyka zawodowa nie unieważnia też żadnej z powszechnie uznanych norm, lecz wybranym z nich przyznaje preferencje.

Trudno polemizować z twierdzeniami o przyczynach konfliktu między moralnością zawodową a „etyką ogólną”, gdy stwierdza się, iż konflikt taki nie odpowiada rzeczywistości. To na gruncie „etyki” utylitarystycznej, jej nieokreśloności oraz dowolności w wy-

⁶² K. Kiciński, *Etyka zawodowa a kodeks*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 174–177.

⁶³ I. Bogucka, T. Pietrzykowski, *Etyka w administracji publicznej*, NexisLexis Polska Sp. z o.o., wyd. 2, Warszawa 2010, s. 96.

⁶⁴ J. Górnicka, *W obronie kodeksów etyki zawodowej...*

⁶⁵ I. Bogucka, T. Pietrzykowski, *Etyka w administracji publicznej*, s. 96–97.

borze norm (istnienia wartości zasadniczo ta etyka nie uznaje) możliwe jest wyszukiwanie takich konfliktów.

Pozostałe z zarzutów, jakie formułuje się przeciwko kodeksom etyk zawodowych, to przede wszystkim przekonanie o niedopuszczalności zmieniania hierarchii wartości w systemie „moralności ogólnej”, twierdzenie o braku wpływu kodeksów etycznych na kształtowanie moralności i o nieuzasadnionym tworzeniu kodeksów etyki zawodowej w zawodach, które etyki zawodowej nie potrzebują. Zarzuty te omówimy w części drugiej artykułu.

Wykorzystanie technologii informatycznych w promocji zdrowia – wybrane zagadnienia

Cele promocji zdrowia, jak również jej zasady i metody realizacji są wspierane dzięki wykorzystaniu technologii informatycznych. Niezależnie od wyznaczonych celów strategicznych czy operacyjnych w każdym przypadku zaobserwujemy możliwości stosowania metod opartych na technologiach informatycznych. Przyjęcie nowoczesnego podejścia do metod promocji zdrowia skierowanej do całego społeczeństwa i realizowanego w wielodyscyplinarnych zespołach stwarza doskonałą możliwość korzystania ze zdobyczy współczesnej stale rozwijającej się technologii i pozwala na osiągnięcie celów promocji zdrowia niezależnych od przyjętej metodologii działania².

Historia i naturalny rozwój promocji zdrowia znacznie wyprzedziły pojawienie się szeroko dostępnych narzędzi informatycznych zarówno w obszarze sprzętu, dostępu do sieci i oprogramowania. Pojawienie się technologii informatycznych nie było równoznaczne z natychmiastowym równomiernym wykorzystaniem ich we wszystkich obszarach życia społecznego w tym w ochronie zdrowia, a co za tym idzie nie dawała gwarancji pełnego wykorzystania w promocji zdrowia. Przyczyn należy upatrywać w ograniczeniach wynikających z kosztów stosowania innowacyjnych technologii, braku właściwego przygotowania edukacyjnego do jej użycia oraz ograniczeń samej technologii związanej na przykład z możliwością dotarcia do odbiorców.

Analizując zjawiska związane z komunikowaniem się ludzi wokół szeroko pojętego tematu zdrowia, trzeba wziąć pod uwagę dwa obszary codziennych wpływów. Pierwszy z nich to oczywiście świat medycyny reprezentowany przez relację lekarz–pacjent, drugi natomiast – nie mniej istotny – to samosterowny obieg opinii, przekonań społecznych, które wymieniane są w relacji „pacjent–pacjent”. Obydwa te obszary stanowią punkt wyjścia do stosowanej promocji zdrowia z wykorzystaniem technologii informatycznych. A zatem we współczesnym świecie, promujemy zdrowie nadając temu działaniu rangę specjalizacji naukowo-medycznej i równocześnie stymulujemy zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem bezpośrednio w gronie pacjentów, zakładając ich wzajemne porozumienie w sieci. Niezależnie od stopnia zintegrowania tych komunikatów, przełożenie ich na język komunikowania elektronicznego niesie ze sobą określoną charakterystykę. Określmy ją w najważniejszych aspektach, istotnych z punktu widzenia podjętego tematu promocji zdrowia poprzez środki komunikacji elektronicznej. Mamy tu do czynienia z oddziaływaniem masowym, które jak w każdej innej realizowanej strategii promocyjnej, z góry zakłada gęstość i rytmiczność emitowanych komunikatów. Kanał komunikacji przekazujący informacje na temat

¹ Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.

² Sciaga.pl Promocja Zdrowia.

tego jak żyć zdrowo zajęty jest zarówno na poziomie informacyjnym, interakcyjnym jak i integracyjnym. Pomijamy tu poziom transakcyjny oraz poziom personalizacji, ponieważ z zasady działania promocyjne nie mierzone są ilością świadczonych usług ani też pełną znajomością odbiorcy. Kolejnym, bardzo istotnym aspektem działań promocyjnych w zakresie zdrowia jest rozłożenie akcentów sięgających zarówno postaw, jak i zachowań prozdrowotnych. Odbiorca zanim zacznie żyć zgodnie z podanymi przykładami musi wcześniej przyjąć określoną postawę, którą na gruncie socjologii pojmujemy jako gotowość jednostki do podjęcia reakcji wobec wybranych elementów świata społecznego. Miejszem lokującym ową gotowość jest świadomie przyjęty proces przyjmowania wiedzy wraz z polem dostępnych, zrozumiałych i skutecznie oddziałujących argumentacji. Florian Znaniecki podkreślał, iż mówiąc lub pisząc o postawie, najczęściej tłumaczymy ją poprzez odniesienie do wartości. W. J. Thomas i F. Znaniecki wspominają o faktach empirycznych, którym grupy społeczne nadają znaczenie³.

Jest zatem sens, aby proces indywidualnej świadomości pacjenta, rozpoczynać od przytaczania faktów odbieranych społecznie, to znaczy w grupach odbiorców, właśnie na drodze dostępności utworowanej poprzez nowoczesne technologie informatyczne. I wreszcie postawmy kluczowe pytania: o jakie „fakty” chodzi? Czy promować zdrowie, np. ostrzegając przed chorobą poprzez ukazanie listy przypadków osób chorych, czy raczej – zgodnie z regułami estetyki przekazów reklamowych – poszukiwać analogii i metafor, które doprowadzają nas do zmiany postaw a równocześnie nie wymuszają reakcji związanych z widokami szpitalnego cierpienia. Gra toczy się nie o ilość emocji, ale o ich jakość. W strukturze aktów promocyjnych, pośród zmieszanych ze sobą informacji „dobrych” i „złych” zawsze chodzi o wywołanie stosunku odbiorcy w kategoriach pozytywnych, lub negatywnych, nigdy natomiast neutralnych. Kompozycja treści komunikatów promujących zdrowy styl życia, musi zatem oscylować pomiędzy chwytami wywołującymi zachwianie poczucia bezpieczeństwa a dominującym programem pozytywnie zmotywowanego działania. Zazwyczaj komponent poznawczy, otwierający przekaz promocji zdrowia zawiera elementy poruszające wrażliwość. Stosuje się prezentację problemu, wykorzystując wiedzę szerszą (a nie inną) od zasobu wiedzy potocznej. Na tym poziomie struktury przekazu dość często padają dane statystyczne. Mają one z jednej strony podpowiadać skalę problemu, ale przede wszystkim, w kategorii chwytu promocyjnego, ująć konkretnego odbiorcę w kręgu możliwych, ale niekoniecznych zagrożeń. Aby nie marnować środków przeznaczonych na promocję, z coraz większą precyzją wykorzystuje się instrumenty doprowadzające przekaz do właściwego odbiorcy. Precyzyjne dotarcie odpowiada oczywiście promocjom internetowym, wskazując równocześnie na słabość pozostałych mediów, czasopism, radia i najbardziej zagubionej w nowoczesnych sposobach docierania – telewizji. Treści podmiotowe zwyczajowo naprowadzają odbiorcę do utożsamienia się z konkretnymi rolami zawodowymi, życiowymi i społecznymi, trafiając bezpośrednio do „rolników”, „matek” lub pobudzając aspirację do pełnienia ról liderkich w sporcie. Kreatorom działań promocyjnych zależy na tym, aby uzyskać efekt postawy zwartej i stałej. Podsumujmy:

³ W. I. Thomas, F. Znaniecki, *The Polish Peasant in Europe and America*, wyd. I, Boston 1918–1920; wyd. II (wykorzystane w tej pracy) New York 1958.

- a) głównym celem przekazów promocyjnych jest kształtowanie stałych postaw odnoszonych do wartości, pojmowanych jako elementy świata społecznego (aspekt grupowy);
- b) narzędziami osiągnięcia tego celu są efektywnie przyjęte wzorce zachowań w codziennym życiu (aspekt indywidualny);
- c) optymalne konstrukcje przekazów promocyjnych dotyczących zdrowia, harmonizują przepływy różnych emocji stosując środki i chwytły znane w sztuce reklamy. Jak to się działa w praktyce? Posłużmy się przykładem.



Źródło: http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,3857,zabojcza_lodowka_smiercionosny_telewizor.

Nazwa kampanii Obesity kills

Hasła kampanii Obesity kills. Exercise regularly (Otyłość zabija. Ćwicz regularnie);

Obesity kills. Watch what you eat (Otyłość zabija. Uważaj na to, co jesz)

Kategoria ogólna Profilaktyka – zdrowie i uzależnienia, Promocja zdrowia

Czas 05.08.2016 -

Kraj/kraje Brazylia

Nadawca Hospitalar Plano de Saúde

Wykonawca Giacometti

Adresaci Osoby nieuprawiające sportu, spędzające czas przed telewizorem, otyłe

W kampanii stworzonej dla szpitala Hospitalar Plano de Saúde z brazylijskiej prowincji Parana użyto dwóch plakatów, których tematy można ująć jako „śmierć przed lodówką” oraz „śmierć przed telewizorem”. W obydwu przypadkach zastosowano jako główny motyw graficzny obrys sylwetki człowieka znalezionej jako martwego,

technikę stosowaną w kryminalistyce. Sam pomysł wykorzystania tego graficznego motywu, dużo wcześniej pojawił się w Polsce. Kontury zwłok leżących pod sklepami z dopalaczami uznano za skuteczny sposób walki z tak zwanymi „legalnymi narkotykami”. W zamyśle kampanii chodziło o wywołanie szoku wprost, w sposób werystyczny, pozbawiony urody środków reklamowych.



Źródło: *Łódź kreatywnie walczy z dopalaczami*, dodano: wtorek, 14 września 2010 (09:24), <http://www.rm24.pl/foto/tylko-w-rmf24/zdjecie,iId,222754,iAId,13422>.

Twórcami kampanii byli urzędnicy łódzcy, o wykonanie dzieł plastycznych na chodnikach ulic Łodzi poproszono graficiarzy. Oprócz motywu policyjnego pojawiło się hasło pod postacią retorycznego pytania: „Czy tu jest Twoje miejsce?”. Łódzki pomysł kampanii miał zadziałać (i zapewne zadziałał) bez filtra estetyki reklamowej. Inne podejście zastosowano w kampanii brazylijskiej. Tu miejscem zgonu jest umowne wnętrze mieszkalne, a właściwie jego graficznie i strategicznie dopracowana wizualizacja. Można to odebrać jako sceniczne studium przypadku. Na eksponowanym podłożu stoi otwarta lodówka. W jej świetle widzimy „narzędzia zbrodni”, czyli porozrzućcane produkty typu chipsy, fast foody. Całość przekazu w sposób wyważony gromadzi w sobie strach, ostrzeżenie, żart oraz instrukcję dotyczącą tego, jak zmienić swoją postawę. Nie ma tu elementów mogących naprowadzić odbiorcę na realność miejsca zdarzeń, tak jak uczyniono to w kampanii łódzkiej. Nie mniej, centralny motyw obrysu

leżącego człowieka działa równie silnie, a być może właśnie z uwagi na przemyślany dobór artystycznych środków wyrazowych – jeszcze silniej. Obrys człowieka wyraźnie sygnalizuje otyłość otrzewną, bez dodatkowych słów, przy pomocy niewielkiej ilości elementów scenograficznych oddaje sens pułapki życiowej związanej z niezdrowym stylem życia. Jak każda przemawiająca kampania promocji zdrowia, tak i ta brazylijska niesie ze sobą ryzyko podjęcia dyskusji wokół poszczególnych elementów. Zapewne sporo czasu kreatorzy poświęcili na wygenerowanie kształtu lodówki. W myśl zasad i przepisów prawa, kształt ten nie powinien nasuwać odbiorcy żadnego z modeli istniejących na rynku lodówek. To jest jednak niemożliwe, ponieważ jasność przekazu nakazuje odwoływać się do przyzwyczajień wzrokowych, właśnie tych zdobywanych w katalogach, w sklepach itd. Błędem byłoby wygenerowanie kształtu lodówki z przeszłości, zakłóceniu mogłaby ulec aktualność poruszanego problemu. Jeszcze trudniejszym zadaniem kreatorów staje się uzyskanie efektu „produktów szkolnych”, ryzykując konflikt z podmiotami, które dopatrzą się aluzji do oferowanych przez siebie chipsów lub słodczy. Rekonstruujemy tu oczywiście proces twórczy, którego intencje nie wykraczają poza czysty przekaz ochrony zdrowia. Bywają i takie kampanie, w których z ostrością jednoznacznej interpretacji wskazuje się na konkretne produkty, zdarzenia lub miejsca przyczyniające się do utraty zdrowia lub życia. Wybór dystansu dzielącego komunikat od realnego życia jest kwestią należącą do sztuki reklamy. Wiemy z jej doświadczeń, że odbiorca lubi mieć poczucie komfortu, właśnie wynikającego z możliwości, ale nie konieczności zaangażowania. Wiele spotów reklamowych zachęca, ale nie przymusza, podpowiada, ale nie szantażuje. Ich efektywność (różnie mierzona) wydaje się słabsza, ponieważ proces akceptacji produktu lub pomysłu reklamy trwa dłużej i dla samego odbiorcy nie jest tak uchwytny jak w przypadku kampanii silnie perswazyjnych. Obszar kampanii promujących zdrowie wydaje się być „wypełniony” dosłownymi obrazami cierpień, które mają perswazyjnie zmienić postawę „w jednej chwili”. Czy tak się dzieje? Czy poczucie strachu prowadzi do efektywnej zmiany postawy, czy odwrotnie – blokuje zainteresowanie problematyką? Można przyjąć strategię wskazywania zdrowego stylu życia z pominięciem obrazów będących skutkiem zaniedbań, złej diety lub pomijania profilaktyki. Taki nurt prozdrowotnych programów, najczęściej promujących ruch i sport, w jakiś sposób również dotarł do „ściany Internetu”. Zagraża mu zwątpienie, utrata wiarygodności. Odbiorcy tracą poczucie zaufania wobec przekazów występujących w nadmiernej ilości i bardzo wzajemnie upodobnionych. Zatem pierwsza kampania oparta na schemacie „ćwicz razem z...” posiada największe szanse wpływu, kolejne natomiast muszą zakładać, że grupy docelowe wędrując po podobnych ofertach w sieci są narażone na wytracanie osobistej motywacji, która najczęściej stymulowana jest obietnicą wyjątkowości. Nadzieją promocji zdrowia są metamorfozy. Rozwijają się one głównie w sektorze walki z otyłością. Pomimo zagęszczenia tych samych schematów, fotografie porównujące sylwetkę tego samego człowieka „przed i po” skutecznie budzą zainteresowanie o czym doskonale wiedzą oferenci suplementów diety. W tym przypadku nawet nie ma znaczenia wiarygodność przekazu, rzetelność fotografii i samej bohaterki lub bohatera sesji. Schemat „przed i po” jest skuteczny z uwagi na odpowiedź dotyczącą znacznie szerszego problemu w skali psychologicznej i socjologicznej. Dotyka on bowiem możliwości kreowania zmian i przemian, która leży u podstaw determinizmu ludzkiego

związanego z własnym środowiskiem. Człowiekowi przypisany jest los walki z naturą, z procesami starzenia, walki z innymi organizmami. Gdy zaproponujemy komuś, że może nad tym losem zapanować, otwieramy w nim poczucie godności. W poczuciu tym oczywiście kryją się elementy władzy nad naturą lub jej „przechytrzenie”, świadome wykorzystywanie tylko takich praw, które nam służą z pominięciem tych, które należą już do samej natury, „nie widzącej” człowieka w roli elementu sprawczego i możliwie najdłużej trwałego. Ten zasięg opisu natury w kampaniach promocyjnych zdrowia jest niemożliwy. Kampanie, których hasła wyrażałyby myśl w rodzaju „pogódź się z tym, że zachorujesz lub umrzesz, bo takie są prawa natury” nawet gdyby miały jakiś sens terapeutyczny, w obszarze komunikacji międzyludzkiej – nie mają najmniejszych szans. Zatem wymowa wszystkich aktów promocyjnych dotyczących zdrowia zarówno dziś, jak i w przyszłości będzie skupiona na wartościach życia, pojmowanego jako świadomie kreowany byt dający odpór czynnikom niszczącym. Można też domniemać, że na drodze postępującej wymiany kultur, znane od czasów Hipokratesa zawołanie *primum non nocere* zacznie być interpretowane jako myśl ustępująca pola naturalnym, holistycznie pojmowanym metodom leczenia.

Promocja zdrowia, podobnie jak wszystkie obszary działania komunikacyjnego, cechuje progres techniczny, uwarunkowany systemami gospodarczymi, poziomem infrastruktury. Współczesny czas jest nieporównywalnie bogatszy w doświadczenia i realizacje promocyjne.

Rozwój dostawców sprzętu i oprogramowania wraz z postępującym przygotowaniem edukacyjnym użytkowników połączony z dostępem do szerokopasmowego internetu umożliwił bardziej skuteczne sposoby promocji zdrowia. Imponujący skok technologiczny przyczynił się do zagęszczenia informacji, zacierania granic i kryteriów rozpoznawania poszczególnych sensów, przypisywanych komunikatom prasowym, telewizyjnym i radiowym. Każdy nadawca komunikatów promocyjnych musi nie tylko określić swoje miejsce w przestrzeni mediów, ale przede wszystkim zadbać o odpowiednio przygotowaną strategię.

Strategia realizacji promocji zdrowia opiera się na kilku kluczowych obszarach działania takich jak edukacja czy zdrowie, zmierzających do osiągnięcia celów zdrowego stylu życia, między innymi prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej, walki z uzależnieniami czy właściwego sposobu korzystania z opieki zdrowotnej.

Mówiąc o edukacji mamy na myśli głównie edukację nieformalną, trwającą całe życie. Nie mniej docieranie do szkół, formowanie przekazów adresowanych do dzieci na etapie edukacji wczesnoszkolnej i szkolnej, stanowi ważny, strategiczny punkt strategii. To w tym okresie życia wypracowywane są nawyki, z czasem przechodzące w świadomie kreowany styl życia ludzi dorosłych. Pisząc o stylu życia, warto zaznaczyć, że zakres tego pojęcia najczęściej odnosi się do wyodrębnionych grup społecznych, które poprzez uwidocznione zachowania życia codziennego manifestują swój status. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności, tak zwany „zdrowy styl życia” wpisuje się bardzo często w snobistyczne wersje stylu życia. Środowisku medycznemu to nie przeszkadza, że ktoś dba o swoje zdrowie z powodu mody, zadaniem dla nas wszystkich jest jednak to, aby moda ta nie była przemijająca. Stąd takie obszary jak edukacja, zdrowie oraz prozdrowotny styl życia, skupiają największe zainteresowanie promotorów i dostawców narzędzi komunikowania.

W każdym z tych wymienionych obszarów, jak i pozostałych obejmujących działania z zakresu zdrowia publicznego dokonuje się prób wykorzystania technologii informatycznych. Ma to oczywisty związek z rozwojem dostępu do internetu, upowszechnieniu korzystania z urządzeń zarówno stacjonarnych, jak i mobilnych wreszcie jest wynikiem obserwowanego zjawiska komunikowania się w sieciach społecznościowych. Po rozkwicie form komunikowania (przełom wieków) mamy dziś sytuację nieco okrzepłą, każdy wie, że technologie mediów społecznościowych przybierają różne formy, m.in. blogów, forów dyskusyjnych, portali społecznościowych. Ustabilizowaniu ulega też przejście ze stacjonarnego sprzętu na mobilny. Niewątpliwie wzrastające korzystanie z urządzeń mobilnych skłania do poszukiwania rozwiązań dedykowanych dla tej grupy użytkowników. Ocena różnic użyteczności aplikacji na urządzenia mobilne i stacjonarne wymaga dalszych pogłębionych badań, a ich wyniki mają posłużyć do korzystania z wzajemnie uzupełniających się metod⁴.

Użycie smartphona w promocji zdrowia, z uwagi na stałe jego wykorzystanie w codziennej aktywności, stwarza nadzieję na łatwe i skuteczne dotarcie z informacją do zainteresowanych. Przecież myślenie o zdrowiu nie zna dokładnego czasu i miejsca. Może każdemu człowiekowi przyjść do głowy z uwagi na kontekst okoliczności, w których przebywa, osób z którymi się właśnie spotyka lub podąża na spotkanie. Czy promocja zdrowia w mobilnym wydaniu nadaży za krokiem spacerującego użytkownika? Pewnie tak. Kwestią podlegającą badaniom jest zaprojektowanie takiego układu technologicznego, który okaże się najbardziej skuteczny. Obserwuje się na podstawie badań, że efekty zależą od zastosowanych trafnych kodów komunikacyjnych, zabawnej treści zawsze w kontekście postrzegania zdrowia w ujęciu holistycznym i zintegrowanym⁵. Pozostaje jeszcze istotne pytanie, czy w tym zasięgu działań nie gubimy jakiejś grupy ludzkiej, np. seniorów.

W sytuacji oczywistego korzystania z urządzeń mobilnych przez starszych ludzi w mniejszym wymiarze w porównaniu do młodych osób wykorzystanie technologii e-zdrowia i m-zdrowia w promocji i prewencji pierwotnej u osób starszych jest przedmiotem rozwijających się badań. Mają one zastosowanie, a ich efekty nie zbędne w dostateczny sposób wskazują wpływ motywacji i wsparcia ze strony osób starszych⁶.

A co z osobami chorującymi? Czy działania promocyjne ich już nie dotyczą? Działania z zakresu zdrowia publicznego nakierowane na wsparcie dla przewlekle chorych w zakresie promocji zdrowia, jak i zarządzania chorobą opierają się również na użyciu nowych technologii mobilnych. Obserwacje opublikowanych w tym zakresie wyników badań pacjentów cierpiących na POChP wskazują na słabo poznaną sku-

⁴ S. Gomez Quiñonez, M. J. Walthouwer, D. N. Schulz, H. de Vries, *mHealth or eHealth? Efficacy, Use, and Appreciation of a Web-Based Computer-Tailored Physical Activity Intervention for Dutch Adults: A Randomized Controlled Trial*, „J Med Internet Res.” 2016 Nov 9;18(11):e278.

⁵ C. Carrion, L. Arroyo Moliner, C. Castell, E. Puigdomènech, S. Felipe Gómez, L. Domingo, M. Espallargues, *Use of the Smartphone to Promote Healthy Habits among Teen-agers, Spain*, „Rev Esp Salud Publica” 2016 Nov 3;90:e1-e11.

⁶ R. Kampmeijer, M. Pavlova, M. Tambor, S. Golinowska, W. Groot, *The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review*, „BMC Health Services Research” 2016 Sep 5,16 Suppl 5:290, doi: 10.1186/s12913-016-1522-3.

teczność wykorzystania do tego celu smartfonów. Jednak wskazują na ich użyteczność w zmniejszeniu liczby zaostżeń⁷.

Kształtowanie zdrowego stylu życia związane z właściwym odżywianiem może z powodzeniem wykorzystywać technologie mobilne. Urządzenia mobilne mogą przypominać o posiłkach, pomagać w bilansowaniu elementów odżywczych. Jakkolwiek i w tym wypadku autorzy projektu zmierzającego do zmiany zachowań polegających na spożywaniu większej ilości warzyw wskazują na konieczność dalszych randomizowanych i kontrolowanych badań⁸.

Promocja zdrowia wychodzi naprzeciw nowoczesnej medycynie pracy. Interesujące możliwości wykorzystania urządzeń mobilnych wykazano w badaniu skierowanym do kierowców ciężarówek świadomych ich niezdrowego stylu życia oraz na ogół skłonnych do zmian. Autorzy wskazują na gotowość korzystania z urządzeń noszonych w celu poprawy swojego stanu zdrowia jednak dopiero na podstawie przyszłych badań można będzie ocenić skuteczność takich rozwiązań⁹.

Innego rodzaju problem niskiej aktywności fizycznej próbowano zmienić poprzez zastosowanie technologii pozwalającej zdalnie dostarczać informacji z krokomierza. Pozwala to na monitorowanie pacjentów wymagających aktywności ruchowej w okresie rehabilitacji¹⁰.

Łatwo można zauważyć, że tendencje w rozwoju urządzeń elektronicznych zmierzają ku temu, aby każdy z użytkowników był traktowany indywidualnie. Znajduje to odbicie w promocji zdrowia.

Rozwój technologii informatycznych stwarza solidne podstawy do budowania oczekiwanej przez pacjentów i profesjonalistów spersonalizowanej medycyny. Podstawą rozwoju jest dostosowanie urządzeń noszonych, wszelkiego rodzaju czujników i platform pozwalających na monitorowanie funkcji życiowych. Istotne w tym jest zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony danych wrażliwych.

Powodzenie rozwiązań zależy między innymi od umiejętnego połączenia funkcji oczekiwanych przez pacjenta i lekarza oraz ich organizacyjnych i biznesowych możliwości¹¹. Niewątpliwie specyfika problemów zdrowotnych, z którymi mamy do czynienia w różnych środowiskach skłania nas do poszukiwania optymalnych sposobów reagowania. Komunikowanie zagrożeń poprzez tradycyjne komunikaty radiowo-te-

⁷ M. Alwashmi, J. Hawboldt, E. Davis, C. Marra, J.-M. Gamble, W. Abu Ashour, *The Effect of Smartphone Interventions on Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „JMIR Mhealth Uhealth” 2016 Sep 1, 4(3):e105, doi: 10.2196/mhealth.5921 POChP.

⁸ S. A. Mummah, A. C. King, C. D. Gardner, S. Sutton, *Iterative development of Vegethon: a theory-based mobile app intervention to increase vegetable consumption*, „Int J Behav Nutr Phys Act.” 2016 Aug 8, 13:90, doi: 10.1186/s12966-016-0400-z.

⁹ R. Greenfield, E. Busink, C. P. Wong, E. Riboli-Sasco, G. Greenfield, A. Majeed, J. Car, P. A. Wark, *Truck drivers' perceptions on wearable devices and health promotion: a qualitative study*, „BMC Public Health” 2016 Jul 30;16:677, doi: 10.1186/s12889-016-3323-3.

¹⁰ J. N. Darvall, A. Parker, D. A. Story, *Feasibility and acceptability of remotely monitored pedometer-guided physical activity*, „Anaesth Intensive Care” 2016 Jul, 44(4):501-6.

¹¹ E. G. Spanakis, S. Santana, M. Tsiknakis, K. Marias, V. Sakkalis, A. Teixeira, J. H. Janssen, H. de Jong, C. Tziraki, *Technology-Based Innovations to Foster Personalized Healthy Lifestyles and Well-Being: A Targeted Review*, „J Med Internet Res.” 2016 Jun 24, 18(6):e128, doi: 10.2196/jmir.4863.

lewizyjne może z powodzeniem być wspierane zastosowaniem urządzeń mobilnych. Ograniczenia wynikają z dostępu do internetu. Należy przypuszczać, że stale rosnąca liczba użytkowników telefonów komórkowych, tabletów, smartfonów wskazuje na dalej idącą skuteczność używania tych urządzeń do przekazywania informacji związanych z promocją zdrowia¹².

Obszar edukacji i oświaty zdrowotnej będzie coraz częściej miejscem wykorzystania informacji przekazywanej drogą elektroniczną, o czym mogą świadczyć przykłady skutecznego wpływania na świadomość dotyczącą roli szczepień w prewencji chorób. Należy liczyć się z szansą na poprawę wiedzy na temat roli szczepień i większą gotowością do skorzystania z tej formy prewencji chorób¹³.

Prewencja chorób i poprawa zdrowia łączy się nierozdzielnie z propagowaniem zdrowego stylu życia i zachęcaniem do aktywności fizycznej dostosowanej do indywidualnych potrzeb. Ocena na ile właściwe dostarczanie informacji o formie i efektach aktywności fizycznej jest czynnikiem stymulującym do dalszego efektywnego korzystania ze zdrowego stylu życia jest przedmiotem kolejnych badań klinicznych¹⁴.

Dalsze skuteczne stosowanie technologii informatycznych będzie możliwe dzięki kolejnym pracom badawczym prowadzonym przez zespoły interdyscyplinarne pozwalające na budowanie coraz bardziej dedykowanych złożonych aplikacji dla użytkowników, zapewniając jednocześnie ich sprawność techniczną i korzystną cenę¹⁵.

Streszczenie

Cele promocji zdrowia jak również jej zasady i metody realizacji są wspierane dzięki wykorzystaniu technologii informatycznych. Niezależnie od wyznaczonych celów strategicznych czy operacyjnych w każdym przypadku zaobserwujemy możliwości stosowania metod opartych na technologiach informatycznych. Przyjęcie nowoczesnego podejścia do metod promocji zdrowia skierowanej do całego społeczeństwa i realizowanego w wielodyscyplinarnych zespołach stwarza doskonałą możliwość korzystania ze zdobyczy współczesnej stale rozwijającej się technologii i pozwala na osiągnięcie celów promocji zdrowia niezależnych od przyjętej metodologii działania.

Słowa kluczowe: technologie informatyczne, promocja zdrowia

¹² M. Yepes, J. Maurer, B. Viswanathan, J. Gedeon, P. Bovet, *Potential Reach of mHealth Versus Traditional Mass Media for Prevention of Chronic Diseases: Evidence From a Nationally Representative Survey in a Middle-Income Country in Africa*, „J Med Internet Res.” 2016 May 20, 18(5):e114, doi: 10.2196/jmir.5592.

¹³ H. Y. Lee, J. S. Koopmeiners, J. McHugh, V. H. Raveis, J. S. Ahluwalia, *mHealth Pilot Study: Text Messaging Intervention to Promote HPV Vaccination*, „Am J Health Behav.” 2016 Jan, 40(1):67–76, doi: 10.5993/AJHB.40.1.8.

¹⁴ F. Boudreau, M. Moreau, J. Côté, *Effectiveness of Computer Tailoring Versus Peer Support Web-Based Interventions in Promoting Physical Activity Among Insufficiently Active Canadian Adults With Type 2 Diabetes: Protocol for a Randomized Controlled Trial*.

¹⁵ K. J. Heffernan, S. Chang, S. T. Maclean, E. T. Callegari, S. M. Garland, N. J. Reavley, G. A. Varigos, J. D. Wark, *Guidelines and Recommendations for Developing Interactive eHealth Apps for Complex Messaging in Health Promotion*, „JMIR Mhealth Uhealth.” 2016 Feb 9, 4(1):e14, doi: 10.2196/mhealth.4423.

The use of information technologies in health promotion – selected issues**Summary**

The objectives of health promotion as well as its principles and methods of implementation are assisted by the use of information technologies. The set strategic or operational aims notwithstanding, the possibilities of using IT-based methods can be observed in each case. Adopting a modern approach to health promotion methods directed at the whole society and implemented in multidisciplinary teams provides a perfect opportunity to benefit from the accomplishments of modern, constantly developing, technology, and allows achieving health promotion goals independent of the adopted methodology of action.

Key words: information technology, health promotion

Profilaktyka w ujęciu zdrowia publicznego, w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce

Wybrane uwarunkowania globalnej koncepcji zdrowia

Mimo intensywnego rozwoju nauk i technologii nie można mówić o wykluczeniu większości chorób, przedwczesnych zgonów czy wypadków, w miejsce dotychczasowych problemów pojawiają się nowe. Postępujące starzenie się populacji, niedofinansowanie systemów zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego oraz zagrożenia cywilizacyjne wymagają podejmowania skutecznych działań prewencyjnych. Doświadczenia utwierdzają w przekonaniu, iż najbardziej efektywnym sposobem utrzymania populacji w długim zdrowiu jest profilaktyka, natomiast jej charakter oraz zasięg zależy od sytuacji społecznej, warunków ekonomicznych oraz przyjętej polityki zdrowotnej.

W roku 1920 C. E. A. Winslow przedstawił pionierską definicję zdrowia publicznego, która w nauce i sztuce zapobiegania chorobom, wydłużaniu życia i promocji zdrowia – poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa wyrażające się w działaniach na rzecz higieny środowiska, zwalczania chorób zakaźnych, nauczaniu zasad higieny indywidualnej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarstwie, ukierunkowanych na wczesne diagnozowanie i profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz – rozwój mechanizmów społecznych, upatrywał możliwość zapewnienia każdemu poziomowi bytowania umożliwiającą utrzymanie zdrowia².

W roku 1970 Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła czynniki warunkujące zdrowie, do których zaliczyła: pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich, możliwość zatrudnienia i praca w odpowiednich warunkach, dobre warunki mieszkaniowe, utrzymywanie kondycji psychofizycznej stosownej do wieku i płci, uzyskanie odpowiedniego wykształcenia, odpowiednie zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia, poczucie bezpieczeństwa, możliwość gromadzenia oszczędności, komunikacja i łączność z innymi ludźmi, możliwość wypoczynku, regeneracji sił, rozrywki oraz dostępność odpowiedniej odzieży³.

W roku 1974 r. Marc Lalonde zaprezentował strategię polityki zdrowotnej pod nazwą „Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków”. W raporcie zdefiniowano czynniki – uwarunkowania zdrowia. Z czasem na ich podstawie opracowano tzw. pola Lalonde, a, ze wskazaniem wartości z jaką oddziałują na zdrowie człowieka:

– styl życia – 53%;

¹ Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

² M. Miller, J. Opolski, *Zdrowie publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4, s. 282–289.

³ S. Paździoch, A. Ryś, praca zbiorowa, *Zdrowie publiczne*, Kraków 1996, s. 252.

- środowisko fizyczne – 21%;
- czynniki genetyczne – 16%;
- opieka zdrowotna – 10%.

W 1977 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła dokument zatytułowany „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”. Założenia obejmowały doprowadzenie do roku 2000 wszystkich obywateli świata do takiego poziomu zdrowia, który umożliwi im prowadzenie ekonomicznie i społecznie produktywnego życia. Podstawowym sukcesem było upowszechnienie podstawowej opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się oraz wdrożenie programów dedykowanych zdrowiu publicznemu.

W 1986 roku podczas Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia opracowano tzw. Kartę Ottawską, która wskazała kierunki działań promocji zdrowia, metody ich realizacji oraz znaczącą rolę:

- „utrzymania pokoju i bezpieczeństwa,
- dostępu do edukacji,
- dostępność do wody i żywności,
- utrzymaniu stabilnego ekosystemu,
- zagwarantowaniu sprawiedliwości i równości społecznej,
- utrzymaniu standardów zdrowia,
- rozwijaniu potencjału zdrowia,
- budowaniu polityki zdrowia publicznego,
- tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu,
- wzmacnianiu działań społeczności lokalnych,
- rozwijaniu umiejętności indywidualnych,
- reorientacji świadczeń zdrowotnych,
- działaniom wielosektorowym na rzecz zdrowia”⁴.

W 1998 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjęła podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w regionie Europejskim WHO pod nazwą „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. W powyższym dokumencie wśród najważniejszych założeń strategicznych wskazano:

- „poprawę zdrowia ludzi oraz dobrostan fizyczny i psychiczny jako cel rozwoju społecznego i ekonomicznego;
- zmianę polityki zdrowotnej, w celu wdrożenia praktycznych programów na poziomie lokalnym;
- wdrożenie, monitorowanie i aktualizację ujednoczonych wskaźników oceniających przebieg zachodzących zmian, z uwzględnieniem najnowszych badań naukowych;
- rozwijanie systemów opieki zdrowotnej w celu sprostania oczekiwaniu ludzi, społeczności, krajów, poprzez zarządzanie zmianą oraz inwestowanie w zdrowie;
- zobowiązanie krajów członkowskich do promowania idei oraz upowszechniania przyjętych zasad i rozwiązań sprzyjających zdrowiu”.

Jako główne cele przyjęto:

- „promocję i ochronę zdrowia ludzi podczas całego ich życia;
- zmniejszenie występowania chorób i urazów oraz złagodzenie cierpień z ich powodu”.

⁴ M. J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 50–512.

Polityka Unii Europejskiej nie pozostaje obojętna wobec zagadnień poświęconych zdrowiu, wzmacnia znaczenie działań związanych ze zdrowiem, kładąc nacisk na:

- „wspólne wartości zdrowia (powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki sprawiedliwości i solidarności w systemach opieki zdrowotnej w UE);
- zdrowie jest największym bogactwem (wysoki poziom innowacyjności, wykwalifikowana siła robocza);
- zdrowie we wszystkich politykach (polityki społecznej i regionalnej, opodatkowanie, środowisko, transport, technologie informacyjne i komunikacyjne (ICT), energia, rolnictwo, edukacja i badania naukowe);
- wzmocnienie głosu UE w ochronie zdrowia na świecie (polityka zdrowotna wymaga kompleksowego podejścia do rozwiązywania wspólnych problemów zdrowotnych. UE działa na rzecz wzmocnienia dialogu z krajami spoza UE i organizacjami międzynarodowymi oraz w celu zapewnienia spójnego podejścia do promowania zasad opieki zdrowotnej w UE, norm i przepisów prawnych na całym świecie)”.⁵

Obowiązujący dokument pod nazwą Strategia Europa 2020⁵ wśród działań na rzecz zdrowia wskazuje:

- „bardziej przemyślane, a niekoniecznie większe nakłady na zrównoważone systemy opieki zdrowotnej;
- inwestowanie w zdrowie społeczeństwa, szczególnie za pośrednictwem programów promujących zdrowie;
- inwestowanie w ubezpieczenia zdrowotne jako sposób na zmniejszenie nierówności i walkę z wykluczeniem społecznym”.

Podstawowe definicje profilaktyki wg wybranych źródeł

Słownik języka polskiego określa profilaktykę jako działania mające na celu zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, zwłaszcza chorobom⁶.

Ministerstwo Edukacji Narodowej podaje, iż profilaktyka to działania dedykowane różnym grupom, przy udziale różnych środowisk, instytucji, ma na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi zaburzeń, chorób lub innych niekorzystnych zjawisk społecznych. Działania profilaktyczne w zależności od stopnia ryzyka obejmują⁷:

- „profilaktykę uniwersalną, skierowaną do wszystkich [...] skupia się wokół zagadnień związanych z promocją zdrowego stylu życia, rozwijaniem postawy dbałości o zdrowie własne i innych ludzi, umiejętności dokonywania świadomych wyborów, rozwijanie postawy asertywności, kształtowanie umiejętności radzenia sobie z emocjami w sytuacji przeżywania trudnych sytuacji życiowych, przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych lub opóźnienie inicjacji. Działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej realizowane są przede wszystkim przez nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych;
- profilaktykę selektywną, skierowaną do grupy zwiększonego ryzyka, czyli do osób, które w stopniu wyższym niż przeciętny są narażone na rozwój zaburzeń,

⁵ *Strategia Europa 2020*, www.ec.europa.eu, 17.02.2017.

⁶ www.sjp.pwn.pl, 20.01.2017.

⁷ www.men.gov.pl, 20.01.2017.

koncentruje się na zagrożonych grupach młodzieży, osobach, które cechuje wysoka ekspozycja na czynniki ryzyka. Celem jest tworzenie warunków, które umożliwiają wycofanie się z zachowań ryzykownych. Działania w zakresie profilaktyki selektywnej prowadzone są przez psychologów i pedagogów szkolnych, specjalistów w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, a także wykwalifikowanych realizatorów programów profilaktycznych;

- profilaktykę wskazującą, skierowaną do grupy, w której rozwinęły się już symptomy zaburzeń, w tym związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Obejmuje ona działania interwencyjne i terapeutyczne, mające na celu zablokowanie pogłębiania się zaburzeń i zachowań destrukcyjnych oraz umożliwienie powrotu do prawidłowego funkcjonowania społecznego – resocjalizacja”.

Wikipedia podaje, iż profilaktyka zdrowotna to „działania mające na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie”. Wskazuje i charakteryzuje następujące fazy profilaktyki:

- „profilaktykę wczesną, gdzie następuje utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia;
- profilaktykę pierwotną (I fazy), gdzie następuje zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka;
- profilaktykę wtórną (II fazy), gdzie następuje zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badanie skринingowe);
- profilaktykę III fazy, w której mamy do czynienia z zahamowaniem postępu choroby oraz ograniczeniem powikłań”⁸.

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która w art. 27.1. w zakresie realizacji zadań profilaktyki stanowi, iż „świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują:

- propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
- profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
- prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;
- profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- wykonywanie szczepień ochronnych;
- wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu”.

⁸ www.wikipedia.org.pl, 6.02.2017.

Ustawa z 11 września 2015r. *o zdrowiu publicznym*, która w art. 2. wskazuje profilaktykę wśród zadań z zakresu zdrowia publicznego, takich jak:

- „monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- promocję zdrowia;
- profilaktykę chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; działania w obszarze aktywności fizycznej”.

Podmioty realizujące zadania profilaktyki w ramach zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego

Działania profilaktyczne oraz promocja zdrowia obok finansowania świadczeń zdrowotnych zaliczane są do głównych zadań władz publicznych (centralnych i samorządowych), odpowiedzialnych za tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Obecny system zabezpieczenia zdrowotnego oraz ubezpieczeń społecznych, określa między innymi, obszar działań poszczególnych jednostek administracji rządowej i samorządowej dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia.

Minister zdrowia – prowadzi, współuczestniczy w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych; opracowuje, finansuje i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją; kwalifikuje świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowane; planuje, przekazuje i rozlicza dotacje z budżetu państwa; współdziała z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia; nadzoruje system ubezpieczeń zdrowotnych; zatwierdza plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w porozumieniu z ministrem finansów publicznych; opiniuje sprawozdanie finansowe NFZ; przedkłada Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdanie roczne z działalności NFZ; powołuje i odwołuje Prezesa NFZ, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 11 ustawy z 27 sierpnia 2014 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*)⁹. Narodowo-

⁹ www.sejm.gov.pl, 18 luty 2017.

wy Fundusz Zdrowia – prowadzi centralny rejestr ubezpieczonych, zarządza środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne; określa jakość, dostępność, koszty świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; przeprowadza konkursy ofert, rokowania, zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz monitoruje ich realizację i rozliczanie; finansuje świadczenia gwarantowane, finansuje leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom; opracowuje, wdraża, realizuje, finansuje, monitoruje, nadzoruje i kontroluje programy zdrowotne; wykonuje zadania zlecone, w tym finansowane przez ministra zdrowia, zwłaszcza programy polityki zdrowotnej; monitoruje ordynację lekarską; promocję zdrowia i profilaktykę chorób, w tym dofinansowuje programy polityki zdrowotnej realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego w kwocie nieprzekraczającej 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys. lub 40% środków w przypadku większej liczby mieszkańców (art. 97 oraz 48d ustawy z 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)¹⁰.

Państwowa Inspekcja Pracy nadzoruje i kontroluje przestrzeganie przepisów prawa pracy, w szczególności przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów dotyczących stosunku pracy, wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy, czasu pracy, urlopów, uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem, zatrudniania młodocianych i osób niepełnosprawnych; podejmuje działania polegające na zapobieganiu i ograniczaniu zagrożeń w środowisku pracy tj.: badanie okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz kontrola stosowania środków zapobiegających tym wypadkom; analizowanie przyczyn chorób zawodowych oraz kontrola stosowania środków zapobiegających tym chorobom; inicjowanie prac badawczych w dziedzinie przestrzegania prawa pracy; udzielanie porad służących ograniczaniu zagrożeń dla życia i zdrowia pracowników, podejmowanie działań prewencyjnych i promocyjnych zmierzających do zapewnienia przestrzegania prawa pracy; współdziałanie z organami ochrony środowiska w zakresie kontroli przestrzegania przez pracodawców przepisów o przeciwdziałaniu zagrożeniom dla środowiska (art. 10 ustawy z 13 kwietnia 2007 r. o państwowej inspekcji pracy)¹¹. Zakład Ubezpieczeń Społecznych – realizuje zadania dotyczące prewencji rentowej, w tym dotyczące rehabilitacji leczniczej w systemie stacjonarnym: narządy ruchu, układ krążenia, układ oddechowy, schorzenia psychosomatyczne, schorzenia onkologiczne po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, schorzenia narządu głosu oraz w systemie ambulatoryjnym: narząd ruchu, układ krążenia, w tym monitorowany telemedycznie. Realizuje również prewencję wypadków w pracy np. poprzez Program dofinansowania działań skierowanych na utrzymanie zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej, prowadzonych przez płatników składek¹².

Jednostki samorządu terytorialnego – na poziomie powiatu, zadania obejmują: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wyini-

¹⁰ www.sejm.gov.pl, 18 luty 2017.

¹¹ www.sejm.gov.pl, 18 luty 2017.

¹² www.zus.pl, 19 luty 2017.

kających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia; podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych; na poziomie samorządu województwa zadania dotyczą: opracowywania i realizacji oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami; opracowywanie i wdrażanie programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia; podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane (ustawa z 27 sierpnia 2014 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*)¹³.

Realizacja i finansowanie działań profilaktycznych w ramach zabezpieczenia zdrowotnego oraz ubezpieczeń społecznych

Dostępność do działań profilaktycznych wynika z istniejącego porządku prawnego, systemu zabezpieczenia społecznego oraz zdrowotnego. Obowiązujące przepisy szczegółowo określają zadania władz publicznych tj. rządowych i samorządowych, jak również zakres, charakter, obszar działań profilaktycznych oraz źródła ich finansowania. System zabezpieczania zdrowotnego gwarantuje ubezpieczonym dostęp do badań profilaktycznych w zakresie testów i badań przesiewowych, profilaktycznych badań lekarskich, laboratoryjnych, rtg, badań profilaktycznych w kierunku najczęstszych chorób. Za nadzór nad realizacją polityki zdrowotnej, w tym działań związanych z profilaktyką odpowiada minister zdrowia.

Obiektywnym źródłem oceny realizowanych przez jednostki sektora publicznego zadań są raporty Najwyższej Izby Kontroli (NIK). Ustalenia NIK w sposób jednoznaczny wskazują sposób wykorzystania posiadanych środków finansowych oraz poziom realizacji zadań. Cennym źródłem informacji dla kreatorów rozwiązań systemowych są wnioski NIK dotyczące proponowanych zmian i działań naprawczych. Funkcjonowanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz społecznych również podlega kontroli NIK, konkluzje płynące z ustaleń oraz wniosków pokontrolnych nie pozostawiają wątpliwości, co do konieczności wprowadzenia zmian systemowych.

¹³ www.sejm.gov.pl, 19 luty 2017.

Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych ze środków publicznych

W 2014 roku, NIK przeprowadziła kontrolę, ustalenia wykazały nieprawidłowości: „Podstawowa opieka zdrowotna, która powinna być filarem systemu ochrony zdrowia, nie działa wystarczająco skutecznie na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i ich wczesnego wykrywania. Brakuje kompleksowej, przemyślanej i konsekwentnie prowadzonej profilaktyki. Nie ma w Polsce tradycji takiego holistycznego podejścia, mimo planów, by je wypracować. Większość lekarzy POZ nie wykonuje lub nie dokumentuje badań profilaktycznych, pozwalających rozpoznać choroby cywilizacyjne. Zachowaniu ciągłości opieki nie sprzyja z kolei zatrudnianie lekarzy na cząstkach etatów. NIK wskazuje, że zaledwie połowa wizyt odbywa się u lekarza wybranego”¹⁴.

Najwyższa Izba wniosowała¹⁵: „do Ministra Zdrowia o pogłębienie systematycznych analiz i ocen potrzeb zdrowotnych pacjentów, o potrzebę wykorzystywania rocznych raportów konsultantów krajowych, a także potencjału naukowego i badawczego nadzorowanych szkół wyższych i instytutów badawczych w pracach dotyczących systemu ochrony zdrowia. Zaleciła szefowi resortu zdrowia poszerzenie współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej na rzecz profilaktyki i kształtowania świadomości uczniów o odpowiedzialności za stan swojego zdrowia już od najmłodszych lat. W ocenie NIK program nauczania w szkołach powinien uwzględniać informacje na temat wpływu czynników środowiskowych i społecznych na zdrowie człowieka. We wnioskach do Narodowego Funduszu Zdrowia NIK wskazała na potrzebę zahamowania spadku liczby wykonywanych świadczeń profilaktycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresie chorób cywilizacyjnych. Zalecenia NIK adresowane do świadczeniodawców dotyczyły przede wszystkim zwiększenia ilości wykonywanych i dokumentowanych badań profilaktycznych, po to, aby zapewnić wczesne rozpoznawanie chorób, szczególnie chorób cywilizacyjnych. NIK wniosowała również o zamieszczanie w kartach historii zdrowia i choroby kompleksowych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta”.

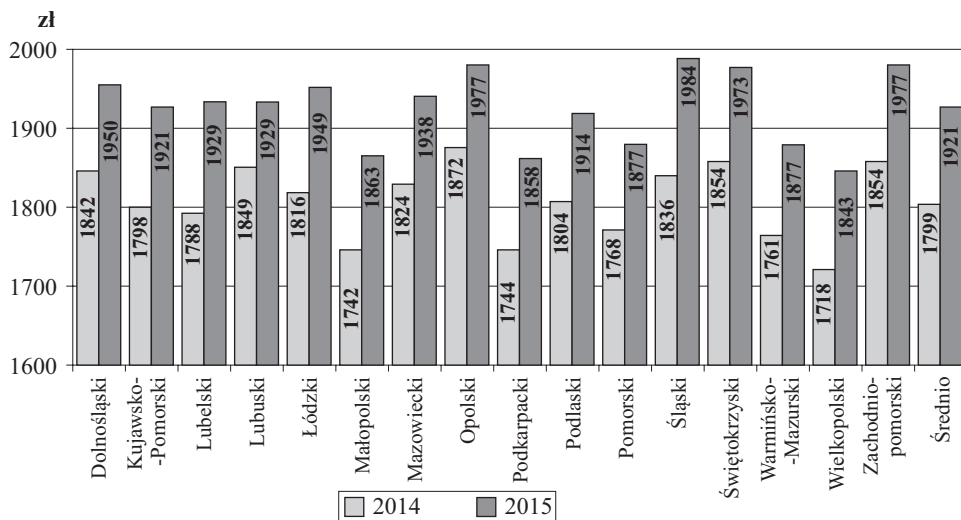
Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia – Raport NIK za 2015 r. – wykazuje, iż mimo zwiększenia nakładów na świadczenia zdrowotne, nie udało się skrócić czasu oczekiwania pacjentów.

Wg NIK „wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń miało miejsce w sytuacji znacznego zwiększenia przez NFZ środków na świadczenia zdrowotne oraz niepełnego wykorzystania potencjału świadczeniodawców. Z danych uzyskanych przez NIK od szpitali posiadających kontrakt z NFZ wynika bowiem, że aż 87,5% szpitali mogłaby realizować większą liczbę świadczeń medycznych bez zwiększania zatrudnienia personelu medycznego i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o ok 18%... Wskazuje to na strukturalne niedopasowanie systemu ochrony zdrowia, w tym wielkości i rozmieszczenia jego zasobów do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności”¹⁶. Poniższa rycina obrazuje wysokość kontraktów szpitalnych w poszczególnych województwach.

¹⁴ Raport KZD-41-01-008/2014 nr ewid. 173/2015/p/14/063/KZD, www.nik.gov.pl.

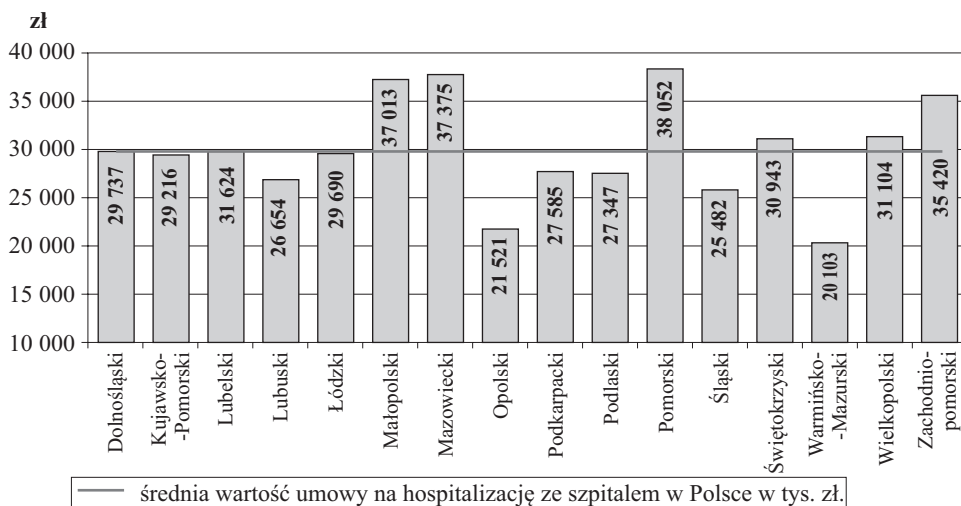
¹⁵ Raport KZD-41-01-008/2014 nr ewid. 173/2015/p/14/063/KZD, www.nik.gov.pl.

¹⁶ Raport NIK o realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 r., www.nik.gov.pl.



Ryc. 1. Średni koszt świadczeń zdrowotnych na jednego ubezpieczonego

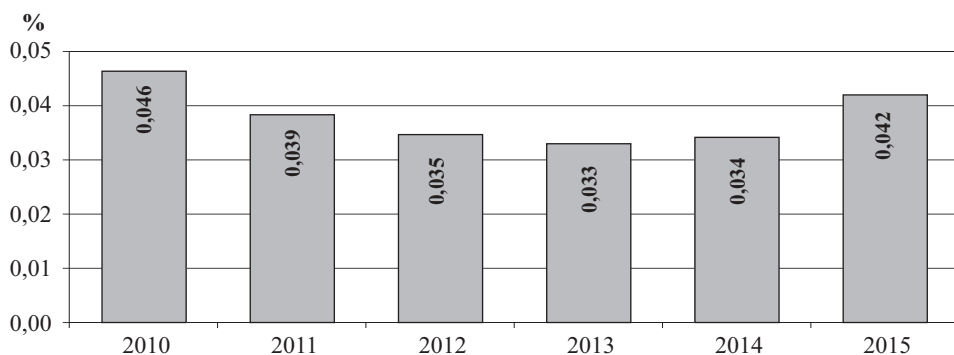
Źródło: Raport NIK o realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 r., www.nik.gov.pl.



Ryc. 2. Średnia wartość kontraktu przypadająca na szpital

Źródło: Raport NIK o realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 r., www.nik.gov.pl.

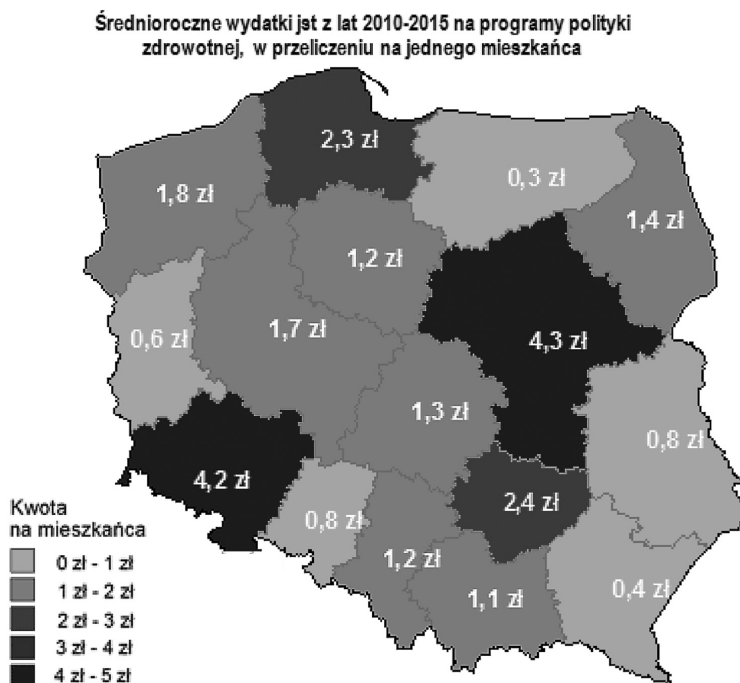
NIK ocenia, iż „niekorzystna jest również struktura udzielanych świadczeń z bardzo dużym udziałem kosztów najdroższego leczenia szpitalnego. W 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67 751 200,67 tys. zł (w 2014 r. 63 338 421,40 tys. zł). Największy udział w tych kosztach miały koszty leczenia szpitalnego – 49 proc. (wzrost z 47 proc. w 2010 r.), podstawowej opieki zdrowotnej – 13 proc. (wzrost z 12,8 proc. w 2010 r.), oraz koszty refundacji aptecznej – blisko 12 proc. i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,3 proc. (wzrost z 7,41% w 2010 r.)”.



Ryc. 3. Udział wydatków samorządowych na programy polityki zdrowotnej w wydatkach ogółem w latach 2010–2015

Źródło: NIK o realizacji programów polityki zdrowotnej przez samorzady, www.nik.gov.pl.

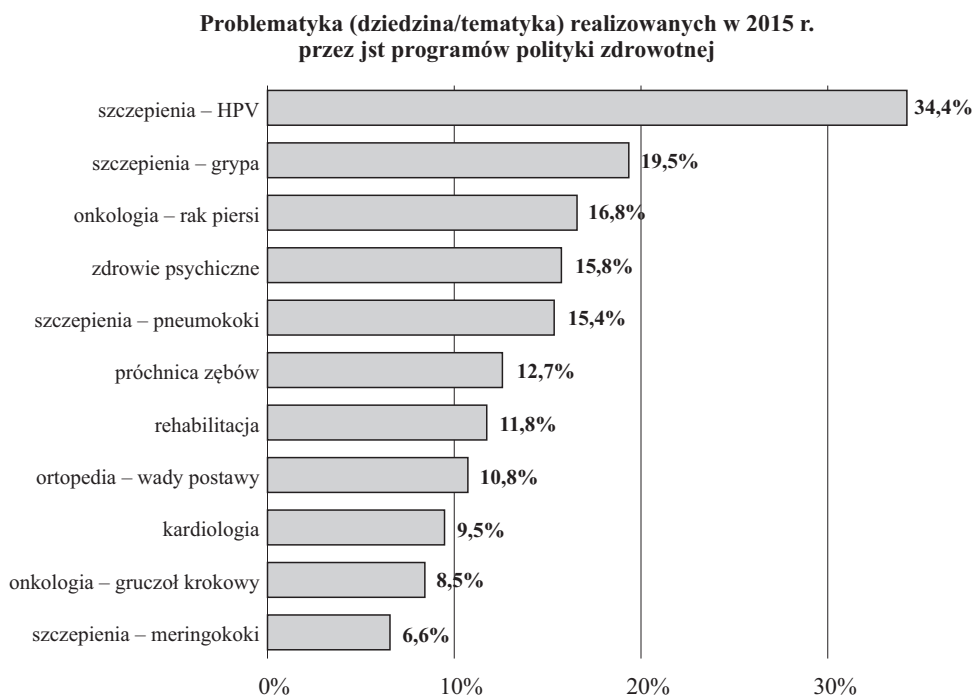
Raport Najwyższej Izby Kontroli z 19 sierpnia 2016 r. znak: KZD.430.001.2016 nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD wykazuje, iż „niewiele samorządów decyduje się na wydatkowanie środków finansowych na programy polityki zdrowotnej. Powodem jest brak funduszy na ten cel. Udział wydatków poniesionych przez samorzady na programy polityki zdrowotnej był znikomy. W 2015 r. wyniósł tylko 0,04 proc. ogółu wydatków samorządów”.



Ryc. 4. Wydatki jst na programy polityki zdrowotnej w latach 2010–2015

Źródło: NIK o realizacji programów polityki zdrowotnej przez samorzady, www.nik.gov.pl.

Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z 19 sierpnia 2016 r. znak: KZD.430.001.2016 nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD ustaliła, iż „Oprócz niewielkich nakładów finansowych na małą skuteczność samorządowych programów polityki zdrowotnych wpływ mają także wady systemowe. Przede wszystkim dostępność programów zależy od miejsca zamieszkania. Jest znacznie ograniczona dla mieszkańców gmin o niskich dochodach, ponieważ liczba i zakres programów są uzależnione od statusu materialnego danego samorządu. Różnice pomiędzy bogatymi, zurbanizowanymi województwami a regionami biedniejszymi są znaczne i mogą być nawet dziesięciokrotne”.



Ryc. 5. Problematyka realizowanych przez jst programów polityki zdrowotnej

Źródło: NIK o realizacji programów polityki zdrowotnej przez samorządy, www.nik.gov.pl.

W dalszej części Raportu z 19 sierpnia 2016 r. znak: KZD.430.001.2016 nr ewid. 10/2016/P/15/063/KZD Najwyższa Izba Kontroli „zauważa jednak, że większość skontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego nie opracowała dokumentów strategicznych, dotyczących planowanych działań w dłuższej perspektywie, opartych na analizie trendów demograficznych i epidemiologicznych. Tymczasem w ocenie NIK punktem wyjścia do opracowywania i skutecznego wdrażania programów polityki zdrowotnej powinny być lokalne, czy regionalne strategie zdrowotne, uwzględniające m.in. dane z zakresu demografii, epidemiologii oraz informacje o zasobach systemu ochrony zdrowia wraz z analizą uwarunkowań społecznych. Bez nich nie można bowiem ocenić, jakie programy potrzebne są w danej społeczności. Skutkiem braku strategii dot. polityki zdrowotnej jest także brak możliwości oceny, w jakim stopniu realizowane działania przyczyniły

się do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego regionu i wpłynęły na sytuację zdrowotną danej populacji”.

Uwagi i wnioski NIK dotyczyły „zwiększenia skuteczności realizacji przez samorządy programów polityki zdrowotnej, a w konsekwencji poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców”.

Ministra Zdrowia Izba zobowiązała do:

- „stworzenia we współpracy z NFZ, Agencją Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, środowiskiem eksperckim i samorządowym zbioru dobrych praktyk dotyczących samorządowych programów polityki zdrowotnej, wraz z wzorcowymi programami, których tematyka powinna odnosić się do najistotniejszych zidentyfikowanych problemów zdrowotnych Polaków;
- zapewnienia stałego i adekwatnego do potrzeb źródła finansowania samorządowych programów polityki zdrowotnej;
- poprawy koordynacji działań podejmowanych w ramach programów pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, a administracją rządową i NFZ”.

Informacje o środkach finansowych przeznaczanych na profilaktykę znajdują się również w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, który odpowiada za gromadzenie składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne obywateli oraz wypłatę świadczeń np. emerytur, rent, zasiłków chorobowych lub macierzyńskich. Z podanych przez ZUS informacji wynika, że obsługuje około 24 mln klientów przy budżecie sięgającym 50 proc. zasobów pieniężnych państwa (www.zus.pl.).

Tabela 1

Przeciętna kwota (w zł) wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jedną osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w 2015 r. według rodzajów świadczeń

Województwa	Renty z tytułu niezdolności do pracy	Renty z tytułu niezdolności do pracy – wypadkowe	Renty socjalne	Świadczenie rehabilitacyjne	Absencja chorobowa finansowana z FUS i funduszy zakładów pracy
Ogółem	648,42	157,74	79,29	57,87	637,08

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 2

Przeciętna kwota wydatków na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS w przeliczeniu na jedną osobę poddaną rehabilitacji leczniczej w 2015 r.

Grupy chorobowe	W przeliczeniu na jedną osobę poddaną rehabilitacji leczniczej
OGÓLEM (A00 – Z99)	2 093,22 zł

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 3

Koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2015 r. będących przyczyną rehabilitacji

Grupy chorobowe	Kwota wydatków ogółem (mężczyźni i kobiety)
OGÓLEM (A00 – Z99)	168 995,9 tys. zł

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 4

Wydatki z tytułu absencji chorobowej spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową w 2015 r. będących przyczyną niezdolności i płci świadczeniobiorców

Grupy chorobowe	Kwota wydatków ogółem (mężczyźni i kobiety)
OGÓLEM (A00 – Z99)	545 746,5 tys. zł

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Tabela 5

Wydatki z tytułu absencji chorobowej finansowane z FUS i funduszy zakładów pracy w 2015 r.

Województwa	Kwota wypłat
OGÓLEM	15 085 202,3 tys. zł

Źródło: Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Strukturalnych, www.zus.pl.

Profilaktyka w świetle interdyscyplinarnego charakteru zdrowia publicznego

„Zdrowie publiczne jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia i sprawności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontroli chorób zakaźnych, szerzenia zasad higieny osobistej, organizowania służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia oraz rozwijania takich mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiając zachowanie i umacnianie zdrowia”¹⁷.

„Współczesne problemy bezpieczeństwa ekologicznego i zdrowotnego określają potrzebę współpracy w procesie badawczym z różnymi środowiskami naukowymi”¹⁸. Dokument o charakterze strategicznym, jakim jest Strategia Europa 2020 umiejscawia zdrowie we wszystkich politykach: społecznej, regionalnej, podatkowej, środowiskowej, transportowej, technologiach informacyjnych i komunikacyjnych (ICT), energetycznej, rolnej, edukacji i badaniach naukowych. Wdrożenie zapisów ustawy z 11 września 2015 r. *o zdrowiu publicznym* pozwala na realizację dyrektyw unijnych.

„Według dostępnych źródeł do roku 2020 intensywnie rozwijane technologie inteligentnego otoczenia zapewniają możliwości bezprzewodowej komunikacji z systemami wspomagającymi zdrowie i niezależność osób niepełnosprawnych, a także podejmowanie przez lekarzy decyzji na podstawie danych pochodzących ze stałego monitoringu. Do rozwiązań tych zaliczono m.in. biosensory, wbudowane w «inteligentne ubrania» oraz oprogramowanie wspierające praktyków w procesie podejmowania najlepszych możliwych decyzji przy zachowaniu bezpieczeństwa pacjenta. Rosnące znaczenie nabierać będą sieci współpracy naukowej w zakresie bioinformatyki,

¹⁷ C.-E. A. Winslow, *The Untilled Fields of Public Health*, „Science” 51(1306): 23–33 (Jan. 9, 1920).

¹⁸ J. Konieczny, M. Skarżyński, *Studia nad bezpieczeństwem. Teoria i praktyka człowiek – technika – środowisko*, Poznań 2014, s. 24 „Bezpieczeństwo w zrównoważonym rozwoju. Projekt badań zintegrowanych”.

genomiki oraz neuroinformatyki w celu stworzenia nowej generacji systemów e-Zdrowia, wspomagających indywidualizację diagnozy oraz leczenia”¹⁹.

W dalszym ciągu problemem zasadniczym, ograniczającym zasięg i skuteczność działań profilaktycznych pozostaje alokacja środków finansowych. Analiza budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje, na systematyczny wzrost środków przeznaczanych na profilaktykę jednak w dalszym ciągu przeważającą część finansów kierowanych jest na kosztowne leczenie szpitalne, wysokospecjalistyczne. Nadal siła ciężkości spoczywa po stronie naprawczej systemu zdrowia. Czy implementacja rozwiązań europejskich przyniesie zamierzone efekty będzie można przekonać się po przeprowadzeniu stosownych badań, które stanowić będą przedmiot kolejnych opracowań.

Streszczenie

Mimo intensywnego rozwoju nauk i technologii nie można mówić o wykluczeniu większości chorób, przedwczesnych zgonów czy wypadków, w miejsce dotychczasowych problemów pojawiają się nowe. Postępujące starzenie się populacji, niedofinansowanie systemów zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego oraz zagrożenia cywilizacyjne wymagają podejmowania skutecznych działań prewencyjnych. Doświadczenia utwierdzają w przekonaniu, iż najbardziej efektywnym sposobem utrzymania populacji w długim zdrowiu jest profilaktyka, natomiast jej charakter oraz zasięg zależy od sytuacji społecznej, warunków ekonomicznych oraz przyjętej polityki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: profilaktyka, zdrowie publiczne, zabezpieczenie zdrowotne

Prevention in the health care system in Poland, in the public health context

Summary

Despite the intensive development of science and technology, it is not possible to talk about eliminating most diseases, premature deaths or accidents, as instead of existing issues new ones keep appearing. Progressive ageing of the population, underfunding of health and social protection systems and civilisational threats require effective preventive measures. Experience confirms that prevention is the most effective way to maintain a healthy population, while its nature and extent depend on the social circumstances, economic conditions and adopted health policy.

Key words: prevention, public health, health protection

¹⁹ *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015*, www.csioz.gov.pl.

Psychologia zachowań zdrowotnych a promocja zdrowia – wybrane zagadnienia

Aby zrozumieć istotę zachowań zdrowotnych i psychologicznych mechanizmów ich powstawania i odnieść je do szeroko pojętej promocji zdrowia, najpierw należy przybliżyć pojęcie promocji zdrowia. Jedną z ciekawszych definicji promocji zdrowia zaprezentował O'Donnell, nazywając ją sztuką i nauką zarazem: „*Health Promotion is the art and science of helping people discover the synergies between their core passions and optimal health, enhancing their motivation to strive for optimal health, and supporting them in changing their lifestyle to move toward a state of optimal health. Optimal health is a dynamic balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health*”².

„Promocja zdrowia jest sztuką i nauką pomagania ludziom w odkrywaniu synergii między ich głównymi obszarami zainteresowań i namiętności a optymalnym zdrowiem. Jest sztuką, która wzmacnia motywację ludzi w dążeniu do optymalnego zdrowia, wspiera ich w zmianie stylu życia, by szli w kierunku optymalnego stanu zdrowia, które jest dynamicznym balansem między zdrowiem fizycznym, emocjonalnym, społecznym, duchowym i intelektualnym” (tłum. własne).

Każdy człowiek dysponuje pewnym zakresem wiedzy na temat zdrowia i chorób. Dla każdego „bycie zdrowym” może określać różne stany. Jest to uwarunkowane między innymi: płcią, wiekiem, pozycją społeczną, hierarchią wartości czy dostępem do opieki zdrowotnej. Promocja zdrowia nazwana sztuką to dobrze zaplanowany i wdrożony proces ochrony i wspierania zdrowia poprzez edukację zdrowotną i politykę zdrowia publicznego³. Edukacja zdrowotna (oświata zdrowotna, wychowanie zdrowotne) upowszechnia wiedzę i kulturę zdrowotną w społeczeństwie poprzez szkoły, placówki kulturalno-oświatowe, książki i mass media. W wychowaniu wpływa (oddziałuje) na sfery emocjonalno-motywacyjne, system wartości oraz osobowość. Edukacja zdrowotna pomaga wyznaczać cele zdrowotne i wskazuje sposoby ich realizacji. Rozwija postawy człowieka wobec zdrowia i jest wsparciem dla rozwoju i zdolności człowieka do samokierowania własnym rozwojem w zdrowiu. Jest połączeniem wychowania – rozwoju osobowości prozdrowotnej – i kształcenia w celu nabycia wiedzy o zdrowiu, a następnie umiejętności i sprawności w jego utrzymaniu⁴.

¹ Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

² M. P. O'Donnell, *Definition of Health Promotion 2.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities*, „American Journal of Health Promotion”, September/October 2009, vol. 24, no. 1, s. iv–iv.

³ A. Tannahil, *What is the health promotion?*, „Health Education Journal” 1985, 44, s. 167–168.

⁴ A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008.

Pojęcia „promocja zdrowia” po raz pierwszy użył Henry Siegerist w roku 1945, umieszczając promocję zdrowia jako jeden z głównych czterech filarów medycyny, obok zapobiegania chorobom, leczenia chorób i rehabilitacji. Utożsamiał wówczas promocję zdrowia z szeregiem działań we wszystkich sferach naszego życia prowadzących do zapewnienia odpowiednich jego warunków, w tym warunków pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji. Promocja zdrowia dotyka mechanizmów rządzących naszą psychiką, a przez to naszym zachowaniem. To proces kształtowania i wpływania na mechanizmy interakcji międzyludzkich, emocje, procesy motywacji oraz poznawcze (postrzeganie, myślenie, wyobrażenia, pamięć) warunkując nasze decyzje, postawy, nawyki oraz zachowania pro i anty zdrowotne.

W 1973 roku Blum i Lalonde stworzyli modele holistycznego, biopsychospołecznego determinantu (czynnika warunkującego) zdrowia, a rok później opublikowano raport *A New Perspective on the Health of Canadians*, który wprowadził koncepcję pól zdrowia, stanowiących cztery nadrzędne kategorie determinant zdrowia, spośród których największe znaczenie dla kształtowania zdrowia okazały się mieć:

- styl życia ludzi (55%);
- środowisko życia (20%);
- czynniki biologiczno-dziedziczne (15%);
- organizacja opieki zdrowotnej (10%)⁵.

Stwierdzono jednoznacznie, że najbardziej znaczący wpływ na stan zdrowia mają zachowania zdrowotne będące elementem stylu życia (nasze postawy, zwyczaje, przyzwyczajenia, formy relacji rodzinnych i środowiskowych). Rozważania nad nimi wymagają podejścia interdyscyplinarnego psychologii (badającej między innymi wpływ procesów poznawczych na podejmowanie decyzji o zachowaniach zdrowotnych), socjologii (badającej, jak zdrowie wpływa na nasze zachowania) i medycyny. Badaniem stylu życia, u podstaw którego leżą ludzkie zachowania mające bezpośredni związek ze zdrowiem i chorobą zajmuje się głównie medycyna behawioralna⁶. Wspomniany raport stał się w 1976 roku w Stanach Zjednoczonych podstawą merytoryczną powstania projektu promocji zdrowia, a następnie programu Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Europejska strategia dla zdrowia, także oparta o ten program, została opublikowana w 1980 roku w postaci dokumentu „Targets for health for all”. W dokumencie tym określono kluczową rolę zachowań zdrowotnych w utrzymaniu zdrowia oraz konieczność prowadzenia działań w kierunku modyfikacji stylu życia ludzi, w celu rozwoju i wzmacniania ich zdrowia⁷.

Wiedząc jak wielkie ma znaczenia promocja zdrowia zaczęto organizować pod jej hasłem konferencje, kongresy i zjazdy. Na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku w Ottawie sformułowano główne obszary, czyli cele dla promocji zdrowia jako „procesu umożliwiającego ludziom kontrolę nad swoim zdrowiem oraz tworzenie im możliwości jego poprawiania, utrzymania”:

⁵ M. J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 57, s. 505–512.

⁶ A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencyjnych kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: Teoretyczne podstawy promocji zdrowia, Czelej, Lublin 2008.

⁷ G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy Psychologii Zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

- określenie polityki zdrowia publicznego;
- tworzenie sprzyjających warunków środowiskowych;
- wzmocnienie inicjatyw i działań środowiskowych na rzecz zdrowia;
- rozwijanie osobistych umiejętności utrzymania zdrowia;
- reorientacja służby zdrowia;
- apel o stworzenie sojuszy na rzecz zdrowia publicznego.

Pomimo kolejnych konferencji te ogólne priorytety pozostają niezmiennie i powinny być realizowane w ramach systemu opieki zdrowotnej w postaci polityki zdrowotnej (zaleceń, postanowień, programów prozdrowotnych, profilaktycznych). Nadrzędną rolę w tej kwestii pełni Minister Zdrowia, który kształtuje, finansuje i wytycza zakres działań polityki zdrowotnej poprzez wykorzystanie narzędzi takich jak Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, którego celem strategicznym jest wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu⁸. Promocja zdrowia w tym zakresie realizowana jest przez wszystkie podmioty realizujące świadczenia zdrowotne, podmioty systemu edukacji, kadry medyczne, instytucje bezpośrednio podległe Ministerstwu Zdrowia (GIS, GIF, fundusze, instytuty w tym Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, inne), jednostki samorządu terytorialnego, stowarzyszenia, fundacje i wiele innych realizują cele operacyjne programu. Wykorzystywane są w tym zakresie wszystkie formy promocji i edukacji na każdym etapie rozwoju i życia człowieka oraz w każdej jego sferze: osobistej, rodzinnej, zawodowej, społecznej.

1. Zachowania zdrowotne jako przedmiot analiz psychologicznych

Czym zatem są zachowania zdrowotne? Do dziś nie funkcjonuje uznana definicja zachowań zdrowotnych. Trudność w ich zdefiniowaniu wynika z faktu wieloznaczności związku zachowań w stosunku do zdrowia, które ewoluuje w toku rozwoju wiedzy o nim, o chorobach i ludzkich potrzebach.

Bardzo obszerną definicję zachowań zdrowotnych proponuje H. Sęk, ujmując je jako „[...] reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym wzajemnym związku ze zdrowiem”⁹.

Niezmiernie ważną kwestią jest wartość zdrowotna poszczególnych kategorii zachowań. Według tego funkcjonalnego kryterium (najczęściej wskazywanego przez badaczy tematu) zachowania zdrowotne można podzielić na prozdrowotne – mające korzystne skutki dla zdrowia, promujące zdrowie, zapobiegające chorobie i sprzyjające zdrowieniu oraz antyzdrowotne. Te drugie, nazywane też zachowaniami ryzykownymi mogą zdrowiu zagrażać, niszczyć je czy utrudniać proces zdrowienia. Podział ten odwołuje się do wyników badań epidemiologicznych, gdzie zdrowie oceniane jest

⁸ Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl.

⁹ H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strealu, t. III, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, s. 533–554.

na podstawie obiektywnych danych analitycznych i medycznych¹⁰. Masowość czy powszechność zachowań antyzdrowotnych, choćby ze względu na popularność, modę w danej populacji lub chęć poczucia wspólnoty z otoczeniem stanowią poważny problem, bowiem dotyczy dużej liczby osób. Zachowania te są trudne do wyeliminowania oraz niebezpieczne i kosztowne w swych skutkach ubocznych.

W polskiej literaturze pojęcie „zachowanie zdrowotne” pojawiło się pod koniec lat 70-tych i rozumiane jest jako jakiegokolwiek zachowanie, w tym nawyki, postawy, zwyczaje, uznawane wartości przez pojedyncze osoby i grupy społeczne w obszarze zdrowia. Można wyznaczyć trzy aspekty ujmowania tych zachowań. W pierwszej grupie definicji podstawę stanowi cel działania, w drugiej – zależności między zachowaniem a zdrowiem, a w trzeciej podkreśla się związek między wiedzą jednostki, człowieka a jego zachowaniem zdrowotnym.

Grupa I

Zachowanie zdrowotne jako celowe działanie interpretowane jest jako każda forma celowej aktywności zorientowanej na ochronę lub poprawę zdrowia. W zakres tej działalności wchodzi: profilaktyka, diagnoza oraz terapia.

Grupa II

W drugiej grupie zachowań zdrowotnych uwagę skupia się na skutkach podejmowanych decyzji. Zachowania te identyfikuje się na podstawie wyników badań epidemiologicznych, które jasno pokazują relacje pomiędzy konkretnymi działaniami a wydolnością i kondycją organizmu. Najczęściej są to działania lub zachowania takie jak dieta, konsumpcja używek, aktywność fizyczna.

Grupa III

W ostatniej grupie definicji podkreśla się istotę wzajemnych relacji zachodzących między zakresem i formą wiadomości, które posiada jednostka na temat zdrowia, a jej zachowaniem. Można wyróżnić dwa rodzaje takiej wiedzy. Pierwsza z nich odnosi się do subiektywnej opinii podmiotu o oddziaływaniu zachowania na zdrowie. Zdobywa się ją w procesie socjalizacji (nabywania przez jednostkę systemu wartości, wzorów zachowań) i poprzez przekazy społeczne. Wiedza nabywana jest głównie w dzieciństwie i okresie dorastania. Drugi typ wiedzy jest profesjonalny i przede wszystkim obiektywny. Informacje są oparte przeważnie na wynikach badań epidemiologicznych i opracowywane przez profesjonalistów, a jej zakres jest zależny od ukształtowanej osobowości i funkcji poznawczych¹¹.

Mianem zachowań zdrowotnych określa się zarówno działania nawykowe, będące wynikiem oddziaływań socjalizacyjnych i wpływów kulturowych, jak i zachowania podejmowane intencjonalnie i świadomie planowane¹². Mówiąc o zachowaniach zdrowotnych najczęściej myślimy o prawidłowych zwyczajach żywieniowych, unikaniu używek, aktywności fizycznej czy wypoczynku. Jednakże nasze wartościowanie zdro-

¹⁰ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

¹¹ A. Czerw, *Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*, „KES Studia i Prace” nr 4 (12), SGH, Warszawa 2012.

¹² E. A. Bajcar, R. Abramciów, *Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmian zachowania*, „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych”, Tom LXIV, 2011, s. 175–185.

wia, a przez to wybór naszych decyzji co do podejmowanych aktywności i zachowań prozdrowotnych związane jest ściśle z nabyciem funkcji samoopiekuńczej, która kształtowana jest od najwcześniejszych lat życia. Funkcja samoopiekuńcza, zwana też kompetencją samoopiekuńczą, wpływa na kondycję i zdrowie dorosłego człowieka poprzez kształtowanie percepcji otaczającego go świata i całego systemu wartości, tworząc nawyki, czyli formy naszych codziennych zachowań. Temat ten będzie bardziej rozwinięty w dalszej części rozdziału.

2. Czynniki warunkujące zachowania zdrowotne

Wybór zachowań zdrowotnych, które są aktywnością celową jest bardzo złożony. U podstaw tych mechanizmów leżą przede wszystkim wpływy społeczne, czynniki psychologiczne, emocjonalno-motywacyjne, środowisko społeczne (wsparcie lub jego brak), zakres wiedzy czy poczucie własnej skuteczności. Wszystkie te czynniki uzupełniają się wzajemnie.

2.1. Styl życia jako determinant zdrowia

Styl życia to zakres i formy codziennych zachowań, w których człowiek przedstawia wzory wpływów społecznych i wzory kultury, u podłoża których leżą psychofizyczne mechanizmy: ludzkie motywacje, potrzeby, akceptowane wartości. Sposób, w jaki żyjemy, prezentuje nasz stosunek do otaczającego świata, poziom wiedzy, system wartości i postawę wobec siebie samego. Ważnym elementem stylu życia są nawyki. Powstają w procesie pierwotnej i wtórnej socjalizacji (proces nabywania przez jednostkę systemu wartości, norm oraz wzorów zachowań obowiązujących w danej zbiorowości), są wynikiem wpływu społecznego. To stabilne, często mocno utrwalone wzory zachowań zautomatyzowanych tj. mycie rąk, zębów, higiena ciała, ubioru, pomieszczeń. Z punktu widzenia ochrony zdrowia dobrze jest, gdy nawyki mają charakter prozdrowotny; trudna sytuacja powstaje wówczas, gdy nawyki żywieniowe lub formy spędzania wolnego czasu są zdecydowanie antyzdrowotne i należą do grupy znaczących czynników ryzyka niektórych chorób (otyłości, chorób układu krążenia, cukrzycy itp.)¹³.

Styl życia człowieka, w tym jego zachowania zdrowotne, zmieniają się w okresie całego życia. Zmiany te są zależne od wielu różnorodnych czynników, w tym właściwości jednostki (wiek, płeć, cechy osobowości, stan zdrowia, pełnione role społeczne) oraz różnorodnych czynników środowiskowych, które w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na zachowania zdrowotne i styl życia ludzi. L. W. Green i M. W. Kreuter wyróżnili trzy główne grupy czynników wpływających na kształtowanie zachowań zdrowotnych:

- czynniki predysponujące – wiedza, przekonania, wartości, postawy;
- czynniki umożliwiający – umiejętności ważne dla zdrowia, ustawodawstwo, polityka zdrowotna na poziomie lokalnym/krajowym, funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej;

¹³ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

- czynniki wzmacniające – normy obyczajowe, społeczna akceptacja lub jej brak w stosunku do danego zachowania w rodzinie, w grupie rówieśniczej, w szkole/ miejscu pracy, ze strony pracowników służby zdrowia itd. Ta grupa czynników powiązana jest z warunkami, w jakich żyje jednostka.

Najważniejszym okresem dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest dzieciństwo i młodość, kiedy to pod wpływem różnorodnych czynników i wzorców osobowych w domu, przedszkolu, szkole, grupie rówieśniczej, społeczności lokalnej, mediach i reklamach kształtuje się postawa życiowa, nabywany jest system wartości, normy i wzorce zachowań. Szczególne znaczenie ma tu modelowanie zachowań przez osoby znaczące dla dziecka i młodego człowieka. Okresem krytycznym dla kształtowania zachowań zdrowotnych jest okres dorastania, w którym utrwalają się nabyte wcześniej zachowania prozdrowotne, a równocześnie pojawia się wiele zachowań ryzykownych, często kumulujących się. Niektóre z nich po fazie eksperymentowania zanikają, ale u części młodych ludzi utrwalają się. Zmiany, jakie dokonują się w okresie dojrzewania decydują o tym, czy młodzi ludzie wniosą te zachowania w swój styl dorosłego życia jako zasoby czy czynniki ryzyka dla zdrowia własnego i innych ludzi¹⁴.

2.2. Środowisko pracy

Środowisko pracy to oddziaływanie kręgu osób, rzeczy i stosunków otaczających człowieka w jego życiu indywidualnym i zbiorowym. Szczególnie ważny jest charakter i formy pracy, formy konsumpcji dóbr materialnych, zaspokajanie potrzeb intelektualnych, estetycznych i rekreacyjnych. Równie istotne są formy współżycia między ludźmi: podziały ról zawodowych, zachowania wynikające ze stosunków towarzyskich i przyjacielskich, w których utrwalane są zachowania zdrowotne lub nabywane są nowe, w zależności od siły perswazji otaczających nas ludzi i rzeczy, oraz podatność jednostki na siłę perswazji otoczenia¹⁵.

2.3. Wpływy i wsparcie społeczne

Pojęcie „wsparcie społeczne” można zdefiniować jako pomoc dostępną dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych lub przełomowych, których bez wsparcia innych nie można przetrwać¹⁶.

Wyniki wielu badań przeprowadzonych w ostatnich latach wskazują, że we wszystkich kulturach wsparcie społeczne sprzyja lepszemu funkcjonowaniu jednostek, rodzin i grup sąsiedzkich oraz wpływa korzystnie na zdrowie fizyczne i psychiczne. Wsparcie społeczne działa jak bufor wobec negatywnych skutków stresu, wpływa korzystnie

¹⁴ Z. J. Pierozek, *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość ludzi o zdrowie*, 2012, <http://www.academia.edu>.

¹⁵ A. Czerw, *Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*, „KES Studia i Prace” nr 4 (12), SGH, Warszawa 2012.

¹⁶ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

na przebieg leczenia, rehabilitacji oraz rekonwalescencji po przebytych chorobach. Korzystanie ze wsparcia społecznego jest jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem i trudnościami. Uważa się, że wsparcie społeczne tj. „branie” od innych i „dawanie” innym – jest ważnym elementem prozdrowotnego stylu życia¹⁷.

2.4. Wpływy społeczne

Wpływy społeczne to cały proces warunkujący zachowania zdrowotne (zarówno pro-, jak i antyzdrowotne) poprzez pośrednie i bezpośrednie wpływy na jednostkę. Pośredni – przez kształtowanie ludzkich poglądów i postaw, a bezpośredni poprzez kontakty z osobami najbliższymi, które wpływają na wybór określonych zachowań zdrowotnych. W wyniku wpływu społecznego (wskutek tego, co robią, myślą lub czują inni ludzie, poprzez naśladownictwo, uleganie naciskom oraz poprzez posłuszeństwo wobec autorytetów) dochodzi do zmiany zachowań, opinii lub uczuć człowieka (doświadczenie Ascha – jeśli na 20 osób 19 ma odmienne zdanie niż ta jedna, to ta jedna ulega i przechodzi na ich stronę)¹⁸. Jedną z form wpływu społecznego jest także modelowanie dokładniej opisane w części poświęconej znaczeniu funkcji samoopiekuńczej.

2.5. Czynniki psychologiczne

Do czynników psychologicznych determinujących zachowania zdrowotne należą mechanizmy poznawcze służące do nabywania, tworzenia i modyfikowania wiedzy o otoczeniu czy kształtowania prawidłowych poglądów. To procesy przetwarzania informacji. Polegają na odbieraniu danych z otoczenia, ich przechowywaniu i przekształcaniu, oraz wyprowadzaniu ich ponownie do otoczenia w postaci reakcji, czyli zachowania. Podstawą tego procesu jest posiadana wiedza i umiejętność uczenia się. Jak wiemy z własnych doświadczeń, sama wiedza jest niewystarczająca. By zainicjować zachowanie zdrowotne muszą zaistnieć dodatkowe czynniki: emocjonalno-motywacyjne, umiejętności radzenia sobie ze stresem i emocjami. Wszystkie te czynniki kształtują sposób i zakres zaspokajania ludzkich potrzeb, to znaczy samorealizacji – w tym pracy, samoidentyfikacji, potrzeb duchowych, estetycznych, intelektualnych, konsumpcji dóbr materialnych czy zachowań rekreacyjnych¹⁹.

3. Salutogeneza – pochodzenie zdrowia – czynniki sprzyjające zdrowiu

Salutogeneza A. Antonovsky’ego jest niezmiernie ciekawym paradygmatem (teorią tworzącą podstawy nauki) nauk o zdrowiu. Próbuje odpowiedzieć na pytanie skąd pochodzi zdrowie i jakie czynniki mu sprzyjają. W podejściu tym celem działań na

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ A. Czerw, *Możliwości kształtowania postaw zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce*, „KES Studia i Prace” nr 4 (12), SGH, Warszawa 2012.

¹⁹ G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000.

rzecz zdrowia są wszystkie możliwości gwarantujące dobre życie w zdrowiu. Według tej teorii granica między zdrowiem a chorobą jest bardzo płynna, zatem ważne by uruchamiać wszystkie te mechanizmy, które będą sprzyjały zdrowiu i oddalały od bieguna zwanego Chorobą. Życie porównuje się do dynamicznej rzeki z różnymi niebezpieczeństwami, a to jak sobie człowiek z nimi radzi zależy od jego cech (umiejętności, odporności) i środowiska (dana sytuacja, możliwości wsparcia). Zatem poziom ludzkiego zdrowia nieustannie się zmienia – jest cechą dynamiczną – przez uleganie wpływom ważnych czynników oraz umiejętność włączania przez człowieka mechanizmów adaptacyjnych. Do najważniejszych czynników determinujących poziom zdrowia Antonovsky zaliczył stresory, uogólnione zasoby odpornościowe, poczucie koherencji oraz w dużo mniejszym stopniu zachowania zdrowotne i styl życia.

Stresory, jako wszechobecne w życiu człowieka, stanowią nieodłączny element jego bytu, w którym nieustannie podlega on wpływom ich niezliczonej ilości. Charakter tych bodźców – stresorów jest subiektywną oceną (poznawczo-emocjonalną), która następnie może wywołać napięcie wpływające na stan zdrowia i rozwój choroby. Radzenie sobie ze stresem (nawiązanie do teorii Lazarusa i Folkamana) to swoista, emocjonalna ocena danego bodźca (stresora) oraz ocena swoich możliwości radzenia sobie z nim by przywrócić równowagę życiową (radzenie sobie z napięciem i kontrola emocji).

Kolejnym determinantem poziomu zdrowia są uogólnione zasoby (materialne i niematerialne), czyli właściwości każdego człowieka, możliwości jego otoczenia i kulturowe cechy społeczeństwa. Te szeroko ujmowane właściwości jednostki to jej następujące cechy:

- biologiczne (genetyczne, konstytucjonalne, immunologiczne i biochemiczne);
- psychologiczne (wiedza, inteligencja, postawy);
- cechy osobowości (poczucie kontroli i tożsamości, samoocena, wyuczone strategie radzenia sobie).

Do zasobów otoczenia Antonovsky zalicza między innymi cechy środowiska społecznego, osoby bliskie, możliwości wsparcia społecznego, wykształcenie i pieniądze²⁰. Dostępność tych zasobów nie jest jednak wystarczająca do skutecznego radzenia sobie ze stresorami i bycia zdrowym. Niezbędna jest również umiejętność identyfikacji wszystkich zasobów i ich wykorzystania, czyli poczucie koherencji (poczucie spójności, łączności). W salutogenezie koherencja jest podstawowym warunkiem determinującym poziom zdrowia, które Antonovsky nazwał „Kluczem do Zdrowia”. Ten trzeci czynnik determinujący zdrowie zawiera w sobie 3 składowe:

- poczucie zrozumiałości (wszystkie wydarzenia mające miejsce wokół nas można zrozumieć, a przez to i przewidzieć – sytuacje, bodźce, ich mechanizm i powtarzalność);
- poczucie zaradności (jeśli rozumiemy różne zjawiska, to możemy sobie z nimi poradzić, zaradnie wykorzystując zdobytą wiedzę, doświadczenie, modulując emocje, czy poziom układu odpornościowego);

²⁰ M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria Salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, 65: 521–527, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

– poczucie sensowności – to poczucie sensu życia, zadowolenia z życia, przekonanie, że podejmowane decyzje mają sens z emocjonalnego punktu widzenia²¹.

Te wszystkie komponenty – jeżeli prawidłowo ukształtowane – są gwarantem prawidłowych decyzji co do zachowań zdrowotnych, a w rezultacie zdrowego życia. Im wyższe poczucie koherencji, tym większe zadowolenie z życia i wyższy poziom zdrowia. Poczucie koherencji rozwija się w ciągu całego życia człowieka poprzez zdobywane doświadczenia. Dzieciństwo i dorastanie wydaje się jednak odgrywać najistotniejszą rolę w jej kształtowaniu ze względu na rozwój psychospołeczny w tym okresie (podrozdział „Rozwój Kompetencji Samoopiekuńczej”). Niezmiernie ważne jest, by wspomagać jej rozwój poprzez promocję zdrowia w wychowaniu oraz edukacji dzieci i młodzieży, ale także w odniesieniu do działalności promującej zdrowie i leczniczej jednostek systemu opieki zdrowotnej. Antonovsky podkreśla, że wzmacnianie zrozumiałości, zaradności i sensowności ma istotne znaczenie dla przebiegu relacji lekarz–pacjent i wpływa na efekty procesu leczniczego²².

Ostatni element Salutogenezy, czyli zachowania zdrowotne i styl życia, Antonovsky omówił w części poświęconej kształtowaniu koherencji, której rozwój bezpośrednio wpływa na podejmowane zachowania i przyswajane nawyki, a przez to i styl życia. Antonovsky zwracał uwagę, iż należy ukierunkowywać uwagę człowieka na te zachowania, które sprzyjają pozytywnym doświadczeniom zdrowotnym rozwijającym zasoby ludzkie i poczucie koherencji i są gwarantem stylu życia sprzyjającego zdrowiu²³. Wpływ wszystkich elementów paradygmatu na poczucie bycia zdrowym, wybór odpowiednich zachowań zdrowotnych i postawę wobec zdrowia pokrywa się w swoich założeniach i skutkach z teoriami przyczyn deficytów funkcji samoopiekuńczej przedstawionymi w dalszej części rozdziału.

4. Modele społecznej psychologii poznawczej – modele teoretyczne wyjaśniające zachowania zdrowotne i ich zmianę

Psycholodzy opracowali wiele modeli (wzorów, algorytmów) wyjaśniających w sposób kompleksowy formowanie się zachowania człowieka ukierunkowanego na cel, i ze względu na ogólne kategorie tych modeli mogą służyć do wyjaśniania każdej formy zachowania celowego i jego potęgowania. Są bardzo istotnym elementem opracowania działań profilaktycznych i promocji zdrowia z punktu widzenia praktyki zawodowej lekarzy i pielęgniarek²⁴. Wyróżnia się 3 grupy modeli ze względu na wyjaśniany zakres zachowania: modele motywacyjne, procesualne i fazowe oraz postintencjonalne.

²¹ M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria Salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2011, 65: 521–527, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

²² A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Wyd. Fund. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.

²³ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

²⁴ A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008.

4.1. Modele motywacyjne

Model Przekonań Zdrowotnych HBM, Teoria Uzasadnionego Działania TRA i Teoria Planowanego Działania TPB to najstarsze modele, które dotyczą czynników motywacyjnych, wyjaśniając czy dana osoba formułuje intencję (chęć) zmiany zachowania opartą na motywacji, użyteczności i spostrzeganych korzyści przez jednostkę, czyli czy dokonuje kalkulacji opłacalności podjęcia danego zachowania. Model Przekonań Zdrowotnych powstał w USA na bazie psychologicznej teorii podejmowania decyzji i miał wyjaśnić w jaki sposób kształtuje się gotowość do zachowań profilaktycznych. Według tego modelu, aby podjąć decyzję (na przykład o szczepieniu ochronnym) człowiek musi postrzegać podatność na chorobę związaną ze szczepieniem (subiektywne poczucie zagrożenia lub powagi choroby), widzieć więcej korzyści niż kosztów z tym związanych oraz mieć świadomość przydatności (poczucie użyteczności) swojego działania, co w efekcie tworzy gotowość do podjęcia decyzji o przykładowym szczepieniu. Kolejne warunki do spełnienia działają już jak mechanizm spustowy (na przykład rada lub choroba bliskiej osoby albo akcja w mediach dostosowana do wieku, klasy społecznej, typu osobowości co osoba podejmująca decyzję) – tzw. zmienne pośredniczące²⁵.

TRA i TPB wyjaśniają formowanie zachowań nie tylko prewencyjnych. Uwzględniają również wpływy społeczne, intencję oraz wolicjonalność, czyli kwestię woli i wolnego wyboru decydenta o podjęciu danego zachowania. Punktem inicjowania zachowania jest intencja (zamiar), oparta na subiektywnych odczuciach zbudowana na przekonaniach osób znaczących dla decydenta i chęci (motywacji) spełnienia tych oczekiwań, oraz ocena że dane zachowanie się opłaca i pomyślnie się zakończy. Intencji (zamiarom) musi towarzyszyć poczucie kontroli nad podejmowanym zachowaniem oparte na przeszłych doświadczeniach z nim związanych lub doświadczeniach „z drugiej ręki”. Obie teorie – TRA i TPB – są szeroko wykorzystywane w promocji zdrowia w celu zachęcania ludzi do podejmowania takich zachowań jak ćwiczenia fizyczne, stosowanie diety prozdrowotnej, ograniczanie spożycia używek czy nawet przekonanie do karmienia naturalnego²⁶.

4.2. Modele procesualne i fazowe

Model fazowy (transteoretyczny i stadialny) stworzony został dla celów mierzenia procesu psychoterapii, służąc opisom i badaniu zmian myślenia i zachowania zachodzącego w stadiach:

- prekontemplacji – kiedy osoba nie jest w ogóle świadoma istnienia problemów wynikających z zachowań ryzykownych dla zdrowia;
- kontemplacji – moment kiedy zdobywana jest wiedza jako podstawa rozważań nad zmianą zachowania – osoba dowiadyuje się, że praktykowane przez nią zachowanie jest szkodliwe dla zdrowia;
- przygotowania do działania – trwa około 1 miesiąca, kiedy to wzrasta świadomość skutków zachowań antyzdrowotnych i maleje przyjemność z ich praktykowania;

²⁵ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

²⁶ Ibidem.

- podjęcia aktywności – wdrażane są nowe, prozdrowotne zachowania, zmieniane jest także otoczenie, zdobywane są nowe doświadczenia;
- utrzymania korzystnych zachowań zdrowotnych – stadium rozpoczyna się po 6 miesiącach od podjęcia działań, zachowania prozdrowotne zostają utrwalone i stają się elementem stylu życia;
- stadium nawrotu – przy braku wsparcia, następuje powrót do zachowań szkodliwych²⁷.

Wyróżnienie stadiów podkreśla różne procesy poznawcze zachodzące u osoby zaangażowanej w kształtowanie i zmianę zachowań, takie jak wiedza o zdrowiu, świadomość, samoświadomość, typ reagowania emocjonalnego, błędy percepcji, ocena poziomu ryzyka i sytuacji społecznej. W stadiach wyróżniono także procesy regulacyjne, czyli tworzenie własnych zamiarów, zmiany zachowania czy zaangażowanie. Na bazie tego modelu powstają programy profilaktyczne i Programy Interwencji Zdrowotnej (ogólnokrajowe i wojewódzkie, na przykład: Programy Sekcji Oświaty Zdrowotnej: Program – „Trzymaj Formę”, Program Ograniczanie Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce, Krajowy Program Przedszkolnej Edukacji Antytytoniowej pt. „Czyste powietrze wokół nas”, Edukacja antytytoniowa dla uczniów klas I–III szkół podstawowych).

Procesualny model zachowań zdrowotnych ukazuje fazowość powstawania zachowań: fazę motywacyjną i realizacji działania, czyli fazę wolicjonalną. Motywacja powstaje w oparciu o intencję, a następnie planowanie działania. To czy dane zachowanie zostanie podjęte zależy od jego indywidualnie postrzeganej skuteczności, oczekiwań dotyczących efektów działania i spostrzeganego ryzyka. W fazie wolicjonalnej osoba dokonuje oceny skuteczności utrzymania działania i ograniczenia nawrotów zachowań antyzdrowotnych, co decyduje o powodzeniu zmiany zachowania. Model ten wykorzystywany jest w promocji zdrowia dotyczącej aktywności fizycznej²⁸.

4.3. Modele postintencjonalne

Modele te skupiają się na czynnikach występujących po zaistnieniu zamiaru, czyli pożądanego celu działania przy podejmowaniu decyzji o zachowaniu zdrowotnym. Po wolicjonalnej fazie zmiany zachowania osoba planuje czas, miejsce i sposób rozpoczęcia nowych zachowań zdrowotnych (np. od 1 stycznia codziennie wieczorem w domu rozpoczną godzinne treningi), następnie rozpoczyna się faza działania. Efektywność działania osoby zależy od koncentracji uwagi na informacjach podtrzymujących zamiar zmiany zachowania i sile wzbudzania uczuć wzmacniających ten zamiar i jego realizację np. informacje w mediach, czy wsparcie osób bliskich. Ważna jest także kontrola swojego działania, której rezultatem jest pozytywna ocena własnej skuteczności. Reasumując, modele postintencjonalne zajmują się czynnikami wpływającymi na wykonanie już istniejącego zamiaru.

Wszystkie wspomniane modele wykorzystywane są w projektowaniu działań promocji zdrowia lub w profilaktyce zdrowotnej²⁹.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem.

5. Znaczenie kompetencji samoopiekuńczej w aspekcie zachowań zdrowotnych

5.1. Wyjaśnienie przyczyn jej deficytów w wybranych teoriach psychologicznych

Funkcja samoopiekuńcza jest umiejętnością pozwalającą na utrzymanie zdrowia, jego potencjalizację oraz możliwie najefektywniejsze przywrócenie w razie choroby. Obejmuje ona troskę o zdrowie fizyczne i psychiczne, prezentując świadomość własnego zdrowia i osobistą odpowiedzialność za jego stan. W zakresie zdrowia fizycznego funkcja samoopiekuńcza obejmuje dbałość o utrzymanie higieny, właściwe odżywianie się, praktykowanie niezbędnej aktywności fizycznej, uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, samoleczenie drobnych dolegliwości, unikanie czynników szkodliwych dla zdrowia (użytki, substancje psychoaktywne, nadmierne opalanie się). W zakresie zdrowia psychicznego oznacza umiejętność samoopieki pozwalającą unikać obciążenia nadmiernym stresem, umiejętnie dystansować się wobec problemów, dostarczać sobie pozytywnych wzmocnień, pielęgnować trwałe i satysfakcjonujące relacje interpersonalne – niezmiernie ważne z punktu widzenia także roli wsparcia. Pozwala rozwijać i utrzymać optymistyczne myślenie, nadzieję i adekwatnie ukształtowaną, niezaniżoną samoocenę³⁰.

Można się pokusić o stwierdzenie, iż funkcja samoopiekuńcza jest najważniejszym czynnikiem warunkującym podejmowanie zachowań prozdrowotnych, a przez to warunkującym zdrowy styl życia dorosłego człowieka. Prezentuje ona różne formy przejawów troski o siebie i umiejętności pielęgnowania swego zdrowia i dobrostanu. Rozwijają się u każdego człowieka już od wczesnego dzieciństwa, chociaż formy jej uzewnętrznienia są różne i zależne od wieku. Dbałość o jej prawidłowy rozwój od wczesnego dzieciństwa i na każdym etapie dojrzewania młodego człowieka powinna być istotą wychowania zdrowotnego, a przez to i programów profilaktycznych realizowanych w ramach szeroko pojętej promocji zdrowia wobec wychowanków, jak i opiekunów. Opiekunom (rodzicom) i wychowawcom promocja zdrowia powinna uświadamiać wartość funkcji samoopiekuńczej oraz prawidłowy sposób jej rozwijania, by stanowiła następnie bazę wiedzy do inicjowania zachowań zdrowotnych, samorozwoju w zdrowiu i tzw. samoregulacji ich wychowanków w życiu dorosłym.

Człowiek zdolny do efektywnej samoregulacji posiada świadomość zakresu wiedzy o swoim funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym, o własnej wytrwałości w działaniu i szczególnych zdolnościach, i co najważniejsze, potrafi tę wiedzę wykorzystać, dzięki czemu jego działanie jest skuteczne, łatwiej osiąga założone cele oraz ponosi mniej kosztów i strat tego działania³¹.

5.2. Rozwój kompetencji samoopiekuńczej

W sytuacji zdrowia, jak również choroby, zachowania zdrowotne odzwierciedlają zwyczaję i praktyki rodziców. Rozwój funkcji samoopiekuńczej u dziecka zależy od

³⁰ B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4), s. 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

³¹ Ibidem.

jego rodziców, którzy z jednej strony są modelami zachowań, a z drugiej rozwijają intencjonalne (celowe) oddziaływania wychowawcze wobec dziecka. Obie role są niedocenione i pomijane w programach promocji zdrowia dedykowanych młodzieży, osobom planującym założenie rodziny czy rozpoczynającym wychowanie dzieci.

W początkowym etapie rodzice przekazują dziecku proste umiejętności dotyczące higieny ciała, odpowiedniego do pogody ubierania się, spożywania pełnowartościowych potraw, krytycznego traktowania niezdrowych, a reklamowanych i lubianych przez rówieśników, przekąsek i żywności typu fast food. Są pomocni w zaplanowaniu dnia, łączeniu różnych obowiązków, przeżywaniu i ustosunkowaniu się do sukcesów i porażek. Doradzając pomagają tworzyć system wartości, odpowiednio reagować na sukcesy i porażki, zachęcają do kontaktów z kolegami i pomagają ocenić wartość tych kontaktów. W miarę prawidłowego rozwoju tej funkcji dziecko nabywa samodzielności w zaspakajaniu swoich podstawowych potrzeb, wie jak dawkować proporcje wysiłku i relaksu, wybiera te formy rozrywki, które nie są zagrożeniem dla zdrowia. W wieku dorosłym posiada już w pełni rozwinięte zdolności samoopiekuńcze, czego dowodem jest umiejętność interpretacji sygnałów płynących z ciała, ma swoją hierarchię celów, w której zdrowie stanowi wysoką wartość. W codziennym życiu zachowuje rozwagę i bezpieczeństwo w podejmowaniu ryzyka, buduje zdrowe nawyki przyjmując zdrowy styl życia (odpowiednie dawkowanie snu, racjonalny sposób odżywiania się, stronięcie od substancji szkodliwych i psychoaktywnych, uprawianie sportu, podejmowanie zdrowotnych działań profilaktycznych i przyjmowanie odpowiednich postaw w okresie chorób i infekcji)³².

Funkcja samoopiekuńcza wymaga ciągłego wzmacniania i rozwijania ze względu na różne potrzeby warunkowane wiekiem oraz zmieniającymi się czynnikami środowiskowymi (czynniki ryzyka, pełnione role społeczne, wsparcie) i zmieniającą się wiedzą w zakresie zdrowia i zachowań prozdrowotnych. Dbalność o siebie zapewnia dobre i długie zdrowie w wieku starszym oraz lepszą jakość życia. Niedostateczny rozwój tej funkcji skutkuje podejmowaniem zachowań ryzykownych dla zdrowia i to zdrowie obciążających, na przykład: nadmierne przeciążenie pracą prowadzi do przekroczenia możliwości adaptacyjnych organizmu: ilościowych, nadmiarem godzin fizycznie przepracowanych i jakościowych, przez obciążenie nadmiernym stresem. Skutkuje także podejmowaniem i utrwalaniem niekorzystnych nawyków behawioralnych związanych ze zdrowiem, takich jak zaniedbywanie leczenia, unikanie form profilaktyki zdrowotnej³³.

5.3. Psychospołeczne aspekty etapów dorastania i dojrzałości w aspekcie funkcji samoopiekuńczej i promocji zdrowia

Z punktu widzenia promocji zdrowia na każdym etapie rozwoju człowieka należy zwrócić uwagę na charakterystyczne momenty dotyczące psychospołecznych aspektów tego rozwoju, stanowiących zagrożenie albo wręcz przeciwnie – potencjał dla rozwoju zachowań zdrowotnych i zdrowia.

³² Ibidem.

³³ Ibidem.

E. Erikson wyróżnia osiem stadiów rozwoju psychospołecznego³⁴.

1. **Okres niemowlęcy** (do 1 r.ż.) to osiągnięcie zaufania do opiekuna, rodzica, który – pomimo dobrych intencji – może być również źródłem zagrożenia dla dziecka. Człowiek na każdym etapie życia doświadcza zmian w różnych sferach swojego funkcjonowania, ale to właśnie niemowlęstwo i wczesne dzieciństwo są okresami, w których zmiany rozwojowe są bardzo szybkie i mają ogromne znaczenie dla dalszego życia³⁵.
 2. **Dzieciństwo** (2–3 r.ż.) – osiągnięcie samokontroli i poczucia własnej odrębności. Źródłem zagrożenia dla dziecka w tym okresie – w przypadku nieprawidłowych metod wychowawczych – mogą być żłobki i przedszkola.
- Z punktu widzenia ważnych procesów rozwojowych pierwsze trzy lata życia dziecka to kamienie milowe w jego rozwoju – tak określiła ten ważny czas Brzezińska w swoim podręczniku dla wychowawców. W pierwszym roku życia (tj. na pierwszym etapie tego ważnego okresu) tworzą się podstawy regulacji zachowania oparte na związku z głównym opiekunem nazywane diadyczną regulacją, w której aktywność dziecka zmienia się, przechodząc od sygnalizowania potrzeb do wzajemnej wymiany informacji z rodzicem. Kolejny etap to drugi i trzeci rok życia, w którym wzrasta autonomia dziecka i zdolność do samodzielnego normowania swoich stanów emocjonalnych – relacja z dorosłym nabiera charakteru partnerstwa. Nieprawidłowe relacje z opiekunem w tym okresie wpływają na zaburzenia kształtowania się całego systemu emocjonalnego dziecka. To powód, dla którego rodziców i opiekunów określa się mianem źródła zagrożenia dla dziecka w tym najważniejszym dla niego okresie życia³⁶.
3. **Wiek zabawy** (4–5 r.ż.) to ukształtowanie orientacji dziecka na cele i inicjatywność w działaniu. Źródłem zagrożenia są mass media.
 4. **Wiek szkolny** (6–12 r.ż.) to czas osiągnięcia przez dziecko poczucia własnej kompetencji. Źródłem zagrożenia jest nieprawidłowe wychowanie seksualne³⁷.

W Światowej Deklaracji Zdrowia z 1998 r. „Zdrowie XXI wieku” zdecydowanie podkreślono konieczność podjęcia inicjatyw ukierunkowanych na zdrowie już w okresie wczesnego dzieciństwa. Najważniejszym działaniem promocji zdrowia na rzecz całościowego rozwoju zdrowia dziecka jest zrozumienie przez rodziców istoty odpowiedzialności za zdrowie psychiczne i fizyczne dziecka niemalże od momentu jego poczęcia oraz podejmowanie świadomego, intencjonalnego (celowego) procesu jego kształtowania. Akcentowano następujące działania na wyżej wymienionych etapach rozwoju dziecka:

- promocja wartości naturalnego karmienia i jego znaczenia dla zdrowia matki i dziecka oraz interakcji między nimi;
- rozwój u niemowlęcia poczucia bezpieczeństwa, ufności i przywiązania;
- zapobieganie przemocy stosowanej wobec małych dzieci;

³⁴ E. Homburger Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1997.

³⁵ M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela, Rozwój w okresie dzieciństwa i dorostania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

³⁶ Ibidem.

³⁷ E. Homburger Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Wydawnictwo Rebis, Poznań 1997.

- kształtowanie nawyków prozdrowotnych: ruch, wypoczynek, zdrowe żywienie, czynności higieniczne;
- stymulowanie rozwoju funkcji motorycznych, recepcyjno-poznawczych i aktywności twórczej;
- nabywanie i kształtowanie umiejętności społecznych: komunikowania się w grupie rówieśniczej, rozwiązywania problemów, reagowania na sytuacje stresowe, rozpoznawania własnych możliwości i ograniczeń, zrozumienie siebie i otaczającego świata.

Od 6 roku życia w rozwoju dziecka pojawiają się nowe i ważne zadania związane z adaptacją w szkole, wchodzeniem w nowe role społeczne, nawiązywaniem nowych kontaktów i sprośaniem obowiązkowi szkolnym. Wyzwania te mogą powodować większe obciążenie psychiczne³⁸.

Proces nabywania umiejętności społecznych przez dzieci powinien odbywać się w sposób zaplanowany przez przekazywanie wiedzy oraz przez trening tych umiejętności prowadzony przez opiekunów (rodziców) i wychowawców. Niemowlęta i małe dzieci, które doświadczają właściwej opieki, tworzą względnie trwałe przekonanie, że inni ludzie są dostępni i życzliwi. W kolejnych okresach rozwoju, dzieci te okazują więcej ciekawości, zaangażowania w aktywność i spontaniczność w kontaktach społecznych. Są przekonane o własnej wartości oraz pozytywnych intencjach innych ludzi, co pomaga im swobodnie nawiązywać oraz utrzymywać przyjaźnie i związki z innymi. W sytuacjach konfliktów i trudności potrafią aktywnie poszukiwać rozwiązań³⁹.

5. Wczesna adolescencja (13–17 r.ż.).

6. Późna adolescencja (18–22 r.ż.)

Dla wczesnej i późnej adolescencji charakterystyczne uzyskiwanie jest odpowiedzi na stawiane sobie przez dorastających pytania: Kim jestem? Kim mogę być? Zagrożeniem są używki oraz silny wpływ otaczającego środowiska (przypomnijmy, iż w 20% to właśnie ono odpowiedzialne jest za kształtowanie zachowań zdrowotnych, a przez to i zdrowia). Okres dojrzewania rozpoczyna się około 11–13 roku życia. Młodzież poznaje tajniki wiedzy zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego, co jest bazą nabywania umiejętności dbania o własne zdrowie, rozbudza zainteresowanie własną osobą i swoją indywidualnością i pozwala kształtować zachowania sprzyjające zdrowiu. W procesie dojrzewania psychicznego i emocjonalnego młodzież odkrywa własne zainteresowania i system wartości moralnych, swoje słabe i mocne strony, wady i zalety oraz całą rozpiętość przeżywanych emocji. Niezmiernie ważną domeną (obszarem, światem) dojrzewających młodych ludzi są kontakty w grupie rówieśniczej oraz rodzące się zainteresowania płcią przeciwną⁴⁰.

³⁸ M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

³⁹ M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, w: *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

⁴⁰ A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiwicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008.

W tym okresie funkcja samoopiekuńcza powinna być już tylko modelowana, bieżąco nabywaną wiedzą i własnym doświadczeniem na mocnych podstawach uformowanych w okresie wczesnodziecięcym. Wzmacniana jest przez wsparcie najbliższych i autorytety.

7. Wczesna dorosłość (23–34 r.ż.) to czas charakteryzujący się osiągnięciem zdolności do miłości (bez utraty poczucia własnej tożsamości), dalszym rozwojem osobowości i kształtowaniem gotowości do realizacji ważnych zadań społecznych. To okres bardzo ważny dla sfery psychicznej dorastającego⁴¹.

Niezmiernie ważna w tym okresie pod względem psychologicznym jest promocja zdrowia psychicznego ukazująca dorastającemu młodemu człowiekowi wiedzę o zdrowiu psychicznym, jego rozwoju i kształceniu kolejnych kompetencji osobistych. Te kompetencje będą fundamentem osobowości niezbędnym do skutecznego zarządzania sobą i swoimi talentami, kluczowym warunkiem w samorealizacji i osiągnięciu założonych celów. W tym okresie rozpoczyna się świadome inicjowanie złożonych zachowań prozdrowotnych.

8. Średnia i późna dorosłość (35–61 r.ż.) oraz starość. Średnia dorosłość to czas samorealizacji, wykorzystywania swojego potencjału. Późna dorosłość, a następnie starość z jednej strony to czas osiągnięcia w wyniku bilansu życia mądrości życiowej (zdobytej wiedzy i umiejętności), z drugiej pojawiania się nowych problemów związanych z procesem starzenia się, pogarszaniem się stanu zdrowia i sytuacji socjalnej, której najbardziej dotkliwe elementy to przejście na emeryturę i poczucie osamotnienia. Na tym etapie promocja zdrowia powinna skupiać się na wzmacnianiu pozostałych, sfery zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym i utracie niezależności (fizycznej i psychicznej).

Zachowania zdrowotne w tym okresie życia podejmowane są na zasadzie wyuczonych schematów i przyzwyczajzeń ukształtowanych we wcześniejszych okresach życia. Inicjowane są także stanem zdrowia fizycznego i psychicznego. Wyzwaniem dla promocji zdrowia jest zmiana niezdrowych nawyków i niezdrowego stylu życia, zmobilizowanie do prowadzenia aktywności życiowej by jak najdłużej zachować samodzielną. Zadania te realizowane powinny być przez podstawową opiekę zdrowotną (lekarz POZ, pielęgniarki środowiskowe), kluby, stowarzyszenia, programy dla seniora (szczepeń, edukacyjne)⁴².

Podstawy zdolności do satysfakcjonującego i efektywnego funkcjonowania tworzą się w pierwszych latach życia w kontekście związków z najbliższymi opiekunami. Pierwsze lata życia to baza, podstawa, na której opiera się dalszy rozwój dziecka. Związek z najbliższymi opiekunami, bardzo silnie wpływa na to, jakim człowiekiem będzie w przyszłości dziecko, – na ile będzie samodzielne, jaki będzie miało stosunek do świata, wartości zdrowia, jaki będzie miało stosunek do siebie samego, a także jakie będzie przyjmowało postawy zdrowotne. Aby rozwój dziecka mógł przebiegać prawidłowo – zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym – musi ono znaleźć się w otoczeniu, które nie tylko zaspokaja jego potrzeby fizjologiczne, ale również umożliwia mu nawiązanie bliskiej więzi z jedną, wybraną osobą, która zapewniając dziecku poczucie

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem.

bezpieczeństwa, umożliwia mu usamodzielnianie się i wchodzenie w świat szerszych kontaktów społecznych. Najważniejsze procesy rozwojowe w tym okresie to ustanowienie relacji przywiązaniowej z głównym opiekunem oraz kształtowanie się, na tej bazie, podstaw regulacji procesów wewnętrznych i zachowania. Rozwój podmiotowej samoregulacji ma ścisły związek ze zdolnością do stabilizowania pobudzenia fizjologicznego i stanów emocjonalnych, która rozwija się od początku życia dzięki relacji z rodzicem (lub innym głównym opiekunem) wspomagającym niemowlę w modulowaniu pobudzenia. Rodzice opiekując się dzieckiem i kojąc je w chwilach napięcia wpływają na kształtowanie się aktywności i struktury połączeń w mózgu, które stają się podstawą późniejszego samodzielnego regulowania emocji. To podstawa nabywania przez dziecko umiejętności samoregulacji tj. zdolność do tolerancji emocji i dostosowywania się do sytuacji, kontrola swoich reakcji, odzyskiwanie równowagi i uświadamianie sobie swoich przeżyć, czy wreszcie wyrażanie emocji i stanów wewnętrznych, które kształtują rozwój układu nerwowego dziecka⁴³. Dlatego dobrze zorganizowany i zintegrowany system wczesnej opieki (w tym zdrowotnej) i edukacji, pomimo iż jest dużym wyzwaniem dla każdego państwa, powinien być najważniejszym elementem polityki zdrowotnej. Wiąże się z koniecznością zmian w świadomości społecznej profesjonalistów, rodziców oraz osób odpowiedzialnych za kształt państwa. Ponadto wymaga przeznaczenia odpowiednich środków finansowych. Doświadczenia wielu państw i badania prowadzone w tym temacie pokazują, iż inwestycja we wczesny rozwój dzieci jest pod każdym względem korzystna. Prawidłowy rozwój w pierwszych latach życia znacząco zwiększa szanse na dłuższe kontynuowanie nauki i skuteczność w znajdowaniu pracy, a także przeciwdziała wykluczeniu społecznemu i zmniejsza chorobowość w życiu dorosłym⁴⁴.

5.4. Psychologiczne mechanizmy chorób i dysfunkcji somatycznych – wyjaśnienie następstw zaburzeń rozwoju i deficytów funkcji samoopiekuńczej w teoriach psychologicznych

5.4.1 *Koncepcje psychodynamiczne wyjaśniające choroby i dysfunkcje*

- Koncepcja Freuda – mechanizm konwersji

W swoich pracach Freud próbował udowodnić tezę, iż choroby somatyczne i ich objawy są wynikiem konwersji wypartych w dzieciństwie treści popędowych libido. Wyobrażenie niemożliwe do przyjęcia (tęsknoty, lęki) staje się nieszkodliwe przez to, że pobudzenia z nim związane zostają zamienione w cielesne symptomy: brak czucia, ból, wymioty czy czkawka. Są one symboliczne i pełnią funkcję obronną. Pomimo, iż te objawy mogą dostarczać pewnego rodzaju cierpienia, rozładowują napięcie emocjo-

⁴³ M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, red. A. Izabela Brzezińska, Seria I, *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Warszawa 2014, Instytut Badań Edukacyjnych, s. 165.

⁴⁴ M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

nalne. Są także formą ucieczki od trudności, co wykorzystano w późniejszych teoriach jako jeden z mechanizmów reakcji (ucieczki) na sytuację stresową⁴⁵.

- **Koncepcja Franza Aleksandra – Centralny Konflikt**

Według Aleksandra dla każdej choroby już we wczesnym dzieciństwie kształtuje się swoisty Centralny Konflikt Intrapsychiczny, który wynika ze sprzecznych tendencji do:

- dawania i brania;
- zatrzymywania i usuwania;
- zależności i autonomii.

Tym sprzecznościom dynamicznym towarzyszą emocje i wyuczone wzory reagowania wegetatywnego. Konflikty emocjonalne występują w różnych fazach rozwoju psychoseksualnego i wiążą się z pobudzeniem emocjonalnym i reakcjami fizjologicznymi. Jednym ze wzorów reagowania jest psychodynamika choroby nadciśnieniowej, która jest przejawem tendencji do wrogiej rywalizacji i obaw przed odwetem, co prowadzi do narastania lęku, a hamowanie agresywnych impulsów wyzwala reakcje fizjologiczne – wzrost ciśnienia. Czynniki warunkujące konflikt to dany typ osobowości ukształtowany przez konflikty wczesnego dzieciństwa oraz sytuacja reaktywująca dawny konflikt lub konstytucjonalna słabość narządu (wrodzona słabość lub dysfunkcja)⁴⁶.

- **Koncepcja Maxa Schura: Teoria desomatyzacji i resomatyzacji**

Koncepcja Shura, opisując rozwoju dziecka, wyróżnia 3 etapy przedstawiając mechanizmy i skutki działania wczesnodziecięcych konfliktów:

- etap somatyzacji – występuje u małego dziecka, które reaguje na zagrożenie reakcją emocjonalną, ruchową i wegetatywną (bicie i kołatanie serca, bóle brzucha, wzdęcia, zaparcia, biegunki, nudności, inne);
- etap desomatyzacji – występuje po okresie niemowlęcym, kiedy człowiek uczy się oddzielać przeżycia i reakcje psychiczne od reakcji somatycznych, które w wieku dorosłym ujawniane są jedynie w niewielkim stopniu. Następuje rozwój struktur poznawczych i emocji. Dziecko uzyskuje zdolność oddzielania sfery psychicznej i somatycznej, przestaje reagować somatyzacją na pobudzenie i ograniczone zostają zjawiska rozładowania wegetatywnego;
- etap resomatyzacji – ponownego reagowania somatycznego, gdy próg trudności przekroczy poziom możliwości adaptacyjnych człowieka. Charakterystyczne dla osób ze słabym procesem ego (osobowości), odnawiają się wczesnodziecięce konflikty lub traumatyzujące wydarzenia, co prowadzi do odnowienia somatyzacji i rozwoju zaburzeń psychosomatycznych⁴⁷.

- **Psychoanalityczna Teoria Afektu Henry'ego Krystala – Koncepcja Traumatycznej Relacji**

Kryształ swoją koncepcję opiera na teorii somatyzacji Maxa Schura. Próbuje wyjaśnić proces rozwoju funkcji samoopiekuńczej, która rozwija się podczas wczesnej

⁴⁵ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Ibidem; B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4): 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

relacji z obiektem, a sytuację zaburzeń rozwoju tej funkcji nazywa Traumą. Zdaniem Krystal'a trauma wczesnodziecięca zaburza i opóźnia rozwój opracowania poznawczego przeżyć afektywnych – emocji⁴⁸ (opracowanie poznawcze = odbieranie informacji z otoczenia, przetwarzanie ich i wykorzystywanie do kierowania własnym lub cudzym zachowaniem). Powstaje ona na skutek silnie działających bodźców. Trauma wczesnodziecięca typu I (zwana resomatyzacją) spowodowana jest jednorazowym wydarzeniem urazowym, np. związanym z pozostawieniem dziecka bez opieki i narażeniem go na zagrożenie jego życia czy zdrowia. Trauma wczesnodziecięca typu II (niepowodzenie desomatyzacji) nazywana traumą relacyjną lub przywiązania spowodowana jest skumulowanym wpływem przewlekle działających bodźców urazowych takich jak oddzielenie od opiekuna wskutek wyjazdu czy hospitalizacji, brak systematycznego zabezpieczania dziecka, jego zaniedbywanie, maltretowanie dziecka, chłodne lub niestabilne postępowanie opiekuna, nadmierne, bardzo ściśle kontrolowanie dziecka i ingerowanie w jego cielesność – molestowanie seksualne dziecka.

Dziecko początkowo nie posiada zdolności samoukojenia, umożliwia mu to obiekt przejściowy (który oznacza jakąś rzecz mającą dla niego szczególne znaczenie, na przykład zabawka, kocyk). Ułatwia on dziecku wyciszenie się i zaśnięcie, gdy jest jeszcze zbyt małe, by tworzyć poznawczą reprezentację opiekuna i podczas jego nieobecności przewidywać i spodziewać się jego powrotu. Zdaniem Krystal'a, wskutek traumy dochodzi do wyżej wymienionego następowego opóźniania rozwoju opracowania poznawczego przeżyć afektywnych (emocjonalnych) i dziecko nie potrafi korzystać z obiektu przejściowego, co w konsekwencji powoduje zmniejszoną zdolność do samouspakajania się i troski o siebie. Zdarza się również, że to opiekun uniemożliwia dziecku wykorzystywanie obiektu przejściowego i dąży do pełnej, całkowitej kontroli (omnipotencji) w zaspakajaniu potrzeb dziecka.

Trauma nie może być przez dziecko zwerbalizowana i ulega wczesnodziecięcej amnezji. Jej wpływ na rozwój dziecka jest jednak ogromny. Opóźnia lub uniemożliwia ona przebieg pełnego procesu desomatyzacji w wieku dziecięcym albo powoduje resomatyzację w wieku późniejszym – dorosłym (ponowne reagowanie somatyczne w postaci zaburzeń układu autonomicznego związane z nieuświadomionym lękiem i napięciem dając dolegliwości bólowe o nieznanym pochodzeniu, bóle brzucha, wymioty/nudności, ściskanie w gardle, szumy w uszach, czy omdlenia/zasłabnięcia), gdy próg trudności sytuacji stresowych przekroczy poziom możliwości adaptacyjnych człowieka. Jeśli u osoby z traumą typu II dojdzie do urazowego zdarzenia o charakterze traumy I typu, może rozwinąć się choroba psychosomatyczna.

W normalnych warunkach, bezpiecznych relacji z opiekunem dziecko zdobywa stopniowo takie doświadczenie (dzięki procesom przywiązania), które umożliwia mu rozwój emocji w kierunku uniezależnienia się od zjawisk somatycznych (desomatyzacja). Różnicują się jego emocje, pojawiają się możliwości werbalizacji tych emocji i dochodzi do prawidłowego poznawczego „opracowania”, co następnie stanowi bazę do rozwoju funkcji samoopiekuńczej⁴⁹.

⁴⁸ H. Krystal, *Alexithymia and psychotherapy*, „Am J Psychotherapy” 1979, 33, 1: 17–31.

⁴⁹ B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4): 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

Źródła Aleksytymii

W sytuacji braku przywiązania opiekunów lub gdy ich zachowanie jest powodem powtarzających się doświadczeń traumatyzujących u dziecka (np. gdy matka nie potrafi być ochroną dla swojego dziecka i podążać za jego egzystencjalnymi i rozwojowymi potrzebami) powstają zaburzenia rozwoju afektu, które są przyczyną powstania aleksytymii. Jest ona niewątpliwie związana z niepowodzeniem desomatyzacji i konsekwencjami traumy relacyjnej⁵⁰.

Ta dysfunkcjonalność w rozwoju emocjonalnym spowodowana traumatycznymi, wczesnodziecięcymi doświadczeniami polega na:

- trudności w identyfikowaniu emocji;
- niezdolności do werbalizacji emocji;
- trudności w rozumieniu emocji innych ludzi;
- niezdolności do odróżnienia pobudzenia fizjologicznego od emocji;
- operacyjnym stylu myślenia;
- ubóstwie wyobrażeń i fantazji;
- dominacji emocji negatywnych, trudności w przeżywaniu emocji pozytywnych⁵¹.

W aleksytymii emocje nie ułatwiają dokonywania wyborów i podejmowania decyzji, nie mają bowiem charakteru sygnalizacyjnego, a osoba aleksytymiczna nie potrafi ich zużytkować w procesie samoregulacji, przez co jest obojętna wobec swego zdrowia. Trudności w odróżnieniu przeżyć emocjonalnych od doznań cielesnych uniemożliwiają troskę o siebie (np. nie odróżnia odczucia podniecenia od odczuwania dreszczy z powodu zimna). W rezultacie powoduje niedorozwój mechanizmów samoopieki. Emocje pozostają dla przeżywającego wielką niewiadomą i nie stanowią pomocy w realizacji samoregulacji w taki sposób, aby przynosiła ona zaspokojenie potrzeb. Ta niezdolność do uzyskania dostępu do swoich procesów emocjonalnych przez przeżytą traumę lub konflikt widoczna jest na przykład u dzieci alkoholików, które potrafią się troszczyć o wszystkich, z wyjątkiem siebie. Niepowodzenie funkcji samoopiekuńczej przejawiać się także może w dziecięcej otyłości czy spędzaniu wielu godzin przy komputerze, bądź też w nadmiernym, nieproporcjonalnym do przyczyny, przeżywaniu porażek, które mają destrukcyjny wpływ na samoocenę dziecka⁵².

Rola przywiązania (dziecka do opiekuna) w rozwoju emocjonalnym i znaczenie tych mechanizmów w kształtowaniu się postawy życiowej

Kontynuując rozważania nad zachowaniami rodziców widzimy, że w trakcie rozwoju dziecka tworzy się między nimi pewnego rodzaju więź, przywiązanie uwarunkowane zachowaniem i postawą opiekuna. W trakcie tworzenia się relacji przywiązania, dziecko uwewnętrznia powtarzające się interakcje z opiekunem, co powoduje powstanie tak zwanych wewnętrznych modeli operacyjnych warunkujących postrzeganie przez dziecko świata i siebie samego, regulacje jego emocji oraz kształtowanie się funkcji samoopiekuńczej w życiu dorosłym. Rozwój tej omówionej już wcześniej podmio-

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ Ibidem.

⁵² B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4), s. 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

towej samoregulacji ma ścisły związek ze zdolnością do stabilizowania pobudzenia fizjologicznego i stanów emocjonalnych. Badania wykazały, iż można wyodrębnić cztery wzory przywiązania:

- ufny – wzór ten predysponuje do pomyślnego rozwoju dziecka, w tym funkcji samoopiekuńczej i zachowań prozdrowotnych;
- lękowo-unikający – ma miejsce, gdy opiekun jest wymagający i odrzucający, dziecko tłumnie przykre dla siebie emocje, najbardziej bezpieczną dla niego formą kontaktu z otoczeniem staje się emocjonalny dystans do otoczenia i niechęć do wchodzenia w bliższe relacje, neguje własne potrzeby, ma niestabilne poczucie własnej wartości;
- lękowo-ambiwalentny – powstaje gdy źródłem zaburzeń w rozwoju dziecka jest nieprzewidywalny i niespójny opiekun, który na przemian idealizuje własne dziecko, a następnie je dewaluje, gdzie serdeczność przeplata się z wrogością. Postawy te kształtują u dziecka niestabilne poczucie swojej wartości, które jest uzależnione od akceptacji innych, wychowane w takiej niesprzyjającej atmosferze uczy się skupiać na sobie uwagę i jednocześnie nie radzi sobie z własnymi emocjami i napięciem, świat dla niego jest nieprzewidywalny, poza jego kontrolą;
- zdeorganizowany – wzorzec tworzy się z dwoma typami opiekunów. Pierwszy w relacji z dzieckiem jest niedostępny, kontrolujący i nadopiekuńczy zarazem. Drugi typ opiekuna jest zaniedbująco-krzywdzący. U dziecka kształtuje się uczucie bezradności i lęku, a kryzys okresu dorastania może nasilać występujące problemy rozwojowe i upośledzenie umiejętności budowania relacji, pogłębia poczucie samotności i izolacji, co jest przyczyną angażowania się w zachowania ryzykowne i uzależnienia⁵³.

5.4.2. *Koncepcje psychologii poznawczej*

Wyjaśniają znaczenie schematów poznawczych („poukładanych” informacji z uprzednich doświadczeń z jakimś rodzajem zdarzeń, obiektów lub osób), tworzących się w oparciu o indywidualne przeżycia – zgromadzonego kompendium zdobytej wiedzy, na której następnie oparte jest zachowania. Dla postępowania o charakterze samoopiekuńczym – zdrowotnym, konieczna jest wiedza o czynnikach warunkujących osobiste zdrowie fizyczne i psychiczne, uwrażliwienie i respektowanie sygnałów płynących z organizmu, posiadania przekonań dotyczących kluczowej wartości zdrowia. By móc wdrażać zachowania samoopiekuńcze niezbędne są wzorce, jako pewnego rodzaju drogowskaz w postępowaniu prozdrowotnym. Te wzorce – schematy zawierają przykłady sytuacji, w których zdrowie, bezpieczeństwo i własny rozwój znajdują istotne miejsce, a tworzą się poprzez:

- bezpieczny rozwój we wczesnym dzieciństwie;
- wspomaganie zrozumienia własnych emocji dziecka przez rodziców;
- świadome uczenie się dziecka zdrowych nawyków;
- doświadczenia funkcjonalnego systemu rodzinnego, umiającego uporać się z problemami w sposób konstruktywny, dającego oparcie i stymulującego rozwój osobisty swych członków⁵⁴.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Ibidem.

Niekorzystne doświadczenia kształtują antyzdrowotne schematy poznawcze, na przykład: „praca ponad wszystko, nawet kosztem zdrowia”, „za wszelką cenę muszę sobie radzić sam”, „w wielu sytuacjach nic nie można zmienić, można tylko spróbować przetrwać”, „na zdenerwowanie najlepiej pomaga zapalenie papierosa, jedzenie lub alkohol”. Dlatego promocja zdrowia powinna nauczać rodziców i propagować dostarczanie przez nich dziecku doświadczeń wspierających postawy takie jak: „zdrowie jest najważniejsze”, „mam prawo do odpoczynku”, „jeśli chcę sobie poradzić, powinienem poszukać wsparcia”, „ruch fizyczny to świetny sposób na odreagowanie stresu”⁵⁵.

5.4.3. *Koncepcje Psychologii Behawioralnej*

Koncepcje te wyjaśniają rozwój funkcji samoopiekunczej drogą uczenia się polegającego na wzmacnianiu pożądanых zachowań, a wygaszaniu niepożądanych oraz na procesach modelowania zachowań osób znaczących⁵⁶.

Modelowanie to przejmowanie zachowań, emocji i przekonań osób, z którymi dziecko jest emocjonalnie związane. Nie jest to proste i wierne naśladowanie zachowania modelu, lecz odtwarzanie jego cech, czynności, nastrojów lub dążenie do tych samych celów. Jest to najważniejsza forma uczenia się w dzieciństwie⁵⁷.

Nagradzanie zachowań korzystnych z punktu widzenia samoopieki prowadzi do powstania utrwalonych, zdrowych nawyków higienicznych, związanych z odżywianiem, snem, aktywnościami prozdrowotnymi. Wygaszanie niekorzystnych zachowań ma natomiast zapobiegać utrwaleniu zachowań sprzecznych ze zdrowym stylem życia. Często błędem popełnianym nieświadomie przez opiekunów jest „troskliwe” zmuszanie dziecka do zjedzenia nadmiernych ilości lub dodatkowych porcji posiłku, kiedy głód jest zaspokojony lub zmuszanie do założenia dodatkowej warstwy odzieży dziecka, które odczuwało komfort cieplny. Nieprawidłowo postępując, opiekunowie uczą dziecko ignorowania sygnałów płynących z ciała i tracenia wrażliwości na te sygnały. Dziecko w konsekwencji zachowuje się „tak jak powinno”, czyli tak jak chce rodzic, a nie zgodnie z tym, jaką odczuwa potrzebę. W sytuacjach bardziej zaawansowanej troski o siebie dochodzi do tzw. konfliktu priorytetów, kiedy rodzice nie uczą lub ograniczają naukę samodzielności dzieci i wolą sami wykonać czynności pielęgnacyjne czy opiekuńcze wobec nich, ponieważ robią to szybciej i sprawniej. Są skłonni do lekceważenia priorytetów zdrowotnych wówczas, gdy zmuszałoby to ich do nielubianego wysiłku np. do ruchu fizycznego razem z dzieckiem. Pomijają względy zdrowotne, gdy inne cele wysuwają się na plan pierwszy np. pozbawienie dziecka prawa do zabawy by czas ten poświęcał nauce i osiągnął sukces edukacyjny lub zmu-

⁵⁵ M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, w: *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

szanie do zachowania porządku w mieszkaniu kosztem możliwości nieskrępowanej zabawy i dziecięcej aktywności. Często dla zyskania spokoju, rodzice ulegają i godzą się na niezdrowe zachowania dziecka – jedzenie słodczych, żywności typu fast food, spędzenie wielu godzin przy komputerze czy telewizorze. Należy też pamiętać, że zachowania rodziców związane z używkami (częściej palą dzieci palących rodziców), czy nałogową pracą zawodową (pracoholizm ojca jest częstą przyczyną nadmiernego zaangażowania dziecka w naukę czy pracę), w istotny sposób kształtują zachowania dzieci. Problemem jest nie tylko modelowanie antyzdrowotnych zachowań, ale także brak prawidłowych wzorców. Uświadamianie rodzicom niebezpieczeństwa, jakie niesie za sobą przyjmowanie takich postaw rodzicielskich jest rolą edukacji zdrowotnej i innych form promocji zdrowia⁵⁸.

5.4.4. *Koncepcja Systemowa – rodzinne koncepcje chorób i dysfunkcji somatycznych*

W pierwszych trzech latach życia kluczowym czynnikiem rozwoju dziecka jest jakość relacji z rodzicami lub opiekunami. Jest ona punktem wyjścia dla kształtowania się wzorców poznawczo-emocjonalnych, które stanowią podstawę dla rozwoju kompetencji osobistych i w znacznej mierze wpływają na postawę prozdrowotną i umiejętność samoopieki w życiu dorosłym. Rodzina powinna sprzyjać rozwojowi funkcji samoopiekuńczej w zakresie troski o zdrowie psychiczne. Decyduje o tym funkcjonowanie osobiste rodziców oraz działania rodziny jako systemu, dlatego w podejściu systemowym rozwój dziecka rozpatrywany jest właśnie w kontekście rodzinnym oraz czynników oddziałujących na wszystkich członków tego systemu wraz z ich wzajemnymi relacjami i powiązaniem. Gdy system rodzinny jest zaburzony, łamane są w nim zasady dotyczące otwartej i bezpośredniej komunikacji. Tworzą się wówczas patologiczne koalicje, a konflikty rozszerzają się na każdego członka rodziny i zwykle pozostają nierozwiązane, powodując nagromadzenie negatywnych emocji uniemożliwiających okazywanie serdeczności i wzajemnego wsparcia. W takim systemie rodzinnym dziecko nie ma możliwości nauczenia się komunikowania własnych potrzeb, nie rozwija umiejętności konstruktywnego rozwiązywania sporów i nie uczy się utrzymywania przyjaznych relacji z otoczeniem społecznym. Na wysoki poziom napięcia i trudności w rodzinie dziecko może zareagować objawami psychosomatycznymi, zaburzeniami zachowania, uczy się zamierać w bezruchu (zahamowanie) by nie wzbudzać negatywnych reakcji rodziny. Konfliktowe sposoby interakcji rodzinnych powiela w życiu dorosłym⁵⁹.

⁵⁸ A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008; M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela. Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka, Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; B. Gulla, *Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako elementu rodzinnych działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(4): 673–678, Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie.

⁵⁹ Ibidem.

W dysfunkcjach rodzinnych, systemowych można wyróżnić następujące cechy:

- uwikłanie (silna ingerencja członków rodziny w tryb życia, myślenie, brak prywatności, utrudnianie usamodzielniania i poczucia autonomii);
- nadopiekuńczość (utrudnia zdobywanie autonomii i samodzielności poza rodziną i jest charakterystyczne dla rodzin psychosomatycznych, tzn. których członkowie cierpią na zaburzenia somatyczne, co zmienia ich funkcje poznawcze i wzajemne relacje);
- tłumienie konfliktów (zaprzeczanie w rodzinie istnienia konfliktów, unikanie otwartych konfrontacji i rozwiązywania problemów, brak zgody na różnicę poglądów);
- włączanie dziecka w konflikt małżeński (zaprzeczanie przez rodziców istnienia konfliktu małżeńskiego i wciąganie w ten obszar dziecka, które staje się na siłę koalicjantem jednego z rodziców);
- sztywność (brak możliwości wprowadzania zmian, przeciwstawianie się odejściu dzieci)⁶⁰.

W każdej z tych sytuacji dochodzi do tzw. błędnej adaptacji – przystosowania dziecka do patologii systemowej w sposób umożliwiający przetrwanie kosztem zdrowia psychicznego. Dziecko nie rozwija autonomii, asertywności, kreatywności, a jego zdrowie psychiczne zostaje nadwyrężone już na początku jego rozwoju. Wskutek ukształtowania się nieprawidłowego i niebezpiecznego stylu przywiązania „dziecko–rodzic” wysoce prawdopodobne jest przenoszenie patologii systemowej do związków tworzonych w wieku dorosłym. Niewielka jest także świadomość dorastającego dziecka co do konieczności ochrony własnego zdrowia psychicznego. Gdy narasta dyskomfort psychiczny osoba wychowana w dysfunkcyjnym systemie nie posiada kompetencji, by dokonać korzystnych dla zdrowia psychicznego kroków i zmienić utrwalone wielopokoleniowo, niekorzystne sposoby funkcjonowania systemu rodzinnego⁶¹. To sytuacja, w której jedynie za pośrednictwem szeroko pojętej promocji zdrowia można zapobiegać patologii systemowej i korygować ją by umożliwić dziecku prawidłowy rozwój kompetencji pozwalających na sprawowanie opieki nad sobą. Dobre i bezpieczne relacje w rodzinie, jej funkcjonalność zabezpieczają dziecko przed deficytami rozwoju funkcji samoopiekuńczej, umożliwiając prawidłowy jego rozwój.

Niezwykle ciekawe są wyniki podłużnego badania, przeprowadzonego przez badaczy Instytutu Badań Społecznych SWSPiZ, które pokazują, iż matki o pozytywnej postawie wobec życia, obdarzające córki emocjonalnym wsparciem oddziałują bezpośrednio na ich zachowania zdrowotne, a pośrednio poprzez budowanie w córkach przekonania o „dostępności” (patrz Salutogeneza) zasobów wystarczających do sprostania wymaganiom stawianym przez życie. W rezultacie poczucie zaradności u córek bezpośrednio sprzyja ich prozdrowotnym zachowaniom. Rola ojców w tej sytuacji jest mniejsza i polega na wsparciu instrumentalnym, czyli udzielaniu konkretnej pomocy, co wzmacnia poczucie ich zaradności. U chłopców zachowania związane ze zdrowiem zależą bezpośrednio od dwóch zmiennych podmiotowych (poczucia sensowności i wartościowania zdrowia – patrz poczucie koherencji w Salutogenezie) oraz dwóch kategorii zachowań zdrowotnych rodziców: zachowań profilaktycznych ojców oraz pozytywnych emocji matek. Badania pokazały, iż pozytywna postawa wobec ży-

⁶⁰ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

⁶¹ M. Czub, op. cit., *passim*.

cia u matki, unikanie przez nią stresów, napięć i sytuacji przygnębiających, wzmacnia w synach przekonanie, że życie ma sens, a jego wymagania warte są zaangażowania. To poczucie sensowności bezpośrednio wpływa na podejmowanie przez synów zachowań prozdrowotnych. Pośrednim czynnikiem jest przypisywanie zdrowiu wartości przez rodziców⁶².

Niestety badania pokazują także, że w odniesieniu do młodzieży programy profilaktyczne promocji zdrowia nie spełniają adekwatnie swej roli⁶³, a grupa ta najbardziej jest narażona na przyswajanie zachowań ryzykownych dla zdrowia. Największą rolę w promocji zdrowia w tej grupie wiekowej muszą pełnić rodzice i to ich powinna dotyczyć i wspierać w swych działaniach szeroko rozumiana promocja zdrowia.

5.4.5. *Koncepcja wystarczająco dobrego opiekuna*

Idea zaproponowana przez Donalda W. Winnicotta przedstawia wyważonego rodzica jako nieocenioną wartość w rozwoju dziecka. Opiekun „wystarczająco dobry” chroni dziecko przed urazowymi przeżyciami, ale naraża je na „odpowiedni poziom trudności”, czyli taki, którego pokonanie jest dostępne dla dziecka i ma dla niego wymiar rozwojowy. Taka postawa rodzica pomaga dziecku regulować afekt (wyrażanie emocji) zarówno negatywny, jak i pozytywny, gromadzić w sposób poukładany jego uczucia, a odzwierciedlając je, pozwalać mu na rozwój funkcji refleksyjnej⁶⁴. Według Peter Fonagy mechanizm refleksji (wywołanego silniejszym przeżyciem głębszego zastanowienia się nad czymś) jest podstawą przeżywania samego siebie przez dziecko jako istoty intencjonalnej (działającej w sposób celowy) oraz rozumienia własnych stanów psychicznych przeżywanych przez dziecko⁶⁵. Rolą rodziców jest zatem ułatwianie dziecku w procesie ich rozwoju różnicowania emocji przyjemnych i nieprzyjemnych oraz przetwarzania poznawcze przeżyć emocjonalnych, zachęcanie do otwartego wyrażania emocji, rozwijanie tolerancji dziecka na różne przeżywane stany afektywne, regulowanie jego emocji po to, by z czasem nauczyło się samodzielnie modelować swój nastrój metodami niekolidującymi ze zdrowiem, sprzyjanie samoakceptacji dziecka, a w końcu przekazywanie dziecku obrazu jego osoby jako istoty intencjonalnej, traktowanej w sposób podmiotowy, nienaruszający jego godności osobistej⁶⁶.

⁶² M. Zadworna-Cieślak, M. Kaflik-Pieróg Martyna, *Psychospołeczne determinanty zachowań zdrowotnych młodzieży*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2010, t. 15, nr 2, s. 140–153, Instytut Badań Społecznych SWSPiZ, Łódź.

⁶³ Z. Juczyński, J. Chodkiewicz, A. Pisarski, *Od próbowania do zażywania środków psychoaktywnych. Badania dzieci i młodzieży ze środowiska wielkomięjskiego*, w: *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*, red. N. Ogińska-Bulik, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź 2006, s. 9–23.

⁶⁴ M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, w: *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

⁶⁵ B. R. Wilfred, *Uwaga i interpretacja*, Ingenium Oficyna, Warszawa 2010.

⁶⁶ M. Czub, *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania*, red. A. I. Brzezińska, t. 1: *Rozwój dziecka. Wczesne dzieciństwo*, Seria I, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.

5.5. Wychowanie intencjonalne – znaczenie funkcji samoopiekuńczej

Wychowanie intencjonalne jest świadomym oddziaływaniem przez wychowawcę–rodzica na dziecko, w celu wytworzenia pewnej zmiany w jego osobowości. Zmiany te powinny obejmować zarówno stronę poznawczą, jak i instrumentalną (pozwalającą osiągnąć zamierzony cel, wywołującą wpływ na środowisko zewnętrzne). Proces ten umożliwia dzieciom:

- zmienianie się w zaplanowanym przez wychowawców (rodziców) kierunku;
- przekształcenie sposobów postrzegania przez nich świata;
- kształtowanie ich uczuć moralnych i estetycznych;
- kształtowanie dziecięcych postaw społecznych i przekonań;
- wszechstronne kształtowanie osobowości wychowanków, a także ich charakteru, woli oraz – co szalenie ważne dla ich zdrowia – kształtowanie funkcji samoopiekuńczej⁶⁷.

Do rozwoju funkcji samoopiekuńczej niezbędna jest wiedza o tym, co indywidualnie jest korzystne dla zdrowia, wzbudzenie intencji dbania o siebie i utrzymanie wytrwałości w działaniach wspomagających i potencjalizujących zdrowie. Funkcja opiekuńcza to kompetencja pozwalająca na utrzymanie zdrowia, jego potencjalizację oraz możliwie najefektywniejsze przywrócenie go w razie choroby. Obejmuje troskę o zdrowie fizyczne i psychiczne i oznacza świadomość własnego zdrowia i osobistej odpowiedzialności za jego stan. W zakresie zdrowia fizycznego obejmuje takie działania jak dbałość o utrzymanie higieny, właściwe odżywianie się, stosowanie niezbędne- go ruchu fizycznego czy unikanie czynników szkodliwych dla zdrowia (użytki, substancje psychoaktywne). W zakresie zdrowia psychicznego kompetencja ta obejmuje między innymi unikanie obciążenia nadmiernym stresem, umiejętność dystansowania się wobec problemów, umiejętność dostarczania sobie pozytywnych wzmocnień, pielęgnowania trwałych i satysfakcjonujących relacji z innymi, pozytywnego myślenia oraz niezaniżonej samooceny. Funkcja samoopiekuńcza stanowi warunek zdrowego stylu życia. Najłatwiej ją wykształcić i rozwinąć u dziecka, gdy rodzice sami rozwinęli ją w wysokim stopniu i przekazują za pośrednictwem własnego przykładu, czyli rodzinnego oddziaływania profilaktycznego.

Przedstawione powyżej koncepcje i teorie mechanizmów powstawania chorób i dysfunkcji somatycznych pokazują jak wielkie znaczenie mają postawy rodzicielskie w wieku dziecięcym i dorastania na późniejsze postawy prozdrowotne dzieci i ich styl życia warunkujący poziom zdrowia. Kształtowanie się psychiki dziecka najważniejsze jest w okresie pierwszych 3 lat i rzutuje na stosunek do otaczającego świata. Działania w późniejszym okresie nie są już tak skuteczne. Jest to szerokie pole do działania edukacji zdrowotnej jako części promocji zdrowia skierowanej do rodziców. Rolę edukatorów rodziców powinni pełnić przedstawiciele zawodów medycznych systemu opieki zdrowotnej w szczególności zespoły Podstawowej Opieki Zdrowotnej, czyli lekarz rodzinny jako koordynator wraz z innymi specjalistami: pielęgniarką, położną, psychologiem, pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania.

⁶⁷ Ibidem.

6. Wczesna interwencja w promocji zdrowia

Wiele badań wskazuje na skuteczność i zasadność podejmowania wczesnej interwencji w promocji zdrowia, w niektórych przypadkach jeszcze przed narodzinami dziecka. W badaniach podłużnych prowadzonych w Stanach Zjednoczonych „Elmira – Prenatal/Early Infancy Project (Olds, 1998)” wsparciem objęto 400 rodzin, a specjalnie wyszkolone pielęgniarki prowadziły w nich edukację dotyczącą opieki nad dzieckiem oraz udzielały rodzicom wsparcia. Program kontynuowano od okresu ciąży, przez pierwsze dwa lata życia dziecka. Po 15 latach od rozpoczęcia badań stwierdzono znaczące różnice w funkcjonowaniu dzieci i rodzin objętych programem: w stosunku do rodzin z grupy kontrolnej stwierdzono wyższą gotowość szkolną, lepszą sytuację społeczną i edukacyjną, niższy poziom zachowań społecznych i antyzdrowotnych oraz lepszy stan zdrowia⁶⁸.

7. Zmiana przekonań i postaw w promocji zdrowia

7.1. Wpływ postaw na zachowania zdrowotne

Przedstawione zostały już teoretyczne modele wyjaśniające zachowania zdrowotne, znaczenie, uwarunkowania i deficyty funkcji samoopiekuńczej jako determinanta zachowań zdrowotnych i postaw w życiu dorosłym. Jak zatem zmieniać zachowania zdrowotne z korzyścią dla zdrowia? Jak wpływać na percepcję innych, by zmieniali swoje przyzwyczajenia i nawyki w ramach promocji zdrowia?

Opracowanie metod zachęcania do pozytywnych praktyk zdrowotnych i eliminowania złych nawyków jest wyzwaniem psychologów zdrowia i specjalistów od promocji zdrowia. Jedną z metod jest zmiana nastawienia i zapatrywań na podstawie Modelu TRA i HBM, poprzez przekonanie społeczeństwa o podatności na określoną chorobę, upowszechnienie wiedzy o efektywnych metodach jej zapobiegania oraz wytworzeniu przekonania, wsparcia, podziwu czy aprobaty społecznej po wdrożeniu pozytywnych zachowań jak np. zaprzestanie palenia czy regularne uprawianie sportu (TRA)⁶⁹.

Kolejnym narzędziem jest mechanizm perswazji przez intensywne oddziaływanie informacyjne – promocja pozytywnych zachowań zdrowotnych wymaga uświadomienia związków między zachowaniem a zdrowiem oraz wiedzy o istocie (sensie, idei) zachowań zdrowotnych. By przekonać ludzi do uprawiania sportu czy wdrożenia diety należy przedstawić im rolę diety i sportu w utrzymaniu zdrowia i uświadomić im wagę tych czynników. Metoda jest bardziej złożona, sam bowiem przekaz informacji nie wystarczy. Zmiana zachowań zdrowotnych w tej sytuacji wymaga zaistnienia 5 procesów:

⁶⁸ M. Czub, A. I. Brzezińska, K. Applet, *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem jako wyzwanie dla polityki społecznej i oświatowej*, „Polityka Społeczna” 2012, numer tematyczny pt.: *Polityka edukacyjna: wyzwania i szanse*, 1, s. 19–23.

⁶⁹ G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

- pozyskania uwagi – przy natłoku informacji jest to niezwykle trudne;
- zrozumienia przekazu – biorąc pod uwagę, iż przekaz werbalny (słowny) stanowi tylko 7% pozyskiwanych przez nas informacji;
- przyswojenia informacji (akceptacja nastawienia);
- przechowywania informacji, komunikatu – analiza, ocena;
- działania.

By zwiększyć prawdopodobieństwo dotarcia i siłę tego przekazu należy go dostosować do wieku, płci czy typu odbiorców, wykorzystując „osoby ważne” dla tych grup np. idoli, lekarzy, osoby znane. Przekaz oparty na strachu jest jednym z częściej stosowanych form perswazji. Wyższy poziom lęku daje większe prawdopodobieństwo zmiany zachowań⁷⁰.

7.2. Techniki poznawczo-behawioralne

Za bardziej skuteczne od wyżej wymienionych metod zmiany postaw uważa się w promocji zdrowia wykorzystanie technik poznawczo-behawioralnych opartych na teorii uczenia się. Techniki te wykorzystują założenie, że zachowanie i poznanie (procesy percepcyjno-myślowne, rodzaj „odwzorowania” w umyśle całej lub części rzeczywistości zewnętrznej i własnego „ja” oparte na zdobytej wiedzy i doświadczeniu) muszą być rozpatrywane razem, jeśli mają być skuteczne w wywoływaniu zmian. Uczenie się znajduje się pod kontrolą procesów poznawczych. Nasze myśli, uczucia i zachowania często łączą się w ciągi przyczynowo-skutkowe. Zatem, aby zrozumieć przyczyny nałogów (zachowań autodestrukcyjnych) należy zwrócić uwagę nie tylko na samo zachowanie, ale także na związane z nim procesy poznawcze, pamiętając iż kształtują się one w okresie wczesnego dzieciństwa i dorastania. Jedną z technik wykorzystuje tak zwane warunkowania reaktywne, czyli skojarzenie niepożądanego zachowania zdrowotnego z negatywnym bodźcem, na przykład: połączenie leku disulfiramu dającego nudności i wymioty z alkoholem wywoła wysoce negatywne reakcje i następne skojarzenia z alkoholem. Kolejną techniką jest warunkowanie sprawcze skupiające się na skutkach zachowania, czyli karze i nagrodzie połączonej z danym zachowaniem. Do innych technik należą modelowanie, treningi umiejętności. Techniki te nawiązują do teoretycznych modeli wyjaśniających zachowania zdrowotne⁷¹.

8. Rola opieki zdrowotnej w kształtowaniu zachowań zdrowotnych

Wśród czynników warunkujących zdrowie, we wszystkich prezentowanych wyżej ich modelach, znajduje się również opieka zdrowotna (medyczna), choć jej udział w sto-

⁷⁰ G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 2000.

⁷¹ A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, *Promocja zdrowia dla studentów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Czelej, Lublin 2008; G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.

sunku do pozostałych grup czynników oceniany jest obecnie jako znacznie mniejszy. Szczególne znaczenie mają:

- dostępność do opieki zdrowotnej – szczególne znaczenie ma dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest m.in. udzielanie indywidualnych świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz do programów profilaktycznych;
- odpowiednia jakość świadczeń zdrowotnych.
Do cech jakości tych świadczeń zalicza się:
- niezawodność i odpowiedzialność, która dotyczy wykonywania świadczeń zgodnie ze standardami, etyką;
- wrażliwość wobec cierpiących i potrzebujących, uprzejmość, gotowość i chęć pomocy;
- dostępność różnych świadczeń w danym miejscu i czasie w zależności od rzeczywistych potrzeb świadczeniobiorców;
- kompetencje personelu posiadającego fachową wiedzę i doświadczenie;
- komunikatywność i przejrzystość, czyli jasna i zrozumiała dla pacjenta komunikacja i aktywne słuchanie dające poczucie bezpieczeństwa.

Zapewnienie takiej opieki sprzyja zaufaniu osób korzystających ze świadczeń, przestrzeganiu zaleceń i przyjmowaniu aktywnej postawy wobec własnego zdrowia lub choroby⁷².

Streszczenie

Psychologia zachowań zdrowotnych w promocji zdrowia jest tematyką złożoną i bardzo ciekawą. Stara się odpowiedzieć na pytania, dlaczego zachowujemy się w dany sposób, co wpływa na nasze postawy i decyzje związane z zachowaniem zdrowotnym i co najważniejsze, pokazuje jak ważne jest zdrowie i że niezbędne są wszelkie wysiłki i sposoby by je promować. Niniejsze ujęcie tego tematu jest zaledwie drobną analizą szerokiego zakresu badań i analiz problematyki zachowań zdrowotnych wartą zgłębiania i wykorzystywania w życiu codziennym.

Słowa kluczowe: psychologia zachowań zdrowotnych, promocja zdrowia

Psychology of health behaviour and health promotion – selected issues

Summary

Psychology of health behavioural patterns in health promotion is a complex and very interesting topic. It tries to answer the questions why human beings behave in a given way, affecting their attitudes and decisions associated with health behaviour and, most importantly, demonstrates how important health is and that all efforts and ways to promote them are necessary. This approach to the issue constitutes just a small analysis of a wide range of research and analyses of health behavioural patterns worth exploring and implementing in everyday life.

Key words: psychology of health behaviour, health promotion

⁷² Z. J. Pjerozek, *Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość ludzi o zdrowie*, 2012, <http://www.academia.edu>.

Rola programów profilaktyki wtórnej w kształtowaniu systemowej opieki nad dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością na przykładzie Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków

Działania systemowe wspierające opiekę nad dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i niepełnosprawnymi są niezwykle istotne w kontekście szerszego spojrzenia na zdrowie populacji. Profilaktyka pierwszorzędowa, drugorzędowa i trzeciorzędowa stanowią trzon działań państwa w sferze zdrowia publicznego. Profilaktyka niedosłuchu u dzieci i program z nią związany są przykładem sprawnie działającego, wieloresortowego podejścia systemowego do zapobiegania skutkom chorób cywilizacyjnych i niepełnosprawności u dzieci.

1. Podstawowe pojęcia

Profilaktyka (prewencja) to wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych zjawisk związanych ze zdrowiem w danej populacji. Istotą tych przedsięwzięć jest przeciwdziałanie zagrożeniom (chorobom), których wystąpienie lub nasilenie jest w przyszłości prawdopodobne.

Profilaktyka drugorzędowa, wtórna jest ukierunkowana na określoną grupę ludzi, których dotyczy podwyższone lub wysokie ryzyko wystąpienia jakiejś choroby, zagrożonych nią w szczególnie silny sposób. Celem jej jest wczesne wykrycie objawów choroby i wdrożenie leczenia. Polega między innymi na wykonywaniu badań profilaktycznych, np. testów przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich dzieci i młodzieży finansowanych z budżetu państwa lub NFZ, profilaktycznych badaniach lekarskich różnych grup zawodowych, czy innych badaniach profilaktycznych u dorosłych².

Profilaktyka wtórna to rodzaj działań profilaktycznych ukierunkowanych na określoną grupę ludzi, których dotyczy podwyższone lub wysokie ryzyko, wystąpienia jakiejś choroby. Jej zadaniem jest wczesne wykrycie i danie możliwości szybkiego włączenia chorego w proces leczenia.

¹ Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

² B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 127–128.

Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków jest programem, którego głównym zadaniem jest wczesne wykrycie wad słuchu w tej grupie. Dzięki działaniom wieloresortowym i wsparciu fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy od jesieni 2002 roku realizowany jest w Polsce. Dzięki niemu ponad 90% noworodków jest przebadanych pod kątem zaburzeń słuchu już w pierwszych dobach życia.

Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków ma za zadanie wczesne wykrycie wad słuchu w tej grupie. Dzięki niemu większość dzieci jest przebadanych pod kątem zaburzeń słuchu i w razie wykrycia wady wdrożonych w proces diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjny.

2. Niepełnosprawność słuchowa statystyki – uzasadnienie istnienia programu

Określenie populacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu jest trudne. Szacuje się, że około 440 milionów dzieci na świecie ma niedosłuch powyżej 85 decybeli, liczby te rosną do 800 milionów, kiedy linię graniczną przesuniemy do ubytku 50 decybeli³. Tylko 2–4% osób z uszkodzonym słuchem można określić jako całkowicie głuche, nieposiadające zachowanych żadnych resztek słuchowych, a więc takie, którym nie można w znaczny sposób poprawić słuchu działaniami medycznymi⁴.

Na świecie jedno dziecko na tysiąc rodzi się z poważną wadą słuchu⁵. Zaburzenia te w Polsce występują u 2–4 noworodków na tysiąc żywych urodzeń⁶. 1–2 dzieci na tysiąc rodzi się z uszkodzeniem głębokim i 1–2 z niedosłuchem mniejszego stopnia⁷. Wyniki testów przesiewowych słuchu u dzieci nowo narodzonych wskazują na wykrywalność wśród nich około 1,2% wad wrodzonych słuchu⁸. Wrodzony niedosłuch występuje ok. 6 razy częściej niż hypotyreoza i ok. 15 razy częściej niż fenylketonuria. W grupie dzieci w wieku od 0 do 5 roku życia, czyli w okresie najważniejszym dla rozwoju mowy, aż 90% trwałych uszkodzeń słuchu to uszkodzenia wrodzone. Tylko u połowy dzieci z wrodzoną wadą słuchu stwierdza się obecność czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. Dla drugiej połowy dzieci z tej grupy ani lekarze, ani rodzice nie mają podstaw do tego, by podejrzewać problem słuchowy⁹. Zadaniem dobrze działającego systemu opieki zdrowotnej jest wychwytywanie niedosłuchu u dzieci i jak najszybsze wdrażanie procedury naprawczej. Początkiem tej drogi jest Program Powszechnych Badań Słuchu u Noworodków.

³ V. Rajendran, F. G. Roy, D. Jeevanantham, *Postural control, motor skills, and health-related quality of life in children with hearing impairment: a systematic review*, „European Archives of Otorhinolaryngology” 2012, 269, s. 1063.

⁴ B. Szczepankowski, *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi*, wydanie I, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999, s. 109, 197–198.

⁵ S. A. Borton, E. Mauze, J. E. C. Lieu, *Quality of life in children with unilateral hearing loss: a pilot study*, „American Journal of Audiology” 2010, June, 19, s. 61–72.

⁶ H. Skarżyński, M. Mueller-Malesińska, *Zapobieganie zaburzeniom słuchu u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, „Pediatria po Dyplomie” 2009, 13(2), s. 101–102, 106.

⁷ <http://www.wosp.org.pl/medycyna/programy/badania-sluchu>, grudzień 2016.

⁸ Materiały prasowe Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, 2011.

⁹ <http://www.wosp.org.pl/medycyna/programy/badania-sluchu>, grudzień 2016.

3. Profilaktyka wtórna niedosłuchu – wskazania medyczne

Światowe doniesienia mówią o tzw. „zarządzaniu niedosłuchem na czas”, które jest szczególnie ważne w terapii dzieci z wadami słuchu¹⁰. Wczesna diagnostyka zaburzeń słuchu jest niezmiernie istotna w grupie noworodków i małych dzieci ze względu na potrzebę szybkiego zaaparowania ubytków słuchu, kwalifikację do leczenia operacyjnego czy wreszcie rozpoczęcia rehabilitacji. Ma to decydujące znaczenie dla optymalnego rozwoju mowy i języka u małego dziecka i uzyskiwania satysfakcjonujących wyników w nauce szkolnej u dzieci starszych¹¹.

Do końca lat dziewięćdziesiątych XX wieku niedosłuch był diagnozowany na podstawie obserwacji noworodków na oddziałach położniczych i wczesnej diagnozy ubytków u dzieci z grupy ryzyka. Położne podczas wizyt domowych oceniały stan słuchu dziecka. Jeżeli pojawiły się podejrzenia, że dziecko ma ubytek słuchu, wzywano konsultanta – otolaryngologa lub audiologa. Dalsza diagnoza odbywała się w specjalistycznych poradniach¹².

Obecnie w Polsce istnieje program skryningu dzieci nowo urodzonych, co usprawniło i przyspieszyło proces identyfikacji problemów ze słuchem u dzieci. Program ten wychodzi naprzeciw światowym wskazaniom eksperckim i spełnia ich kryteria. W 1993 roku *National Institute of Health* zarekomendował, aby szpitale, które biorą udział w skryningu noworodków, zapewniły wykrycie niedosłuchu do 3. miesiąca życia. Siedem lat później *Joint Committee on Infant Hearing* stworzył rekomendację mówiącą o tym, że niedosłuch u dzieci powinien być stwierdzony do 3. miesiąca życia, a interwencja rehabilitacyjna wdrożona do 6. miesiąca. Kolejne wskazówki dały *Centers for Disease Control and Prevention* nazwane „1–3–6 plan”, oznaczający skryning do 1. miesiąca życia, diagnozę do trzeciego i interwencję do 6. miesiąca dla wszystkich diagnozowanych dzieci¹³. W pierwszych latach życia rozwija się u dzieci mowa. Zdiagnozowanie słuchu dziecka i szybka interwencja pomiędzy pierwszym a drugim rokiem jego życia, są konieczne dla prawidłowego jego postępu¹⁴.

Granice czasowe wczesnej interwencji przesuwają się i skracają¹⁵. Svirsky i in. podkreślają dobitnie w swoich doniesieniach, jak znacząca jest szybkość diagnozy dla zdrowia małego pacjenta¹⁶. Pruszewicz i Obrębowski uważają, że w rehabilitacji

¹⁰ M. Harrison, M. Roush, J. Wallace, *Trends in age of identification and intervention in infants hearing loss*, „Ear & Hearing” 2003, 24.

¹¹ M. D. Elloy, A. H. Marshall, *The management of hearing loss in children*, „Pediatrics and Child Health” 2011, 20(1), s. 13.

¹² G. Gunia, *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 44, 50.

¹³ P. Świdziński, *Powszechny skryning słuchu u noworodków i niemowląt jest konieczny*, „Otolaryngologia” 2004, 3 (1), s. 51–52; L. Spivak, H. Sokol, Ch. Auerbach, S. Gershkovich, *Newborn hearing screening follow-up: factors affecting hearing aid fitting by 6 months of age*, „American Journal of Audiology” 2009, 18, s. 24–44.

¹⁴ T. Zaleski, *Opóźnienia w rozwoju mowy*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 27, 44, 50, 107.

¹⁵ M. Harrison, M. Roush, J. Wallace, *Trends in age of identification and intervention in infants hearing loss*, „Ear & Hearing” 2003, 24, s. 89–95.

¹⁶ A. M. Svirsky, S. W. Teoh, H. Neuburger, *Development of language and speech perception in congenitally profound deaf*, „Audiology and Neurology” 2004, 9(4), s. 224–233.

dziecka z wadą słuchu powinno się dążyć do tego, aby wiek rozwojowy dziecka był zgodny z wiekiem rozwojowym słuchu i mowy¹⁷. Szybko wdrożone postępowanie rehabilitacyjne, wyrównuje uszkodzenie słuchu, nie dopuszcza do zahamowania i zaburzenia rozwoju ogólnego i zapewnia jego bardziej harmonijny przebieg¹⁸. Yoshinga-Itano twierdzi, że rozwój języka jest powodowany wiekiem wczesnej identyfikacji i wdrożeniem w usługi interwencyjne¹⁹, podobnie Szkielkowska i in.²⁰ Można zgodzić się również z Moeller, że sukces w działaniach rehabilitacyjnych będzie osiągnięty wtedy, kiedy wczesna identyfikacja pójdzie w parze z wczesną interwencją, która aktywnie włącza rodziców w proces rehabilitacji²¹.

Szybka interwencja medyczna może przyczynić się również do wpływu na odczuwaną jakość życia dziecka. Huber wskazuje na związki jakości życia związanej ze zdrowiem z wiekiem implantacji²². W badaniach Frankowskiej zanalizowano zależność pomiędzy czasem, który upłynął od diagnozy do rozpoczęcia efektywnej terapii logopedycznej i rehabilitacji. Uzyskano korelację istotną statystycznie pomiędzy czasem, jaki upływa od diagnozy do efektywnej terapii i jakością życia: im krótszy jest ten czas, tym lepsza jest jakość życia ankietowanych dzieci i młodzieży. W badaniach tej autorki również widoczna jest zależność pomiędzy tym, jak długo trwała diagnostyka dziecka a jakością życia. Dzieci, które były diagnozowane dłużej, mają niższą jakość życia. Przykładowo dzieci z grupy niedosłuchów znacznych, żyjące na granicy świata słyszących i niesłyszących, które były zdiagnozowane najszybciej (do miesiąca) mają najlepszą jakość życia²³.

Szybka interwencja medyczna może przyczynić się do poprawy jakości życia dzieci zagrożonych niepełnosprawnością słuchową.

4. Opieka systemowa w ramach Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków i usług mu towarzyszących

Organizacja programu

Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu realizowany jest w Polsce, nieprzerwanie od jesieni 2002 roku, dzięki współdziałaniu wieloresortowemu i wsparciu

¹⁷ A. Pruszewicz, A. Obrębowski, *Audiologia kliniczna. Zarys*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010, s. 608–609, 612.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ch. Yoshinga-Itano, *From screening to early identification and intervention: discovering predictors to successful outcomes for children with significant hearing loss*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education” 2003, 8(1), s. 11–30.

²⁰ A. Szkielkowska, H. Skarżyński, A. Piotrowska, A. Lorens, J. Szuchnik, *Postępowanie u dzieci ze wszczepami ślimakowymi*, „Otolaryngologia Polska” 2008, 7(3), s. 121–128.

²¹ M. P. Moeller, *Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing*, „Pediatrics” 2000, 106 (3), e43.

²² M. Huber, *Health – related quality of life of austrian children and adolescents with cochlear implants*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology” 2005, 69, 8, s. 1089–1101.

²³ Badania jakości życia zostały przeprowadzone w latach 2009–2012 na grupie 150 dzieci niedosłyszących z województwa wielkopolskiego. Por. A. Frankowska, *Wybrane uwarunkowania jakości życia dzieci i młodzieży z niedosłuchem*, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2015, s. 38.

fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Jego celem jest wczesne wykrycie wad słuchu u niemowląt. Nasz kraj jest jednym z niewielu na świecie (obok np. Austrii, Chorwacji, Luxemburga, Niemiec, Holandii, Singapuru, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych), w którym badania przesiewowe obejmują ponad 90% populacji noworodków²⁴ (jest to liczba ponad 96% populacji nowonarodzonych dzieci)²⁵. W 2016 roku zostało przebadane pięciomilionowe dziecko (<http://www.wosp.org.pl/medycyna/programy/badania-sluchu>).

Organizatorzy programu to Ministerstwo Zdrowia jako ustawodawca, Narodowy Fundusz Zdrowia jako finansujący procedury medyczne diagnozujące wadę słuchu i wczesną interwencję, Fundacja Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy – główny organizator i podmiot zabezpieczający finansowanie zaopatrzenia w aparaturę, jej naprawę i wymianę oraz pełne zabezpieczenie logistyczne, Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zapewniająca codzienny nadzór merytoryczny, Polskie Towarzystwo Otorinolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi i Polskie Towarzystwo Neonatologiczne jako instytucje doradcze²⁶.

Program został podzielony na tzw. poziomy/stopnie referencyjne. W ośrodkach funkcjonujących na pierwszym poziomie – oddziałach noworodkowych – wykonuje się rejestrację otoemisji akustycznej metodą *TEOAE* (*Transiently Evoked Otoacoustic Emission*). Jest to badanie nieinwazyjne i w pełni bezpieczne. W przypadku, kiedy dziecko uzyskuje prawidłowy wynik, następuje koniec procedury diagnostycznej. Przy podejrzeniu niedosłuchu (zawsze) lub wystąpieniu czynników ryzyka (kontrolnie) kierowane jest ono na drugi poziom referencyjny do ośrodka audiologicznego, gdzie poddawane jest bardziej szczegółowej diagnostyce audiologicznej, badaniom określającym rodzaj i głębokość niedosłuchu oraz obserwacji w przypadku wystąpienia czynników ryzyka. Proces ten powinien być zakończony do 3. miesiąca życia dziecka. Jeśli nadal uzyskany wynik badania słuchu dziecka jest dodatni, kierowane jest ono na trzeci stopień referencyjny, gdzie badania są powtarzane i uzupełniane o kolejne. Dziecko zdiagnozowane zaopatrywane jest w aparaty słuchowe i od razu rozpoczyna specjalistyczną rehabilitację. Na tym poziomie referencyjnym obejmuje ona opiekę psychologiczną i logopedyczną, a także możliwość korzystania z porad lekarzy specjalistów²⁷. Po kilku miesiącach dokonuje się oceny pedoaudiologicznej dziecka. W przypadku konieczności dokonania implantacji ślimakowej przeprowadza się testy kwalifikujące do wszczęcia procesora. Przy tak prowadzonej procedurze możliwe jest zaopatrzenie dziecka niesłyszącego w implant zaraz po ukończeniu przez

²⁴ C. C. Morton, W. E. Nance, *Newborn hearing screening-a silent revolution*, „New England Journal of Medicine” 2006, 354, s. 2151–2164.

²⁵ W. Szyfter, *Podsumowanie działalności Biura Koordynatora Medycznego*, „Uszko” 2011, 17, s. 5; M. Karlik, *Raport z V Międzynarodowej Konferencji Audiologii Dziecięcej w Chicago, 8–10 listopada 2010*, „Uszko” 2011, 17, s. 6.

²⁶ W. Szyfter, *Raport z realizacji Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków*, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Fundacja Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, Poznań 2016, <http://www.owptp.pl/wp-content/uploads/2016/01/2016-02-03-Raport-Roczny-PPPBSuN.pdf>, grudzień 2016.

²⁷ T. Gałkowski, E. Szela, G. Jarzębowska, *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005; M. Radziszewska-Konopka, *Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu w Polsce Organizowany przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy*, „Audiofonologia” 2002, 21, s. 111.

niego pierwszego roku życia. Ocena słuchu dziecka i postępów w rehabilitacji odbywa się w określonych przez specjalistę audiologa terminach, do których przestrzegania zobowiązuje się rodziców lub opiekunów dziecka²⁸.

W regulaminie przystąpienia do programu podmiot leczniczy deklaruje chęć wzięcia w nim udziału, zobowiązuje się „do przekazania rodzicom wszystkich danych odnośnie przeprowadzonego badania słuchu, a w przypadku nieprawidłowego wyniku badania OAE lub/i w przypadku wystąpienia czynników ryzyka zobowiązany jest do skierowania dziecka do ośrodka prowadzącego diagnostykę audiologiczną (ośrodek II poziomu). Dla ośrodków II i III poziomu „istnieje nakaz wydania rodzicom dziecka zaleceń, co do dalszego postępowania”. Stworzona została baza danych systemu, do której wprowadzane są wszystkie badane dzieci oraz postawione diagnozy. Informacje w większości przypadków przepływają płynnie, drogą elektroniczną pomiędzy ośrodkami z różnych poziomów referencyjnych²⁹.

Opieka nad dzieckiem, u którego wykrywa się wadę słuchu odbywa się na trzech stopniach referencyjności. I stopień obejmuje ośrodki, które przeprowadzają badanie przesiewowe słuchu na swoich oddziałach noworodkowych, II stopień to ośrodki audiologiczne, III poziom to specjalistyczne ośrodki wczesnej interwencji.

Każdy proces opieki nad dzieckiem niedosłyszającym rozpoczyna się, jak już wspomniano, od wykrycia niedosłuchu. Jeżeli dziecko jest starsze i nie wykryto u niego wad słuchu podczas badań skryningowych, bo np. wtedy nie występowały, diagnozuje się je w następujący sposób. Pierwszy etap postępowania lekarza specjalisty (laryngologa, audiologa, otolaryngologa) stanowi wywiad lekarski. Kolejny krok to wykonanie badań specjalistycznych tzw. obiektywnych: rejestracji OAE, ABR, audiometrii impedancyjnej i subiektywnych: u dzieci młodszych audiometrii behawioralnej, u starszych – audiometrii tonalnej. Często powyższe badania słuchu uzupełniane są o obrazowe: rezonans magnetyczny czy tomografię komputerową, zwłaszcza przy występowaniu głębokiego niedosłuchu³⁰.

Dziecko zdiagnozowane przez lekarza specjalistę, podobnie jak w przypadku wykrycia niedosłuchu podczas skryningu, trafia następnie do protetyka słuchu, który dobiera aparat słuchowy. W przypadku gdy nie ma z niego tzw. zysku, czyli nie pomaga w prawidłowym słyszeniu i rozumieniu mowy, jest kierowane do leczenia operacyjnego wszczepem ślimakowym. Po zakończeniu tych procedur rozpoczyna się proces rehabilitacji. Systemowe wykrywanie wad powstałych na późniejszych etapach życia powinno być naturalną kontynuacją programu badań przesiewowych u noworodków.

²⁸ A. Sekuła, J. Jackowska, A. Hashimoto, J. Szyfter-Harris, A. Obrębowski, P. Świdziński, *Realizacja programu badań przesiewowych słuchu u noworodków w latach 2002–2007 w Klinice Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*, III Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Foniatrycznej i Sekcji Audiologicznej PTOChGiS, Poznań 8–10.05.2008 r.

²⁹ J. Dzyban, G. Greczka, M. Zych, *Kryteria przyłączenia do Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków*, „Uszko” 2016, 19, s. 13, http://www.sluch.ump.edu.pl/pdf/uszko/uszko_19_2016.pdf.

³⁰ M. D. Ellóy, A. H. Marshall, op. cit., s. 13.

Usługi towarzyszące programowi

Podstawą do uzyskania udogodnień i przywilejów (w szczególności świadczeń finansowych) związanych z byciem niepełnosprawnym słuchowo jest orzeczenie o niepełnosprawności. Uzyskuje się je na podstawie zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia na potrzeby zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, wyników badania słuchu oraz wniosku o jego wydanie³¹.

Materialna pomoc rodzinom dzieci z wadą słuchu obejmuje kilka obszarów. Głównym jest refundacja z pieniędzy publicznych urzędzeń wspomagających słyszenie: aparatów słuchowych, implantów, systemów FM oraz bezpłatna rehabilitacja.

Zakup tych pierwszych refunduje Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie orzeczenia lekarza specjalisty (laryngologa, audiologa, foniatry). Kwoty i częstotliwość możliwości uzyskania refundacji ustalają przepisy prawa. Osoby uczące się do 26. roku życia mogą ubiegać się ponadto o refundację kosztów zakupu aparatu słuchowego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Koszt dobrej klasy aparatu słuchowego wynosi od kilku do kilkunastu tysięcy złotych stąd jest to niewątpliwie duża pomoc dla rodziny dziecka niepełnosprawnego słuchowo. Wkładki uszne w okresie wzrostu dziecka są bezpłatne³².

Z kolei implanty ślimakowe refundowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia w pakiecie z zabiegiem operacyjnym wszczepienia procesora. Procedura ta pokrywana jest również ze środków publicznych w ramach umów zawartych z funduszem przez poszczególnych świadczeniodawców. Jest to bardzo duży wydatek dla systemu państwa.

W przypadku wad słuchu utrudniających lub ograniczających nabywanie umiejętności językowych i naukę szkolną refundowane są systemy FM, czyli urządzenia umożliwiające lepszy odbiór dźwięków w większych pomieszczeniach, w jednostkach takich jak szkoły, sale wykładowe, inne miejsca gdzie odbywają się publiczne wystąpienia³³.

Proces rehabilitacji odbywa się w poradniach specjalistycznych. Jej częstotliwość uzależniona jest od diagnozy i indywidualnych potrzeb dziecka i jego rodziny w ramach zapewnionych przez system opieki zdrowotnej zajęć. Zarządzenie Prezesa NFZ reguluje zasady udzielania świadczeń rehabilitacyjnych. Kontraktowane usługi obejmują między innymi wielospecjalistyczną poradę terapeutyczną (konsylium), diagnozę i terapię surdologopedyczną i logopedyczną, psychologiczną, surdopedagogiczną, trening słuchowy. W praktyce dzieciom i młodzieży przysługuje obecnie 120 osobodni na rok z możliwością przedłużenia tego okresu³⁴.

Wszystkie te procedury są dostępne dla dzieci niepełnosprawnych słuchowo. Niekiedy brakuje tylko systemowo dostarczonej informacji dla rodziców i opiekunów o możliwości ich wykorzystywania.

³¹ M. Olcoń-Kubicka, P. Kubicki, *Analiza kosztów ponoszonych przez rodziców dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością*, „Polityka Społeczna” 2012, 52–54.

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, Dz. U. 2013, poz. 1565.

³³ Ibidem.

³⁴ Zarządzenie Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza z załącznikami.

5. Korzyści ze skryningu słuchowego opisywane w literaturze światowej

Opieka państwa nad dziećmi niepełnoprawnymi opisywana jest szeroko w literaturze światowej. Opieka systemowa państwa nad dziećmi niedosłyszącymi omawiana jest najczęściej w kontekście korzyści i kosztów z wprowadzenia programów wczesnego wykrywania i opieki nad dziećmi i młodzieżą z wadą słuchu. W każdym z krajów, w którym działa skryning słuchowy inaczej wygląda system ubezpieczeń społecznych oraz finansowanie programów opieki i wczesnego wykrywania wad słuchu z funduszy państwowych. W każdym z nich nie brakuje też wad i niedociągnięć. Polski program oceniany jest obecnie na tym tle bardzo pozytywnie. Wdrożenie powszechnego programu wykrywania i leczenia wad słuchu u dzieci zapoczątkowało również wewnętrzne zmiany w spojrzeniu na możliwe oszczędności wynikające ze stworzenia lepszych warunków dla rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnych słuchowo niż „spychania ich” w sferę oddziaływania opieki społecznej, generując w ten sposób dalsze koszty dla systemu. Zmiany te cały czas się toczą.

W badaniach Limb i in. podkreśla się rolę korzyści finansowych dla społeczeństwa amerykańskiego z wczesnej interwencji i wykrywania wad słuchu. Autorzy zauważają, że wiele dzieci niedosłyszących nie otrzymuje protez słuchowych i związanych z nimi profesjonalnych usług z powodu limitów finansowych i różnorodnej struktury ubezpieczeń społecznych w stanach. 40% dzieci i młodzieży jest ubezpieczonych prywatnie, a ten rodzaj ubezpieczenia nie pokrywa refundacji protez słuchowych. Ponadto w kilku stanach występują limity refundacyjne ograniczające wydawanie państwowych pieniędzy. Rodzice płacą też wyższe stawki lekarzom za opiekę audiologiczną, ponieważ np. nie są w sieci preferowanych dostawców usług³⁵. Cheng i in. donoszą, że wdrażanie programów opieki nad dziećmi mającymi niedosłuch od urodzenia powoduje oszczędności netto dla społeczeństwa, zmniejszenie kosztów bezpośrednich opieki oraz wyższą jakość życia biorących udział w programie³⁶. Przeprowadzona przez Barton i in. analiza wczesnej opieki nad dzieckiem niesłyszącym w kontekście kosztów i użyteczności z perspektywy społecznej wskazuje również na słuszność koncepcji wczesnej opieki³⁷. Olusanya podkreśla ważność prewencji niedosłuchu oraz dostosowania warunków opieki do zapotrzebowania rodziców i dzieci niesłyszących również w krajach rozwijających się. Opisuje światowe tendencje do finansowania opieki nad dziećmi z tej grupy. Autor donosi, że pojawiające się dowody z bieżących programów pilotażowych w tych krajach wykazują skuteczność różnych modeli dostarczania usług w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego³⁸.

³⁵ S. J. Limb, M. A. Mc Manus, H. B. Fox, K. R. White, I. Forsman, *Ensuring financial access to hearing aids for infants and young children*, „Pediatrics” 2010, 126, supl. 1, s. 43–51.

³⁶ A. K. Cheng, H. R. Rubin, N. R. Powe, N. K. Mellon, H. W. Francis, J. K. Niparko, *Cost-Utility Analysis of the Cochlear Implant in Children*, „Journal of the American Medical Association” 2000, 284(7), s. 850–856.

³⁷ G. R. Barton, P. C. Stacey, H. M. Fortnum, A. Q. Summerfield, *Hearing impaired children in the United-Kingdom IV: cost – effectiveness of pediatric cochlear implantation*, „Ear & Hearing” 2006, 27 (5), s. 575–588.

³⁸ B. Olusanya, *Addressing the global neglect of childhood hearing impairment in developing countries*, 2007, DOI: 10.1371/journal.pmed.0040074, <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040074>, grudzień 2016.

Z kolei w badaniach brytyjskich Schroeder i in., przeprowadzona została dokładna analiza kosztów opieki nad dziećmi, które były objęte skryningiem słuchowym i tych, których on nie obejmował. Wzięto pod uwagę koszty socjalne, edukacyjne i bezpośrednie, np. dojazdu, specjalistycznej opieki oraz pośrednie np. produktywności³⁹. Ogólny koszt opieki najbardziej różnił się w grupach dzieci słyszących i tych z niedosłuchami głębokimi i umiarkowanymi.

Wnioski

Opieka systemowa jest wtedy skuteczna, kiedy wszystkie elementy systemu współdziałają ze sobą. Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu jest bardzo zbliżony do tego modelu. Wielu ekspertów wypowiada się na temat jego organizacji pozytywnie. Miarodajne są również jego efekty. Specyfika profilaktyki wtórnej jest taka, że dzięki działaniom w jej ramach można wdrożyć procedurę naprawczą, zanim dziecko pogłębi swoją wadę słuchu lub nie rozpocznie procesu socjalizacji. Rola programu jest nie do przecenienia, świadczą o tym liczby wcześniej zdiagnozowanych i rehabilitowanych dzieci. W tym kontekście profilaktyka wtórna w grupie noworodków wydaje się być nie tylko efektywna dla systemu, ale również dla niego pod kątem ekonomicznym korzystna⁴⁰. Nie byłoby to możliwe, gdyby nie działania ponadresortowe oparte na zwykłych dobrych ludzkich relacjach. Ogromną rolę odgrywa także profesjonalizm opieki. Działania kompleksowe i interdyscyplinarne mogłyby być wzbogacone o kontynuację programu w przypadku występowania niedosłuchu w starszych grupach wiekowych dzieci oraz o bardziej rozbudowane systemowe działania informacyjne związane z usługami towarzyszącymi.

Streszczenie

W artykule opisano podstawowe pojęcia, takie jak profilaktyka wtórna czy Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków, następnie przedstawiono statystyki jako uzasadnienie istnienia programu, a także wskazania medyczne dla wczesnej interwencji oraz korzyści z „zarządzania niedosłuchem na czas”. W kolejnych punktach opisano organizację programu opieki w ramach Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków i usług mu towarzyszących, a także przytoczono korzyści ze skryningu słuchowego opisane w wybranej literaturze światowej.

Słowa kluczowe: programy profilaktyki wtórnej, systemowa opieka nad dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością, Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków

³⁹ L. Schroeder, S. Petrou, C. Kennedy, D. Mc Cann, C. Law, P. M. Watkin, S. Worsfold, H. M. Yuen, *The economic costs of congenital bilateral permanent childhood hearing impairment*, „Pediatrics” 2006, 117, s. 1101–1112.

⁴⁰ Korzystność: różnica między cennością wyniku użytecznego i cennością kosztów, $W > K$ działanie korzystne $W = K$ działanie obojętne pod względem korzystności, $W < K$ działanie niekorzystne.

The role of secondary prevention programmes in shaping systemic care for children at risk of disability, on the example of the Universal Newborn Hearing Screening Programme

Summary

The article depicts key concepts, such as secondary prevention and the Universal Newborn Hearing Screening Programme, followed by statistical data to justify the existence of the programme. Medical indications for early intervention and the benefits of “managing hearing loss on time” have also been presented. The following sections describe the organisation of the care programme, as part of the Universal Neonatal Hearing Screening Programme and accompanying services, as well as the benefits of auditory screening described in selected world literature.

Key words: secondary prevention programs, systemic care for children at risk of disability, Universal Neonatal Hearing Screening Programme

Zdrowie jamy ustnej – wielopłaszczyznowe konstatacje autorów w odniesieniu do dzieci i młodzieży

Wstęp

Na temat zdrowia jamy ustnej wypowiada się wielu autorów, podając różne wskazówki i wytyczne, jak prawidłowo należy dbać o jej higienę. W pracy przedstawiono wybrane zagadnienia dotyczące wielu różnych aspektów odpowiadających za stan zdrowia jamy ustnej na podstawie reprezentatywnych prac autorów, obejmujących różne grupy populacyjne. Szczególną uwagę zwrócono na kwestie dotyczące prawidłowej higieny jamy ustnej, nawyków higienicznych, żywienia, zabiegów higienizacyjnych, edukacji zdrowotnej i profilaktyki, jak również roli państwa w działaniach profilaktycznych i leczeniu próchnicy. Prowadzone badania epidemiologiczne wskazują na bardzo duży odsetek występowania próchnicy u dzieci i młodzieży, na skutek przede wszystkim zaniedbań dotyczących zachowań prozdrowotnych.

Zdrowie jamy ustnej jest niezwykle szerokim pojęciem, w którym należy zwrócić uwagę na kilka aspektów jak: zdrowy styl życia, prawidłowe zabiegi higienizacyjne, odpowiednie odżywianie, systematyczne stomatologiczne wizyty profilaktyczno-lecznicze, edukacja i realizacja programów prozdrowotnych, ale również nadzór jednostek/osób odpowiedzialnych za ich realizację. W minionym roku 2016 podczas Kongresu FDI, który odbył się w Poznaniu, eksperci międzynarodowi przyjęli nową definicję zdrowia jamy ustnej w następującym brzmieniu cyt. „Zdrowia jamy ustnej nie ogranicza się do zdolności mówienia, uśmiechania się, wężania, smakowania, dotykania, żucia, przełykania i wyrażania poprzez mimikę różnych emocji, bez odczuwania bólu lub jakichkolwiek innych dolegliwości i chorób zespołu twarzoczaszki. To podstawowy składnik zdrowia i dobrostanu, tak fizycznego, jak i psychicznego człowieka. Odzwierciedla fizjologiczne, społeczne i psychologiczne właściwości, które wyznaczają jakość życia”².

Płytki nazębne

Zmieniające się na przestrzeni lat podejście oraz techniki i środki do pielęgnacji zarówno zębów, jak i jamy ustnej, modyfikowane są dzięki prowadzonym badaniom, które dostarczają niezbędnej wiedzy do podejmowania stosownych działań profilaktycznych w dobie rozwoju chorób cywilizacyjnych. Podkreślenia wymaga kwe-

¹ Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

² L. Krysiak, *Jak w zwierciadle*, „Gazeta Lekarska” 2016, 10, s. 11–14.

stia, iż niedopuszczenie do powstania płytki nazębnej skutecznie ogranicza powstanie drobnoustrojów powodujących różnego rodzaju choroby jamy ustnej. Płytkę nazębną (dental plaque) okreřlana równieŹ jako biofilm, stanowi złóg ściřle przylegający do twardych struktur powierzchni zębów. Płytkę bakteryjną, w której znaczącą część stanowią bakterie *Streptococcus mutans*, odpowiadające za powstanie i rozprzestrzenienie się w jamie ustnej choroby próchnicowej, w sytuacji współistnienia *Candida albicans* nasila choroby jamy ustnej, co szeroko zostało opisane przez Kim, Sengupta, Niepa i in.³ Płytkę jako spoiętą masę o białoŹółtawej barwie wykazującą zorganizowaną budowę (bakterie sę zatopione w bezpostaciowej substancji organicznej) można usunąć tylko mechanicznie. Brak naleŹytej higieny jamy ustnej jest jednym z powodów choroby próchnicowej, naleŹącej do chorób cywilizacyjnych i uznawanych przez niektórych autorów zagranicznych Szilagyi⁴ za chorobę zakaźną u dzieci. Zatem podejmowanie odpowiednich działań mających na celu utrzymanie jamy ustnej w naleŹyтым stanie higienicznym jest nieodzowne, szczególnie w trakcie uŹytkowania aparatów ortodontycznych zarówno zdejmowanych, jak i stałych, z uwagi na zwiększoną liczbę miejsc retencji płytki nazębnej⁵.

Weryfikacja wiedzy lekarzy zajmujących się dziećmi i ich rodzinami jest takŹe Źródłem danych, które pozwalają na modyfikację działań prozdrowotnych w odniesieniu do zdrowia jamy ustnej, na co wskazują badania Kaczmarek, Iwańczak, Pytrus i in.⁶ Autorzy ci wskazali, Źe lekarze pediatrzy pozyskują wiedzę z zakresu zdrowia jamy ustnej w oparciu o profesjonalne piřmiennictwo, kursy i dydaktykę przeddyplomową. Uważają oni ponadto, Źe mimo to powinni poszerzać swoją wiedzę w tym zakresie, dotyczyło to aŹ 92,5% ankietowanych lekarzy pediatrów. Lekarze ci uważają, Źe w 96,7% odgrywają znaczącą rolę w promocji zdrowia jamy ustnej u swoich pacjentów.

Profilaktyka fluorkowa

Profilaktyka fluorkowa jest zwięzana z higienizacją jamy ustnej, ma ona duŹe znaczenie. Fluor dostarczany jest do szkliwa zębów podczas oczyszczania uŹębienia, szczotkując odpowiednimi szczoteczkami i stosując pasty do zębów z fluorem⁷. Autorzy ci

³ D. Kim, A. Sengupta, T. H. Niepa, B. H. Lee, A. Weljie, V. S. Freitas-Blanco, R. M. Murata, K. J. Stebe, D. Lee, H. Koo, *Candida albicans* stimulates *Streptococcus mutans* microcolony development via cross-kingdom biofilm-derived metabolites, „Sci Rep” 2017, 30, 7, s. 41332.

⁴ P. D. Szilagyi, *Oral Heath in children: a pediatric Heath priority*, „Academic Pediatrics” 2009, 9, 6, s. 372–273.

⁵ J. Czaplińska, *Stan uŹębienia, przyŹebia i higieny jamy ustnej u dzieci i młodzieŹy leczonych aparatami stałymi* – Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2012.

⁶ U. Kaczmarek, B. Iwańczak, T. Pytrus, I. Grzeřiak-Gasek, *Postawa i wiedza pediatrów oraz lekarzy rodzinnych dotyczęce zagadnień zdrowia jamy ustnej pacjentów w wieku rozwojowym*, „Czas Stomatol” 2010, 63, s. 524–535.

⁷ B. Adamowicz-Klepalska, M. Borysewicz-Lewicka, A. Dobrzańska, T. Jackowska, *Current knowledge of individual fluoride prevention of dental caries in children and young adults. Panel of Independent Experts [Aktualny stan wiedzy na temat indywidualnej profilaktyki fluorkowej choroby próchnicowej u dzieci i młodzieŹy. Niezależny Panel Ekspertów]*, „J. Stomat” 2013, 66, 4, s. 428–453; D. Olczak-Kowalczyk, U. Kaczmarek, *Stanowisko polskich ekspertów dotyczęce indywidualnej*

podkreślają, że przeciwpróchnicowe, egzogenne oddziaływanie fluoru polega między innymi na: zmniejszeniu produkcji kwasów i odkładaniu płytki bakteryjnej na zębach, hamowaniu przemian metabolicznych węglowodanów w komórce bakteryjnej, czyli na ograniczaniu wpływu bakterii próchnicotwórczych, hamowaniu demineralizacji i wspomaganie remineralizacji twardych struktur zębów. Obecność niskich stężeń jonów fluorkowych <50 ppm w jamie ustnej umożliwia repozycję utraconych związków mineralnych, wyższe stężenia jonów fluorkowych >100 ppm, jako fluorek wapnia (CaF₂) stanowi rezerwuuar jonów fluorkowych. Pasty do zębów, płukanki, pianki, żele i lakiery zawierają różne stężenia związków fluoru. Mogą być one stosowane jako profilaktyka domowa lub profilaktyka profesjonalna. Warunkiem skuteczności i bezpieczeństwa profilaktyki fluorkowej jest indywidualny dobór metod i środków profilaktycznych między innymi w zależności od wieku dziecka i stopnia nasilenia próchnicy.

Usuwanie płytki nazębnej

W większości doniesień podkreślana jest konieczność stosowania prawidłowej techniki przy szczotkowaniu zębów, która pozwala na usunięcie większości osadów nazębnych, na co zwraca uwagę wielu autorów prowadzących badania, w tym zakresie, zarówno u dzieci, jak i młodzieży⁸. Autorzy ci analizowali u 106 licealistów w wieku 16–18 lat, wskaźniki kliniczne płytki nazębnej API (ang. Aproximal Plaque Index), w powiązaniu z wskaźnikiem krwawienia SBI (ang. Sulcus Bleeding Index) i liczbą PUW (ang. DMF – Decayed, Missing, Filled) istotny wskaźnik poziomu choroby próchnicowej, która ukazuje ubytki próchnicowe, utratę zębów i wypełnienia, a także przeprowadzili badanie ankietowe. Liczba PUW była wysoka, tylko 8 dziewcząt nie wykazywało żadnej wartości liczby PUW. Higiena jamy ustnej była zadowalająca, ponieważ nie uzyskano u żadnego badanego wskaźnika wysokiego powyżej 70%. Nie było istotności statystycznej między badanymi dziewczętami a chłopcami. 70% dzieci regularnie co pół roku odwiedza gabinet stomatologiczny, jednakże tylko u trzeciej części z nich przeprowadzono instruktaż higienizacyjny, wynikało z badania ankietowego.

Próchnica zębów

Monitorowanie próchnicy i zmniejszanie się jej nasilenia jest jedną z ocen poprawy stany zdrowia jamy ustnej. Badania tego typu są prowadzone systematycznie w różnych grupach wiekowych w tym u dzieci i młodzieży⁹. Wierzbicka, Strużycka, Szatko

profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży, 2015; J. Chłapowska, W. Krajewski, *Rola zachowań prozdrowotnych w przeciwdziałaniu chorobie próchnicowej zębów*, „Zdrowie jamy ustnej małego dziecka” 2016, 1, s. 30–38.

⁸ M. Pietrzak, A. Pieniążek, E. Bołtacz-Rzepakowska, *Ocena higieny jamy ustnej młodzieży licealnej*, „Probl Hig Epidemiol” 2014, 95 (3), s. 748–753.

⁹ M. Wierzbicka, I. Strużycka, F. Szatko, M. Ganowicz, *Zdrowie jamy ustnej w Polsce na przełomie pierwszej i drugiej dekady XXI wieku*, „Stomat. Współ” 2012, 19 (3), s. 8–16; I. Strużycka, M. Wierzbicka, E. Jodkowska, E. Rusyan, M. Ganowicz, K. Ziemięcka, *Wyniki Monitoringu Stanu*

i in.¹⁰, ocenie stanu zdrowia jamy ustnej poddali między innymi grupę dzieci w wielu 3, 5, 7 i 12 lat. W grupie 3-latków bardzo często choroba próchnicowa dotyczy już uzębienia mlecznego. Niedostateczna higiena jamy ustnej może spowodować także ciężką jej odmianę – próchnicę kwitnącą. Stwierdzono, że 42,8% dzieci nie posiadało próchnicy, odsetek ten był niższy na wsi niż w mieście. W grupie 5-latków, spośród 1819 badanych próchnica występowała u około 80% dzieci. Natomiast u około 20% nie stwierdzono próchnicy, odsetek był wyższy u dzieci miejskich niż wiejskich. Należy podkreślić, że brak próchnicy u dzieci w tej grupie był zróżnicowany w zależności od regionu, natomiast najniższe wartości wskaźnika – poniżej 15% osiągnięto na Podkarpaciu, w regionie zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i podlaskim, natomiast powyżej 25% – w kujawsko-pomorskim, śląskim i lubuskim. W grupie 7-latków, łącznie zbadano 1806 dzieci. Odsetek próchnicy stwierdzono u 90,5% badanych, odsetek ten był wyższy na wsi niż w mieście. Dzieci bez próchnicy stanowiły niespełna 10%. Zróżnicowanie co do występowania próchnicy u 12-latków było następujące, u 17% nie stwierdzono próchnicy, co do obszarów jej występowania wyższy był wśród dzieci miejskich niż wiejskich. Odsetek dzieci niedotkniętych tą chorobą mieści się w przedziale od 5 do 28% w zależności od województw. W przeważającej większości badanych dzieci nasilenie próchnicy było wysokie i częściej dotyczyło dzieci wiejskich. Strużycka, Wierzbicka, Jodkowska i in.¹¹, stwierdzili, że choroba próchnicowa u 18-latków nie występuje u małej liczby – 3,9% spośród dużej grupy badanych 1887 osób, a 96,1% młodzieży miało zęby objęte procesem próchnicowym, z czego większość z regionów wiejskich. Ponadto stwierdzili oni, że u tej młodzieży występuje choroba przyzębia w dość dużym odsetku, 31,1% wymagało instruktażu higieny, ponieważ stwierdzono zapalenie dziąseł, u 28,8% zarówno zapalenie dziąseł, jak i złoży kamienia nazębnego, zatem proces chorobowy wymagał interwencji stomatologicznej, u pozostałych 38% nie było oznak choroby przyzębia. Niepokojący jest fakt, że u 0,5% badanych wystąpiła zaawansowana choroba przyzębia wymagająca specjalistycznej terapii.

Nawyki żywieniowe

Innym ważnym czynnikiem mającym istotny wpływ na zdrowie jamy ustnej jest prawidłowe odżywianie, mające na celu przede wszystkim ograniczenie ilości spożywanego cukru, jak również stosowanie odpowiednich diet w sytuacjach tego wymagających. Wielu autorów stwierdziło, że dzieci i młodzież odżywiają się nieprawidłowo, na co składa się kilka czynników, między innymi spożywanie dużych ilości przetworzonych pokarmów bogatych w węglowodany i częste podjadanie między posiłkami. Problem ten dotyczy zarówno dzieci w każdym wieku bez wad zgryzu,

Zdrowia Jamy Ustnej populacji młodych dorosłych w Polsce w 2012 r., „Nowa Stomatol” 2013, 4, s. 195–199.

¹⁰ M. Wierzbicka, I. Strużycka, F. Szatko, M. Ganowicz, *Zdrowie jamy ustnej...*, op. cit.

¹¹ I. Strużycka, M. Wierzbicka, E. Jodkowska, E. Rusyan, M. Ganowicz, K. Ziemiecka, *Wyniki Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej populacji młodych dorosłych w Polsce w 2012 r.*, „Nowa Stomatol” 2013, 4, s. 195–199.

jak i leczonych ortodontycznie¹². Wysocka i Czyżewska¹³ poddały badaniom ankietowym populację 144 pacjentów w przedziale wiekowym od 13–18 lat, z czego 81 osób stanowiły dziewczęta, a 63 chłopcy, leczonych aparatami stałymi. Badanie ankietowe dostarczyło bardzo istotnych informacji w zakresie żywienia, zarówno przed, jak i podczas leczenia ortodontycznego. W grupie 56,9% młodzieży nie zmieniono nawyków żywieniowych w trakcie trwającego średnio ok. 2 lat leczenia ortodontycznego. Niewielkie zmiany nastąpiły u 20,84%, natomiast duże zmiany u około 7% badanych. Zarówno w trakcie trwającego leczenia ortodontycznego, jak i przed leczeniem nie zmieniła się częstotliwość spożywanego posiłków, i tak np.: śniadania (od 4 do 5 razy w tygodniu) spożywało około 75% młodzieży. Znaczący spadek w częstotliwości spożywania ilości śniadań – do 52,48% nastąpił w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych związanych z leczeniem. Zmianie ulegała również konsystencja spożywanego posiłków. Należy podkreślić, że odsetek procentowy dzieci i młodzieży spożywającej słodkie przekąski zarówno przed, jak i w trakcie leczenia był bardzo duży i wynosił odpowiednio 81,11%, 69,94%. Badania w grupie 125 pacjentów z rozszczepem wargi i podniebienia (dzieci i młodzież), w zakresie prawidłowego odżywiania w trakcie leczenia ortodontycznego przeprowadzili również Wysocka, Cudziło, Kawala i in.¹⁴ W trakcie leczenia 79 pacjentów, co stanowiło około 58% nie zmieniło sposobu żywienia, natomiast 32 osoby (24%) zmieniły je w umiarkowanym stopniu. Zmianie również uległa liczba spożywanego posiłków podczas leczenia ortodontycznego w sytuacji, gdy pacjenci odczuwali dolegliwości bólowe związane z leczeniem. Autorzy podkreślają, że istotnym w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej podczas leczenia ortodontycznego jest stosowanie zarówno właściwej diety, jej przestrzeganie, jak również stosowanie i częstotliwość stosowania odpowiednich środków do pielęgnacji jamy ustnej. Chłapowska¹⁵ zwraca uwagę na prawidłowe żywienie, jako element profilaktyki zdrowia jamy ustnej, nie tylko wśród różnych grup wiekowych ale przede wszystkim u kobiet w ciąży, ta faza profilaktyki jamy ustnej zwana jest preprofilaktyką, bowiem stan zdrowia jamy ustnej kobiety w ciąży istotnie wpływa na rozwój płodu i życie dziecka po jego urodzeniu, zwiększając jego odporność na próchnicę zębów. W okresie ciąży, u kobiet występuje wiele zmian hormonalnych, zachodzą również zmiany w ślinie, poprzez obniżenie jej pH – poniżej 7, jak również zwiększenia się w ślinie poziom mucyny, powodując jej większą lepkość i gęstość, co zwiększa działanie kariogenne, czyli sprzyjające powstaniu próchnicy. Stosowanie właściwej diety u kobiet w ciąży, jak również regularne przyjmowanie urozmaiconych posiłków (5 razy dziennie), bogatych między innymi w witaminy, produkty mleczne, zbożowe, warzywa i owoce, oraz picie wody mineralnej niegazowanej pozytywnie wpływa na

¹² M. Wysocka, K. Czyżewska, *Zachowania żywieniowe młodzieży leczonej ortodontycznie*, „Nowa Stomatol” 2013, 18, 2, s. 55–60; M. Wysocka, D. Cudziło, B. Kawala, P. Kopeczyński, *Eating habits of patients with cleft lip and palate treated with fixed appliances*, „Dev. Period Med” 2014, 18, 1, s. 93–101; J. Chłapowska, *Preprofilaktyka próchnicy zębów u kobiet w ciąży*, „Zdrowie jamy ustnej małego dziecka” 2016, 2, s. 42–52; J. Chłapowska, *Kształtowanie nawyków dietetycznych i higienicznych sprzyjających zdrowiu zębów*, „Zdrowie jamy ustnej małego dziecka” 2016, 2, s. 53–58.

¹³ M. Wysocka, K. Czyżewska, *Zachowania żywieniowe...*, op. cit.

¹⁴ M. Wysocka, D. Cudziło, B. Kawala, P. Kopeczyński, op. cit.

¹⁵ J. Chłapowska, *Preprofilaktyka próchnicy zębów u kobiet w ciąży*, w: *Zdrowie jamy ustnej małego dziecka*. 2, Warszawa 2016, s. 42–52.

rozwój dziecka. Zaleca się również, aby kobiety w ciąży nie unikały wizyt u stomatologa i systematycznie kontrolowały stan zdrowia jamy ustnej – przynajmniej dwa razy w okresie ciąży; w 3–4 miesiącu i w 8 miesiącu ciąży. Ważnym jest, aby pamiętać, że w pierwszym trymestrze nie należy wykonywać inwazyjnych zabiegów diagnostycznych bądź leczniczych. Zarówno w okresie ciąży, jak i zaraz po urodzeniu dziecka istotną rolę odgrywają działania edukacyjne i profilaktyczne, bowiem przestrzeganie istotnych nawyków zdrowotnych kształtuje podatność dziecka na występowanie czynników zaburzających stan zdrowia jamy ustnej. Zapewnienie kobiecie w ciąży niezbędnych potrzeb, jak również odpowiednich warunków fizycznych, psychicznych ma istotne znaczenie na rozwój dziecka. Ukierunkowane działania aparatu państwowego, jak również samorządów lokalnych odgrywają istotną rolę we wczesnej edukacji zdrowotnej małego dziecka. Tak więc te kwestie stały się priorytetowym zadaniem, na które zwróciła uwagę Światowa Organizacja Zdrowia, opracowując kompleksową strategię w zakresie promocji zdrowia i zdrowego stylu życia na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży. Jak już nadmieniono, że od 2017 roku wprowadzone zostały przez FDI odpowiednie instrumenty pomiarowe jednolite dla wszystkich krajów członkowskich, co pozwoli na analizy porównawcze między populacjami różnych krajów¹⁶.

Programy polityki zdrowotnej państwa i edukacja personelu

Inną składową zdrowia jamy ustnej jest analiza programów prozdrowotnych i ocena wiedzy personelu medycznego. Badania, których celem była ocena skuteczności realizowanych w 2012 roku programów profilaktycznych w zakresie zapobiegania chorobom próchnicy w 3 grupach wiekowych – 6, 12, 18 lat, które łącznie stanowiły 5723 dzieci, prowadzali Jodkowska, Wierzbicka, Strużycka i in.¹⁷. Odsetek 6-, 12- i 18-latków w tym zbiorze badanych stanowił odpowiednio: 34,4, 32,6 i 32,9%. W zależności od miejsca zamieszkania liczniejszą grupę reprezentowały dzieci z miast. Stwierdzono, że programem objęto przede wszystkim grupę 6- i 12-latków, natomiast młodzież 18-letnia nie została objęta programem. Zróżnicowanie procentowe, co do udziału dzieci w programie dotyczyło również poszczególnych województw¹⁸.

Program rządowy Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016–2020 przygotowany w oparciu o art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹ jest kontynuacją programu Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej, realizowanego od 1997 roku.

Cel główny badań stanowi m.in. ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci oraz osób dorosłych, jak również badaniu zostaną poddane zjawiska społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe warunkujące stwierdzony w ww. badaniach stomatologiczny stan zdrowia. Program ma również na celu określenie stanu zdrowia

¹⁶ A. Lella, *FDI Poznań 2016*, „Gazeta Lekarska” 2016, 10, 15.

¹⁷ E. Jodkowska, M. Wierzbicka, I. Strużycka, E. Rusyan, *Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce dzieci 6, 12 i 18 lat w roku 2012*, „Przegl. Epidemiol.” 2014, 68, s. 133–137.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Dz. U. 2015, poz. 581.

jamy ustnej i jakości życia w różnych grupach wiekowych. Ocenie poddane zostaną również występowanie próchnicy u dzieci i młodzieży oraz chorób przyzębia u dorosłych, jak również określone zostaną potrzeby profilaktyczno-lecznicze, edukacyjne i dostępność do opieki stomatologicznej. Głównym zadaniem jest przede wszystkim wskazanie strategii działań profilaktyczno-edukacyjnych, mających na celu poprawę stanu zdrowia ludności. Program zakłada przebadanie poszczególnych populacji wiekowych, począwszy od 2016 roku – badaniem zostaną nim objęte dzieci w wieku 5, 7 i 12 lat. W roku 2017 – grupy 3- i 18-latków oraz dorośli w wieku 35–44. Kolejno w 2018 i 2019 roku – odpowiednio 6-, 10-, 15-latkowie oraz dzieci w wieku 7 i 12 lat i osoby dorosłe w wieku 65–74 lata. W ostatnim roku programu – 2020 zbadana zostanie populacja 3-, 5- i 18-latków.

Według wytycznych WHO badania prowadzone są w odstępie 2 lat, młodzież dorastająca i kończąca naukę w liceach odpowiednio co 3 i 5 lat. Powyższe wynika z uwarunkowań występowania próchnicy, pod kątem jej dynamiki rozwoju. Natomiast dorośli będą badani co 5–8 lat. W każdej grupie wiekowej zakłada się przebadanie średnio 2000 osób. Środki na finansowanie badań pochodzą z budżetu państwa i rozkładają się na poszczególne lata, począwszy od 2016 do 2020, po 600 000 zł na każdy rok. W zależności od potrzeb działania w zakresie poprawy stanu zdrowia i jakości podejmowane są przez samorządy lokalne w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Programy z zakresu działań profilaktycznych z zakresu próchnicy podejmowane były między innymi przez Miasto Poznań w latach 2003–2008, 2004–2005, oraz w 2009 – gdzie programem z zakresu profilaktyki próchnicy objęto dzieci szkół podstawowych (klasy I–IV) i na ten cel przeznaczono 132 500 PLN²⁰. Zgodnie z informacjami podanymi przez Tomaszewskiego i Matthews-Brzozowską²¹ mały w ostatnich latach środki przeznaczane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia stomatologiczne z 2,9% w 2012 roku do poniżej 2,6% w 2015 roku, nieznacznie sytuacja poprawiła się w 2016 roku odnotowano wzrost do 2,6%.

Należy podkreślić, że ogromną rolę w działaniach profilaktycznych niewątpliwie odgrywają skoordynowane przez państwo działania oraz odpowiedzialne za te kwestie instytucje, dostarczające niezbędnej wiedzy o stanie epidemiologicznym, tak aby skutecznie ukierunkować działania profilaktyczne oparte na szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej, która dotyczy zarówno dzieci, rodziców/opiekunów prawnych, jak również odpowiednio przygotowanej do tego kadry medycznej, co podkreśla Krajewski²². Bardzo ważnym elementem w działalności edukacyjnej jest przede wszystkim duże zaangażowanie całego personelu medycznego zarówno lekarza stomatologa, higienistki, posiadającej szerokie kompetencje, asystentki, a także rejestratorek, będących osobami, które pełnią niezmiernie ważną rolę w pierwszym kontakcie pacjenta z placówką. Jego rola jest niezmiernie ważna, dlatego też osoby te wymagają odpowiedniego przygotowania i posiadania odpowiednich kwalifikacji. Wszelkie informacje powinny być przekazane w sposób zrozumiały dla pacjen-

²⁰ K. Gerreth, *Programy rządowe*, „Zdrowie jamy ustnej małego dziecka” 2016, 3, s. 86–90.

²¹ M. Tomaszewski, T. Matthews-Brzozowska, *Sytuacja ekonomiczna na rynku stomatologicznym*, „TPS – Twój Prz Stom” 2016, 7–8, s. 82–85.

²² W. Krajewski, *Udział personelu medycznego w edukacji stomatologicznej*, w: *Zdrowie jamy ustnej małego dziecka*. 2, s. 76–84.

ta, z poszanowaniem wszelkich jego praw. Dlatego też personel medyczny powinien posiadać nie tylko merytoryczną wiedzę, ale także umiejętności socjo-psychologiczne. Krajewski²³ w działaniach edukacyjno-profilaktycznych podkreśla odgrywanie bardzo ważnej roli nie tylko przez personel stomatologiczny, ale również przez specjalistów wielu innych dziedzin. Do nich zaliczają się przede wszystkim ginekolog-dzy, którzy na etapie ciąży kobiety powinni prowadzić edukację zdrowotną, lekarze pediatrzy, z którymi zaraz po urodzeniu dziecka kontaktują się rodzice.

W procesie edukacyjno-profilaktycznym ważną rolę odgrywają również zarówno pielęgniarki, położne środowiskowe oraz lekarze rodzinni. W niektórych krajach pojawiła się bardzo wąska dziedzina kształcenia osób w zakresie terapeutów dentystrycznych, których zadaniem jest przede wszystkim edukacja w zakresie profilaktyki przeciw próchnicowej i właściwej higieny jamy ustnej²⁴. Koniecznym jest także prowadzenie stałego monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej, jak również dokonywanie okresowych ocen, celem wprowadzania stosownych zmian w programach profilaktycznych.

Podsumowanie

Zdrowie jamy ustnej stanowi integralną część zdrowia człowieka oraz fizycznego i psychicznego dobrostanu. Działania w zakresie szeroko pojętej edukacji i profilaktyki zdrowia jamy ustnej wymagają zaangażowania wykwalifikowanej kadry specjalistów. Podnoszenie świadomości społeczeństwa wymaga prowadzenia stałego monitoringu epidemiologicznego i szybkiego reagowania w sytuacjach tego wymagających. Udział specjalistów w edukacji na każdym etapie życia dziecka/człowieka jest niezmiernie ważny dla jego poczucia bezpieczeństwa i jakości życia. Działania w zakresie edukacji wymagają bezpośredniego nadzoru zarówno państwa, jak i innych jednostek odpowiedzialnych za te zadania. Należy jednak podkreślić, aby szeroko pojęta edukacja pozwoliła osobom na podejmowanie szybkich, właściwych decyzji w zakresie swojego stanu zdrowia, powinna ona być właściwie prowadzona, gdyż nie zwalnia obywatela z dbałości o swoje zdrowie. Zadaniem państwa jest niewątpliwie umożliwienie łatwego dostępu i danie możliwości skorzystania z pomocy fachowej i właściwie przygotowanej do tej roli kadry medycznej, jak również prowadzenia stałego monitoringu w zakresie badań epidemiologicznych i socjomedycznych.

Streszczenie

Na temat zdrowia jamy ustnej wypowiada się wielu autorów, podając różne wskazówki i wytyczne, jak prawidłowo należy dbać o jej higienę. W pracy przedstawiono wybrane zagadnienia dotyczące wielu różnych aspektów odpowiadających za stan zdrowia jamy ustnej na podstawie reprezentatywnych prac autorów, obejmujących różne grupy populacyjne. Szczególną uwagę

²³ W. Krajewski, *Udział personelu medycznego w edukacji stomatologicznej*, „Zdrowie jamy ustnej małego dziecka” 2016, 2, s. 76–84.

²⁴ A. Stodolak, A. Fuglewicz, *Zapobieganie próchnicy zębów u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2014, 20 (1), s. 76–81.

zwrócono na kwestie dotyczące prawidłowej higieny jamy ustnej, nawyków higienicznych, żywienia, zabiegów higienizacyjnych, edukację zdrowotną i profilaktykę, jak również rolę państwa w działaniach profilaktycznych i leczeniu próchnicy. Prowadzone badania epidemiologiczne wskazują na bardzo duży odsetek występowania próchnicy u dzieci i młodzieży, na skutek przede wszystkim zaniedbań dotyczących zachowań prozdrowotnych.

Słowa kluczowe: zdrowie jamy ustnej, zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży

Oral health – multifaceted observations of the authors in relation to children and adolescents

Summary

A number of authors offer statements on oral health, giving various indications and guidelines on how to properly care for oral cavity's hygiene. The paper presents selected issues concerning numerous different aspects responsible for oral health, based on representative works of the authors, covering diverse populational groups. Particular attention was paid to issues related to proper oral hygiene, hygiene habits, nutrition, hygiene procedures, health education and prophylaxis, as well as to the role of the State in preventive activities and in treatment of caries. Current epidemiological studies indicate a very high percentage of the latter disease in children and adolescents, chiefly due to negligence regarding healthy behaviour.

Key words: oral health, oral health of children and adolescents

Promocja zdrowia w szkole

1. Wstęp

Zdrowie i promocja zdrowotna są starannie ze sobą połączone. To właśnie między innymi od jakości i nasilenia działań promocyjnych na rzecz zdrowia zależy, jak wyglądają statystyki zdrowotne polskiego społeczeństwa na tle innych krajów Unii Europejskiej. Opieka medyczna, choć niezwykle pomocna w rozpowszechnianiu działań na rzecz zdrowia, nie ma tutaj zasadniczego znaczenia, bo promocja zdrowia to przede wszystkim przedsięwzięcie polityczne i społeczne, wymagające zaangażowania się wielu jednostek i grup ludzi. Aktualna polemika na temat promocji zdrowia dotyczy obszarów, jakimi powinna się zajmować oraz metod jakimi ma się posługiwać promocja.

Szkoła jest jednym z najważniejszych środowisk codziennego życia, w którym jak najbardziej powinno się inwestować w zdrowie uczniów, późniejszych pracowników. Jest ona także środowiskiem, w którym mogą pojawiać się zagrożenia dla zdrowia. Jednakże, pomimo wielu prób podejmowanych przez znawców tematu² promocja zdrowia nie jest przedmiotem szkolnym, jest tylko w podstawie programowej jako obowiązkowa ścieżka między-przedmiotowa, często nie jest traktowana poważnie przez kadrę pedagogiczną, bywa tak również, że nauczycielom brak wiedzy na jej temat.

Należy podkreślić, że od bardzo dawna zachodzi konieczność propagowania działań z zakresu promocji zdrowotnej właśnie w szkołach, a to przede wszystkim dlatego, że właściwe nawyki i postawy najłatwiej można wykształcić u ludzi młodych, przy czym trzeba zaznaczyć, że w Polsce liczba zachorowań na choroby zależne od stylu życia wykazuje ciągle tendencję wzrostową. Dobre zdrowie to nie slogan, to jeden z fundamentalnych warunków osiągnięć szkolnych. Jego brak może doprowadzić nie tylko do poważnych schorzeń chorobowych, może przyczynić się do zaburzeń rozwoju psychicznego dziecka oraz do znacznego zmniejszenia poczucia własnej wartości. To w trosce o nasze dzieci, o przyszłe pokolenia, należy otworzyć się na promocję zdrowia w szkole.

Dla wszystkich, którzy w mniejszym lub w większym zakresie odpowiadają za promocję zdrowia w szkole doskonałym napędem do działań niech będą słowa Hiroshi Nakajimy, Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia: „Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szansę na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w których żyją”³.

¹ Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

² B. Woynarowska, *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.

³ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

2. Pojęcia, cele i całościowe podejście do promocji zdrowia w szkole

Promocję zdrowia można rozumieć jako:

A. Proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem i jego poprawę⁴.

B. Jednolity proces działań zmierzających do poprawy i utrzymania ludzkiego zdrowia, który składa się z trzech ściśle związanych ze sobą elementów, tj. edukacji zdrowotnej, zapobieganiu chorobom i ochrony zdrowia, a wyrażany jest przede wszystkim poprzez lokalną politykę zdrowotną⁵.

C. Jednolity proces działań zmierzających do poprawy i utrzymania ludzkiego zdrowia, który składa się z trzech ściśle związanych ze sobą elementów, tj. edukacji zdrowotnej, zapobieganiu chorobom i ochrony zdrowia, a wyrażany jest przede wszystkim poprzez lokalną politykę zdrowotną⁶.

D. Połączenie edukacji zdrowotnej i prozdrowotnej polityki publicznej⁷.

E. Połączenie działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia – środowiskowego, społecznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego – sprzyjających zdrowiu⁸.

F. Całokształt działań na rzecz umacniania zdrowia jednostek i społeczności. Zgodnie z definicją WHO (1998) jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi ich zdrowie w celu jego wzmocnienia.

Pierwsza z przytoczonych definicji – uznana na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w Kanadzie w 1986 roku – jest najczęściej cytowana w literaturze przedmiotu.

Promocja zdrowia jest nastawiona na systemy społeczne (jest nim również szkoła) i zachęcanie w nich ludzi, żeby razem organizowali działania mające na celu: zmiany stylu życia w kierunku prozdrowotnym ludzi (jednostek) oraz tworzenie sprzyjającego zdrowiu środowiska fizycznego i społecznego w miejscu ich życia, pracy, nauki, wypoczynku. Działania w promocji zdrowia skupiają się na zdrowiu (nie na chorobach) i zwiększaniu jego potencjału. Poprzez ogół działań prozdrowotnych następuje poprawa jakości życia w różnych jego obszarach. Specyficzne

⁴ P. Majewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – przedmiot, cele, zadania. Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*, Kraków 2011, s. 121–135.

⁵ J. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2007.

⁶ Ibidem.

⁷ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

⁸ Ibidem.

dla promocji zdrowia podejścia to: podejście siedliskowe, od ludzi do problemu, uczestnictwo ludzi. Obiektem jej oddziaływania są czynniki wpływające na umocnienie zdrowia rozumianego pozytywnie, jako potencjał fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości człowieka.

Głównymi dokumentami określającymi cele i zadania promocji zdrowia na szeroką skalę jest Karta Ottawska i 38 założeń wspierających strategię programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000”. Na tej podstawie powstało kilka projektów Światowej Organizacji Zdrowia, które są realizowane w środowiskach lokalnych, na przykład właśnie „Zdrowa szkoła”, który działa od początku lat 90-tych.

Ważne cele promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży to:

- **zwiększenie aktywności ruchowej** – oprócz zajęć z wychowania fizycznego wprowadzić dodatkowe zajęcia ruchowe oraz gimnastykę korekcyjną. Upowszechnić wszelakie formy turystyki: pieszą, rowerową, kajakową itp.;
- **wdrażanie zasad higieny osobistej** – oprócz mycia rąk, zębów, całego ciała, utrzymywać porządek w swoim najbliższym otoczeniu (pokój, dom, klasa), jak i dalszym (podwórko, ulica, park, las, jezioro);
- **nauka racjonalnego żywienia** – zwrócić specjalną uwagę na jakość pożywienia (świeże owoce, warzywa, ciemne pieczywo, nabiał, mikroelementy, unikać słodyczy (próchnica, otyłość);
- **profilaktyka uzależnień** – oprócz odpowiednich pogadarek, filmów, dawać dobry przykład (niepalący nauczyciele i rodzice), pomoc w ustaleniu hierarchii wartości życiowych;
- **edukacja seksualna** – dostarczyć wiedzę wyjściową na temat biologii, potrzeb psychicznych i fizycznych człowieka, wpoić poczucie odpowiedzialności, przekazać wiedzę, najlepiej praktyczną, na temat HIV/AIDS, którą młodzi ludzie włączają w swój system przekonań;
- **edukacja ekologiczno-środowiskowa** – kształtować świadomość ekologiczną, przekazać wiedzę o środowisku przyrodniczym, wytłumaczyć złożoność zjawisk i zadbać o relację człowiek–przyroda.

Całościowe podejście do promocji zdrowia w szkole:

- zdrowie uwzględnione jest w polityce i koncepcji szkoły;
- środowisko społeczne i fizyczne szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników;
- rozwijanie umiejętności dbałości o zdrowie i kompetencji do działania uczniów i pracowników;
- tworzenie związków społecznych;
- współpraca z pracownikami medycznymi.

3. Szkoła Promująca Zdrowie

Szkoła to miejsce, w którym żyje, uczy się i pracuje społeczność szkolna – uczniowie i pracownicy, to doskonałe siedlisko do rozwoju działań prozdrowotnych. Sprzyjające warunki panujące właśnie w szkole zapoczątkowały rozwój w Europie programu „Szkoła Promująca Zdrowie” (SPZ).

Definicja Szkoły Promującej Zdrowie:

Szkoła Promująca Zdrowie to szkoła, w której cała społeczność szkolna (uczniowie i pracownicy), rodzice uczniów i społeczność lokalna tworzy wspólnie środowisko społeczne i fizyczne przyjazne zdrowiu i dobremu samopoczuciu oraz wspiera rozwój kompetencji uczniów i pracowników w zakresie dbałości o zdrowie swoje i innych przez całe życie.

Według Williamsa, jednego z twórców koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie, szkołę taką charakteryzują trzy ważne cechy:

- edukacja prozdrowotna w ramach programu nauczania;
- uwzględnienie zdrowia w życiu szkoły (tzn. etos zdrowia), troska o dobre samopoczucie uczniów i pracowników;
- współdziałanie szkoły z rodziną i społecznością lokalną.

W Europie wytyczne dotyczące Szkoły Promującej Zdrowie przedstawiano po raz pierwszy w 1989 roku, w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization – WHO*) „Zdrowa szkoła”⁹, później, w latach 1992–1995 analizowano potencjał szkoły w projekcie realizowanym w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech.

W Polsce rozwój inicjatywy Szkoły Promującej Zdrowie był uzależniony od koncepcji europejskiej, jednakże miał na względzie uwarunkowania i różnice obowiązujące w naszym kraju (m.in. dotyczące systemu szkolnictwa, czynniki społeczno-kulturowe, sytuację ekonomiczną)¹⁰. Nasz kraj był jednym z pierwszych czterech krajów realizujących ww. projekt i jednym z pierwszych siedmiu krajów przyjętych do Europejskiej Sieci Szkoły Promującej Zdrowie (*European Network of Health Promoting Schools – ENHPS*), powołanych w 1992 roku przez WHO, Radę Europy i Komisję Europejską. Już w tym samym roku powstała również pierwsza Wojewódzka Sieć Szkoły Promującej Zdrowie (w województwie ciechanowskim), a w 2006 roku, do Sieci Szkoły Promującej Zdrowie należało około 3300 szkół i przedszkoli rozmieszczonych we wszystkich województwach.

Wyróżnikiem postępowania w zakresie promocji zdrowia jest m.in. tworzenie sieci (ang. *networks*) na różnym poziomie (np. europejskim, krajowym, wojewódzkim, rejonowym). Jest to proces integrujący jednostki, grupy, organizacje i agencje zainteresowane sprawami zdrowia.

Celem sieci jest wymiana informacji i doświadczeń oraz podejmowanie wspólnych zadań w ochronie i promocji zdrowia. Sieć to struktura organizacyjna, która stanowi specjalny system wsparcia, zwiększa dojsście do informacji, wymiany doświadczeń. Nie ma w niej hierarchii, członu kierowniczego i podporządkowania, wygrywają więzy informacyjne i więzy współpracy¹¹. Priorytetowe sprawy to: komunikowanie się między członkami sieci, otwarty, niesformalizowany charakter, pokazywanie zysku dla sieci i ludzi w sieciach.

⁹ I. Young, T. Williams, *Zdrowa szkoła* (wersja polska), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1990.

¹⁰ B. Woynarowska, M. Woynarowska-Soldan, *Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce. Rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015*, „Pedagogika Społeczna” 2015, nr 3, s. 163–184.

¹¹ D. Elsner, *Doskonalenie kierowania placówką oświatową. Wokół nowych pojęć i znaczeń*, Wydawnictwo Mentor, Chorzów 1999, s. 116–118.

Standardy Szkoły Promującej Zdrowie:

- plan pracy szkoły, jej struktura i organizacja sprzyjają udziałowi wspólnoty szkolnej w wykonaniu działań w zakresie promocji zdrowia oraz skuteczności i długodystansowości tych działań;
- nastrój społeczny szkoły sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz rodziców uczniów;
- szkoła realizuje edukację zdrowotną i program profilaktyki dla uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz dąży do poprawy efektywności działań w tym zakresie;
- uwarunkowania oraz organizacja nauki i pracy sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu uczniów, nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz współpracy z rodzicami.

Program Szkoły Promującej Zdrowie to najdłużej trwające i nadal rozwijające się w Europie i na innych kontynentach skoordynowane, kompleksowe, długofalowe i dobrowolne działania na rzecz zdrowia w szkole. Europejska Sieć Szkoły Promującej Zdrowie w 2007 roku przekształciła się w Sieć Szkoły dla Zdrowia w Europie (*School for Health in Europe* – SHE)¹². Do sieci tej przynależą obecnie 45 krajów.

W Sieci Szkoły dla Zdrowia w Europie przyjęto, że:

Promocja zdrowia w szkole to wszelkie działania podejmowane w celu ochrony i poprawy zdrowia wszystkich członków społeczności szkolnej. Istotą jest całościowe podejście do promocji zdrowia w szkole (ang. *whole school approach to health promotion*), które jest znacznie szersze niż realizacja programów edukacyjnych dotyczących różnych aspektów zdrowia.

Kluczowe wartości Szkoły Promującej Zdrowie:

- **równość** – szkoła stara się zapewnić wszystkim równy dostęp do edukacji i zdrowia, co może w dłuższym czasie rzutować na zmniejszenie nierówności w zdrowiu oraz na jakość i sposobność uczenia się przez całe życie;
- **ciągłość i kontynuacja działań** – w szkole rezultaty edukacyjne i zdrowotne można uzyskać dopiero po co najmniej 5–7 latach;
- **włączanie** – szkoła jest społecznością uczącą się, w której każdy czuje się obdarzany zaufaniem i jest szanowany, dobre są kontakty między uczniami, nauczycielami i nauczycielami oraz szkołą, rodzicami i społecznością lokalną;
- **upodmiotowienie i rozwijanie kompetencji do działania** – szkoła ułatwia uczniom i pracownikom czynny udział w ustalaniu celów i działaniach dla ich osiągnięcia;
- **demokracja** – działania szkoły są oparte na wartościach demokratycznych, przestrzegane są w praktyce zasady respektowania praw i brania odpowiedzialności.

Należy zauważyć, że młodzi ludzie, którym stworzy się prawidłowe warunki do rozwoju, będą chętniej i więcej uczyć się, przez co staną się ludźmi wykształconymi. Z kolei im wyższy jest poziom wykształcenia społeczeństwa, tym niższe są wskaźniki

¹² M. Woynarowska-Sołdan, *Szkoła promująca zdrowie w Europie w świetle dokumentów czterech europejskich konferencji*, „Kwartalnik Pedagogiczny” Warszawa 2015, nr 1, s. 97–111.

umieralności i zachorowalności, niższa obecność chorób przewlekłych i postępowań ryzykownych (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe żywienie itd.), dłuższa egzystencja i lepsza jakość życia. Określa się, że mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym będą żyli o około 12 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem zawodowym lub niższym, w przypadku kobiet różnica ta wynosi około 5 lat¹³.

4. Promocja w szkole w uregulowaniach prawnych

Do podstawowych aktów prawnych, które mogą mieć zastosowanie w przypadku sytuacji kryzysowych w szkole należą:

- Ustawa z dnia 26 października, 1982 r. *o postępowaniu w sprawach nieletnich*, Dz. U. 2002, Nr 11, poz. 109 z późn. zm.;
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. *Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, Dz. U. 1964, Nr 9, poz. 59 z późn. zm.;
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny*, Dz. U. 1997, Nr 88, poz. 553 z późn. zm.;
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks postępowania karnego*, Dz. U. 1997, Nr 89, poz. 555 z późn. zm.

Inne przepisy szczególne stanowiące podstawę działań profilaktycznych i interwencyjnych:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. *o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, Dz. U. 2007, Nr 70, poz. 473 z późn. zm.;
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. *o przeciwdziałaniu narkomanii*, Dz. U. 2005, Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.;
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. *o systemie oświaty*, Dz. U. 2004, Nr 256, poz. 2572 z późn. zm.;
- Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. *o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych*, Dz. U. 1996, Nr 10, poz. 55 z późn. zm.;
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 lutego 2000 r. *Polska Deklaracja w Sprawie Młodzieży i Alkoholu*, Monitor Polski Nr 6, poz. 125;
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. *w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem*, Dz. U. 2003, Nr 26, poz. 226;
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 7 stycznia 2003 r. *w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach*, Dz. U. 2003, Nr 11, poz. 114;
- Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. *o Policji*, Dz. U. 2007, Nr 43, poz. 277 z późn. zm.;
- Zarządzenie Nr 590/03 Komendanta Głównego Policji z dnia 25 października 2003 r. *w sprawie metod i form wykonywania zadań przez policjantów w zakresie przeciwdziałania demoralizacji i przestępczości nieletnich*, Dz. Urz. KGP Nr 20, poz. 107 z późn. zm.;

¹³ B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 października 2009 r. w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz. U. Nr 168, poz. 1324, z późn. zm.;
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz. U. poz. 977, z późn. zm.;
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016, Dz. U. Nr 78, poz. 428;
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz. U. poz. 532.

W Polsce podstawą do rozwoju i wspierania Szkoły Promującej Zdrowie jest Porozumienie z dnia 23 listopada 2009 r. o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej a Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 zwrócono uwagę na potrzebę upowszechniania programu Szkoła Promująca Zdrowie.

5. Wybrane działania prozdrowotne polskiej szkoły

5.1. Prowadzenie w środowisku szkoły edukacji prozdrowotnej, promocji zdrowia psychicznego i zdrowego stylu życia wśród młodzieży, rodziców i nauczycieli

Działania w tym zakresie prowadzone są w ramach realizacji:

- szkolnych programów wychowawczych;
- programów profilaktyki;
- zajęć edukacyjnych – zgodnie z obowiązującą podstawą programową;
- konkursów z zakresu edukacji prozdrowotnej;
- współpracy z pielęgniarką szkolną, stacją sanitarno-epidemiologiczną;
- godzin z wychowawcą;
- imprez sportowych i rekreacyjnych;
- akcji informacyjnych w ramach realizacji programów profilaktycznych;
- zebrań z rodzicami;
- spotkań indywidualnych i grupowych z pedagogiem i psychologiem szkolnym oraz pielęgniarką szkolną;
- spotkań ze specjalistami/praktykami w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- wewnątrzszkolnego doskonalenia nauczycieli;
- itp.

5.2. Działalność informacyjna

Działalność informacyjna obejmuje upowszechnianie wśród młodzieży, rodziców i nauczycieli wiedzy na temat:

- szkodliwości środków lub substancji, których używanie łączy się zagrożeniem bezpieczeństwa i zdrowia oraz może prowadzić do uzależnień;
 - dostępnych form pomocy młodzieży zagrożonej uzależnieniem;
 - możliwości rozwiązywania problemów powodujących powstawanie uzależnień;
 - skutków prawnych związanych z naruszeniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - itp.
- Upowszechnianie wiedzy następuje poprzez:
- realizowanie konkursów i akcji profilaktycznych na terenie szkoły;
 - motywowanie uczniów do udziału w pozaszkolnych imprezach, akcjach i konkursach o tematyce profilaktycznej;
 - opracowywanie gazetek o tematyce profilaktycznej;
 - wykorzystanie filmów o tematyce profilaktycznej;
 - rozmowy indywidualne i grupowe z uczniami mające na celu przekazywanie informacji na temat zagrożeń związanych ze środkami psychoaktywnymi;
 - przeprowadzanie zajęć o tematyce profilaktycznej przez przedstawicieli policji i straży miejskiej;
 - edukację rodziców;
 - opracowywanie i udostępnianie materiałów informacyjnych dotyczących zagadnień profilaktycznych dla uczniów, rodziców i nauczycieli;
 - edukację nauczycieli – przekazywanie informacji na temat szkoleń i warsztatów oraz zapraszanie specjalistów na szkolenia rady pedagogicznej.

5.3. Zadania pracowników szkoły w zakresie pomocy młodzieży zagrożonej uzależnieniem

W trosce o prawidłowy rozwój młodzieży na terenie każdej szkoły podejmowane są różnorodne działania wychowawcze, zapobiegawcze, prozdrowotne oraz interwencyjne w związku z uzależnieniami oraz innymi sytuacjami zagrożenia. Prowadzone działania dotyczą przede wszystkim profilaktyki pierwszorzędowej oraz elementów profilaktyki drugorzędowej.

Składają się na nie działania:

- w ramach współpracy z rodzicami w szkole organizowane są: klasowe zebrania (tzw. wywiadówki, dni otwarte szkoły), konsultacje indywidualne z nauczycielem, wychowawcą, edukacja rodziców, spotkania indywidualne i grupowe z rodzicami prowadzone przez pedagogów i psychologa, bieżąca współpraca – kontakt telefoniczny, korespondencja, wspieranie rodziców w sytuacjach trudnych wychowawczo, pomoc w podejmowaniu działań mających na celu zapobieganie zagrożeniom, wykorzystywanie elektronicznego dziennika lekcyjnego itp.;
- współpraca z rodzicami/opiekunami prawnymi wychowanków przyjmuje następujące formy: wymiany informacji dotyczących podstaw wychowanków w odniesieniu do uzależnień, wspólne rozwiązywanie indywidualnych problemów, proponowanie rozwiązań, poradnictwo, przekazywanie informacji dotyczących skutków prawnych związanych z naruszeniem prawa przez nieletnich i pełnoletnich wycho-

wanków szkoły, praca psychologiczna z rodzicami dotycząca potrzeb rozwojowych dzieci i młodzieży, zagrożeń związanych z uzależnieniami, przebiegu rozwoju społecznego, dostępnych form pomocy specjalistycznej (w ramach spotkań z wychowawcami klas i grup w internacie oraz ogólnych zebrań wszystkich rodziców), udostępnianie rodzicom informatorów, poradników i materiałów edukacyjnych, zachęcanie rodziców do utrzymywania stałego kontaktu ze szkołą (wychowawcą, pedagogiem i psychologiem), angażowanie rodziców do współpracy z nauczycielami w zakresie organizowania imprez szkolnych, wycieczek, dyskotek itp.

5.4. Aktywny udział dzieci i młodzieży w zajęciach profilaktycznych i w zajęciach umożliwiających, alternatywne wobec zachowań ryzykownych, zaspokajanie potrzeb psychicznych i społecznych

Zajęcia profilaktyczne prowadzą:

- wychowawcy klas, w oparciu o plany wychowawcy klasy, w ramach godzin wychowawczych;
- nauczyciele przedmiotów, których podstawy programowe uwzględniają zagadnienia dotyczące zapobiegania uzależnieniom, w ramach zajęć edukacyjnych;
- nauczyciele realizujący wychowanie do życia w rodzinie;
- nauczyciele prowadzący zajęcia pozalekcyjne, w tym zajęcia sportowe;
- pedagodzy, prowadząc zajęcia profilaktyczne i realizując programy profilaktyczne.

5.5. Dostosowanie treści i form zajęć profilaktycznych do zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży oraz stopnia zagrożenia

Wybór przekazywanych wychowankom treści oraz stosowanych form pracy odbywa się zgodnie z ich wiekiem, możliwościami intelektualnymi oraz percepcyjnymi. Podejmowane działania uwzględniają potrzeby danej grupy związane ze stopniem zagrożenia uzależnieniem oraz występującymi aktualnie zachowaniami ryzykownymi.

Pod uwagę brane są między innymi następujące zagrożenia:

- wynikające z wagarowania;
- związane z uzależnieniami;
- wynikające z uczestnictwa w ruchu drogowym (w drodze do i ze szkoły);
- związane ze zjawiskiem przemocy i agresji (w szkole i poza nią);
- związane z niehigienicznym stylem życia (siedzenie przed komputerem);
- związane z niebezpieczeństwami występującymi w mediach.

Oceny sytuacji w tym zakresie dokonuje wychowawca klasy planując pracę wychowawczą i zapobiegawczą w danym roku szkolnym, uwzględniając informacje uzyskane od innych nauczycieli, wychowawców oraz pedagoga i psychologa, dokonując okresowej oceny sytuacji wychowawczej w klasie i szkole.

Ponadto szkoła podejmuje działania zapobiegawcze poprzez różnorodność form i treści profilaktycznych, organizowanie akcji i imprez o charakterze profilaktycznym oraz zajęć z: wychowawcą, pracownikami policji i straży miejskiej (odpowiedzialność

nietletnich za czyny karalne, bezpieczeństwo w ruchu drogowym), pedagogiem i psychologiem szkolnym.

5.6. Sposoby współdziałania pracowników szkoły ze służbą zdrowia i policją w sytuacjach wymagających interwencji

Współpraca z policją:

- spotkania pedagogów, dyrektora z policjantami z sekcji do spraw nietletnich;
- informowanie policji o zdarzeniach występujących na terenie szkoły, mających znamiona przestępstwa, stanowiących zagrożenie dla zdrowia i życia uczniów oraz przejawach demoralizacji;
- współpraca w rozwiązywaniu trudnych sytuacji mających miejsce w szkole i poza nią;
- organizowanie spotkań z zakresu profilaktyki dla uczniów i rodziców z udziałem funkcjonariuszy policji;
- zgodnie z procedurami i metodami postępowania współpraca szkoły z policją w sytuacjach zagrożenia dzieci i młodzieży przestępczością i demoralizacją, a w szczególności narkomanią, alkoholizmem i prostytutką.

Współpraca ze służbą zdrowia:

- zatrudniona w szkole pielęgniarka szkolna udziela pomocy w przypadkach nagłych zachorowań, zatruc, złego samopoczucia, urazów;
- podejmuje działania o charakterze profilaktycznym i informacyjnym, dotyczące zagrożeń uzależnieniami;
- informuje o zachowaniach ryzykownych i zachowaniach bezpiecznych a możliwością zarażenia się wirusem HIV;
- prowadzi zajęcia dotyczące wczesnego wykrywania raka piersi – nauka samobadania piersi;
- podejmuje również działania informujące dotyczące wad wrodzonych cewy nerwowej u dzieci;
- rozwiązuje problemy szkolne, społeczne i zdrowotne z pedagogiem i psychologiem szkolnym;
- w przypadku nieobecności na terenie szkoły pielęgniarki, w razie konieczności dyrektor lub nauczyciel wzywa Pogotowie Ratunkowe.

5.7. Współpraca z różnymi instytucjami, w szczególności organizacjami pozarządowymi, wspierającymi działalność szkół i placówek w zakresie rozwiązywania problemów dzieci i młodzieży

Poza współpracą z policją (dzielnicowi i policjanci z Sekcji do Spraw Nietletnich) szkoła korzysta w realizacji swych statutowych funkcji ze wsparcia m.in.:

- sądu (kuratorzy zawodowi i kuratorzy społeczni);
- poradni psychologiczno-pedagogicznych;
- ośrodków pomocy społecznej;
- ośrodków profilaktyki i terapii uzależnień;

- Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- ośrodków pomocy rodzinie.

5.8. Wspieranie uczniów zagrożonych uzależnieniem i demoralizacją, rozwijanie ich poczucia własnej wartości oraz motywowanie do podejmowania różnych form aktywności, w tym aktywności pozaszkolnej, zaspokajających ich potrzeby psychiczne i społeczne, rozwijających zainteresowania i umiejętności psychospołeczne

W ramach opieki psychologiczno-pedagogicznej uczniowie mają możliwość korzystania z pomocy nauczycieli, wychowawcy, pedagoga i psychologa szkolnego w celu rozwiązywania osobistych i rodzinnych problemów. Organizacja pracy szkoły zapewnia uczniom możliwość zaspokajania potrzeb psychicznych, społecznych, a także rozwój umiejętności i zainteresowań. Wobec tych osób, u których zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarza wysokie prawdopodobieństwo powstania zależności od środków uzależniających oraz wobec uczniów, o których wiemy, że sporadycznie używają środków uzależniających, zagrożonych niedostosowaniem społecznym realizowane są następujące zadania z zakresu profilaktyki:

- diagnoza psychologiczna i pedagogiczna problemu, w tym diagnoza sytuacji rodzinnej i szkolnej ucznia oraz jej monitorowanie;
- indywidualne rozmowy z uczniami, opieka specjalistów szkolnych, organizowanie i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- umożliwienie uczniom wszechstronnego rozwoju podczas zajęć lekcyjnych oraz godziny z wychowawcą, których tematyka dostosowana jest do potrzeb uczniów;
- spotkania i zajęcia o charakterze profilaktycznym i opiekuńczo-wychowawczym, budowanie poczucia własnej wartości poprzez wsparcie indywidualne uczniów i rozwijanie umiejętności psychospołecznych, poprzez udział w organizowanych zajęciach socjoterapeutycznych;
- organizowanie zajęć pozalekcyjnych zapewniających uczniom możliwość rozwoju zainteresowań i aktywnego spędzania wolnego czasu, w tym związanych z realizacją pomocy psychologiczno-pedagogicznej, również akcje profilaktyczne, konkursy, koła zainteresowań czy zajęcia sportowe;
- organizacja zajęć warsztatowych prowadzonych przez specjalistów szkolnych oraz specjalistów z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej;
- osobiste wsparcie, w tym motywowanie do podejmowania form aktywności alternatywnych do wszelkiego rodzaju zachowań, mających związek z uzależnieniami lub demoralizacją;
- współpraca z rodzicami (opiekunami) w zakresie wymiany informacji, poradnictwo i konsultacje, podejmowanie działań wychowawczych oraz udzielania wsparcia rodzicom;
- przekazywanie informacji dotyczących dostępnych form pomocy specjalistycznej;
- nawiązywanie współpracy z instytucjami i organizacjami wspierającymi szkołę i rodzinę;
- udzielanie uczniom wsparcia materialnego;

- pomoc w rozwiązywaniu konfliktów z rówieśnikami (prowadzenie mediacji szkolnych i działań interwencyjnych wobec uczniów – współpraca nauczycieli, dyrekcji i specjalistów szkolnych);
- organizowanie zajęć z zakresu doradztwa zawodowego.

5.9. Wewnątrzszkolne doskonalenie nauczycieli w zakresie profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży oraz sposobu podejmowania wczesnej interwencji w sytuacjach zagrożenia uzależnieniami

Indywidualnie dostosowane do potrzeb szkoły.

5.10. Dokonywanie systematycznej oceny podejmowanych działań wychowawczych i zapobiegawczych

Członkowie Rady Pedagogicznej systematycznie dokonują oceny efektów podejmowanych działań wychowawczych i zapobiegawczych poprzez:

- ewaluację skuteczności realizacji programu wychowawczego i programu profilaktyki;
- modyfikację programu wychowawczego i programu profilaktyki;
- sporządzanie sprawozdań śródrocznych i rocznych przez wychowawców poszczególnych klas;
- analizę sytuacji wychowawczej oraz występujących problemów i zagrożeń zawartą w sprawozdaniach sporządzonych przez pedagoga i psychologa szkolnego;
- pracę nad analizą bieżącej sytuacji wychowawczej oraz występujących problemów i zagrożeń w zespołach wychowawczych składających się z wychowawców i nauczycieli uczących w poszczególnych oddziałach;
- pracę w zespołach do spraw przydzielania uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- wyznaczanie kierunków dalszej pracy profilaktycznej oraz określanie zagadnień i zjawisk wymagających szczególnej uwagi;
- współpracę nauczycieli i wychowawców mającą na celu planowanie kroków zaradczych oraz rozwiązywanie bieżących problemów związanych z nieprawidłowym zachowaniem uczniów;
- analizę postaw poszczególnych uczniów przy wystawianiu ocen zachowania;
- modyfikację statutu szkoły.

6. Podsumowanie

Niska świadomość społeczna w zakresie ochrony zdrowia oraz profilaktyki prozdrowotnej powoduje, że istnieje duże zapotrzebowanie na budowę podstaw w tym zakresie w szkole. Sytuacja ta uzasadnia oczekiwanie wobec szkół, aby poza zadaniami dydaktycznymi zajmowały się również kształceniem młodzieży w zakresie dbałości

własne zdrowie oraz tworzyły środowisko wspierające zdrowie. Dobrze realizowana edukacja zdrowotna to szansa na przyszłe społeczeństwo, które będzie umiało i chciało dbać o zdrowie swoje i innych ludzi oraz dbać o środowisko, w którym żyje.

Streszczenie

Niska świadomość społeczna w zakresie ochrony zdrowia oraz profilaktyki prozdrowotnej powoduje, że istnieje duże zapotrzebowanie na budowę podstaw w tym zakresie w szkole. Sytuacja ta uzasadnia oczekiwanie wobec szkół, aby poza zadaniami dydaktycznymi zajmowały się również kształceniem młodzieży w zakresie dbałości o własne zdrowie oraz tworzyły środowisko wspierające zdrowie. Dobrze realizowana edukacja zdrowotna to szansa na przyszłe społeczeństwo, które będzie umiało i chciało dbać o zdrowie swoje i innych ludzi oraz dbać o środowisko, w którym żyje.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, promocja zdrowia wśród dzieci i młodzieży, edukacja zdrowotna

Health promotion at school

Summary

Low social awareness in the area of protection of health and pro-health prevention result in a considerable demand for creating foundations in this sphere at school. This justifies the expectation of schools that, aside from educational tasks, they also enlighten young persons in the field of caring for their own health and building an environment conducive to health. Well-implemented health education is a chance for a future society, able and willing to take care of its own and other persons' health and be responsible for the environment in which it lives.

Key words: health protection, health promotion among children and adolescents, health education

ORZECZENIA, GŁOSY, SPRAWY MIĘDZYNARODOWE

Magdalena ZAMROCYŃSKA¹

DOI : 10.32055/mw.2019.12.8

Przegląd orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanego w sprawach z aspektem medycznym w 2019 roku – pierwsze półrocze

Europejski Trybunał Praw Człowieka został powołany w 1959 roku do orzekania w sprawach ze skarg indywidualnych oraz w sprawach międzypaństwowych. ETPC stwierdza naruszenie praw i wolności na podstawie Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która została sporządzona w Rzymie w dniu 4 listopada 1950 roku, a weszła w życie w dniu 8 września 1953 roku. Polska ratyfikowała Konwencję w dniu 19 stycznia 1993 roku. Konwencja przewiduje obowiązywanie jednolitych standardów i zasad w sferze praw człowieka, a wyroki ETPC mogą zapoczątkować wprowadzenie zmian w ustawodawstwie i praktyce. Niniejszy artykuł prezentuje cztery wybrane wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawach z aspektem medycznym wydane przeciwko europejskim krajom w 2019 roku².

Sprawa Fernandes de Oliveira przeciwko Portugalii, skarga nr 78103/14, wyrok z 31 stycznia 2019 r.

Stan faktyczny

Skarżąca podniosła zarzut na podstawie art. 2 Konwencji, że jej syn A.J. mógł popełnić samobójstwo w wyniku zaniedbania szpitala psychiatrycznego, w którym był hospitalizowany na zasadzie dobrowolności. Na podstawie art. 6 Konwencji skarżyła się również na długość postępowania cywilnego, które wszczęła przeciwko szpitalowi.

Syn skarżącej A.J., urodził się 29 maja 1964 r. A.J. cierpiał na kilka chorób psychicznych, a przez lata rozważano wiele możliwych diagnoz, takich jak schizofrenia i poważna depresja. Miał także patologiczne uzależnienie od alkoholu i leków na receptę, czasem był brutalny wobec swojej matki i siostry. Według ekspertyzy lekarskiej uzyskanej po jego śmierci i podczas postępowania krajowego, A.J. mógł również cierpieć na zaburzenie osobowości typu *borderline*. A.J. był hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym Sobral Cid w Coimbrze 8 razy na dobrowolnie. Z akt medycznych

¹ Doktor nauk prawnych, Zakład Prawa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, adwokat przy Wielkopolskiej Izbie Adwokackiej w Poznaniu, ORCID: 0000-0001-6760-1386.

² Baza orzeczeń ETPCz: <https://hudoc.echr.coe.int/>, 22 maja 2020, godz. 20:10.

wynika, że stopień jego zależności od pomocy medycznej był różny w czasie tych pobytów: od bycia pacjentem potrzebującym częściowej pomocy do pacjenta wymagającego intensywnej lub pełnej pomocy. W niektórych okresach spędzonych w szpitalu A.J. był uprawniony do spędzania weekendów w domu z rodziną. 1 kwietnia 2000 r. próbował popełnić samobójstwo, przedawkowując leki na receptę. Został zabrany na oddział ratunkowy szpitala uniwersyteckiego w Coimbrze. W dniu 2 kwietnia 2000 r. A.J. został przyjęty do szpitala psychiatrycznego, w którym przebywał wcześniej z oddziału ratunkowego. Był leczony przez dr AA, który był jego lekarzem psychiatrą od grudnia 1999 r. Według dokumentacji klinicznej z dnia 2 kwietnia 2000 r. i zeznania świadka dr AA, próba samobójcza mogła wynikać z faktu, że popadł w depresję i uważał, że jego życie nie ma już żadnej wartości, czuł się marginalizowany, bezsilny. Ostatecznie A.J. nie udało się uratować.

W dniu 17 marca 2003 r. skarżąca wniosła powództwo cywilne do sądu krajowego, domagając się rekompensaty. Skarżąca twierdziła, że jej syn był kilkakrotnie leczony w szpitalu psychiatrycznym z powodu zaburzeń psychicznych. Został przyjęty do szpitala w dniu 2 kwietnia 2000 r., ponieważ próbował popełnić samobójstwo. Twierdziła, że podjął kolejną próbę w weekend wielkanocny, kiedy był z nią w domu. Fakt, że jej syn opuścił teren szpitala w dniu 27 kwietnia 2000 r., doprowadził skarżącą do stwierdzenia, że personel szpitala dopuścił się zaniedbania podczas wykonywania swoich obowiązków. Z powodu jego prób samobójczych i stanu psychicznego jej syn powinien być pod nadzorem lekarza, a personel szpitalny powinien uniemożliwić mu opuszczenie terenu szpitala. Utrzymywała, że szpital był słabo zorganizowany, a słaba organizacja znalazła odzwierciedlenie w trzech aspektach: a) brak ogrodzenia wokół granic szpitala, który pozwalał pacjentom na łatwe opuszczenie szpitala bez nadzoru, b) brak mechanizmu sprawdzania obecności pacjentów szpitalnych, który pozwoliłby na to, aby personel szpitalny natychmiast zauważył nieobecność pacjenta oraz c) brak procedury awaryjnej umożliwiającej wykrycie nieobecności pacjenta, co pozwoliłoby personelowi szpitala na przyjęcie skutecznych środków niezbędnych do zapewnienia bezpiecznego powrotu pacjenta bez narażania życia osób. W dniu 25 kwietnia 2011 r. sąd krajowy wydał wyrok, w którym wydał orzeczenie niekorzystne dla skarżącej. Sąd wskazał, że obecne podejście w leczeniu pacjentów psychicznie chorych zachęca do interakcji społecznych. Istnienie ogrodzenia prowadziłoby do stygmatyzacji i izolacji pacjentów chorych umysłowo. W odniesieniu do zarzutu skarżącej dotyczącego braku mechanizmu kontrolującego obecność pacjentów hospitalizowanych, sąd stwierdził, że szpital wprowadził procedurę nadzoru, która polegała na sprawdzeniu obecności pacjentów hospitalizowanych w czasie posiłków i przyjmowania leków; było to zgodne z najnowszymi naukami psychiatrycznymi i szanowało prawo pacjentów do prywatności i godności. Ponadto sąd stwierdził, że hospitalizowani, w przypadku których przyjęto szczególnie restrykcyjny reżim hospitalizacji, byli objęci większą uwagą zespołu medycznego. W odniesieniu do zarzutu skarżącej, że jej syn popełnił samobójstwo w wyniku braku stałego monitorowania, sąd uznał, że jego samobójstwo nie było przewidywalne. Prawdą było, że jej syn cierpiał na chorobę psychiczną, której nigdy nie zdiagnozowano prawidłowo, albo z powodu złożonych objawów, albo dlatego, że był uzależniony od alkoholu i leków na receptę. Skarżąca odwołała się od tej decyzji, bezskutecznie.

Domniemane naruszenie artykułu 2 Konwencji

Skarżąca zarzuciła, że władze nie ochroniły prawa do życia jej syna, naruszając art. 2 Konwencji. W szczególności argumentowała, że szpital dopuścił się zaniedbania, ponieważ nie nadzorował go w wystarczającym stopniu, nie zainstalował odpowiedniego ogrodzenia ochronnego, aby uniemożliwić mu opuszczenie terenu i nie zapewnił odpowiedniej procedury awaryjnej. Na podstawie art. 6 § 1 Konwencji wniosła również skargę na długość postępowania cywilnego, które wszczęła przeciwko szpitalowi.

Artykuł 2 Konwencji, w zakresie istotnym dla niniejszej sprawy, brzmi następująco:

„1. Prawo każdego do życia będzie chronione przez prawo. Nikt nie może być pozbawiony życia celowo, z wyjątkiem wykonania wyroku sądu po skazaniu go za przestępstwo, za które kara ta jest przewidziana przez prawo.”

W odniesieniu do zarzutu skarżącej dotyczącego braku ogrodzeń ochronnych i ścian wokół szpitala, Trybunał, podobnie jak sądy krajowe, nie widzi powodu, aby podważać podejście przyjęte w tym względzie przez szpital, które było zgodne z obowiązującą wówczas krajową ustawą o zdrowiu psychicznym. Wskazał, że opieka psychiatryczna powinna być świadczona w możliwie najmniej restrykcyjnym środowisku. Te ogólne zasady odzwierciedlały terapeutyczne pragnienie stworzenia otwartego reżimu, w którym pacjent zachował prawo do swobodnego poruszania się. Podejście to jest zgodne z międzynarodowymi standardami opracowanymi w ostatnich latach w zakresie leczenia pacjentów psychiatrycznych. Trybunał zauważył ponadto, że ustawodawstwo krajowe przewidywało możliwość przymusowej hospitalizacji, jeżeli było to uzasadnione szczególnymi potrzebami pacjenta. Trybunał nie był również w stanie znaleźć żadnego problemu z procedurą nadzoru obowiązującą pacjentów hospitalizowanych dobrowolnie, co mogłoby uzasadnić wniosek, że domniemane braki spowodowały śmierć A.J. Procedura polegała na ustaleniu jasnego harmonogramu dnia, który powinien być przestrzegany przez każdego pacjenta oraz sprawdzeniu obecności pacjenta we wszystkich porach posiłków i leków, a także ogólnym monitorowaniu pacjentów przez dyżurujący personel. Dostępna była również bardziej restrykcyjna procedura nadzoru, stosowana na początku pobytu pacjenta oraz w innych przypadkach, gdy lekarz prowadzący uznał to za konieczne. Kiedy wprowadzono bardziej restrykcyjną procedurę, pacjenci nie mogli opuszczać pawilonu, a ich ruch był ściśle monitorowany przez pielęgniarki. Wreszcie, w sytuacjach awaryjnych szpital może skorzystać z form krępowania, w tym z zastosowania pokoju izolacyjnego. Istniejąca procedura nadzoru i dostępne środki ograniczające zapewniły narzędzia niezbędne do leczenia A.J. Trybunał zgodził się również z ustaleniem sądu krajowego, że zastosowana procedura nadzoru miała na celu poszanowanie prywatności A.J. i była zgodna z zasadą leczenia pacjentów w możliwie najmniej restrykcyjnym systemie. Sam Trybunał orzekł, że nadmiernie restrykcyjne środki w stosunku do pacjentów psychiatrycznych mogą powodować problemy na podstawie artykułów 3, 5 i 8 Konwencji, a bardziej ingerujący system nadzoru A.J. mógłby zostać zakwestionowany jako niezgodny z tymi prawami, szczególnie biorąc pod uwagę jego status jako pacjenta hospitalizowanego dobrowolnie. Wreszcie Trybunał zauważył, że skarżąca skorzystała z systemu sądowego, który

był w stanie ustalić, kto był odpowiedzialny za śmierć A.J. Skarżąca wniosła powództwo cywilne do właściwego sądu krajowego, chociaż podniesiono kwestie dotyczące czasu trwania tych postępowań cywilnych, które były również rozpatrywane przez Trybunał na podstawie proceduralnej części art. 2 Konwencji.

W związku z powyższym, Trybunał musiał zbadać, czy władze wiedziały lub powinny były wiedzieć, że było realne i bezpośrednie ryzyko samobójstwa, a jeśli tak, to czy zrobiły wszystko, co można było od nich oczekiwać, aby zapobiec temu ryzyku, wprowadzając dostępne środki ograniczające.

Trybunał stwierdził, że w niniejszej sprawie szpital starał się dostosować do ryzyka związanego ze zmieniającym się stanem psychicznym A.J. poprzez zwiększenie lub zmniejszenie obowiązującego systemu monitorowania. Ponadto, Trybunał wziął pod uwagę fakt, że według opinii ekspertów całkowite zapobieganie samobójstwom u pacjentów takich jak A.J. było zadaniem niemożliwym oraz że obowiązek spoczywający na państwie musi być interpretowany w sposób, który nie nakłada niemożliwego lub nieproporcjonalnego obciążenia na władze. W świetle tych elementów Trybunał stwierdził, że nie ustalono, że władze wiedziały lub powinny były wiedzieć, że istniało bezpośrednie zagrożenie dla życia A.J. W odniesieniu do obowiązku podjęcia zapobiegawczych środków Trybunał stwierdził, że nie ustalono, że władze wiedziały lub powinny były wiedzieć w momencie istnienia ryzyka, które było zarówno realne, jak i bezpośrednie dla życia A.J. Podsumowując, Trybunał stwierdził, że w okolicznościach niniejszej sprawy nie doszło do naruszenia merytorycznego aspektu artykułu 2 Konwencji.

Jednocześnie jednak, Trybunał stwierdził, że doszło do naruszenia proceduralnej części artykułu 2 Konwencji, z uwagi na zbyt długi czas rozpoznawania sprawy przez sądy krajowe. W związku z tym, Trybunał zasądził od państwa wypłacenie kwoty 10 000 euro wraz z kosztami postępowania. Do orzeczenia złożono zdanie odrębne.

Sprawa Kanciał przeciwko Polsce, skarga nr 37023/13, wyrok z 23 maja 2019 r.

Stan faktyczny

Skarżący urodził się w 1985 r. i mieszka w Gdańsku. W dniu 9 czerwca 2011 r. Prokuratura Apelacyjna w Gdańsku wszczęła postępowanie przygotowawcze w sprawie porwania J.R., które miało miejsce dzień wcześniej. Sprawę przekazano do delegatury Centralnego Biura Śledczego Policji w Gdańsku. Porywacze zażądali od męża J.R. okupu w wysokości 1 000 000 euro. Część okupu zapłacono w dniu 15 czerwca 2011 r. Pokrzywdzoną prawdopodobnie uwolniono w dniu 16 czerwca 2011 r. Do zatrzymania faktycznych porywaczy przez policję doszło na późniejszym etapie postępowania. W dniu 20 kwietnia 2012 r. prokurator umorzył postępowanie przygotowawcze prowadzone wobec skarżącego i innych podejrzanych, stwierdzając, że nie popełnili oni zarzucanego im przestępstwa. Prokurator wskazał, że zgromadzone na dzień 16 czerwca 2011 r. dowody uzasadniały decyzję o zatrzymaniu skarżącego i innych podejrzanych. Skarżącego zatrzymano w mieszkaniu jego znajomych w Tczewie

w dniu 16 czerwca 2011 r. o godz. 19.40 w związku z podejrzeniem udziału w porwaniu. Z protokołu z dnia 16 czerwca 2011 r. wynika, że przy przyjęciu do policyjnej izby zatrzymań w Gdyni skarżący miał następujące obrażenia: siniaki na lewym policzku i otarcia na rękach i plecach. Następnego dnia prokurator przedstawił skarżącemu zarzut porwania i go przesłuchał. Skarżący i pozostali podejrzani zaprzeczyli, jakoby brali udział w porwaniu. Testy DNA nie potwierdziły udziału skarżącego i pozostałych podejrzanych w porwaniu. Z protokołu zatrzymania wynika, że skarżący nie zwrócił się o przeprowadzenie badania lekarskiego. CBS zleciło jednak przeprowadzenie badania lekarskiego skarżącego w szpitalu.

Z zaświadczenia lekarskiego wystawionego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Gdańsku w dniu 17 czerwca 2011 r. wynika, że skarżący twierdził, że podczas zatrzymania doznał obrażeń głowy, twarzy i prawej ręki. W badaniu rentgenowskim nie ujawniono żadnych złamań. W zaświadczeniu stwierdzono, że ogólny stan skarżącego był dobry i że mógł wziąć udział w postępowaniu przygotowawczym. W zaświadczeniu stwierdzono ponadto, że skarżący cierpiał na tkliwość okolicy skroniowej lewej, obrzęk lewej części twarzy z podbiegnięciami krwawymi oraz tkliwość prawej ręki i nadgarstka. Ostatecznie zdiagnozowano stłuczenie twarzy i prawego nadgarstka. W dniu 17 czerwca 2011 r. skarżącego przebadano również w ośrodku zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Gdańsku. Skarżył się na ból w lewej części twarzy i w prawym nadgarstku. Badanie wykazało silny obrzęk w okolicy oczodołu lewego i niewielki obrzęk nadgarstka prawego. Skarżącego zwolniono w dniu 18 czerwca 2011 r. o godz. 10.00. W dniu 27 czerwca 2011 r. skarżący złożył przeciwko policjantom zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa w związku z zatrzymaniem. Twierdził, że podczas zatrzymania, a następnie przebywania w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych, był przedmiotem złego traktowania. Skarżący załączył kopię raportu z badania lekarskiego z 17 czerwca 2011 r. wraz ze zdjęciami, na których widniały jego obrażenia. Zawiadomienie skarżącego przekazano do Prokuratury Okręgowej w Bydgoszczy. W dniu 27 lipca 2011 r. Prokurator Okręgowy w Bydgoszczy wszczął postępowanie przygotowawcze w sprawie zarzutu nadużycia uprawnień przez funkcjonariuszy policji na podstawie art. 231 Kodeksu karnego.

Tego samego dnia skarżący został przesłuchany przez prokuratora. Skarżący złożył zeznanie o następującej treści: w dniu 16 czerwca 2011 r. on i jego dziewczyna odwiedzili swoich znajomych Ł.W. i D.W. w ich mieszkaniu. W mieszkaniu była również siostra D.W. Między godz. 6.00 a 7.00 po południu skarżący usłyszał wybuchy, a chwilę później do mieszkania wdarła się grupa uzbrojonych i zamaskowanych funkcjonariuszy policji. Skarżący i pozostali podporządkowali się wydanemu przez policjantów poleceniu położenia się na podłogę. Skarżący widział, jak jeden z policjantów uderzył Ł.W. w twarz karabinem i jak Ł.W. krwawił. Drugi policjant kopnął skarżącego w twarz. Skarżący został również uderzony w głowę, plecy i nogi, po czym jeden z funkcjonariuszy założył mu kajdanki. Skarżący twierdził, że następnie został porażony paralizatorem elektrycznym w plecy, pośladki, genitalia i uszy. Jeden z policjantów przycisnął twarz skarżącego do kałuży krwi Ł.W. na podłodze. W drodze do radiowozu skarżącego duszono. W radiowozie nadal rażono skarżącego paralizatorem elektrycznym w plecy, dopóki nie zaczął się dusić. Skarżącego zabrano na posterunek policji, gdzie kazano mu klęczeć pod ścianą przez pół godziny. Policja chciała

wiedzieć, gdzie są pieniądze i z kim skarżący współpracował przy porwaniu kobiety. Skarżącego zmuszono do podpisania dokumentu, z którego treścią nie mógł się zapoznać. Następnie zabrano go do policyjnej izby zatrzymań w Gdyni. Po zwolnieniu skarżący udał się do szpitala w Gdańsku na badania lekarskie. Odbył również wizytę u chirurga, neurologa i psychologa. Skarżący twierdził, że wskutek zatrzymania miał stłuczenia głowy i pleców oraz skręcone kciuki, a także poparzenia na plecach spowodowane użyciem paralizatora elektrycznego.

Prokurator zlecił sporządzenie opinii z zakresu medycyny sądowej. Zlecił biegłemu z zakresu medycyny sądowej ustalenie m.in. jakich obrażeń doznał skarżący w związku z zatrzymaniem. Biegły z zakresu medycyny sądowej miał dostęp do odpowiednich części akt sprawy prokuratury i dokumentacji medycznej. Opinia została sporządzona w dniu 26 czerwca 2012 r. Na podstawie dokumentacji medycznej, w tym protokołu z dnia 16 czerwca 2011 r. oraz zaświadczeń z dnia 17 czerwca 2011 r., w opinii wskazano, że skarżący cierpiał na tkliwość okolicy skroniowej lewej, obrzęk lewej części twarzy z podbiegnięciami krwawymi, tkliwość nadgarstka prawego oraz otarcia na rękach i plecach. Ponadto na podstawie zdjęć ustalono, że skarżący miał również podbiegnięcia krwawe na lewym ramieniu, w bocznej części tułowia oraz w okolicy podpępkowej, a także otarcia na kolanach. Biegły z zakresu medycyny sądowej stwierdził, że podbiegnięcia krwawe mogły powstać w wyniku uderzenia tępym przedmiotem lub upadku na taki przedmiot. W przypadku skarżącego podbiegnięcia krwawe na twarzy i tułowiu mogły powstać w wyniku kopnięcia, chociaż kopnięcia butami wojskowymi spowodowałyby raczej otarcia lub rany miażdżone. Podbiegnięcia krwawe na lewym ramieniu skarżącego mogły powstać w wyniku zastosowania chwytu obezwładniającego podczas przemieszczania skarżącego. Otarcia na nadgarstkach mogły powstać w wyniku zastosowania kajdanek. Ponadto biegły stwierdził, że kanciaste otarcia na plecach skarżącego mogły powstać w wyniku użycia paralizatora elektrycznego. W opinii stwierdzono, że obrażenia skarżącego spowodowały u skarżącego rozstrój zdrowia na okres nieprzekraczający siedmiu dni.

Funkcjonariusze oddziału specjalnego zeznali, że nie użyli żadnej innej siły. W dniu 26 lipca 2012 r. Prokurator Okręgowy umorzył postępowanie przygotowawcze w sprawie zarzutu nadużycia uprawnień przez funkcjonariuszy policji z powodu braku dostatecznych dowodów uzasadniających popełnienie przestępstwa. Odwołanie nie przyniosło oczekiwanego przez skarżącego rezultatu.

Domniemane naruszenie artykułu 3 Konwencji w aspekcie materialnym

Skarżący zarzucił złe traktowanie podczas zatrzymania i brak przeprowadzenia skutecznego śledztwa w tym zakresie. Skarżący powołał się na art. 3 Konwencji, który stanowi:

„Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”.

Skarżącego zatrzymano w dniu 16 czerwca 2011 r. o godz. 19.40. W protokole z dnia 16 czerwca 2011 r. sporządzonym w związku z przyjęciem skarżącego do po-

licyjnej izby zatrzymań w Gdyni, funkcjonariusz M.G. wskazał, że skarżący miał następujące obrażenia: siniaki na lewym policzku i otarcia na rękach i plecach. W dniu 17 czerwca 2011 r., przebywając w pomieszczeniu dla osób zatrzymanych, skarżący został zabrany na badania lekarskie do dwóch zakładów opieki zdrowotnej w Gdańsku, gdzie skarżył się na obrażenia odniesione podczas zatrzymania. Z wystawionego przez szpital zaświadczenia z dnia 17 czerwca 2011 r. wynikało, że skarżący cierpiał między innymi na obrzęk lewej części twarzy z podbiegnięciami krwawymi oraz tklliwość prawej ręki i nadgarstka. W zaświadczeniu z tego samego dnia wystawionym przez placówkę zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji stwierdzono silny obrzęk w okolicy oczodołu lewego skarżącego. Obdukcja z dnia 26 czerwca 2012 r. potwierdziła obrażenia odniesione w związku z zatrzymaniem skarżącego. Ponadto stwierdzono podbiegnięcie krwawe na lewym ramieniu i w okolicy bocznej tułowia skarżącego. W obdukcji stwierdzono ponadto, że otarcia na nadgarstkach skarżącego mogły być spowodowane zastosowaniem kajdanek. W swoim postanowieniu w przedmiocie umorzenia prokurator przyjął, że skarżący odniósł obrażenia opisane w obdukcji, lecz twierdził, że przyczyny obrażeń skarżącego nie były poparte odpowiednimi dowodami. Nie przedstawił przy tym żadnych wyjaśnień, aby obalić domniemanie, że przedmiotowe obrażenia powstały w czasie, gdy skarżący pozostawał pod kontrolą funkcjonariuszy. Mając na względzie zaświadczenia lekarskie wydane w czasie pozbawienia wolności skarżącego i wnioski zawarte w obdukcji, Trybunał uznał, że doznanie przez skarżącego obrażeń podczas zatrzymania nie budzi żadnych wątpliwości.

Trybunał wskazał, że uciekanie się w stosunku do osoby pozbawionej wolności lub, mówiąc ogólniej, mającej styczność z funkcjonariuszami organów ścigania, do użycia siły fizycznej, która nie była bezwzględnie konieczna z powodu zachowania tej osoby, umniejsza godności ludzkiej i zasadniczo stanowi naruszenie prawa wynikającego z art. 3 Konwencji. Użycie siły przez policję, w szczególności w ramach wykonywania czynności zatrzymania, nie zawsze jest sprzeczne z art. 3 Konwencji. Jednak zgodnie z utrwalonym orzecznictwem taka siła nie jest sprzeczna z tym artykułem tylko wtedy, gdy jest niezbędna i nie jest nadmierna. Trybunał przypomniał, że nawet w najtrudniejszych okolicznościach, takich jak walka z terroryzmem i przestępczością zorganizowaną, art. 3 bezwzględnie zakazuje stosowania tortur i inhumanego lub poniżającego traktowania albo karania, niezależnie od zachowania danej osoby. Ponadto osoby rzeczywiście pozbawione wolności, a szerzej wszystkie osoby pozostające pod kontrolą policji lub podobnego organu, znajdują się we wrażliwym położeniu. W związku z powyższym władze mają obowiązek je chronić. W tym względzie Trybunał zauważył ponadto, że art. 16 ustawy o Policji, w obowiązującym wówczas brzmieniu, pozwalał jedynie na użycie siły niezbędnej do zapewnienia podporządkowania się poleceniom.

Mając na uwadze powyższe, Trybunał stwierdził, że nie wykazano, by użycie siły przez policję w okresie następującym po obezwładnieniu skarżącego było niezbędne ze względu na zachowanie skarżącego i tym samym było ono nadmierne. Ponadto, wydawało się niezgodne z polskim prawem, które wymagało, by użycie siły było ograniczone do osiągnięcia podporządkowania się poleceniom policjantów. Biorąc pod uwagę charakter obrażeń skarżącego oraz związane z nimi cierpienie fizyczne i psychiczne, Trybunał stwierdził, że przedmiotowe traktowanie w okresie następującym po

obezwładnieniu skarżącego stanowiło nieludzkie i poniżające traktowanie. W związku z powyższym doszło do naruszenia art. 3 Konwencji w jego aspekcie materialnym.

Domniemane naruszenie artykułu 3 Konwencji w aspekcie proceduralnym

Przedstawiony przez skarżącego w zawiadomieniu złożonym organom ścigania zarzut poddania go przez policjantów złemu traktowaniu podczas zatrzymania był uprawdopodobniony. Zawiadomienie zostało złożone wkrótce po wydarzeniach i poparte dowodami medycznymi i zdjęciami, na których widniały rozległe siniaki na twarzy i innych częściach ciała, jak również oparzenia na plecach. Władze były zatem zobowiązane do przeprowadzenia skutecznego postępowania przygotowawczego w sprawie zarzutu złego traktowania skarżącego. Trybunał zauważył, że postępowanie przygotowawcze nie przyniosło odpowiedzi na szereg istotnych pytań, które pojawiły się w sprawie, a mianowicie, w jaki dokładnie sposób funkcjonariusze użyli siły wobec skarżącego, czy jej użycie było proporcjonalne i jakie było źródło stwierdzonych obrażeń. Są to istotne uchybienia w zakresie prowadzenia postępowania przygotowawczego w sprawie zarzutu złego traktowania przez policjantów, biorąc pod uwagę odniesione przez skarżącego obrażenia. W odniesieniu do użycia paralizatora elektrycznego w postępowaniu przygotowawczym ustalono, że użycie paralizatora w stosunku do skarżącego nastąpiło w celu zmuszenia go do podporządkowania się poleceniu. Jednakże dla Trybunału analiza użycia paralizatora elektrycznego jest nieodpowiednia. W postępowaniu przygotowawczym nie ustalono istotnych okoliczności faktycznych sprawy. W szczególności prokurator nie ustosunkował się do zarzutów skarżącego, dotyczących wielokrotnego użycia paralizatora elektrycznego już po obezwładnieniu skarżącego na ziemi i w drodze na komisariat policji. Prokurator nie ustosunkował się również do zarzutów bicia podczas przewożenia skarżącego, a następnie w trakcie zatrzymania policyjnego. Ponadto, nie przeprowadzono odpowiedniej analizy zgodności zastosowania paralizatora z prawem. Mając na uwadze powyższe, Trybunał stwierdził, że przeprowadzone w niniejszej sprawie śledztwo nie spełniało wymaganego standardu skuteczności. Z powyższego wynika, że doszło do naruszenia art. 3 Konwencji w jego aspekcie proceduralnym.

W związku z powyższym, Trybunał zasądził skarżącemu kwotę 25 000 euro wraz z kosztami.

Do wyroku złożono opinię odrębną.

Sprawa *Rooman* przeciwko Belgii, skarga nr 18052/11, wyrok z dnia 31 stycznia 2019 r.

Stan faktyczny

Skarżący, który należy do niemieckojęzycznej mniejszości w Belgii, urodził się w 1957 r. Przebywa w zakładzie opieki społecznej w Paifve. W 1997 r. skarżący

został skazany za nieprzyzwoitą napaść na małoletniego w wieku poniżej 16 lat, gwałt na małoletnim w wieku poniżej 10 lat, kradzież, zniszczenie mienia oraz posiadanie zabronionej broni palnej. Miał zakończyć wykonywanie kary 20 lutego 2004 r. Jednak, podczas pobytu w więzieniu skarżący popełnił inne przestępstwa, w stosunku do których wszczęto nowe postępowanie, w szczególności w odniesieniu do gróźb, prześladowania i fałszywych oskarżeń przeciwko przedstawicielom władzy sądowniczej. W związku z tym w dniu 16 czerwca 2003 r. sąd zarządził umieszczenie go w zakładzie psychiatrycznym. W dniu 15 stycznia 2004 r., na podstawie, między innymi, raportu psychiatrycznego dr V. z dnia 23 września 2003 r., orzeczono również, że skarżący powinien zostać osadzony w przymusowym zamknięciu w szpitalu w zakresie kontynuowania wykonywania wyroków wydanych w 1997 r.

Raport psychiatryczny lekarza sporządzony przez dr Ri. w dniu 5 września 2005 r. stwierdził w szczególności, co następuje:

„... nie ma wątpliwości, że Rooman wymaga leczenia, które początkowo skoncentruje się na jego psychozie paranoicznej. W tym przypadku terapia musi być podejmowana jednocześnie na poziomie psychofarmakologicznym i psychoterapeutycznym. [...] Wymagana jest długoterminowa terapia trwająca kilka lat. Psychoterapia musi być prowadzona przez terapeutów specjalizujących się w leczeniu przewlekłej psychozy, w tym przypadku w ramach spotkań wspierających oraz aspektów psychoedukacyjnych i pedagogicznych. W tym kontekście istotne jest, aby terapie były podawane równolegle; to znaczy, że leki psychotropowe pomogą przygotować pacjenta do psychoterapii i że sesje psychologiczne umożliwią pacjentowi reagowanie na leki psychotropowe. [...] Terapia powinna zatem rozpocząć się w placówce; leczenie może być wówczas możliwe w zamkniętej jednostce zakładu długoterminowego, przed ewentualnym leczeniem w jednostce otwartej. Potwierdzenie, że [wnioskodawca] osiągnął wymagany poziom w celu zmiany [miejsca] terapii, musi być złożone przez eksperta psychiatrycznego. [...] Jeśli chodzi o praktyczne wdrożenie terapii, język stanowi poważny problem. Leczenie psychofarmakologiczne i psychoterapeutyczne musi odbywać się w języku niemieckim [...]”.

Skarżący składał trzy wnioski o warunkowe zwolnienie z placówki. Skarżący podnosił ponadto, że nie ma zapewnionej opieki osób, które posługiwałyby się językiem niemieckim. Wnioski były rozpoznawane przez kolejne instancje, lecz bezskutecznie dla skarżącego. Skarżący pozwał również Państwo i uzyskał odszkodowanie w kwocie 75 000 euro za okres od stycznia 2010 r. do października 2014 r., kiedy to był niewłaściwie leczony.

Domniemane naruszenie artykułu 3 Konwencji

Jak wielokrotnie twierdził Trybunał, art. 3 Konwencji zapisuje jedną z najbardziej podstawowych wartości społeczeństwa demokratycznego: Zabrania bezwzględnego stosowania tortur lub nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karanía, niezależnie od okoliczności i zachowania ofiary. Aby leczenie podlegało zakresowi tego przepisu, musi ono osiągnąć minimalny poziom dotkliwości. Ocena tego minimum

jest względna; zależy to od wszystkich okoliczności sprawy, takich jak czas trwania leczenia, jego skutki fizyczne i psychiczne oraz, w niektórych przypadkach, płeć, wiek i stan zdrowia ofiary. Leczenie uważa się za „poniżające”, gdy wywołuje u ofiary uczucia strachu, udręki lub niższości, zdolne do przełamania jego moralnego i fizycznego oporu, lub gdy jest takie, że zmusza ofiarę do działania wbrew jej woli lub sumieniu. W związku z powyższym art. 3 Konwencji wymaga od państwa zapewnienia, aby wszyscy więźniowie byli przetrzymywani w warunkach zgodnych z poszanowaniem ich godności ludzkiej, aby sposób ich przetrzymywania nie narażał ich na cierpienie lub trudności o natężeniu przekraczającym nieuniknione, gdyż poziom cierpienia nieodłącznie związany jest z takim środkiem. Warunki pozbawienia wolności nie mogą w żadnym wypadku budzić u osoby pozbawionej wolności uczucia strachu, udręki i niższości, które mogą ją upokorzyć i poniżyć oraz być może złamać opór fizyczny i moralny. W tej kwestii uznano, że osoby zatrzymane z zaburzeniami psychicznymi są bardziej narażone niż zwykli więźniowie. W związku z tym „adekwatność” pomocy medycznej pozostaje najtrudniejszym elementem do ustalenia. Władze muszą również zapewnić prowadzenie kompleksowej dokumentacji dotyczącej stanu zdrowia i leczenia, jak również wykazać, że stworzono warunki konieczne do faktycznego przestrzegania przepisanej opieki.

Trybunał zauważa, po pierwsze, że istnienie problemów psychicznych związanych z obowiązkowym uwięzieniem skarżącego nie zostało zakwestionowane. Został umieszczony w przymusowym zamknięciu na podstawie kilku raportów medycznych potwierdzających, że ma osobowość narcystyczną i paranoiczną i że cierpi na poważne zaburzenie psychiczne uniemożliwiające mu kontrolowanie swoich działań. Ponadto, w przeciwieństwie do innych skarżących, którzy podnieśli podobne skargi we wcześniejszych sprawach przeciwko Belgii, skarżący nie skarży się, że placówka jest nieodpowiednia dla osób przebywających w zamknięciu, ale twierdzi, że z powodu problemów językowych nie otrzymał on leczenia, które należało mu zapewnić.

Trybunał rozpoznał najpierw leczenie skarżącego od początku 2004 r. do sierpnia 2017 r. i zauważył, że argument Rządu, zgodnie z którym skarżący otrzymał opiekę odpowiadającą jego potrzebom, nie jest zgodny z faktami. Przeciwnie, wszystkie dowody w aktach sprawy wskazywały na brak zapewnienia leczenia terapeutycznego wynikający z faktu, że personel medyczny i skarżący nie mogli się porozumieć. Wskazano, że skarżący szczególnie potrzebuje długoterminowego leczenia psychofarmakologicznego i psychoterapeutycznego, które powinno być prowadzone w języku niemieckim, jedynym języku, w którym mówił i rozumiał. Bariera językowa była jedynym czynnikiem ograniczającym skuteczny dostęp wnioskodawcy do leczenia, które było normalnie dostępne. Trybunał zauważył ponadto, że od 2006 r. podejmowano próby znalezienia wsparcia terapeutycznego w języku niemieckim poza placówką. Kilkakrotnie wnioskowano o zwolnienie skarżącego z powodu trudności w rozpoczęciu terapii z powodu problemów językowych. W raporcie z 27 marca 2015 r. stwierdzono, że stan neuropsychologiczny skarżącego był praktycznie identyczny z tym, jaki był w 2009 r. W swoim raporcie z 12 stycznia 2017 r. zespół psychospołeczny stwierdził, że ta bariera językowa uniemożliwiła obserwację kliniczną mającą na celu ocenę niebezpieczeństwa wnioskodawcy. Trybunał zauważył, że skarżący był wpraw-

dzie w stanie spotkać wykwalifikowany personel niemieckojęzyczny w omawianym okresie. Jednak, kontakt ten, z niemieckojęzyczną pielęgniarką i oficerem opieki społecznej, nie był w kontekście terapeutycznym. Jedynie kontakt z zewnętrznym psychologiem niemieckojęzycznym między majem a listopadem 2010 r. odpowiada leczeniu, jednakże, biorąc pod uwagę całkowity czas pozbawienia skarżącego wolności, konsultacje te nie mogą być traktowane jako realne leczenie. Ponadto w aktach sprawy nie ma nic, co sugerowałoby, że w tym okresie zapewniono leczenie psychiatryczne lub zindywidualizowaną opiekę, szczególnie w świetle nieokreślonego czasu trwania pobytu wnioskodawcy.

Trybunał uważa, że elementy te są wystarczające, aby wykazać, że władze krajowe nie zapewniły leczenia stanu zdrowia skarżącego. Jego ciągłe przetrzymywanie bez realistycznej nadziei na zmianę i bez odpowiedniego wsparcia medycznego przez okres około trzynastu lat – oprócz kilku konsultacji zorganizowanych w ciągu kilku krótkich okresów przez cały ten czas – uznać należy za szczególnie nieprawidłowe i powodujące u skarżącego niepokój o natężeniu przekraczającym nieunikniony poziom cierpienia nieodłącznie związany z pozbawieniem wolności. Trybunał stwierdził zatem, że doszło do naruszenia art. 3 Konwencji w odniesieniu do okresu od początku 2004 r. do sierpnia 2017 r.

Następnie Trybunał przeanalizował naruszenie wskazanego artykułu w okresie od sierpnia 2017 r. i nie stwierdził naruszenia Konwencji, z uwagi na to, że w tym okresie państwo podjęło środki w celu zapewnienia skarżącemu odpowiedniego traktowania.

Domniemane naruszenie artykułu 5 Konwencji

Skarżący zarzucił także, że wykonywanie kary pozbawienia wolności było niezgodne z prawem, ponieważ nie był poddawany leczeniu psychologicznemu i psychiatrycznemu wymaganemu przez jego stan psychiczny.

Skarżący powołał się na artykuł 5 § 1 Konwencji, którego odpowiednie części stanowią:

„1. Każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Nikt nie może być pozbawiony wolności, z wyjątkiem przypadków i zgodnie z procedurą przewidzianą przez prawo.”

Dokonując analizy sprawy, Trybunał analogicznie do powyższych ustaleń w zakresie art. 3 Konwencji, stwierdził, że doszło do naruszenia art. 5 Konwencji w okresie od początku 2004 r. do sierpnia 2017 r., gdyż nie zagwarantowano skarżącemu właściwego leczenia. Jednocześnie stwierdzając, że nie doszło do naruszenia art. 5 ze względu na sposób wykonania pozbawienia wolności od sierpnia 2017 r.

W związku z powyższym, Trybunał zasądził skarżącemu kwotę 32 500 euro wraz z kosztami.

Do wyroku złożono zdania odrębne.

Streszczenie

Europejski Trybunał Praw Człowieka został powołany w 1959 roku do orzekania w sprawach ze skarg indywidualnych oraz w sprawach międzypaństwowych. ETPC stwierdza naruszenie praw i wolności na podstawie Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Konwencja przewiduje obowiązywanie jednolitych standardów i zasad w sferze praw człowieka, a wyroki ETPC mogą zapoczątkować wprowadzenie zmian w ustawodawstwie i praktyce. Niniejszy artykuł prezentuje wybrane orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka zawierające aspekty medyczne wydane wobec różnych państw w 2019 roku.

Słowa kluczowe: ETPCz, lekarz, sprawy sądowe z aspektem medycznym

A review of judicial decisions by the European Court of Human Rights in 2019 concerning medical aspects**Summary**

The European Court of Human Rights was established in 1959 to decide on individual complaints and inter-state cases. The ECHR finds violation of rights and freedoms under the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. The Convention provides for uniform standards and principles in the field of human rights, and ECHR judgments may initiate changes in legislation and practice. This article presents selected rulings of the European Court of Human Rights containing medical aspects issued to various countries in 2019.

Key words: ECHR, a doctor, judicial decisions with medical aspects

Informacje dla Autorów

- Artykuły i recenzje należy składać w dwóch egzemplarzach znormalizowanego maszynopisu (30 wierszy na stronie, po 60 znaków w wierszu, tj. 1800 znaków na stronie), bez żadnych wyróżnień. Tekst należy nadesłać również pocztą elektroniczną na adres redakcji.
 - Objętość artykułu, wraz z przypisami, nie powinna przekraczać 22 stron znormalizowanego maszynopisu. Recenzje nie powinny przekraczać 8 stron znormalizowanego maszynopisu.
 - Materiał powinien zawierać pełen tytuł oraz streszczenie w języku polskim i angielskim o objętości nie więcej niż 0,5 strony znormalizowanego maszynopisu (900 znaków) oraz 3–4 słowa klucze (Keywords).
 - Przypisy należy umieszczać na dole tekstu.
 - Pozycje bibliograficzne powinny być sporządzone według tego samego, poniższego wzorca:
 - a) inicjał(-y) imienia, nazwisko autora(-ów), tytuł pracy, miejsce i rok wydania, stronę(-y).
 - b) w przypadku czasopism należy podać: inicjał(-y) imienia, nazwisko autora(-ów), tytuł, rok, numer, stronę(-y).
 - Autor nie ma możliwości redagowania tekstu w trakcie prac redakcyjnych.
 - Do Redakcji należy przesłać ostateczną postać materiału.
 - Do tekstu należy dołączyć informacje dotyczące Autora:
 - a) pełne imię i nazwisko,
 - b) stopień lub tytuł naukowy,
 - c) reprezentowaną instytucję naukową,
 - d) dokładny adres z numerem telefonu oraz mailem,
 - e) nr ORCID.
 - Tekst w całości będzie opublikowany również w wersji elektronicznej na stronie internetowej czasopisma, na co Autor przesyłając tekst do druku wyraża zgodę.
 - Ponadto Redakcja informuje, iż:
 - 1) każdy artykuł jest recenzowany przez dwóch niezależnych recenzentów spoza członków Redakcji, Rady Programowej, Naczelnej Izby Lekarskiej;
 - 2) w przypadku artykułów w języku obcym, co najmniej jeden z recenzentów jest pracownikiem zagranicznej instytucji naukowej, innej niż narodowość autora;
 - 3) recenzja jest anonimowa. Autor i recenzenci nie znają swoich tożsamości;
 - 4) recenzja ma formę pisemną i jest archiwizowana i kończy się jednoznacznym wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji, dopuszczenia do publikacji pod warunkiem dokonania wskazanych zmian lub jego odrzucenia.
- Aby przeciwdziałać przypadkom „ghostwriting” oraz „guest authorship”, Redakcja „Medycznej Wokandy” zamierza wprowadzić odpowiednie procedury swo-

iste dla reprezentowanej dziedziny bądź dyscypliny nauki i wdraża poniższe rozwiązania:

1. Redakcja oczekuje od Autorów publikacji ujawnienia wkładu poszczególnych autorów w powstanie publikacji (z podaniem ich afiliacji oraz kontrybucji, tj. informacji kto jest autorem koncepcji, założeń, metod, protokołu itp. wykorzystywanych przy przygotowaniu publikacji), przy czym główną odpowiedzialność ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
2. Redakcja wyjaśnia, że „ghostwriting”, „guest authorship” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucji zatrudniającej Autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
3. Redakcja oczekuje od Autorów podania informacji o źródłach finansowania publikacji, wkładzie instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów („financial disclosure”). Autorzy publikowanych materiałów zobowiązani są w szczególności do ujawnienia wszelkich zobowiązań finansowych, jeżeli takie istnieją, pomiędzy autorami i firmą, której produkt ma istotne znaczenie w nadanej pracy lub firmą konkurencyjną. Redakcja zastrzega w takiej sytuacji podjęcie decyzji o publikacji lub odmowie publikacji przekazanego materiału. Informacja o konflikcie interesów lub jego braku winna być zamieszczona w stosownym oświadczeniu Autora dołączonym do manuskryptu pracy.
4. Redakcja dokumentuje wszelkie przejawy nierzetelności naukowej, zwłaszcza łamanie i naruszanie zasad etyki obowiązujących w nauce. Drastyczne przypadki będą publikowane na stronie internetowej czasopisma.