

Dylematy etyczne w promocji zdrowia

Joanna Zdanowska¹  <https://orcid.org/0000-0001-7921-8974>

Iwona Nowakowska²  <https://orcid.org/0009-0006-3109-9439>

¹ Katedra Prawa Pracy i Postępowania Cywilnego, Instytut Nauk Prawnych, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Zielonogórski

² Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu

Adres do korespondencji: Joanna Zdanowska, Instytut Nauk Prawnych UZ, Plac Słowiański 9, 65-069 Zielona Góra, Polska, j.zdanowska@wpa.uz.zgora.pl

Abstract

Ethical dilemmas for health promotion

The need to promote health has been recognized for years in highly developed countries. However, these activities may raise ethical dilemmas among health promoters operating within the healthcare system and implementing health policy assumptions. In the practice of health promotion, there are situations in which a moral justification for the actions taken must be found. The aim of this article is to identify areas of health promotion activities that may raise ethical dilemmas among health care sector employees. Another goal is to analyze legal provisions and deontological principles relating to health promotion. The above-mentioned dilemmas often include the issue of violation of human dignity, the feeling of social exclusion and the validity of differentiating health campaigns depending on their addressees. Although there are a number of legal regulations relating to the right to health, there is still an area that goes beyond these frameworks and requires moral obligation.

Key words: ethics, health promotion, law

Słowa kluczowe: etyka, promocja zdrowia, prawo

Wprowadzenie

Termin promocja zdrowia został zdefiniowany w Karcie ottawskiej jako „proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia” [1]. Promocja zdrowia obok profilaktyki zdrowotnej i edukacji zdrowotnej stanowi jeden z podstawowych elementów zdrowia publicznego. W krajach wysokorozwiniętych od wielu lat dostrzega się potrzebę promowania zdrowia. Występujące choroby cywilizacyjne obligują państwa do podejmowania działań mających na celu zapobieganie negatywnym skutkom zdrowotnym tych schorzeń dla społeczeństwa lub ich minimalizowanie. Jednym ze sposobów osiągania tak określonego zamiaru jest zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia poszczególnych osób, a w konsekwencji całej zbiorowości.

W działaniach promujących zdrowie znaczącą rolę odgrywają osoby wykonujące zawody medyczne. To one zostają w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, co ułatwia przekazanie fachowej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb wiedzy. Ponadto, z racji profesji wzbudzają zaufanie oraz wychodzą naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, wskazując właściwe środki zaradcze dotyczące zdrowia. Z uwagi na powyższe ustawodawca słusznie uwzględnił zadanie promowania zdrowia w regulacjach prawnych oraz normach etycznych odnoszących się do zawodów medycznych. Terminu promocja zdrowia użyto, choć go nie rozwinięto, m.in. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej oraz Kodeksie etyki lekarskiej i Kodeksie etyki pielęgniarki i położnej [2]. Promotorami zdrowia mogą być również osoby nieposiadające wykształcenia medycznego.

Niewątpliwie regulacje nakładające obowiązek promowania zdrowia należy oceniać jako słuszne. Niemniej jednak trzeba zwrócić uwagę na możliwość występowania

dylematów zarówno natury prawnej, jak i etycznej podczas podejmowania działań z zakresu promocji zdrowia. Jak zauważa Karski, osoby zaangażowane w promocję zdrowia mają prawo poddawać w wątpliwość, czy ich działania polegające na rozpowszechnianiu wiedzy, jak żyć, pracować i odpoczywać, są właściwie ukierunkowane. Szczególnie ma to miejsce w sytuacji, kiedy adresatom z różnych względów, w tym finansowych, brakuje możliwości zastosowania się do zaleceń lub istnieją przeciwwskazania do takich zachowań w ich życiu codziennym [3].

Celem niniejszego artykułu jest próba wskazania zarówno obszarów działań w zakresie promocji zdrowia, które mogą rodzić dylematy etyczne wśród pracowników sektora ochrony zdrowia, zwłaszcza w kontekście dysponowania ograniczonymi środkami finansowymi przez niektórych członków społeczeństwa, jak i możliwości stosowania nowych rozwiązań, jakie daje nauka. Aby rozwinąć tę kwestię, konieczne jest dokonanie analizy przepisów prawa oraz zasad deontologicznych dotyczących istoty promocji zdrowia.

Normy prawne i etyczne odnoszące się do zdrowia

Jedną z nadrzędnych wartości dla człowieka jest zdrowie. W celu jego ochrony obok zasad moralnych tworzy się normy prawne. Istnieje szereg dokumentów prawa międzynarodowego i krajowego odnoszących się do zagadnienia prawa do zdrowia. Jednym z najbardziej doniosłych w tym zakresie jest uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w dniu 10 grudnia 1948 r. w Paryżu Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, która w art. 25 stanowi, że każdy człowiek ma prawo do warunków życia zapewniających zdrowie i dobrobyt jego oraz jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, a także prawo do ubezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny. Matka i dziecko powinni mieć zapewnione specjalną opiekę i pomoc, a wszystkie dzieci – zarówno małżeńskie, jak i pozamałżeńskie – powinny korzystać z jednakowej ochrony społecznej [4].

Prawa człowieka, w tym prawo do zdrowia, zagwarantowane są także m.in. w art. 12 ust. 1 i 2 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z dnia 19 grudnia 1966 roku, w którym państwa-strony uznały, że każdy człowiek posiada prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Dla osiągnięcia całkowitego wykonania tego prawa konieczne jest podjęcie przez poszczególne kraje kroków mających na celu zmniejszenie wskaźnika martwych urodzeń i śmiertelności niemowląt oraz zapewnienie zdrowego rozwoju dziecka; poprawę higieny środowiska i higieny przemysłowej we wszystkich aspektach; zapobieganie chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenie i zwalczanie oraz stworzenie warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby [5]. Z racji tego, że powyższe postanowienie ma charakter ogólny, to w rekomendacji do wskazanego art. 12

przyjętej w 2000 roku przez Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, powołany do monitorowania wdrażania paktu, sprecyzowano, że prawa do zdrowia nie można rozumieć wyłącznie jako prawa do opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie, odnosi się ono do szerokiego zakresu potrzeb społeczno-ekonomicznych, których zaspokojenie jest warunkiem zdrowego życia. Należą do nich: dostęp do żywności, właściwe odżywianie, dostęp do bezpiecznej i zdanej do picia wody, bezpieczne i zdrowe warunki pracy oraz zdrowe środowisko [6].

Ponadto w uchwalonej 20 listopada 1989 roku Konwencji o Prawach Dziecka art. 24 stanowi, że państwa-strony uznają prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Tym samym poszczególne kraje zadeklarowały, że podejmą starania, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do tego rodzaju opieki zdrowotnej [7].

Zapis dotyczący poszanowania prawa do ochrony zdrowia znalazł się także w Preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z dnia 22 lipca 1946 r., w której uznano, że korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne lub społeczne. Państwa zobowiązały się pomagać w rozwijaniu uświadomionej opinii publicznej w sprawach zdrowia wśród wszystkich ludów [8]. Na gruncie ustawodawstwa krajowego prawo do ochrony zdrowia zapewnia każdemu obywatelowi Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 oraz akty prawne rangi ustawowej, głównie ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która w art. 6 ust. 1 i 2 gwarantuje pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej [9].

Wskazane wyżej normy prawne pozostają w stosunku niezależności wobec zasad etycznych. Jak wskazuje Zoll, istnieją normy etyczne, które nie znajdują swojego odpowiednika w normach prawnych, są normy prawne, które nie mają wsparcia w świecie norm etycznych, ale są też normy etyczne i prawne tożsame co do treści nakazu lub zakazu zawartego w dyspozycji normy [10]. Ta relacja zachodząca pomiędzy zbiorami norm etycznych i norm prawnych ograniczonych do stosunków powstałych pomiędzy lekarzem i pacjentem wykazuje pewne cechy specyficzne. Niezależnie bowiem od tego, na ile pozycja chorego jest chroniona przez prawo, to oczekuje on od lekarza pomocy medycznej na możliwie najwyższym poziomie. Gwarancją w tym dialogu jest zaufanie [11]. To z kolei wymaga od lekarza podejmowania działań, w których będą dominowały dobro, empatia i troska. Niezmiernie ważny w relacji lekarza z pacjentem jest też szacunek. Z jednej strony poszanowanie decyzji chorego co do zgody na leczenie lub braku jej wyrażenia, poszanowanie jego życia prywatnego, a z drugiej strony szacunek dla wyboru sposobu postępowania przez lekarza stwarza możliwość większego zaangażowania się pacjenta w proces leczenia i daje szansę na przeprowadzenie skuteczniejszej terapii.

Wyżej wymienione wartości nie są narzucone przez normy prawne, dlatego też nie ma wątpliwości, że etyka

i prawo przeplatają się ze sobą. Zależność tę środowisko lekarskie zauważyło już dawno, co skutkowało opracowaniem przez samorząd lekarski Kodeksu etyki lekarskiej (KEL). Jest to dokument deontologii zawodowej nie- stanowiący źródła powszechnie obowiązującego prawa. Niemniej jednak normy etyczne obowiązujące lekarzy zostały bardzo ściśle zintegrowane z prawem stanowionym i wywierają znaczny wpływ na sposób interpretacji obowiązujących norm prawnych [12]. Jest to widoczne chociażby w art. 5 pkt. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich. W artykule tym wśród zadań samorządu lekarskiego wymieniono „ustanawianie dla lekarzy zasad etyki zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie” [13]. Ponadto art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu z poszanowaniem zasad etyki zawodowej [14]. Na mocy prawa stanowionego, a nie tylko norm etycznych, każdy lekarz, bez względu na charakter prawny łączącej go relacji z osobą potrzebującą pomocy medycznej, jest zobowiązany do przestrzegania norm etycznych ustanowionych przez samorząd lekarski. Naruszenie Kodeksu etyki lekarskiej stanowi jednocześnie naruszenie dyspozycji wynikającej z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a tym samym pociąga za sobą odpowiedzialność zawodową.

Konieczność podejmowania przez lekarzy działań zgodnych z zasadami etyki oraz wymogami prawnymi w istniejącej rzeczywistości, kiedy to od członków tej grupy zawodowej oczekuje się głównie rozpoznawania i zapobiegania chorobom oraz promowania zdrowia, niejednokrotnie prowadzi do dylematów. Jak słusznie wskazuje Karski, etyka lekarska jest zamknięta w okowach praw chorych i ograniczeń pomocy lekarskiej [15]. Obecnie coraz częściej limity środków, jakimi dysponuje państwo, uniemożliwiają realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Niejednokrotnie lekarze stają przed wyborem sposobu leczenia, który z jednej strony będzie najbardziej korzystny dla pacjenta, a z drugiej możliwy do realizacji pod względem finansowym. Szybki rozwój nauki przyczynił się do zwiększenia możliwości, ale jednocześnie wymaga większych nakładów finansowych, które państwo nie zawsze jest w stanie zapewnić. Stwarza to sytuacje, kiedy lekarz mimo dobrej woli nie zawsze może działać w sposób, jaki w jego ocenie byłby najbardziej moralny i właściwy. Inny problem mający podłoże finansowe dotyczy utrudnionego dostępu do specjalistów oraz braku dobrej komunikacji z lekarzem. Często czas, jaki może on poświęcić pacjentowi, jest ograniczony przez płatnika systemu ochrony zdrowia oraz biurokrację.

Postęp naukowy w dziedzinie medycyny prowadzi do powstania dylematów etycznych również innego rodzaju. Przykładowo, zabiegi transplantacji, zapłodnienie *in vitro*, inżynieria genetyczna czy wprowadzanie nowych produktów farmaceutycznych z jednej strony dają nadzieję i otwierają nowe możliwości, ale z drugiej strony pociągają za sobą wzrost konfliktów moralnych, a nawet próby kwestionowania założeń tradycyjnej etyki [16]. Rolą lekarza jest znalezienie właściwej drogi między korzyściami a ewentualnym odstępstwem od zasad etycznych.

Regulacje dotyczące praw pacjentów również niejednokrotnie są źródłem dylematów moralnych lekarzy. Przykładem jest sytuacja, kiedy dochodzi do rozbieżności zdań między lekarzem a pacjentem w zakresie wyboru sposobu leczenia lub profilaktyki. Lekarz powinien działać z jednej strony zgodnie z wolą pacjenta, a z drugiej dla jego dobra, co nie zawsze okazuje się tożsame. Należy podkreślić, że niezależnie od wystąpienia rodzaju sytuacji rodzącej dylemat etyczny rola lekarza w relacji z pacjentem jest silniejsza, gdyż występuje on jako specjalista, do którego chory zwraca się po poradę. Z racji tego powinien on dokładać wszelkich starań, aby postępować zgodnie ze sformalizowanymi zasadami etyki oraz własnym sumieniem i to nie tylko w zakresie leczenia, ale również promowania zdrowia.

■ Promocja zdrowia a etyka

Dylematy natury etycznej mogą wiązać się z działaniami z zakresu *stricte* promocji zdrowia, do której zobowiązani są nie tylko lekarze, ale również instytucje i osoby związane z systemem ochrony zdrowia i realizujące założenia polityki zdrowotnej. W praktyce w tym obszarze zdarzają się sytuacje, kiedy należy znaleźć moralne wytłumaczenie tego, co się robi i w jaki sposób się to przekazuje. Przykładem może być zalecanie określonego sposobu działania nie zawsze możliwego do osiągnięcia przez adresata, jak choćby uprawiania sportu bez zapewnienia jego finansowania lub dostępu do infrastruktury. W wielu dyscyplinach sportowych konieczne są choćby niewielkie nakłady finansowe potrzebne na odpowiedni sprzęt czy odpłatne korzystanie z obiektów sportowych, co dla niektórych osób może stanowić znaczące obciążenie. Innym przykładem jest prowadzenie ukierunkowanych tylko na wybrane grupy społeczne kampanii prozdrowotnych, takich jak program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy skierowany do kobiet w wieku powyżej 50. roku życia, podczas gdy problem ten dotyka również osoby młodsze i to obojga płci.

Powyższe kwestie są czasem ignorowane przez promotorów zdrowia na rzecz dowodów naukowych wskazujących na skuteczność ich działań. Jednakże biorąc pod uwagę rosnącą świadomość faktu, że promocja zdrowia jest przedsięwzięciem moralnym i można ją praktykować w sposób mniej lub bardziej etyczny, ten aspekt powinien być tak samo ważny jak istnienie dowodów świadczących o tym, że przynosi ona zamierzone efekty [17]. W dziedzinie promocji zdrowia nie istnieje formalny zbiór zasad etycznych dla promotorów dotyczący podejmowanych działań, tak jak ma to miejsce w przypadku niektórych zawodów medycznych, których przedstawiciele są zobligowani do przestrzegania kodeksów deontologicznych. Dlatego też autorzy podejmują próbę nakreślenia podstawowych wartości promocji zdrowia, a wśród nich wymieniają: zdrowie i dobre samopoczucie w przeciwieństwie do zwykłego braku choroby, sprawiedliwość, trwałość środowiska naturalnego, szacunek dla kultury, prawdomówność itp. [18].

Prowadząc rozważania na temat etyki promocji zdrowia, należy przytoczyć pogląd Buchanana. Autor ten wskazuje

na fakt, że promocja zdrowia wymaga myślenia całościowego, obejmującego także wartości etyczne. Powinna być oparta na wynikach badań naukowych, ale też na mądrości i praktyce. Zdaniem badacza działania podejmowane w tym obszarze mają na celu ograniczanie częstotliwości występowania czynników ryzyka dla zdrowia populacji, popieranie dobrobytu i solidarności wśród obywateli oraz angażowanie ich w to, jak mogą żyć. Ostatnia kwestia wymaga inicjatyw ukierunkowanych lokalnie, a nie traktowania całej społeczności w taki sam sposób. Podejście to jest korzystne, gdyż opiera się na szacunku do ludzi ze względu na to, kim są. W takim rozumieniu nie postrzega się ich jako środka do osiągnięcia lepszych statystyk zdrowotnych populacji. Ponadto uznaje się moralne znaczenie wspólnoty, buduje zaufanie i solidarność społeczną. Choć nie wszyscy autorzy zgadzają się z poglądami Buchanana, niewątpliwie zwraca on uwagę na konieczność istnienia spójnego systemu myślenia uwzględniającego zasady etyczne [19]. Konieczność podejmowania działań w zakresie zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia, według zasad etyki dostrzeżono już na przełomie XX i XXI wieku. W 2002 r. Amerykańskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego przyjęło Kodeks etyki zdrowia publicznego. Dokument ten skierowany jest do organizacji krajowych działających w obszarze zdrowia publicznego. Jego autorzy nie wskazują konkretnych rozwiązań, a jedynie budują świadomość możliwości wystąpienia dylematów etycznych. W kodeksie zawarto 12 zasad zdrowia publicznego wskazujących m.in. na: konieczność zasięgania informacji potrzebnych do realizacji skutecznych strategii i programów ochrony oraz promocji zdrowia, zapewnienie osiągnięcia zdrowia członków społeczności w sposób, który szanuje ich prawa oraz działania na rzecz równouprawnienia, poczucia wzajemnej więzi członków społeczności oraz zapewnienia, że podstawowe środki i warunki niezbędne dla zdrowia są dostępne dla wszystkich osób w społeczeństwie. Ponadto polityka zdrowotna powinna zawierać szereg rozwiązań, które przewidują poszanowanie różnych wartości, przekonań i kultury w społeczeństwie [20].

Na gruncie polskim dokument wytyczny dotyczący poszanowania zasad etyki podczas podejmowania zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia, nie został jeszcze opracowany.

Na problem etycznych aspektów edukacji zdrowotnej tożsamy z dylematami towarzyszącymi promocji zdrowia zwraca uwagę Woynarowska. Zdaniem autorki w niektórych przypadkach zachęty lub impulsy do zmiany zachowań zdrowotnych stosowane przez edukatorów i z ich perspektywy korzystne przybierają niekiedy postać manipulacji czy przymusu, co może dawać poczucie ograniczenia wolności człowieka, jego prawa do pomyłek, samodecydowania, a tym samym stać się kwestią etyczną. Z uwagi na brak zuniformizowanych reguł należy posługiwać się ogólnie przyjętymi zasadami autonomii, szacunku dla innej osoby, nieszkodzenia i sprawiedliwości [21].

Na jeszcze inny aspekt etyczny promocji zdrowia zwraca uwagę Solberg, zdaniem którego jedną z podstawowych wartości tej dziedziny jest wzmacnianie pozycji zdrowia ogółu. Koncepcja ta powinna zastąpić skupianie

się na autonomii pacjenta postrzeganej obecnie jako podstawowa wartość w opiece zdrowotnej [22].

■ Promowanie zdrowia w mediach a etyka

Aby działania z zakresu promocji zdrowia przyniosły oczekiwane rezultaty konieczny jest dobór odpowiednich środków, które umożliwią dotarcie do jak największej liczby adresatów. W tym celu wykorzystuje się media, portale internetowe, aplikacje działające w obszarze Health oraz podejmuje inicjatywy takie jak warsztaty, spotkania, prelekcje, akcje (np. bezpłatne badania czy konsultacje ze specjalistami). Źródłem przekazu są też drukowane ulotki, plakaty, foldery itp.

Niezależnie od wyboru środka przekazu osoby zaangażowane w realizację projektów dotyczących promocji zdrowia powinny przestrzegać nie tylko norm prawnych, ale również etycznych. Media charakteryzują się uniwersalizmem. Na skutek procesów globalizacji przekraczają granice kultur oraz przestrzeni aksjologicznych, co pociąga za sobą konieczność tworzenia uniwersalnych zasad etycznych [23]. Etyka mediów występuje na kilku płaszczyznach, m.in. jako etyka określonego rodzaju mediów (internetu, telewizji, filmu, informacji, komunikacji medialnej itd.), w ramach której podejmowane są próby wypracowania kryteriów ocen etycznych dla przekazywanych treści, oraz jako etyka twórców medialnych. Na tym polu obejmuje ona etykę dziennikarską i deontologię zawodową we wszystkich grupach zawodowych zaangażowanych w tworzenie treści medialnych. Głównym jej założeniem jest wypracowanie podstawowych zasad, pomocnych w trudnych sytuacjach, jakie mogą pojawiać się w związku z procesami, którym są poddane media [24].

Obecnie istnieje szereg regulacji prawnych odnoszących się do funkcjonowania mediów na różnych płaszczyznach. Uregulowania te nie są jednak wystarczające. Aby media działały w sposób całościowy, pozwalający na znalezienie każdemu użytkownikowi właściwego dla niego obszaru, konieczne jest oparcie ich działalności na fundamentalnych wartościach takich jak: godność, szacunek dla drugiego człowieka, tolerancja, wolność czy swoboda wyboru. Tylko spójne działanie systemów prawnego i etycznego może zapewnić właściwy i rzetelny przekaz informacji budujący zaufanie adresatów.

Istnieją zbiory zasad „odpowiedniego” (etycznego) zachowania dla poszczególnych rodzajów mediów oraz osób w nich zatrudnionych. Przykładem jest Netykieta, czyli zbiór zasad zachowania się w Internecie. Powyższy dokument nie został skodyfikowany ani nie posiada mocy prawnej, a jedynie uznaniową. Niemniej jednak nieprzestrzeganie zawartych w nim reguł może wiązać się z konsekwencjami wyciąganymi bezpośrednio przez administratorów. Innym zbiorem zasad jest Kodeks etyki dziennikarskiej koncentrujący się na dylematach etycznych występujących wśród przedstawicieli tej profesji. Zgodnie z nim niezależnie od tego, czy dane działania w mediach podejmują profesjonalści, czy inne osoby, powinni oni kierować się zasadami etycznymi.

Podsumowanie

Zdrowie stanowi jedną z nadrzędnych wartości. Jego ochrona nie jest możliwa jedynie poprzez wprowadzenie odpowiednich regulacji prawnych. Istnieje szereg wartości, takich jak zaufanie, empatia, zachowanie godności, których poszanowanie okazuje się fundamentalne dla utrzymania lub poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. W krajach wysokorozwiniętych od wielu lat dostrzega się konieczność nie tylko zapewnienia prawidłowych warunków leczenia, ale również zapobiegania chorobom. Powyższe próbuje się osiągnąć poprzez promowanie zdrowego stylu życia oraz edukację, profilaktykę i politykę zdrowotną. Niemniej jednak można odnieść wrażenie, że większość dyskusji dotyczących polityki zdrowotnej koncentruje się na problemach funkcjonowania służby zdrowia, pomijając przy tym czynniki warunkujące zdrowie, np. politykę zatrudnienia i mieszkaniową, środowisko, styl życia czy przeciwdziałanie nierównościom społecznym [25].

Ponadto obecnie coraz trudniej odróżnić dyskurs polityczny w sektorze polityki zdrowotnej od strategii reklamowych. Wynika to z chęci dotarcia do masowego

odbiorcy, na którego ukierunkowana jest większość działań promujących zdrowie. Problem jednak polega na tym, że nie można wszystkich grup odbiorców traktować jednako w kontekście odbioru przekazywanych treści. Inną postawę wobec działań prozdrowotnych wykazują np. osoby wykształcone, a inną ludzie bez wykształcenia. Znaczenie ma również status majątkowy [26]. Powstaje zatem problem natury etycznej dotyczący dopuszczalności różnicowania kampanii prozdrowotnych w zależności od grupy docelowej.

Dynamiczny rozwój nauki i technologii przy jednoczesnym deficycie środków finansowych przekazywanych na ochronę zdrowia oraz ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych rodzą dalsze dylematy etyczne wśród promotorów zdrowia. Niejednokrotnie stają oni przed koniecznością odpowiedzi na pytanie, czy promocja zachowań prozdrowotnych skierowana do osób, które z różnych względów nie mogą sobie pozwolić na zastosowanie się do zaleceń i przeciwwskazań, narusza ich godność, a może prowadzi do poczucia wykluczenia społecznego. Te zagadnienia powinny być brane pod uwagę podczas kreowania działań promocyjnych w zakresie utrzymania zdrowia.

Piśmiennictwo

1. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (dostęp: 5.02.2024).
2. Karski J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2006: 37.
3. Karski J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2006: 36.
4. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, Paryż, 10 grudnia 1948 r., <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html> (dostęp: 20.02.2024).
5. *Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych*, Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169.
6. Nowicka W., Solik A., *Międzynarodowe standardy zdrowia i praw reprodukcyjnych oraz seksualnych a ich realizacja w Polsce*, Sekretariat Pełnomocnika Rządu ds. Równego Statusu Kobiet i Mężczyzn, Warszawa 2003: 7.
7. Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r., Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 z późn. zm.
8. Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1545.
10. Zoll A., *Niektóre etyczne i prawne dylematy związane z zaniechaniem świadczeń medycznych*, http://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/40137,niektore-etyczne-i-prawne-dylematy-zwiazane-z-zaniechaniem-swiadczen-medycznych (dostęp: 22.02.2024).
11. Karski J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2006: 27.
12. Zoll A., *Niektóre etyczne i prawne dylematy związane z zaniechaniem świadczeń medycznych*, http://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/40137,niektore-etyczne-i-prawne-dylematy-zwiazane-z-zaniechaniem-swiadczen-medycznych (dostęp: 22.02.2024).
13. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.
14. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 1516.
15. Karski J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2006: 28.
16. Vasiljeviene N., Kubka J., *Problemy instytucjonalizacji etyki w dziedzinie służby zdrowia*, „Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym” 2008; 11 (2): 67–74.
17. Carter S.M., *What is Health Promotion Ethics?*, „Health Promotion Journal of Australia” 2012; 23 (1): 4.
18. Signal L., Ritchie J., Rissel C., Bauman A., Parker E., O'Hara L. et al., *A Perspective on Changes in Values in the Profession of Health Promotion*, „Health Promotion Journal of Australia” 2007; 18 (1): 3–6.
19. Buchanan D., *An Ethic for Health Promotion: Rethinking the Sources of Human Well-Being*, Oxford University Press, New York 2000.
20. Thomas J.C., Sage M., Dillenberg J., Guillory V.J., *A Code of Ethics for Public Health*, „American Journal of Public Health” 2002; 92 (7): 1057–1059.
21. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017: 139–145.
22. Solberg B., *The Ethics of Health Promotion: From Public Health to Health Care*, [w:] *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585674/> (dostęp: 15.03.2024).
23. Dróżdż M., *Etyczne aspekty mediów integralną częścią nauk o mediach*, „Studia Medioznawcze” 2013; 4: 11–25.
24. Dróżdż M., *Etyczne aspekty mediów integralną częścią nauk o mediach*, „Studia Medioznawcze” 2013; 4: 11–25.
25. Balicki M., *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2012: 8.
26. Żok A., Baum E., Musielak M., *Etyczne konteksty promocji zdrowia w kulturze ponowoczesnej*, „Poznańskie Zeszyty Humanistyczne” 2018; XXXVIII: 36.