

**STEFAN KONSTAŃCZAK**  
Instytut Filozofii, UZ, Zielona Góra

## Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna

**Słowa kluczowe:** zdrowie, wartość zdrowia, system opieki zdrowotnej, prewencja  
**Key words:** health, value of health, the system of health protection, prevention

Zasada medycyny Hipokratesowej „zdrowie chorego najwyższym prawem” (łac. *salus aegroti suprema lex*) jest nie tylko naczelną zasadą postępowania dla personelu medycznego, ale zawiera także określony sposób wartościowania. W myśl tej zasady to zdrowie jest wartością pożądaną, a stanem niepożądanym jest choroba. Logiczną konsekwencją takiego wartościowania jest następna zasada Hipokratesowa „po pierwsze nie szkodzić” (łac. *primum non nocere*), która nakazuje leczyć tak, aby w wyniku postępowania terapeutycznego potrzebujący pomocy (pacjent) nie doznał jeszcze większego uszczerbku na zdrowiu. Mało kto zdaje sobie jednak sprawę z tego, że zasada ta ma charakter uniwersalny i w żadnym przypadku nie może być ograniczana wyłącznie do personelu medycznego. Jest ona również kierowana do każdego pacjenta, w tym także do pacjentów potencjalnych, czyli do każdego członka społeczeństwa. Dbałość o zdrowie nie jest bowiem wyłącznie domeną lekarzy, ale każdy człowiek jest zobowiązany chronić swoje zdrowie a także dbać o to, aby inni lekkomyślnie go nie tracili względnie nie stanowili zagrożenia dla pozostałych. W tym właśnie wyraża się cała mądrość Hipokratesowego imperatywu. Takie stanowisko z pewnymi oporami zdobywa sobie obywatelstwo w decydowaniu o kierunkach ochrony zdrowia podejmowanych przez polityków. Warto zatem zastanowić się, jakie działania powinno się podejmować, aby skutecznie wpływać na zachowania ludzi, którzy obowiązek dbałości o włas-

ne zdrowie najchętniej przerzuciliby wyłącznie na lekarzy. To nie jest jednak zadanie wyłącznie służby zdrowia, ale przede wszystkim systemu oświaty oraz instytucji, które ponoszą konsekwencje lekceważenia własnego zdrowia przez obywateli (ZUS, PZU itp.). Wyposażenie członków społeczeństwa w kompetencje i umiejętności zapobiegania chorobom i urazom skutkuje bowiem nie tylko znacznymi oszczędnościami finansowymi w skali całego państwa, ale także warunkuje w znacznej mierze osiągnięcia szkolne uczniów i studentów.

### **Kompetencje zdrowotne**

Zachowanie dobrego zdrowia jest jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka. Nic dziwnego, że w cytowanej poniżej monografii poświęconej problematyce ludzkich potrzeb umieszczono potrzeby zdrowotne wśród potrzeb egzystencjalnych pierwszego rzędu. Dokonano przy tym zarazem wewnętrznego ich podziału na „potrzeby higieny profilaktyki oraz potrzeby terapii”. Zdaniem autora pierwsza grupa jest zależna wyłącznie od nas samych i warunkuje bezpośrednio długość trwania życia oraz jego jakość. Druga kategoria zaś wymaga pomocy zewnętrznej gdyż jest związana „z likwidacją konkretnych schorzeń i usuwaniem ich skutków” (Kocowski 1982: 176-177). Stąd mówiąc o ochronie zdrowia człowieka należy mieć na uwadze możliwości zaspokojenia potrzeb obu rodzajów, a tego nie jest w stanie zapewnić społeczeństwu sam instytucjonalny system opieki medycznej. Potrzeby pierwszego rodzaju są kształtowane w ramach procesów socjalizacji. To rodzina, szkoła, kościół, kręgi znajomych uczą ludzi zapobiegania chorobom i prostych metod zwalczania drobnych przypadłości. Człowiek uczy się też na popełnionych przez siebie własnych i na własnych doświadczeniach w roli chorego. Nauki tego rodzaju są jednak zawodne, gdyż cudze doświadczenia są nieprzekładalne na warunki własnej egzystencji. O skuteczności takiej nauki był przekonany m.in. Platon, który w „Państwie” twierdził, że najlepszą formą nauki medycyny są własne doświadczenia, co dobrze oddaje przywołane przez tłumacza opowiadanie o Asklepiosie: „Dobry lekarz powinien sam na sobie wiele chorób przejść i obcować jak najbliżej z wieloma

chorymi” (Platon 2003: 106). Przekonanie tego rodzaju ciągle jednak znajduje wielu zwolenników i skłania wielu ludzi do dzielenia się własnymi doświadczeniami terapeutycznymi w nadziei, że potrafią w taki sposób pomóc innym. W życiu każdej jednostki zdarzają się jednak momenty, w których własne kompetencje zdrowotne okazują się zbyt skromne dla zaradzenia własnym przypadłościom. Wizyta w gabinecie lekarskim jest więc w pewnym sensie rozwiązaniem ostatecznym, na które ludzie decydują się, gdy wszelkie inne sposoby utrzymania się w zdrowiu zawiodą.

Każdy potrzebujący ma jednak nadzieję, że wraz z wizytą w gabinecie lekarskim skończą się jego własne problemy ze zdrowiem. Podtrzymuje takie przekonanie stereotypowe postrzeganie przedstawicieli tego zawodu jako wysokokwalifikowanych, kompetentnych i poświęcających się dla dobra innych. Świetnie oddaje takie przekonanie wzorzec lekarza realizowany przez Tomasza Judyma z „Ludzi bezdomnych” Stefana Żeromskiego. Takie złudne przekonanie pacjentów podtrzymują także teoretycy etosu lekarskiego piszący, że „działaniu lekarza można nadać miano dobroczynienia w sensie niejako absolutnym, albowiem posługa lekarska jest w tym sensie bezcenna, że przedmiotem jej troski są najwyższe dla chorego wartości – jego własne życie i zdrowie” (Kwiatkowski 2002: 37). Tymczasem każdy lekarz też jest potencjalnym pacjentem i w sytuacjach krytycznych przejawia analogiczne oczekiwania jak leczeni przez niego ludzie.

### **Zdrowie jako wartość**

Zainteresowanie problematyką ochrony zdrowia ma zatem racjonalne uzasadnienie, gdyż dotyczy każdego człowieka zarówno z osobna, jak i wszystkich ludzi naraz. Świadomość oczywistego dziś faktu, że stan zdrowia innych ma wpływ także na nasze zdrowie, nie była jednak udziałem ludzi w poprzednich wiekach. W każdej epoce istniały bowiem takie choroby, które eliminowały praktycznie z życia społecznego i początkowo skazywały nawet na odrzucenie przez własną grupę. Taką chorobą był przez wieki np. trąd. Pewne rytuały postępowania, które wówczas narodziły się przetrwały aż do czasów historycznych.

Jednym z nich był starogrecki obyczaj *pharmakos*, który był praktykowany w greckich *polis*. Mario Vegetti opisuje ten rytuał następująco: „co roku wspólnota wybiera jednego ze swych marginesowych członków. Dotkniętego kalectwem fizycznym lub psychicznym, wygania go, towarzysząc mu w procesji aż do bram miasta, aby wraz z nim usunąć wszelkie zmyzy, jakie mogą przytrafić się grupie” (Vegetti 2000: 314). W sytuacjach, gdy nie wiedziano jak z chorym postępować lub uznawano go za zagrożenie dla całości grupy zapewne zostawiano go same-mu sobie albo po prostu skazywano go na banicję z grupy. Równoległe funkcjonowały także choroby, które wręcz nobilitowały swoich nosicieli. Taka choroba była niegdyś epilepsja, którą Hipokrates w zgodzie z tradycją grecką nazywał „chorobą świętą” poświęcając jej jeden ze swoich traktatów medycznych. Takie postępowanie ogółu nie było jednak powodowane upadkiem moralnym bądź moralną anomią, ale właśnie troską o własne bezpieczeństwo. O to bezpieczeństwo troszczyła się nie tylko cała grupa, a także każdy jej członek z osobna.

Z takich racji zdrowie było i jest przedmiotem zainteresowania filozofii na wielu płaszczynach. Jedną z niedocenianych płaszczyn jest płaszczyna poznawcza. Nasz stosunek do zdrowia jest bowiem pochodną posiadanej wiedzy, zwłaszcza wiedzy medycznej. Im więcej wiemy na jego temat, tym mniej czujemy się zdeterminowani posiadanymi biologicznymi uwarunkowaniami. Przekonanie o zewnętrznym niezeterminowaniu stanu naszego organizmu ma ogromny wpływ przy obieraniu stylu życia sprzyjającego zdrowiu. Zasadnicze znaczenie ma tu kwestia aktywności indywidualnej, wynikająca z poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i pozostałych ludzi w swoim otoczeniu. Nie można czuć się odpowiedzialnym za własne zdrowie, jeśli nie ma się przekonania, iż samemu się je kształtuje. Na tej zasadzie występuje wiele definicji zdrowia, a ich historyczna zmienność jest pochodną przemian naszych wyobrażeń o tym, czym ono właściwie jest. Przy próbie określenia tego, czym jest zdrowie najważniejszy wydaje się zakres jednostkowej odpowiedzialności, jaki za jego utrzymanie sobie przypisujemy. Można więc wszystkie definicje zdrowia, podobnie jak i wolności, pogrupować w zaledwie trzy typy:

1. negatywne – określające stan zdrowia jako brak choroby. Zdrowie byłoby wówczas stanem, który polega na subiektywnym odczuciu niewystępowania jakichkolwiek dolegliwości fizycznych bądź psychicznych.
2. pozytywne – określające stan zdrowia w kategoriach dobrego samopoczucia, zadowolenia z siebie. W tym względzie pojęcie zdrowia współwystępuje razem z odczuwanym poziomem szczęścia.
3. holistyczne – które łączy w sobie oba wcześniejsze typy. Tego typu ujęcie ma mocne podstawy w tradycji filozoficznej. Jeśli trzymać się typologii Władysława Tatarkiewicza, to szczęście jest nie tylko „pewnym stanem świadomości”, ale i „układem życia człowieka niezależnie od tego, czy on ma jego świadomość” (Tatarkiewicz 1992: 143). Takie rozumienie szczęścia polski filozof wywodził od Demokryta, „który twierdził, że życie szczęśliwe nie zależy wyłącznie od pomyślnego losu ani w ogóle od zewnętrznych warunków, ale także, i więcej jeszcze, od wewnętrznego ustroju człowieka. Życie szczęśliwe to takie, które jest odczuwane dodatkowo, z którego człowiek jest zadowolony. Istotne jest w nim nie to, co człowiek ma, lecz jak to, co ma, odczuwa” (Tatarkiewicz 1992: 150).

Właśnie filozofia i dopiero od niedawna także psychologia humanistyczna podkreślają, że celem działalności człowieka jest pełna realizacja swoich potencjalnych możliwości, co jest możliwe tylko w sytuacji, gdy cieszymy się dobrym samopoczuciem, co niekoniecznie oznacza, że znajdujemy się w pełni sił fizycznych. Osoby trwale niepełnosprawne fizycznie mogą mieć równie dobre, a nawet lepsze, samopoczucie, jak ktoś, kto żadnych problemów ze zdrowiem nie ma. Problematyka zdrowia jest więc nierozzerwalnie związana z rozumieniem człowieczeństwa i jako taka nie może być rozpatrywana wyłącznie z punktu widzenia ekonomii (opłacalności) bądź tylko z punktu widzenia jakiegokolwiek innej nauki szczegółowej.

Zauważyć jednak można pewien rozdźwięk pomiędzy indywidualnym poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie, a próbami maksymalnego obarczenia taką powinnością środowiska zewnętrznego, czyli na ogół państwa lub instytucji społecznych. Ludzie bowiem wykazują skłonność do przerzucania odpowiedzialności za swoje

zdrowie na otoczenie. Niemal każda decyzja polityczna podejmowana w zakresie opieki zdrowotnej ma wydźwięk moralny, a stąd spotyka się na ogół z krytyką i zarzutami o niedostatek dbałości o zdrowie obywateli. Tymczasem nikt i nic nie może zdjąć z nas odpowiedzialności za własne zdrowie. Polityka prozdrowotna państwa jest tu czynnikiem wspomagającym a nie zastępującym własne starania. W tej mierze istnieje prawidłowość, której często nie dostrzegają rządzący, iż środki wydane na profilaktykę zdrowotną przyczyniają się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa o wiele skuteczniej, niż wydane na instytucjonalną pomoc medyczną. Sprawdza się zatem w pełni maksyma „łatwiej zapobiegać, niż leczyć”.

### **Styl życia a stan zdrowia społeczeństwa**

Wyniki badań prowadzonych wśród różnorodnych grup społecznych dowodzą, że zdrowie człowieka wykazuje silną korelację nie tyle z warunkami czy stylem życia, a z wykształceniem i statusem materialnym. Jak zauważa Jerzy Kurkowski „poziom wykształcenia i status materialny mają tu znacznie większy wpływ niż styl życia, nadwaga, czy bariery w dostępie do opieki medycznej. W sumie – jak podpowiada nam zdrowy rozsądek i doświadczenie – każdy otrzymuje od życia tyle, za ile sam jest w stanie zapłacić” (Kurkowski 2002: 187). Nie chodzi tu jednak o zwykle wyłożenie pieniędzy, ale o strategię ich inwestowania, w tym zwłaszcza we własną przyszłość. Nie sztuką bowiem jest wydać jednorazowo pieniądze na zdrowie; prawdziwą sztuką jest przy ograniczonych zasobach finansowych tak je ulokować, aby gwarantowały możliwość pielęgnacji własnego zdrowia w dowolnym momencie naszego życia. Każdy może zabezpieczyć się na przyszłość, ale tylko niektórzy tak czynią. Rozsądne gospodarowanie posiadanymi środkami wymaga jednak wiedzy oraz posiadania niezbędnych środków. Utrata zdrowia jest bowiem czymś nieuchronnym choćby z racji naturalnych procesów starzenia się organizmu, stąd powinna być oczywista potrzeba zabezpieczenia tych momentów życia, w których zagrożenie jest największe. Tego typu konstatację potwierdza praktyka, a stąd znacznie większe znaczenie dla poprawy stanu zdrowia od samych procedur

lecniczych. musi przynieść profilaktyka Nic dziwnego, iż ludzie rozsądnie inwestujący we własne zdrowie żyją najdłużej.

Kanadyjski minister zdrowia, Marc Lalond, jeszcze w 1973 r. na Światowym Forum Zdrowia przedstawił referat, w którym przedstawił wyniki szeroko zakrojonych badań nad długością życia poszczególnych grup ludzi w swoim kraju. Wnioski z tych badań skłoniły go do sformułowania koncepcji pola zdrowia (*field health*) (Lalond 1974: 31-37). Na zdrowie ludzi, jego zdaniem, największy wpływ mają: styl życia, środowisko (społeczne i biologiczne); czynniki biologiczne (wrodzone) oraz organizacja opieki medycznej. Analizując przyczyny zgonów w Kanadzie i w innych państwach doszedł bowiem do wniosku, iż styl życia aż w 75% determinuje długość życia człowieka. Środowisko odpowiednio w 20% a opieka medyczna zaś tylko w 5% (Lalond 1974: 33). Wskazał wówczas także, że czas już odrzucić tradycyjne spojrzenie na determinanty zdrowia i chorób ludzi, gdyż pokładanie nadmiernych nadziei w leczeniu powoduje, że coraz większe nakłady kieruje się na opiekę medyczną, co w świetle wyników zaprezentowanych badań jest działaniem mało efektywnym, gdyż promocja zdrowego stylu życia i profilaktyka, przy znikomych nakładach, przyniosą zdecydowanie więcej korzyści niż miliardy wydane na instytucjonalną opiekę medyczną.

Wpływ czynników niezależnych od danej jednostki na jej zdrowie nie jest jednak także bez znaczenia. Jak się okazuje nawet sposób odżywiania matki podczas ciąży ma niebagatelny wpływ na późniejsze życie dziecka. Jeśli dieta ciężarnej była uboga w witaminy i substancje odżywcze, to płód już przyzwyczaja się do minimalnego wydatkowania energii, co skutkuje potem mniejszą aktywnością i zapobiegliwością życiową, a nade wszystko sprzyja otyłości nawet przy normalnym odżywianiu. Tak przynajmniej twierdzi Marc Vickers z nowozelandzkiego Liggins Institute (Kofta, Szutrowa 2001). W tej opinii dominuje przekonanie, że postawy i nawyki żywieniowe przejmujemy głównie od swego otoczenia społecznego, a później nawet jeśli mamy świadomość ich szkodliwego wpływu na zdrowie własne, to bardzo trudno je zmienić.

W świetle badań firmowanych przez Lalonda istnieje zatem ścisły związek pomiędzy zdrowiem jednostki a stanem jej otoczenia. Można nawet wyznaczyć kierunek racjonalnej aktywności ludzkiej związany ze zdrowiem, która prawie zawsze unika stanów chorobowych, a zmierza do stanów uznawanych za normę. Postrzeganie zdrowia w znacznej mierze jest bowiem warunkowane społecznymi wzorcami, np. nadmierna otyłość może być uznawana w danej społeczności za normę, a w innej kulturze za stan chorobowy. Podobnie się ma rzecz z uzależnieniami. Spotyka się jednak nie tylko zachowania ludzkie zmierzające do odzyskania utraconego zdrowia, co jest normą, ale także zachowania zmierzające do wywołania choroby, co jest już patologią. Możliwość wychwycenia symulujących chorobę jest ułatwiona z racji pewnej unifikacji zachowań w sferze zdrowia (chodzi tu nie tylko o organizmalne reakcje na chorobę, ale także sposób, w jaki rzekomo chora osoba funkcjonuje w otoczeniu społecznym) co ułatwia wykrywanie przypadków, w których stan choroby jest symulowany. Zachowania zdrowotne przy okazji także mówią: „o tym, jak jednostka lub zbiorowość traktuje zdrowie i chorobę – jej przyczyny i leczenie, jak reaguje w sytuacjach z nimi związanych” (Ogryzko-Wiewiórska 1989: 31). I to one warunkują sposób uprawiania medycyny w danej społeczności, gdyż określone zachowania chorego ułatwiają bądź utrudniają przeprowadzanie terapii. Zatem sama znajomość choroby, to jeszcze zbyt mało, aby osiągnąć sukces, do tego potrzebne jest jeszcze takie stymulowanie zachowań osoby leczonej, aby sprzyjały one bądź przynajmniej nie utrudniały leczenia. Problem ten przestaje być sprawą samych lekarzy czy też samych pacjentów, bo nawet sama skłonność do poddania się leczeniu jest koniecznym warunkiem powodzenia terapii. Ta skłonność wzrasta w miarę sukcesów osiągniętych przez lekarzy oraz w miarę wzrostu zaufania do procedur stosowanych w lecznictwie.

Celem filozofii zdrowia dlatego nie jest opisywanie, czym jest zdrowie, ale takie stymulowanie aktywności człowieka, aby cieszył się on jak najdłużej jak najlepszym zdrowiem. Filozofia ma do spełnienia określone zadanie we wskazywaniu drogi do życia szczęśliwego i to od niej pochodzi definicja promocji zdrowia, pod którą rozumie się zazwyczaj: „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie od-



działania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania” (Heszen-Niejodek, Sęk 1997: 42). Uwzględniając uwarunkowania środowiskowe stanu zdrowia człowieka, nie ma działań podejmowanych w tym kierunku, które by nie rzutowały pozytywnie na zdrowie innych. Inaczej mówiąc, troska i aktywne zabiegi o własne zdrowie zawsze przyczyniają się do poprawy zdrowia ogółu.

To właśnie z inspiracji filozoficznych utrwalił się kulturowo-przyrodniczy model zdrowia, w którym dobrostan człowieka jest pochodną stanu środowisk, w których żyje. Środowisko naturalne jest tu rozumiane bardzo szeroko, jako to wszystko, co powstało bez udziału inspiracji człowieka. Jego granice rozciągają się aż na cały kosmos, który także wszechstronnie oddziałuje na stan zdrowia człowieka. Przy takim ujęciu wszyscy ludzie funkcjonują w podobnym środowisku naturalnym, a główne różnice są konsekwencją zamierzonych bądź przypadkowych ludzkich działań podejmowanych w ramach kultury. Zdrowie jest więc warunkowane przede wszystkim przez sposób egzystowania samych ludzi. Nawet jeśli środowisko negatywnie wpływa na nas, to jest to pochodną naszych wcześniejszych działań. Natura sama bowiem nikogo nie wyróżnia ani pozytywnie ani negatywnie.

Wyniki badań uzyskane w Kanadzie szeroko zostały upowszechnione w środowisku medycznym, które jednak nie było i jak się wydaje nadal nie jest, przygotowane na tego rodzaju ograniczenie swego znaczenia w społeczeństwie. Świadczą o tym trwające nieprzerwanie akcje monopolizacji niektórych działań, usiłowania instytucjonalnego ograniczania dostępu do niektórych substancji wspomagających siły odpornościowe organizmu, jak też przyznawanie aptekarzom monopolu na obrót wszystkimi specyfikami mającymi terapeutyczne działanie. Środowiska medyczne zdają się hołdować nadal przekonani Hipokratesa, że „sprawy, które są święte, ukazuje się ludziom świętym, profanom zaś nie godzi się ich ukazywać, dopóki nie zostaną wtajemniczeni w misteria wiedzy” (Hipokrates 2011: 326). Jest to oczywiście działanie wbrew ogólnym tendencjom globalizującej się kultury, która nakłada na ludzi coraz więcej obowiązków w zakresie dbania o własną pomyślność i bezpieczeństwo. Tego typu tendencja nie ominęła również sfery ochrony zdrowia, która nie jest przystosowana do sytuacji,

w której pacjent w niektórych sprawach może być bardziej kompetentny od lekarza, farmaceuty czy pielęgniarki. Powoduje to niejednokrotnie rosnąca frustrację przedstawicieli zawodów medycznych, gdyż skutkuje to rosnącą liczbą spraw sądowych o błąd medyczny. Pacjenci bowiem już bez specjalnych kłopotów są w stanie sprawdzić (np. w Internecie) poprawność zastosowanej terapii czy trafność wyboru zapisanych leków.

### Konkluzja

Obserwowany wzrost kompetencji jednostek w kwestiach zdrowotnych przyczynił się wydatnie do tego, że w każdym państwie dużo uwagi zaczęto poświęcać programom propagowania prozdrowotnych stylów życia. Zadania w tym zakresie mają do spełnienia zarówno system opieki zdrowotnej, jak i system oświaty. Cele każdego programu propagującego zdrowy styl życia da się przedstawić następująco:

1. „dodawać lat do życia”, a więc zapobiegać przedwczesnej śmierci zarówno poprzez zwiększenie dostępności świadczeń medycznych, jak i usuwanie jej przyczyn związanych ze stylem życia,
2. „dodawać życia do lat”, co dotyczy przede wszystkim zwiększenia szans na prowadzenie przez ludzi satysfakcjonującego i twórczego życia w czasie całego okresu ich życia, a w szczególności w późniejszym wieku,
3. „dodawać zdrowia do życia”, co oznacza redukowanie ilości i intensywności zaburzeń oraz upośledzeń i niesprawności” (Melibruda 1998: XVIII).

Okazuje się także, że praktycznie każdy człowiek korzysta z pomocy zorganizowanego systemu opieki medycznej. Jest to niejako przymusowa sytuacja, gdyż ludzi w pełni zdrowych w zasadzie nie ma. W latach 60-tych w USA dokładnie przebadano 10700 osób obu płci, reprezentujących różne środowiska oraz pracujących w różnych zawodach. Rezultaty badań wykazały, że tylko 8,2% badanych „nie ma w organizmie żadnych zmian patologicznych, u reszty stwierdzono w każdym przypadku mniejsze lub większe odchylenia od normy” (Galiant 1967: 102). Tym samym pełnia zdrowia jest nieosiągalna głównie z przyczyn wa-

runkowanych czynnikami wrodzonymi. Skoro zatem praktycznie każdy człowiek jest obciążony jakąś wadą anatomiczną czy fizjologiczną, to jest skazany na życie z takimi dyspozycjami organizmu, jakie posiada. Incydentalne wizyty u lekarza nie zmieniają tego stanu rzeczy, a stąd każdy jest na tyle zdrowy, ile starań w tym względzie podejmuje. Efektem tego trendu jest rosnąca kompetencja pacjentów w kwestiach własnego zdrowia, tak często irytująca lekarzy pierwszego kontaktu. Tymczasem zamiast irytować się powinni dostrzegać w tym oznakę nader pozytywnej ogólnospołecznej tendencji, która przenosi odpowiedzialność za własną pomyślność z bezosobowych instytucji na samych zainteresowanych.

### **Bibliografia**

- Galiant A., 1997, *Współczesna cywilizacja a zdrowie człowieka*, PZWL, Warszawa.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.), 1997, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Hipokrates, 2011, *Prawa*, przeł. W. Wrotkowski, Przegląd Filozoficzno-Literacki, nr 2-3.
- Kocowski T., 1982, *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*, Ossolineum, Wrocław.
- Kofta M., Szutrowa T. (red.), 2001, *Złudzenia, które pozwalają żyć: szkice ze społecznej psychologii osobowości*, PWN, Warszawa.
- Kurkowski J.L., 2002, *Medycyna. Bioetyka i polityka*, @-medica press, Warszawa.
- Kwiatkowski W., 2002, *Etyka a opieka medyczna*, Edukacja Filozoficzna, t. 33.
- Lalond M., 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Minister of Supply & Services Canada, Ottawa.
- Melibruda J., 1998, *Od wydawcy*, w: Ch.L. Sheridan, S.A. Radmacher, „Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia”, przekład A. Dodziuk i in., Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Ogryzko-Wiewiórska M., 1989, *Socjologia medycyny. Wybrane zagadnienia*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Platon, 2003, *Państwo*, przeł. W. Witwicki, Kęty.
- Tatarkiewicz W., 1992, *Kolejne pojęcia szczęścia*, w: tenże, „Pisma z etyki i teorii szczęścia”, Ossolineum, Wrocław.
- Tatarkiewicz W., 1992, *Pojęcie szczęścia*, w: tenże, „Pisma z etyki i teorii szczęścia”, Ossolineum, Wrocław.
- Vegetti M., 2000, *Człowiek i bogowie*, w: Vernanta J.P. (red.), „Człowiek Grecji”, przekład P. Bravo i Ł. Niesiołowski-Spanò, Wyd. Świat Książki, Warszawa.

## **Health as a social value**

### SUMMARY

The starting point of the article is the thesis that Hipocrates' rule: "the health of an ill person is the highest right" is not only the main rule of the conduct of medical staff but also includes a defined method of evaluation. According to the author, the consequence of such evaluation is a detailed rule "firstly, not to harm". This rule has got a universal character and cannot only be restricted to medical staff. Healthcare is not the domain of doctors alone. It is everybody's obligation, as it is to ensure that people don't risk their own health or others'. In support of this approach, Władysław Tatarkiewicz's considerations have been mentioned in the article, especially those that combine an individual sense of happiness with a state of health. In the end, the author refers to empirical research, which shows dependence on the state of health on and acquired lifestyle and points to the greater rationale of health prevention rather than institutional medical care.