

## **Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego a zrównoważony rozwój**

### **Health security culture and sustainable development**

#### **Streszczenie**

Zdrowie jest wartością, o którą należy zabiegać w ciągu całego życia. Prawo do tej wartości wpisuje się w katalog praw przysługujących każdemu człowiekowi. Szczególnym wyrazem troski o zdrowie jest przejawianie wysokiego poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego. Wiąże się ona z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych oraz przygotowaniem środków i narzędzi niezbędnych do podejmowania działań na rzecz zdrowia człowieka. Zdaniem wielu badaczy, utrzymanie i poprawa stanu zdrowia powinny odbywać się z zachowaniem zasad zrównoważonego rozwoju, czyli takim zaspokajaniem bieżących potrzeb, które nie zagraża możliwościom zaspokojenia potrzeb przyszłych pokoleń. Autorki artykułu analizują zatem treści związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem zdrowotnym oraz ich uwarunkowaniami. Podejmują także problematykę kultury bezpieczeństwa zdrowotnego oraz jej znaczenia dla zapewnienia zrównoważonego rozwoju.

**Słowa kluczowe:** kultura bezpieczeństwa, kultura bezpieczeństwa zdrowotnego, zrównoważony rozwój

#### **Abstract**

The paper addresses the issues of health, health security and health security culture in the context of sustainable development. Health is a value that one should care for throughout the entire life. A particular expression of concern for health is the manifestation of a high level of health security and health security culture. It is connected with recognizing health needs and preparing the means and tools necessary to take actions for human health. Modern researchers agree that maintaining and improving health should be carried out in accordance with the principles of sustainable development. It means that satisfying current needs must not threaten the possibilities of satisfying the needs of future generations. The authors of the paper analyze the content related to health, health security and their determinants as well as address the issues of health security culture and indicate its importance for ensuring sustainable development.

**Keywords:** security culture, health security culture, sustainable development

## Wprowadzenie

Zdrowie, obok bezpieczeństwa, stanowi podstawową wartość, o którą należy zabiegać w ciągu całego życia. Prawo do jego ochrony wpisuje się w katalog praw przysługujących każdemu człowiekowi, „których respektowanie w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne powinno być wspierane skuteczną [polityką międzynarodową oraz – D.K., J.W.] polityką państwa”<sup>1</sup>. W prawodawstwie międzynarodowym kwestie związane z zapewnieniem zdrowia jednostkom i społeczeństwom ujęto niemal we wszystkich najważniejszych dokumentach regulujących funkcjonowanie społeczności międzynarodowej, w tym m.in. w Karcie Narodów Zjednoczonych (1945), Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1946), Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (1948), Europejskiej Karcie Społecznej (1961), Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (1966), Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966), Rezolucji „Zdrowie dla wszystkich” (1977), Deklaracji z Alma-Ata (1978), Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (1979), Konwencji o prawach dziecka (1989) oraz Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej (2000). Na gruncie polskim natomiast prawo do ochrony zdrowia gwarantowane jest przede wszystkim przez art. 68 Konstytucji. W pkt. 1 wskazuje się, że prawo to przynależy każdemu obywatelowi Rzeczypospolitej Polskiej<sup>2</sup>.

Mimo że nikogo współcześnie nie trzeba przekonywać o roli i znaczeniu wartości zdrowia w życiu człowieka, to jednak troska o zachowanie czy utrzymanie jego odpowiedniego poziomu najczęściej pojawia się dopiero wówczas, gdy widoczne są pewne deficyty w sferze funkcjonowania fizycznego, psychicznego bądź społecznego. Wśród wielu czynników oddziałujących na poziom zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi szczególną rolę, chociaż wydaje się, że nadal niedocenianą, odgrywa kultura bezpieczeństwa zdrowotnego. Jej poziom i charakter decyduje w znacznej mierze o dobrostanie biopsychospołecznym, czyli swego rodzaju zrównoważeniu w wymiarze personalnym, stanowiącym przecież podstawę zrównoważonego rozwoju, rozumianego jako „rozwój społeczno-gospodarczy, w którym następuje proces integrowania działań politycznych, gospodarczych i społecznych, z zachowaniem równowagi przyrodniczej oraz trwałości podstawowych procesów przyrodniczych, w celu zagwarantowania możliwości zaspokajania

---

<sup>1</sup> B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” nr 1/2016, s. 35.

<sup>2</sup> Art. 68 pkt. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., Nr 78, poz. 483).

podstawowych potrzeb poszczególnych społeczności lub obywateli zarówno współczesnego pokolenia, jak i przyszłych pokoleń”<sup>3</sup>. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie kultury bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście zrównoważonego rozwoju.

## **Uwarunkowania zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego**

Zgodnie ze stanowiskiem wypracowanym na gruncie Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *WHO*), zdrowie to nie tylko przeciwieństwo choroby czy niepełnosprawności, lecz pełnia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, ale także zdolność do pełnienia społecznie przydzielonych ról, umiejętność dostosowania się do zmian zachodzących w bliższym i dalszym otoczeniu oraz do radzenia sobie z trudnościami pojawiającymi się w ich toku<sup>4</sup>. Tym samym koncepcja zdrowia zaproponowana przez WHO jest koncepcją holistyczną, ukazującą związki i zależności pomiędzy wymienionymi obszarami funkcjonowania człowieka, wskazujące na ich synergię.

Zdrowie człowieka, możliwości jego utrzymania i doskonalenia zależą od wielu czynników. Wyniki raportu opublikowanego blisko pół wieku temu przez ówczesnego kanadyjskiego ministra zdrowia M. Lalonde’a wskazywały, że w kształtowaniu zdrowia człowieka największy udział ma styl życia (53%). Zdecydowanie mniejszą rolę odgrywa środowisko fizyczne (21%), czynniki genetyczne (16%) oraz system opieki zdrowotnej (10%)<sup>5</sup>. Obecnie prowadzone w tym obszarze badania zdają się potwierdzać tę koncepcję.

Koncepcja „pól zdrowia” M. Lalonde’a silnie zaznaczyła się w procesie zmiany polityki zdrowotnej, stwarzając podwaliny do rozwoju promocji zdrowia. Uświadomiła ona ludziom, że w decydującej mierze odpowiedzialność za zdrowie człowieka spoczywa na nim samym. Zdrowie można utrzymać i polepszać poprzez wybór właściwego stylu życia ukierunkowanego na aktywność fizyczną, dbałość o zbilansowaną dietę, powstrzymanie się od korzystania z używek czy wygoształowanie czasu na wypoczynek i relaks.

W toku badań nad zdrowiem okazało się jednak, że o ile model zaproponowany przez M. Lalonde’a jest funkcjonalny w odniesieniu do pojedynczego człowieka, to równocześnie jest zbyt uproszczony w odniesieniu do całych społeczeństw. Dostrzeżono bowiem oddziaływanie na styl życia wielu

---

<sup>3</sup> Art. 30 ust. 50 Ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. *Prawo ochrony środowiska* (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 2001r., Nr 62, poz. 627).

<sup>4</sup> B. Dziadczyk, *Modele opieki zdrowotnej*, [w:] M. Pierchalska (red.), *Procesy globalizacyjne a myśl ekonomiczna Kościoła katolickiego*, Wydawnictwo WSB. Radom 2006, s. 204.

<sup>5</sup> M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca), 1981 [data dostępu: 12.11.2016].

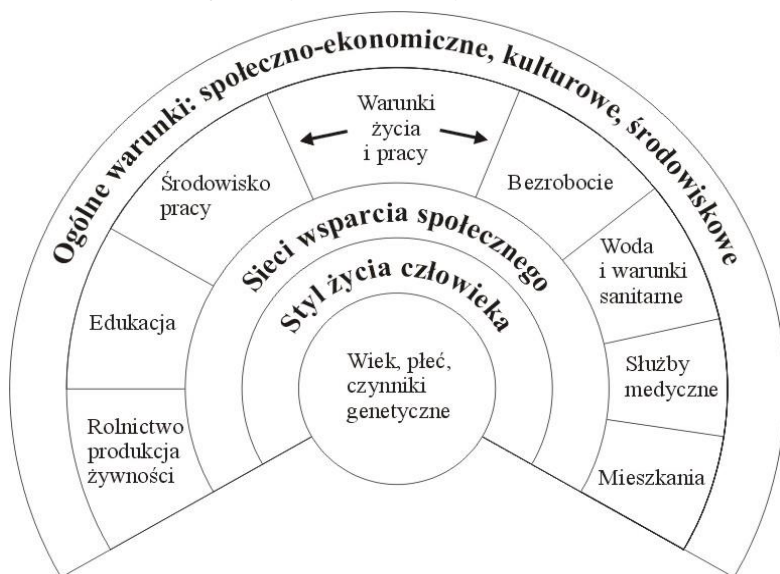
czynników o charakterze społecznym i ekonomicznym, pozostających poza kontrolą człowieka. Zgodnie ze stanowiskiem ekspertów WHO, do najważniejszych uwarunkowań zdrowia zaliczyć można zatem następujące zmienne:

- dochody i status społeczny – wyższe dochody i wyższy status społeczny pozytywnie korelują z lepszym stanem zdrowia; im większa różnica pomiędzy dochodami ludzi, tym większe różnice w stanie ich zdrowia;
- edukacja – niski poziom wykształcenia pozostaje w związku ze słabym zdrowiem, częstszym doświadczaniem stresu oraz niższą pewnością siebie;
- środowisko fizyczne – czysta woda i czyste powietrze, odpowiednie warunki w domu, bezpieczne miejsce pracy, dobry stan dróg sprzyjają zdrowiu;
- zatrudnienie i warunki pracy – ludzie pracujący cieszą się większym zdrowiem, szczególnie ci, którzy mają możliwość kontrolowania swoich warunków pracy;
- sieć wsparcia społecznego – osoby posiadające szerszą sieć wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół oraz społeczności, w której funkcjonują, mają lepszą kondycję biopsychospołeczną;
- kultura – tradycje, zwyczaje, wierzenia wpływają na poziom zdrowia człowieka;
- czynniki genetyczne – dziedziczenie pozwala określić długość życia, poziom zdrowia oraz podatność na niektóre choroby;
- indywidualne zachowania i umiejętności radzenia sobie ze stresem – zbilansowana dieta, utrzymywanie aktywności fizycznej, stosowanie używek, radzenie sobie ze stresem warunkują poziom zdrowia;
- służba zdrowia – dostępność i korzystanie z usług profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wpływają na zdrowie;
- płeć – kobiety i mężczyźni cierpią na różne rodzaje chorób;
- wiek – podatność na różne schorzenia zróżnicowana jest wiekiem człowieka<sup>6</sup>.

Jedną z ilustracji uwarunkowań zdrowia jest model zaproponowany przez G. Dahlgren'a oraz M. Whitehead, określane jako „tęcza czynników (polityki) zdrowia”.

---

<sup>6</sup> WHO, *The determinants of health*, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [data dostępu: 15.11.2016].



Rysunek 1. „Tęcza czynników (polityki) zdrowia”

Źródło: G. Dahlgren, M. Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health*, No. 3, WHO, Copenhagen 2006, s. 20.

W środku tego modelu umieszczono niezależne od człowieka czynniki biologiczne (płeć, wiek, zaplecze genetyczne), które wpływają na jego zdrowie. Kolejne warstwy (łuki tęczy) stanowią wpływy modyfikowane przez politykę zdrowotną państwa. Pierwszą jest styl życia, czyli motywacje, potrzeby, wartości i codzienne zachowania jednostki manifestujące ich stosunek do zdrowia. Drugą – sieć wsparcia społecznego. Autorzy opisywanego modelu zakładają bowiem, że ilość i jakość relacji z innymi ludźmi jest czynnikiem warunkującym stan zdrowia. Zdolność utrzymania zdrowia zgodnie z trzecią warstwą uzależniona jest od warunków pracy człowieka, zaopatrzenia w żywność oraz dostępu do podstawowych towarów i usług, a w dalszej kolejności od szeroko pojętych czynników społeczno-ekonomicznych, kulturowych i środowiskowych<sup>7</sup>. Model ten wskazuje na interakcje zachodzące pomiędzy wymienionymi warstwami. Indywidualny styl życia człowieka osadzony jest w sieci wsparcia społecznego oraz warunkach życia i pracy,

<sup>7</sup> G. Dahlgren, M. Whitehead, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health*, No. 3, WHO, Copenhagen 2006, s. 21.

z kolei które powiązane są z szerszym otoczeniem. Każdy z wymienionych elementów stanowić może czynnik ryzyka bądź czynnik chroniący.

Czynniki ryzyka to te właściwości, które nasilają prawdopodobieństwo rozwoju negatywnych stanów (choroby, niepełnosprawności, zaburzeń rozwoju), choć same w sobie nie są bezpośrednią przyczyną ich wystąpienia. Prawdopodobieństwo pojawienia się choroby zwiększa się w sytuacji współistnienia wielu czynników ryzyka lub szczególnego ich układu<sup>8</sup>. Czynniki ryzyka mogą być związane m. in. z zagrożeniami środowiska bądź takimi elementami stylu życia, jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożywanie tłuszczu zwierzęcego, dieta uboga w owoce i warzywa, brak aktywności fizycznej.

Czynniki chroniące z kolei to takie zmienne, które zwiększają ogólny potencjał zdrowotny człowieka i jego odporność na działanie czynników negatywnych<sup>9</sup>. Za czynniki chroniące zdrowie uznaje się m.in. wsparcie społeczne, poczucie sensu życia czy prawidłową dietę. W świetle obecnie prowadzonych badań (m.in. M. Cieślarczyk, A. Filipek, D. Krzewniak, Sz. Maciołek) istotnym czynnikiem chroniącym wydaje się być także wysoki poziom kultury bezpieczeństwa zdrowotnego.

### **Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego jako czynnik chroniący**

Kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego określić można jako „wzór podstawowych założeń, wartości, norm, reguł, symboli i przekonań charakteryzujących dany podmiot (człowieka, grupę społeczną itd.) względem zdrowia oraz sposoby postrzegania przez ten podmiot kwestii zdrowotnych, jego wiedza i sposoby myślenia o bezpieczeństwie zdrowotnym oraz sposoby odczuwania tego bezpieczeństwa, jednak przede wszystkim zachowania i działania/współdziałania podmiotu na płaszczyźnie zdrowotnej w relacjach z innymi podmiotami w „małej” i „dużej” ojczyźnie oraz w wymiarze międzynarodowym w różny sposób wyuczone w naturalnych procesach życiowych, także w procesie edukacyjnym, służące rozpoznawaniu wyzwań zdrowotnych, wykorzystywaniu szans i przeciwdziałaniu zagrożeniom w obszarze zdrowia”<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> K. Ostaszewski, *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży*, [w:] J. Mazur i wsp. (red.), *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Warszawa 2008.

<sup>9</sup> Tamże.

<sup>10</sup> D. Krzewniak, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, „Kultura Bezpieczeństwa” nr 5/2016, s. 55; za: M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2006, s. 210.

Określoną kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka, wyrażającą jego stosunek do kwestii związanych ze zdrowiem, rozpatrywać zatem należy w wymiarze:

- intelektualnym – jako stan wiedzy na temat zdrowia i jego uwarunkowań, poszukiwanie informacji w tym zakresie, zainteresowanie światem i innymi ludźmi, prowadzące do poprawy jakości życia, zaangażowanie zasobów intelektualnych w proces stymulowania różnych aktywności na rzecz utrzymania i doskonalenia zdrowia własnego i innych;
- emocjonalnym – jako świadomość własnych emocji, akceptacja i kontrola stanów afektywnych, stosunek do własnego życia, swoich silnych i słabych stron, zdolność radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami, konstruktywne podejście do nich;
- fizycznym – jako aktywność skierowana na utrzymanie sprawności fizycznej, zachowanie zdrowia, zapobieganie i wczesne rozpoznawanie chorób, unikanie sytuacji ryzykownych, efektywne spędzanie czasu wolnego;
- społecznym – jako jakość relacji z otoczeniem, poczucie odpowiedzialności za innych, dążenie do zapewnienia bezpiecznych warunków życia sobie i innym;
- duchowym – jako zdolność budowania systemu wartości sprzyjającego utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia, poszerzanie przestrzeni życiowej, wytyczanie celów życiowych, tworzenie filozofii prozdrowotnej życia, świadomość oddziaływania przyrody na ludzką egzystencję<sup>11</sup>.

Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego obejmuje zarówno tę sferę funkcjonowania człowieka, którą można obserwować jedynie pośrednio, w tym przede wszystkim światopogląd, system wartości, cele, potrzeby i aspiracje jednostki, jak też bezpośrednio wyrażającą się w postaci postaw, zachowań i działań, czyli sferę behawioralną oraz sferę artefaktów, wytworów kultury materialnej człowieka wraz z bliższym i dalszym jego otoczeniem.

Kultura bezpieczeństwa na rzecz utrzymania i poprawy zdrowia wiąże się z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych oraz przygotowaniem środków i narzędzi niezbędnych do podejmowania działań na rzecz zdrowia ludności, w tym związanych z kształtowaniem właściwych postaw i systemu wartości, przekazywaniem wiedzy, kształtowaniem umiejętności sprzyjających podejmowaniu właściwych decyzji i prozdrowotnemu stylowi życia, wdrażaniem do podejmowania działań i współdziałania na rzecz poprawy stanu zdrowia własnego i innych. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego

---

<sup>11</sup> Zob.: *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, rok. LXVI, zeszyt 1 – 2004, s. 164-165.

społeczeństwu jest o tyle istotne, że zdrowi ludzie mają większe szanse na realizację własnego potencjału, rozwijania talentów i uzdolnień, osiągnięcie wewnętrznej spójności, satysfakcjonujące wypełnianie przypisanych ról społecznych oraz dobre przystosowanie do zmian zachodzących w otoczeniu. Zdrowe społeczeństwo ma większe możliwości tworzenia dóbr materialnych i świadczenia zróżnicowanych usług oraz zagwarantowania społecznie pożądanego poziomu rozwoju gospodarczego i społecznego.

By zbudować silne i zdrowe społeczeństwo, w pierwszej kolejności należy diagnozować i doskonalić kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego, zarówno obywateli, jak i przedstawicieli różnych środowisk odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, zwłaszcza zaś personelu medycznego. Tymczasem zaobserwowany poziom kultury bezpieczeństwa środowisk medycznych budzić może wątpliwości. Znane są liczne przypadki zaniedbań, braku troski i cierpliwości wobec pacjenta, przybierające często bardzo skrajne postaci, jak głodzenie podopiecznych, agresja werbalna i niewerbalna, odmawianie opieki<sup>12</sup>.

Na poziom i charakter kultury bezpieczeństwa podmiotów odpowiedzialnych za ochronę i utrzymanie zdrowia ogółu obywateli wskazują także wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2016. Ujawniają one, że polski system opieki zdrowotnej źle wypada na tle innych krajów europejskich – na 35 państw Polska zajęła 31. miejsce (wykres 1). Stan taki utrzymuje się mimo „dobrej i bogatej edukacji medycznej oraz długiej tradycji publicznej opieki zdrowotnej finansowanej przez solidarność”<sup>13</sup>.

Z raportu „Health at a Glance: Europe 2016” przygotowanego przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *OECD*) wynika, że w większości zestawień Polska lokuje się wśród niżej notowanych krajów. W dużej mierze jest to efekt niskiej kultury bezpieczeństwa zdrowotnego polskich decydentów. Jej przejawem są chociażby jedne z najniższych w Europie wydatki na służbę zdrowia. Z przywołanego dokumentu wynika bowiem, że w 2016 roku Polska pod względem nakładów na ochronę i utrzymanie zdrowia zajęła 8. miejsce od końca, przed Bułgarią, Serbią, Rumunią, Litwą, Czarnogórą, Republiką Macedonii oraz Albanią. Największe wydatki w tym zakresie odnotowano natomiast w Luksemburgu, Szwajcarii i Norwegii<sup>14</sup> (wykres 2).

---

<sup>12</sup> I.A. Trzpił, *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska, *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, Monografie nr 128, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2011.

<sup>13</sup> A. Björnberg, Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016. Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2016, s. 18, [http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski\\_konsumencki\\_indeks%20\\_zdrowia\\_2016.pdf](http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski_konsumencki_indeks%20_zdrowia_2016.pdf) [data dostępu: 24.12.2016].

<sup>14</sup> Tamże, s. 33-101.

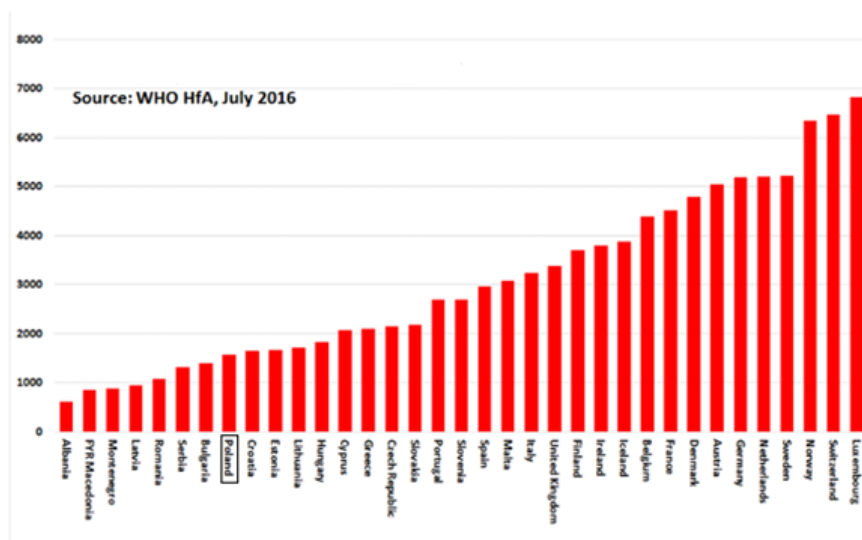


Podkategoria	Holandia	Szwajcaria	Norwegia	Belgia	Islandia	Luksemburg	Węgry	Finlandia	Austria	Francja	Szwecja	Czechy	Portugalia	Wielka Brytania	Słowenia	Estonia	Hiszpania	Chorwacja	Republika Macedonii	Irlandia	Włochy	Słowacja	Serbia	Malta	Litwa	Grecja	Łotwa	Węgry	Polska	Albania	Bulgaria	Cypr	Rumunia		
1. Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta	122	111	125	104	115	101	104	108	111	108	90	104	108	104	108	87	108	118	80	100	138	92	111	80	73	63	87	73	66	73	66	63	80		
2. Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)	200	225	138	225	163	200	188	150	200	188	100	213	150	100	125	163	113	175	225	100	138	163	188	163	125	125	113	125	100	163	150	113	150		
3. Wyniki leczenia	288	288	288	250	288	263	288	288	275	238	263	275	238	250	263	238	238	188	138	250	225	175	163	188	213	163	213	188	163	188	175	150	175	125	
4. Zakres i zasięg świadczeń	125	94	115	109	115	104	83	115	115	99	94	125	104	78	109	89	94	104	62	78	78	89	57	94	68	52	73	73	63	42	47	57	52		
5. Profilaktyka	107	101	119	95	113	107	101	101	95	101	95	101	77	101	113	83	65	107	71	89	101	83	89	95	83	65	83	77	89	95	65	65	77	48	
6. Środki farmaceutyczne	86	86	81	76	62	76	86	81	81	81	86	81	62	79	81	76	62	71	54	86	57	71	62	48	62	52	52	52	52	33	48	33	43		
Wynik końcowy	927	904	865	860	854	851	849	842	827	826	815	786	780	763	761	740	729	709	703	699	689	682	678	670	666	623	620	593	589	575	564	551	526	518	497
Miejsce	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Wykres 1. Kategorie oceny systemów opieki zdrowotnej państw europejskich

Źródło: A. Björnberg, Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016.

Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2016, s. 31, [http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski\\_konsumencki\\_indeks%20\\_zdrowia\\_2016.pdf](http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski_konsumencki_indeks%20_zdrowia_2016.pdf) [data dostępu: 24.12.2016].

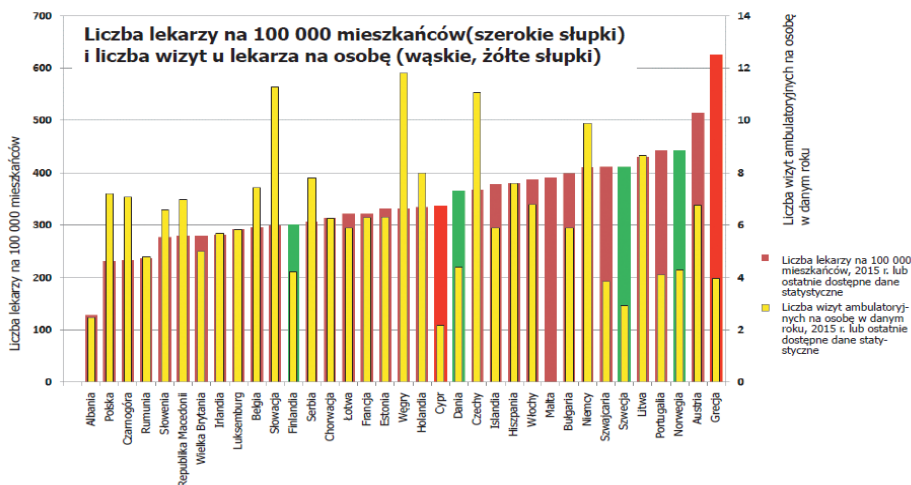


Wykres 2. Wydatki na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca w 2014 roku (w USD)

Źródło: A. Björnberg, Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016. Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2016, s. 33, [http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski\\_konsumencki\\_indeks%20\\_zdrowia\\_2016.pdf](http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski_konsumencki_indeks%20_zdrowia_2016.pdf) [data dostępu: 24.12.2016].

OECD zalicza Polskę do grona państw, które w najmniejszym stopniu realizują potrzeby zdrowotne swoich obywateli. Potwierdzeniem tego stanu rzeczy są m. in. niskie wydatki publiczne na profilaktykę czy refunda-

cję leków (9. miejsce od końca, przed Bułgarią, Łotwą, Litwą, Rumunią, Republiką Macedonii, Albanią, Cyprzem oraz Maltą). Skutkiem tego jest m. in. zbyt duża liczba przedwczesnych zgonów, w tym pacjentów cierpiących na nowotwory (wskaźnik przeżywalności na poziomie ok. 40%). Sytuacja ta z pewnością uzależniona jest w pewnej mierze od czasu oczekiwania na diagnostykę, poszerzone badania lekarskie oraz leczenie (z raportu OECD wynika, że czas oczekiwania na tomografię komputerową w stanach nieostrych dłuższy jest tylko w Czarnogórze, Luksemburgu oraz na Chorwacji, natomiast dłuższy czas oczekiwania na izbę przyjęć odnotowano tylko w Irlandii), to zaś od zależy m. in. od dostępności lekarzy. Pod tym względem Polska także nie wypada najlepiej – na 1000 mieszkańców naszego kraju przypada zaledwie 2,3 lekarza, podczas gdy średnia w Unii Europejskiej to 3,5 (wykres 3).



Wykres 3. Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców i liczba wizyt u lekarza na jedną osobę

Źródło: A. Björnberg, Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016. Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2016, s. 68, [http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski\\_konsumencki\\_indeks%20\\_zdrowia\\_2016.pdf](http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski_konsumencki_indeks%20_zdrowia_2016.pdf) [data dostępu: 24.12.2016].

Ponadto, z „Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia 2016” można wnioskować, że pacjenci w wielu jeszcze przypadkach mają utrudniony dostęp do internetowych systemów umawiania wizyt, rejestru lekarzy posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu oraz elektronicznej wersji recept (tzw. e-recept). Z drugiej jednak strony, wskazuje się na pozytywne trendy w systemie utrzymania i ochrony zdrowia w Polsce. Dla przykładu, wzrasta możliwość bezpośredniego dostępu do specjalisty bez skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. Wzrasta także świadomość pacjentów na temat dostępności opinii drugiego lekarza. Odsetek zaszczepionych dzieci pozostaje

na poziomie ok. 95%, zaś liczba godzin wychowania fizycznego w ramach edukacji obowiązkowej zalicza się do jednych z najwyższych w Europie.

Być może te pozytywne trendy wpływają na fakt, iż Polacy w dużej mierze zadowoleni są z własnego zdrowia, co wynika z badań przeprowadzonych przez CBOS<sup>15</sup>. Ponad połowa respondentów (55%) deklaruje co najmniej dobry jego stan, zaś co ósmy badany (13%) jest bardzo zadowolony ze swojej kondycji zdrowotnej. Z kolei 9% ankietowanych negatywnie ocenia poziom swojego dobrostanu biopsychospołecznego, a pozostałe 36% wskazuje na przeciętny jego poziom.

Ocenę stanu zdrowia różnicuje wiek respondentów – zaledwie 25% osób w wieku powyżej 65 lat pozytywnie ocenia swoją kondycję zdrowotną, niemal jedna piąta tej grupy (18%) wyraża niezadowolenie w tym względzie, zaś ponad połowa ankietowanych (57%) twierdzi, że ich zdrowie plasuje się na umiarkowanym poziomie. Najmłodszy uczestnicy badań w wieku od 18 do 34 lat w przeważającej części (80% - 85%) zapewniają o pozytywnej ocenie własnego stanu zdrowia. Przedstawiciele tej grupy w zasadzie nie oceniają własnej kondycji zdrowotnej w najniższych kategoriach (zły bądź bardzo zły stan zdrowia). Największe niezadowolenie z posiadanego stanu zdrowia deklarują renciści (33% badanej grupy), osoby o niskim statusie socjoekonomicznym (20%) i niskim wykształceniu (19%) oraz emeryci (16%).

## Istota zrównoważonego rozwoju

Idea zrównoważonego rozwoju po raz pierwszy została zaprezentowana w tzw. raporcie *Brundtland*<sup>16</sup> Światowej Komisji ds. Środowiska i Rozwoju ONZ pt. *Nasza wspólna przyszłość*, który został opublikowany w 1987 roku. W szerszym ujęciu idea ta została przedstawiona społeczności globalnej podczas II Szczytu Ziemi w Rio de Janeiro w 1992 roku<sup>17</sup>.

K. Kafel wskazuje, że w literaturze przedmiotu dotyczącej ekonomii środowiska doliczono się 60 definicji zrównoważonego rozwoju<sup>18</sup>. Zgodnie z przyjętą definicją zrównoważony rozwój (ang. *sustainable development*) „to taki rozwój społeczno-gospodarczy, który jest zgodny z wymaganiami

---

<sup>15</sup> CBOS, *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków*. Komunikat z badań nr 138/2016, Warszawa 2016, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_138\\_16.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF) [data dostępu: 26.11.2016].

<sup>16</sup> Zob.: K. Kafel, *W gąszczu definicji zrównoważonego rozwoju*, [w:] *Wybrane zagadnienia z ekologii i ochrony środowiska. Teoria i praktyka zrównoważonego rozwoju. Wybór wykładów z lat 2004-2007*, A. Kalinowska, W. Lenart (red.), Uniwersytet Warszawski, Uniwersyteckie Centrum Badań nad Środowiskiem Przyrodniczym, Warszawa 2007, s.13.

<sup>17</sup> E. Jastrzębska, *Wprowadzenie do koncepcji CSR i zrównoważonego rozwoju*, [w:] *Jak uczyć o społecznej odpowiedzialności i zrównoważonym rozwoju. Przewodnik dla nauczycieli*, s. 11.

<sup>18</sup> K. Kafel, *W gąszczu definicji zrównoważonego rozwoju*, dz. cyt.

ochrony środowiska przyrodniczego i pozwala zaspokajać potrzeby obecne, nie pozbawiając przyszłych pokoleń możliwości zaspokajania ich potrzeb”<sup>19</sup>.

Początkowo zrównoważony rozwój interpretowano w kategoriach ekorozwoju, czyli poszanowania środowiska przyrodniczego, jednak od dawna podkreśla się, że nie można chronić środowiska, jeżeli równocześnie nie dba się o respektowanie praw społeczności lokalnych, zasad demokracji i uczestnictwa w kształtowaniu społeczeństwa obywatelskiego, nie dąży się do eliminacji głodu i ubóstwa czy rozwoju przedsiębiorczości. W ramach tej koncepcji zakłada się równowagę pomiędzy aspektami ekonomicznymi, społecznymi, ekologicznymi, która stanowi warunek zachowania wysokiej jakości życia<sup>20</sup>. Za jeden z fundamentów społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw przyjęto koncepcję *potrójnej linii wyników*, która wynika z paradygmatu zrównoważonego rozwoju i opiera się na poszukiwaniu równowagi pomiędzy trzema wymiarami – ekonomią, ekologią i etyką<sup>21</sup>.

Pierwsza polska oryginalna definicja zrównoważonego rozwoju została opublikowana w 1992 roku w raporcie pt. *Ekorozwój w Polsce*, gdzie czytamy, że: „Zrównoważony rozwój, zwany także ekorozwojem (...) jest tam, gdzie ludzie przewidują ograniczenia związane ze skończonością Planety i niezależnym od człowieka rytmem przyrody (...). Jest to strategia osiągnięcia godnego życia w ramach tego, co jest fizycznie i biologicznie możliwe. Gwarantuje ona zaspokajanie podstawowych potrzeb obecnego i przyszłych pokoleń zachowując jednocześnie trwałość funkcjonowania środowiska przyrodniczego oraz naturalną różnorodność, zarówno gatunków jak i ekosystemów”<sup>22</sup>.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku w swoich uregulowaniach prawnych odwołuje się do zasady zrównoważonego rozwoju, gdzie w artykule 5 czytamy, że „Rzeczypospolita Polska strzeże niepodległości i nienaruszalności swojego terytorium, zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz bezpieczeństwo obywateli, strzeże dziedzictwa narodowego oraz zapewnia ochronę środowiska, kierując się zasadą zrównoważonego rozwoju”<sup>23</sup>.

W obowiązującej w Polsce od 2001 roku ustawie o prawie ochrony środowiska przez zrównoważony rozwój rozumie się „taki rozwój społeczno-gospodarczy, w którym następuje proces integrowania działań politycznych, gospodarczych i społecznych, z zachowaniem równowagi przyrodniczej oraz

---

<sup>19</sup> Cyt. za: E. Jastrzębska, *Wprowadzenie do koncepcji CSR i zrównoważonego rozwoju*, dz. cyt.

<sup>20</sup> Tamże.

<sup>21</sup> Tamże.

<sup>22</sup> Cyt. za: K. Kafel, *W gąszczu definicji zrównoważonego rozwoju*, dz. cyt., s.16.

<sup>23</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., nr 78, poz. 483), s. 2415.

trwałości podstawowych procesów przyrodniczych, w celu zagwarantowania możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb poszczególnych społeczności lub obywateli zarówno współczesnego pokolenia, jak i przyszłych pokoleń”<sup>24</sup>.

W obszarze problematyki zrównoważonego rozwoju istotnym uregulowaniem prawnym jest przyjęty w Sztokholmie, w dniu 25 stycznia 2002 roku przez ministrów edukacji państw nadbałtyckich, dokument *Agenda 21 dla Edukacji w Regionie Morza Bałtyckiego – Bałtyk 21 E*, zgodnie z którym wszystkie kraje nadbałtyckie zobowiązały się do wprowadzania problematyki zrównoważonego rozwoju do swoich systemów oświatowych, w tym do szkolnictwa wyższego oraz będą wspierać nieformalny sektor edukacji w tym zakresie, czyli media oraz organizacje pozarządowe<sup>25</sup>. Zgodnie z tym dokumentem zrównoważony rozwój regionu oznacza bezpieczne i zdrowe życie obecnych i przyszłych pokoleń; oparcie współpracy na zasadach demokracji, otwartości i aktywnego uczestnictwa na poziomie lokalnym i regionalnym; zachowanie i podtrzymywanie różnorodności krajobrazowej i biologicznej; nie przekraczanie dawek zanieczyszczeń dostających się do atmosfery, gleby i wód stanowiących zagrożenie dla przyrody; użytkowanie i racjonalne zarządzanie zasobami odnawialnymi z jednoczesnym dostosowaniem do tempa ich regeneracji; przepływ fizyczny zasobów nieodnawialnych, który powinien być efektywny i cykliczny (recykling), a substytuty odnawialne tworzone i promowane; dążenie do podnoszenia poziomu świadomości celów i procesów prowadzących do zrównoważonego rozwoju całego społeczeństwa<sup>26</sup>.

Proces kształtowania rozwoju charakteryzuje się wielowymiarowością oraz dynamiką i zachodzi w obiektywnie występujących uwarunkowaniach zewnętrznych i wewnętrznych<sup>27</sup>. Trwały i zrównoważony rozwój powinien być ukierunkowany na kształtowanie się rozwoju społecznego zarówno społeczności lokalnych, jak i społeczności w wymiarze globalnym. Zapewnienie równoważenia i trwałości rozwoju odbywa się na wielu płaszczyznach, gdzie jedną z istotnych płaszczyzn jest wzrastająca jakość życia człowieka w każdym pokoleniu. Oznacza to, że równoważenie musi odnosić się do zwiększania jakości i poprawy zdrowia każdego członka lokalnej populacji, w tym również jakości determinowanej przez czynniki środowiskowe dotyczące chemicznej i fizycznej jakości środowiska oraz odpowiedniego ładu społecznego, gospodarczego, przestrzennego i instytucjonalno-politycznego<sup>28</sup>.

---

<sup>24</sup> Cyt. za: K. Kafel, *W gąszczu definicji zrównoważonego rozwoju*, dz. cyt., s. 17.

<sup>25</sup> Tamże.

<sup>26</sup> Tamże, s. 17-18.

<sup>27</sup> R. Janikowski, *Wymiary zrównoważonego rozwoju. Rozwój lokalny, gospodarka przestrzenna, zdrowie środowiskowe, innowacyjność*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Wrocław-Poznań 2010, s. 11.

<sup>28</sup> Tamże, s. 11-12.

Istota zrównoważonego rozwoju powinna być wielowymiarowa i wielopłaszczyznowa, ponieważ obejmuje wszystkie elementy otaczającej nas rzeczywistości jednocześnie wpisując się głęboko w kulturę, która jest fundamentem wszelkiego rozwoju<sup>29</sup>.

Podstawowym uwarunkowaniem jest środowisko stanowiące źródło wszystkich usług i rzeczy, które pozwalają na trwanie wszystkich żywych istot i ludzi na globie ziemskim. Potrzeby człowieka mogą być zaspokojone przez korzystanie z biotycznych i abiotycznych zasobów środowiskowych, lecz istotnym jest to, aby korzystać z zasobów środowiska w sposób świadomy i celowy<sup>30</sup>. Przy implementacji zasad zrównoważonego rozwoju oraz wdrażaniu zmian w tym zakresie pomocna jest edukacja, która powinna cechować się kompleksowością, transdyscyplinarnością, holizmem, kształtowaniem wartości, norm, reguł, przekonań i postaw ukierunkowanych na twórcze rozwiązywanie problemów oraz aktywne uczestnictwo i kreatywne reagowanie na pojawiające się lokalne wyzwania i zagrożenia<sup>31</sup>. Właściwa i skuteczna edukacja dla zrównoważonego rozwoju powinna również uwzględniać edukację w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i propagowania zdrowego stylu życia. Prowadzić to ma do kształtowania w przestrzeni społecznej wysokiego poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego.

### **Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście zrównoważonego rozwoju**

Pojęcie zrównoważonego rozwoju odmiennie jest rozumiane w poszczególnych dziedzinach nauk. Przytaczane już wcześniej angielskie określenie *sustainable development* w polskiej literaturze przedmiotu funkcjonuje pod zwrotami, takimi jak: zrównoważony rozwój, trwały rozwój, rozwój samopodtrzymujący się, ekorozwój<sup>32</sup>. Dwa ostatnie określenia wskazują, że zrównoważony rozwój powiązany jest z ekologią, biologią i chemią, a zatem ze środowiskiem naturalnym, w którym wyróżnia się różnorodne ekosystemy umożliwiające prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych gatunków roślin i zwierząt, w tym również człowieka.

Analizując problematykę kultury bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście zrównoważonego rozwoju należy podkreślić rolę czynników

---

<sup>29</sup> Tamże, s.19.

<sup>30</sup> Tamże.

<sup>31</sup> Por.: M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, dz. cyt., s. 210-211; R. Janikowski, *Wymiary zrównoważonego rozwoju...*, dz. cyt., s. 21.

<sup>32</sup> M. Różycka, C. Habryka, A. Nurzyńska, *Zrównoważony rozwój w naukach biologicznych i technicznych*, Wydawnictwo Naukowe Sophia, Katowice 2016, s. 10.

o charakterze społecznym i środowiskowym, gdzie środowiskowy kontekst zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego wskazuje, że stanowi ono sprawę nie tylko jednostki, ale ogółu społeczności. Środowisko jest czynnikiem, który pozytywnie oddziałuje na zdrowie, motywując do zmiany zachowań niesłużących dobrostanowi, jak również jest czynnikiem negatywnie oddziałującym wzmacniając negatywne zachowania lub blokując podejmowanie działań ukierunkowanych na zmianę istniejącego, niekorzystnego dla zdrowia stanu rzeczy<sup>33</sup>. Zróżnicowanie społeczeństwa pod względem statusu społecznego i ekonomicznego powoduje, że poszczególne jednostki nie mają równego dostępu do systemu opieki zdrowotnej<sup>34</sup>, pomimo, że w Konstytucji RP z 1997 roku, w artykule 32 zagwarantowane jest prawo do równości<sup>35</sup> oraz w artykule 68 prawo do ochrony zdrowia należące do grupy uprawnień ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych<sup>36</sup>. Istotnym jest również, iż w rozdziale I Konstytucji RP zapisana jest zasada konstytucyjnego zagwarantowania podstawowych praw i wolności człowieka i obywatela jako jedna z podstawowych zasad konstytucyjnych<sup>37</sup>. Stan zdrowia jednostki jest istotnym czynnikiem ekskluzji społecznej, a człowiek podlegać może wykluczeniu z grupy ze względu na słabą kondycję zdrowotną uniemożliwiającą mu wypełnianie przypisanych przez społeczeństwo ról i funkcji społecznych oraz nawiązywanie i podtrzymywanie relacji interpersonalnych<sup>38</sup>. Według Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie jest środkiem wiodącym wprost do wyższej jakości życia rozumianej jako efektywne, produktywne i satysfakcjonujące funkcjonowanie do późnej starości<sup>39</sup>.

Konieczność podejmowania działań na rzecz utrzymania zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, z zachowaniem zasad zrównoważonego rozwoju, dostrzega coraz szersze grono decydentów. Organizacja Narodów Zjednoczonych, wpisując się w ten sposób myślenia i działania, sformułowała globalny program na rzecz zrównoważonego rozwoju, określanego jako *Agenda 2030*. Jego założenia wykraczają poza realizowane dotychczas *Milenijne Cele Rozwoju*, przyjęte przez ONZ w 2000 roku. W toku trwających niemal trzy lata negocjacji wielostronnych, zdefiniowano 17 Celów

---

<sup>33</sup> D. Krzewniak, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, dz. cyt., s. 59-60.

<sup>34</sup> Tamże, s. 60.

<sup>35</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., Nr 78, poz. 483), s. 2419.

<sup>36</sup> Tamże, s. 2427.

<sup>37</sup> Art. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., Nr 78, poz. 483), s. 2415.

<sup>38</sup> D. Krzewniak, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, dz. cyt.

<sup>39</sup> Por.: Tamże, s. 62, WHO, Światowa Deklaracja Zdrowia. Zdrowie 21. *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO*, Kopenhaga 1998.

Zrównoważonego Rozwoju oraz ściśle powiązanych z nimi 169 zadań, których zakres przedmiotowy sprowadza się do trzech wymiarów zrównoważonego rozwoju – gospodarczego, społecznego i środowiskowego. Cele i zadania wyodrębnione w *Agendzie 2030* stanowią integralną, współzależną całość, zapewniającą równowagę między wymienionymi aspektami tego rozwoju. Zapisy weszły w życie 1 stycznia 2016 roku i wytyczają kierunek działań na najbliższe 15 lat.

Analiza zapisów zawartych w dokumencie *Agenda 2030* pozwala stwierdzić, że jednym z ważnych punktów planu rozwoju świata jest bezpieczeństwo zdrowotne, rozumiane przede wszystkim jako zapewnienie godziwych warunków życia wszystkim mieszkańcom globu. Zgodnie z wizją ONZ podejmowane działania w tym zakresie ukierunkowane są na budowanie „świata ze sprawiedliwym i powszechnym dostępem (...) do opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego, w którym zapanuje dobrobyt fizyczny, psychiczny i społeczny. Świata, w którym potwierdzamy nasze zobowiązania dotyczące prawa każdego człowieka do dostępu do bezpiecznej wody pitnej i urządzeń sanitarnych, w których higiena jest na wyższym poziomie, i w którym wszyscy ludzie mają dostęp do wystarczającej ilości bezpiecznej, pożywej i przystępnej cenowo żywności”<sup>40</sup>. Szczególnie silnie ze wskazaną wizją świata korespondują następujące cele:

- Cel 2. Wyeliminować głód, osiągnąć bezpieczeństwo żywnościowe i lepsze odżywianie oraz promować zrównoważone rolnictwo;
- Cel 3. Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt;
- Cel 6. Zapewnić wszystkim ludziom dostęp do wody i warunków sanitarnych poprzez zrównoważoną gospodarkę zasobami wodnymi<sup>41</sup>.

M. Cieślarczyk dowodzi, że poziom zdrowotności społeczeństwa jest wartością autoteliczną, a dla społeczeństw najwyżej rozwiniętych zdrowie obywateli stanowi jedną z podstawowych wartości<sup>42</sup>. Metaforę znaczenia bezpieczeństwa zdrowotnego pojedynczego człowieka oraz grup społecznych stanowi piramida bezpieczeństwa przedstawiająca poszczególne wymiary bezpieczeństwa, której fundament stanowi bezpieczeństwo zdrowotne i ekologiczne<sup>43</sup>. Wnioskując należy stwierdzić, że stabilność piramidy bezpieczeństwa uzależniona jest od poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego i eko-

---

<sup>40</sup> Pkt. 7 Rezolucji przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r. Przekształcamy nasz świat: *Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*, s. 4.

<sup>41</sup> Tamże, s. 16.

<sup>42</sup> M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, dz. cyt., s. 145.

<sup>43</sup> M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009, s. 151.



logicznego, co oznacza, że obniżenie poziomu tego rodzaju bezpieczeństwa prowadzi do zachwiania całej piramidy, a zatem wszystkimi pozostałymi przedmiotowymi wymiarami bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwem ekonomicznym i gospodarczym, politycznym, militarnym, publicznym, społecznym oraz innymi<sup>44</sup>. Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego odnosi się do wzoru podstawowych założeń, wartości, norm, reguł, symboli, postaw, zachowań, przekonań, działania i współdziałania charakterystycznych dla danego podmiotu względem zdrowia<sup>45</sup>. Odnosi się również do sposobów postrzegania przez dany podmiot kwestii zdrowotnych, jego wiedzy i sposobów myślenia o bezpieczeństwie zdrowotnym oraz sposobów odczuwania bezpieczeństwa, jednak przede wszystkim zachowania, działania i współdziałania podmiotu na płaszczyźnie zdrowotnej w relacjach z innymi ludźmi wyuczonych w naturalnych procesach życiowych, w tym także w procesie edukacyjnym, które mają służyć rozpoznawaniu wyzwań zdrowotnych, wykorzystywaniu szans i przeciwdziałaniu zagrożeniom występującym w przestrzeni bezpieczeństwa zdrowotnego<sup>46</sup>.

## **Zakończenie**

Człowiek już od najdawniejszych czasów był istotą społeczną, żył w mniejszych lub większych grupach, a swoimi obserwacjami, spostrzeżeniami i doświadczeniami dzielił się z innymi przekazując je swoim następcom<sup>47</sup>. „W ten sposób powstawała skarbnica zbiorowej wiedzy empirycznej danego plemienia, utrwalana i powiększana z pokolenia na pokolenie. Do najdawniejszych spostrzeżeń empirycznych ludów pierwotnych należało odkrycie, że w otaczającej człowieka przyrodzie znajdują się rośliny i produkty zwierzęce, które mogą służyć człowiekowi jako pożywienie. Nie wszystkie jednak nadają się do tego celu”<sup>48</sup>. Człowiek zauważył, że istnieją również rośliny i produkty trujące posiadające różne, specyficzne działanie, takie jak: przeciwbólowe, przyspieszające gojenie się ran, usypiające, podniecające itp. Zauważono również, że nie wszystko nadaje się do spożycia w stanie suro-

---

<sup>44</sup> Zob.: M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska, *Istota kultury bezpieczeństwa i jej znaczenie dla człowieka i grup społecznych*, „Kultura Bezpieczeństwa” Nr 1-2/2014, s. 51; D. Krzewniak, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, dz. cyt., s. 53.

<sup>45</sup> D. Krzewniak, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, dz. cyt., s. 55.

<sup>46</sup> Zob.: M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, dz. cyt., s. 210; D. Krzewniak, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, dz. cyt.

<sup>47</sup> B. Bujalowska, *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*, [w:] *Historia medycyny*, T. Brzeziński (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 24.

<sup>48</sup> Tamże.

wym. Niektóre produkty spożywcze trzeba moczyć, rozcierać, ubijać lub gotować. Istotne to było szczególnie wtedy, gdy chodziło o pożywienie dla osób chorych, starszych i małych dzieci. Hipokrates (460-377 p.n.e.), lekarz grecki, uznawany powszechnie za ojca medycyny, w traktacie zatytułowanym *O dawnej medycynie*, uznał to odkrycie za największe osiągnięcie człowieka pierwotnego twierdząc, że właśnie to odkrycie zapoczątkowało medycynę<sup>49</sup>.

Filozoficzne rozważania Platona (427-347 p.n.e.) wprowadziły do rozmyślań o życiu człowieka koncepcje idealistyczne dotyczące świata materialnego. Według Platona cały świat materialny jest odbiciem czystej idei, a człowiek jest istotą dualistyczną łączącą w sobie świat zmysłowy, czyli ciało i świat idealny, czyli duszę. Dusza nie jest jednolita i dzieli się na duszę rozumną z siedzibą w mózgu, duszę impulsywną z siedzibą w sercu i duszę pożądlivą z siedzibą w podbrzuszu<sup>50</sup>. W odniesieniu do zagadnień anatomicznych i fizjologicznych Platon i jego uczniowie nie wyszli poza koncepcje hipokratyków, jednak ich filozofia odegrała znaczący wpływ na rozwój nauki o człowieku, a platońską koncepcję celowości w przyrodzie, teleologię, kontynuował w swoich rozważaniach Arystoteles<sup>51</sup>.

Reasumując, podkreślić należy, iż kulturę bezpieczeństwa można diagnozować i doskonalić w permanentnym procesie edukacji. Edukacja ta, na co wskazuje Julian Aleksandrowicz, powinna mieć charakter zdemokratyzowany, polegający na współodkrywaniu i współrefleksji uczniów i nauczycieli<sup>52</sup>. Nauczyciele i uczniowie powinni stać się współtwórcami nie tylko banków informacji, ale również hierarchii wartości powstałych w toku nowych odkryć<sup>53</sup>. Wymaga to zamiany obecnego systemu nauczania z typu inwestycyjnego na heurystyczny, a więc takiego, który będzie sprzyjał rozwijaniu świadomości biologiczno-społecznej oraz utwierdzał w przekonaniu, że pojedynczy człowiek, choć jest przedmiotem historycznych procesów, jest także podmiotem, który może świadomie kształtować swój los przez los innych ludzi i los biosfery<sup>54</sup>. Istotnym jest, aby w dobie znaczącego i dynamicznego postępu cywilizacyjnego, który przyjął formy rewolucji naukowo-technicznej i informacyjnej, człowiek troszcząc się o fizyczny i psychiczny

---

<sup>49</sup> Tamże.

<sup>50</sup> T. Brzeziński, *Wiedza o budowie i czynnościach organizmu ludzkiego*, [w:] *Historia medycyny*, T. Brzeziński (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 101.

<sup>51</sup> Tamże.

<sup>52</sup> J. Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne*, Państwowe Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1979, s. 30.

<sup>53</sup> Tamże, s. 31.

<sup>54</sup> Tamże.

dobrostan uwzględniał założenie, że „za zdrowie wszystkich odpowiedzialni jesteśmy wszyscy”<sup>55</sup>.

Działania edukacyjne w tym zakresie powinny być podejmowane już od najmłodszych lat życia człowieka zaczynając od środowiska rodzinnego, następnie w przedszkolu, szkole oraz w dalszym życiu na poszczególnych jego etapach, ponieważ wzrost poziomu kultury bezpieczeństwa poszczególnych podmiotów wzmacnia i umożliwia realizację założeń zrównoważonego rozwoju poprzez dążenie do zintegrowania ładu w przestrzeni politycznej, gospodarczej, społecznej i środowiskowej człowieka.

## **Bibliografia**

### Opracowania zwarte

- Aleksandrowicz J., *Sumienie ekologiczne*, Państwowe Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1979.
- Brzeziński T., *Wiedza o budowie i czynnościach organizmu ludzkiego*, [w:] *Historia medycyny*, T. Brzeziński (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Bujałowska B., *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*, [w:] *Historia medycyny*, T. Brzeziński (red.), Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Cieślarczyk M., *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2006.
- Cieślarczyk M., *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009.
- Dahlgren G., Whitehead M., *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health, No. 3*, WHO, Copenhagen 2006.
- Dziadczyk B., *Modele opieki zdrowotnej*, [w:] M. Pierzchalska (red.), *Procesy globalizacyjne a myśl ekonomiczna Kościoła katolickiego*, Wydawnictwo WSB. Radom 2006.
- Janikowski R., *Wymiary zrównoważonego rozwoju. Rozwój lokalny, gospodarka przestrzenna, zdrowie środowiskowe, innowacyjność*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Wrocław-Poznań 2010.
- Jastrzębska E., *Wprowadzenie do koncepcji CSR i zrównoważonego rozwoju*, [w:] *Jak uczyć o społecznej odpowiedzialności i zrównoważonym rozwoju. Przewodnik dla nauczycieli*.

---

<sup>55</sup> Tamże, s. 99.

- Kafel K., *W gąszczu definicji zrównoważonego rozwoju*, [w:] A. Kalinowska, W. Lenart (red.), *Wybrane zagadnienia z ekologii i ochrony środowiska. Teoria i praktyka zrównoważonego rozwoju. Wybór wykładów z lat 2004-2007*, Uniwersytet Warszawski, Uniwersyteckie Centrum Badań nad Środowiskiem Przyrodniczym, Warszawa 2007.
- Ostaszewski K., *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży*, [w:] J. Mazur i wsp. (red.) *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Warszawa 2008.
- Różycka M., Habryka C., Nurzyńska A., *Zrównoważony rozwój w naukach biologicznych i technicznych*, Wydawnictwo Naukowe Sophia, Katowice 2016.
- Trzpił I.A., *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, Monografie nr 128, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2011.

#### Czasopisma

- Bober B., *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” nr 1/2016.
- Cieślarczyk M., Filipek A., Świdorski A. W., Ważniewska J., *Istota kultury bezpieczeństwa i jej znaczenie dla człowieka i grup społecznych*, „Kultura Bezpieczeństwa” Nr 1-2/2014.
- Krzewniak D., *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, „Kultura Bezpieczeństwa” nr 5/2016.
- Woźniak Z., *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, Rok. LXVI, zeszyt 1 – 2004.

#### Akty prawne

- Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r. Przekształćmy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030.
- WHO, Światowa Deklaracja Zdrowia. Zdrowie 21. *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO*, Kopenhaga 1998.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., Nr 78, poz. 483).
- Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. *Prawo ochrony środowiska* (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z 2001r., Nr 62, poz. 627).

Materiały internetowe

Björnberg A., Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2016. Wyniki leczenia w rankingu EHCI 2016., [http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski\\_konsumencki\\_indeks%20\\_zdrowia\\_2016.pdf](http://www.polisynazdrowie.pl/files/Europejski_konsumencki_indeks%20_zdrowia_2016.pdf).

CBOS, *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków*. Komunikat z badań nr 138/2016, Warszawa 2016, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_138\\_16.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF).

Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians*, www.phac-aspc.gc.ca, 1981.

WHO, *The determinants of health*, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.

**dr Daria Krzewniak, dr Joanna Ważniewska**

Instytut Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa, Wydział Humanistyczny  
Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach

