

**Joanna Ważniewska**

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach  
Wydział Humanistyczny

## **Diagnozowanie i doskonalenie kultury bezpieczeństwa zdrowotnego**

### **Diagnosing and improving health security culture**

#### **Streszczenie**

Artykuł prezentuje problematykę diagnozowania i doskonalenia kultury bezpieczeństwa zdrowotnego i jest próbą przedstawienia poruszanego zagadnienia, które wymaga dalszych, pogłębionych badań. Zdrowie to jedna z najważniejszych wartości w życiu człowieka i grup społecznych. Posiadanie zdrowia stanowi istotny warunek rozwoju gospodarczego, społecznego, kulturowego, zdolności adaptacyjnych oraz skutecznego działania w sytuacjach kryzysowych.

Poziom kultury bezpieczeństwa zdrowotnego uwarunkowany jest wieloma czynnikami, jak czynniki polityczne, społeczne, kulturowe, prawne, środowiskowe. W państwach najwyżej rozwiniętych, charakteryzujących się najwyższym poziomem kultury bezpieczeństwa obywateli u podstaw bezpieczeństwa każdego podmiotu, charakteryzującego się strategicznym myśleniem o bezpieczeństwie, leży bezpieczeństwo ekologiczne oraz zdrowotne. Szczególnym wyrazem troski o stan zdrowia jest przejawianie wysokiego poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego w wymiarze personalnym i strukturalnym. Związane jest to z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych oraz przygotowaniem środków i narzędzi niezbędnych do podejmowania działań na rzecz zdrowia jednostki oraz ogółu obywateli.

W polskiej przestrzeni społecznej dostrzegany jest niski poziom kultury bezpieczeństwa zdrowotnego. Spowodowane jest to niewystar-

czającymi nakładami finansowymi przeznaczanymi przez organy rządzące na profilaktykę, ochronę i służbę zdrowia oraz brakiem jednorodnej edukacji w tym zakresie, obejmującej obszar całego kraju.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, bezpieczeństwo zdrowotne, kultura bezpieczeństwa zdrowotnego, diagnozowanie, doskonalenie

### **Abstract**

The article presents the problems of diagnosing and improving the culture of health security and is an attempt to present the discussed issue, which requires further, in-depth research.

Health is one of the most important values in the life of people and social groups. Having health is a significant condition for economic, social and cultural development, adaptability as well as effective actions in crisis situations. The level of health security culture depends on many factors, such as political, social, cultural, legal and environmental factors. In the most developed countries, which have the highest level of security culture of citizens, the basis of security of each entity is strategic thinking about ecological and health security. A particular expression of concern for health is the manifestation of a high level of health security culture in the personal and structural dimension. It is connected with the recognition of health needs and the preparation of resources and tools necessary to take action concerning the health of an individual and citizens in general.

In the Polish social space, there can be noticed the low level of health security culture. This is caused by insufficient financial resources allocated by governing bodies for prevention, protection and health care as well as the lack of homogeneous education in this area covering the entire country.

**Keywords:** health, health security, health security culture, diagnosis, improvement

### **Wstęp**

Szczególnym wyrazem troski o stan zdrowia jest przejawianie wysokiego poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego w wymiarze

personalnym i strukturalnym. Związane jest to z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych oraz przygotowaniem środków i narzędzi niezbędnych do podejmowania działań na rzecz zdrowia jednostki oraz ogółu obywateli.

W dobie znaczącego i dynamicznego postępu cywilizacyjnego, który przyjął formy rewolucji naukowo-technicznej i informacyjnej istotnym jest, aby człowiek troszcząc się o fizyczny i psychiczny dobrostan uwzględniał założenie, że „za zdrowie wszystkich odpowiedzialni jesteśmy wszyscy”<sup>1</sup>.

Człowiek jest jedynym organizmem biologicznym, który stworzył świat wartości i kultury i jest nierozzerwalnie związany z naturą stanowiąc jej integralną część i ukoronowanie ewolucji. Posiada on potrzeby wyższe, takie jak, np. poznawczą, samorealizacji, których nie posiada żadna inna żywa istota. Już człowiek prymitywny odróżnił się od zwierząt tym, że posiadał bardzo bogate i silne więzi kulturowe oraz cechował się wspólnotą językową, wspólnotą technik produkcji, obyczajów, wierzeń, tradycji plemiennych i klanowych, wspólnym uczestnictwem w praktykach magicznych i różnych ceremoniach towarzyszących wielu sytuacjom życiowym, takim jak łowy, podział dóbr, narodziny, dojrzewanie, małżeństwo, śmierć itp.<sup>2</sup>.

Rozwój biologiczny organizmu, jak dowodzą Bronisław Jasicki i Napoleon Wolański, jest stałym procesem przystosowywania się do warunków środowiska zewnętrznego, w związku ze zmianami, którym wraz z upływem czasu ulega jego struktura i właściwości środowiska wewnętrznego, jak również otaczające środowisko zewnętrzne<sup>3</sup>. Organizmy żywe są samoodnawiającymi się systemami fizykochemicznymi czerpiącymi materię i energię z otoczenia, dlatego też zjawiska dotyczące wzajemnych stosunków organizmu i środowiska mają zasadnicze znaczenie dla zrozumienia istoty utrzymywania się przy życiu jednostki biologicznej, jaką jest zarówno osobnik, jak i gatunek. Człowiek jako

---

<sup>1</sup> J. Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne*, Państwowe Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1979, s. 99.

<sup>2</sup> K. Imieliński, *Kulturowe aspekty seksuologii*, [w:] *Seksuologia kulturowa*, pod red. K. Imielińskiego, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984, s. 12-13.

<sup>3</sup> B. Jasicki, N. Wolański, *Rozwój ontogenetyczny a formowanie się gatunku „Homo sapiens” jako funkcja zmian przystosowawczych do środowiska*, [w:] *Czynniki rozwoju człowieka. Wstęp do ekologii człowieka*, praca zbiorowa pod red. N. Wolańskiego, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987, s. 15.

gatunek jest wytworem środowiska, które otaczało jego przodków, a istnienie obecnych pokoleń jest wynikiem właściwych gatunkowi ludzkiej zdolności przystosowawczych, utrwalonych w procesie ewolucji<sup>4</sup>.

Przyjmuje się, że człowiek jako organizm biologiczny wyodrębniony ze świata zwierząt istnieje ok. 600 tys. do 1 mln lat. Początki jego sięgają paleolitu, starszej epoki kamienia, będącej pierwszym etapem rozwoju kultury ludzkiej. W środkowym paleolicie (100 tys. do 40 tys. lat p.n.e.) żył już człowiek neandertalski posiadający umiejętność rozniecania ognia i używający narzędzi z grubo łupanego kamienia. Z tego okresu pochodzą pierwsze ślady wyobrażeń animistycznych w postaci grobów ludzkich. Z późniejszego okresu epoki paleolitu pochodzą malowidła jaskiniowe, rysunki i posążki świadczące o istnieniu wierzeń religijnych. Powstanie animizmu (wiara w duchy i dusze) świadczy o osiągnięciu przez człowieka pewnego poziomu wyobraźni i zdolności do myślenia abstrakcyjnego. Treść malowideł jaskiniowych świadczy też o zainteresowaniach seksualnością pierwotnego człowieka, który czcił pulchne, wybujałe kształty ciała jako boskie. Jedynie bowiem bóstwa dysponujące nadprzyrodzoną siłą mogły sobie zapewnić taką obfitość pokarmu, która powodowała otyłość<sup>5</sup>.

### Zdrowie jako zjawisko społeczne

Od początków swojego istnienia człowiek żył w bardzo trudnych warunkach środowiska naturalnego. O zachowanie życia i zdrowia trzeba było walczyć w stałym zagrożeniu, na co składały się czynniki atmosferyczne, nadmierne zimno lub gorąco, długotrwałe deszcze i powodzie oraz okresy suszy. Człowiek musiał walczyć z dzikimi zwierzętami i inoplemieńcami, żywność zdobywał z narażeniem życia i zdrowia, nękał go głód i różne choroby<sup>6</sup>. Szukając możliwości przetrwania człowiek pierwotny obserwował otaczający go świat, swoje bezpośrednie środowisko, w którym żył, zauważał związki między zjawiskami dostosowując do nich swoje postępowanie. Takie najdawniejsze spostrzeżenia dotyczyły w pierwszej kolejności sytuacji najprostszych, takich jak: w ra-

---

<sup>4</sup> Tamże.

<sup>5</sup> K. Imieliński, *Kulturowe aspekty...*, dz. cyt., s. 13.

<sup>6</sup> B. Bujalowska, *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*, [w:] *Historia medycyny*, pod red. nauk. T. Brzezińskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 23.

zie zmarznięcia należało ogrzać się w miejscu nasłonecznionym, w przypadku przegrzania się pomagało ochłodzenie się w zimnej wodzie, schronienie w miejscach zacienionych lub dotykanie zimnych kamieni. W razie uderzenia się lub stłuczenia pomagało rozcieranie bolącego miejsca albo położenie na nim mokrego okładu. Miejsca oparzone ochładzano dmuchając lub wachlując je. Już u historyków starożytnych spotykamy twierdzenie, że człowiek w pradawnych czasach nauczył się niektórych zabiegów leczniczych od zwierząt, jak np. oczyszczania ran przez lizanie, rozcieranie, wyjmowanie kolców, unieruchamianie chorych kończyn przez wyłączenie ich z normalnego funkcjonowania, moczenia chorych części ciała, stosowania kąpieeli w celach leczniczych<sup>7</sup>. Starożytni pisarze, Pliniusz i Strabon, twierdzili, że żyjący w Egipcie ptak ibis uczy ludzi wykonywania lewatywy, którą sam sobie implikuje własnym dziobem, a hipopotam wykonywania upustów krwi, co robi w razie potrzeby przykładając kończynę do ostro zakończony gałęzi. Takie bezpośrednie zbieranie doświadczeń, często przypadkowych lub spowodowanych instynktem, nazywa się czystą empirią<sup>8</sup>. Człowiek już w odległych czasach był istotą społeczną, żył w mniejszych lub w większych grupach i swoimi obserwacjami, spostrzeżeniami dzielił się z innymi oraz przekazywał swoim następcom. W ten sposób powstawała skarbnica zbiorowej wiedzy empirycznej danego plemienia, utrwalana i powiększana z pokolenia na pokolenie<sup>9</sup>. Przykładem medycyny ludów pierwotnych kierujących się wyłącznie empirią może być medycyna Pigmejów w Kongo, która stanowi swoisty relikw człowieka z epoki przedkamiennej. Lud ten uznaje za rzeczywiste tylko to, czego doświadcza bezpośrednio własnymi zmysłami, a w leczeniu stosuje miejscowe środki lecznicze, prymitywną hydroterapię, nie odwołując się przy tym do żadnych sił nadprzyrodzonych, magii czy zaklęć<sup>10</sup>.

U większości ludów pierwotnych w bardzo wczesnym okresie rozwojowym pojawiły się pytania, na które człowiek nie umiał udzielić odpowiedzi ani na podstawie swoich spostrzeżeń, ani na podstawie doświadczeń grupowych. Zaczął wówczas szukać wyjaśnienia w wierze w istnienie i działanie czynników nadprzyrodzonych, sił niewidzialnych, które były silniejsze i potężniejsze niż jego własne. Wiarę w istnienie

---

<sup>7</sup> Tamże.

<sup>8</sup> Tamże, s. 24.

<sup>9</sup> Tamże.

<sup>10</sup> Tamże, s. 25.

i działanie czynników nadprzyrodzonych nazywamy supranaturalizmem. Samo działanie takich sił nazywa się teurgią, cudowne działanie taumaturgią<sup>11</sup>. Z wiary w istnienie sił nadprzyrodzonych powstały zarówno religia jak i magia. Oba te zjawiska w kulturze ludów pierwotnych łączą się ze sobą, chociaż zachodzą między nimi pewne różnice. Religie opierają się na wierze w istotę lub istoty nadprzyrodzone, nad którymi człowiek nie ma żadnej władzy uznając swoją zależność od nich i starając się o ich przychylność w składanych ofiarach, modlitwach, prośbach. Magia natomiast to wiara i związane z nią czynności polegające na przekonaniu, że człowiek może sam zapanować nad wszystkimi siłami przyrody, a także nad nieznanymi siłami nadprzyrodzonymi, czy nawet nad bogami, jeżeli zna ściśle określone słowa, formuły, zaklęcia, gesty, czyli to, co w magii odgrywa szczególnie ważną rolę, tj. wymagany rytuał. Rytuał ten otaczany jest tajemnicą i przekazuje się go tylko nielicznym i wybranym osobom. Wymaga to wyjątkowych zdolności i predyspozycji do nawiązywania kontaktów ze światem duchów, bogów lub demonów oraz wyjątkowej siły sugestii. Do takich ludzi należeli czarownicy, uzdrowiciele, lekarze kapłani, którzy cieszyli się olbrzymim autorytetem w swoim plemieniu oraz potrafili wypędzać różne demony i złe duchy z ciała chorego<sup>12</sup>. W starożytnym Egipcie stan kapłański cieszył się ogromnym poważaniem, głównie dzięki osiągnięciom w zakresie astronomii i lecznictwa. Kapłani egipscy potrafili przepowiadać życiodajne wylewy Nilu, znali wpływ pożywienia na zdrowie, zatem nietrudno im było przewidzieć i przepowiedzieć rozwój chorób związanych ze spadkiem poziomu wód i ich zanieczyszczeniem<sup>13</sup>. Kapłani przestrzegali bardzo rygorystycznie zasad higieny. Myli się przed modlitwą, nosili lniane szaty, usuwali zarost na całym ciele i poddawali się obrzezaniu. Ułatwiało im to utrzymanie czystości i higieny osobistej oraz zabezpieczało przed rozwojem wszawicy lub chorób grzybiczych<sup>14</sup>. Kapłani lekarze w starożytnym Egipcie otaczali społeczeństwo opieką zdrowotną poprzez głoszenie zasad dotyczących diety, higieny oraz rozpoznawanie i leczenie chorób. Podobne zasady i działania prozdrowotne obowiązy-

---

<sup>11</sup> Tamże.

<sup>12</sup> Tamże, s. 26.

<sup>13</sup> T. Marcinkowski, *Zalecenia religijne i rytualne jako metody postępowania zapobiegawczego*, [w:] *Historia medycyny*, pod red. nauk. T. Brzezińskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 238.

<sup>14</sup> Tamże.

wały w Babilonii i innych krajach, w czasach, gdy medycyna miała charakter empiryczno-supranaturalistyczny i teurgiczny<sup>15</sup>.

Według Światowej Organizacji Zdrowia przy Organizacji Narodów Zjednoczonych zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego. Znany polski higienista Marcin Kacprzak (1888-1968) nazywał zdrowiem taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych dla niej warunkach<sup>16</sup>.

W Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie oznacza całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby lub niepełnosprawności. Korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, płci, pochodzenia, warunków społecznych czy ekonomicznych<sup>17</sup>. Zdrowie, określane jako podstawowe prawo człowieka, powinno być wspierane skuteczną polityką państwa a realizacja tego prawa jest czynnikiem kształtującym kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli<sup>18</sup>. Istotne jest zatem społeczne bytowanie człowieka w możliwie najkorzystniejszych warunkach. W toku walk o postęp społeczny niejednokrotnie wysuwano hasło, że każdy człowiek ma prawo do zdrowia, a idee i założenia społecznej ochrony zdrowia mogły zapewnić prawidłowe wprowadzanie w życie i funkcjonowanie reguł i zasad od dawna postulowanych przez myślicieli i lekarzy<sup>19</sup>.

Bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem w działaniach Unii Europejskiej, a do czynników determinujących zdrowie zalicza się:

---

<sup>15</sup> Tamże, s. 240.

<sup>16</sup> T. Marcinkowski, *Medycyna społeczna XIX-XX wieku*, [w:] *Historia medycyny*, pod red. nauk. T. Brzezińskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 466.

<sup>17</sup> *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Dz. U. 1948, Nr 61, poz. 477, s. 2.

<sup>18</sup> Zob. I.A. Trzpil, *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, s. 44.

<sup>19</sup> T. Marcinkowski, *Medycyna społeczna XIX-XX wieku*, [w:] *Historia medycyny*, pod red. nauk. T. Brzezińskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988, s. 468.

1. Zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, co wpływa na zmianę struktury chorób, podnosi koszty i zagraża równowadze unijnych systemów zdrowotnych.
2. Zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z klimatem, poszerzającą się sferą nierówności społecznych i przemieszczaniem się grup ludności, co sprzyja występowaniu katastrof naturalnych o szerokim zasięgu (niekiedy globalnym) oraz zwiększa zagrożenie epidemiologiczne i bioterroryzmem.
3. Rozwój nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby<sup>20</sup>.

Powyżej wymienione czynniki prowadzą do wydłużania życia ludzi stanowiąc istotny dorobek w zakresie technicznym i cywilizacyjnym jednocześnie podrażając koszty diagnozy i terapii, doprowadzając do sytuacji, gdzie lekarze niejednokrotnie stają przed dylematem, kogo leczyć i czyje zdrowie ratować. W takich sytuacjach osoby w podeszłym wieku są marginalizowane, ponieważ ich leczenie jest bardziej kosztowne. Prowadzić to może do wykluczenia społecznego<sup>21</sup>.

### **Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego oraz jej diagnozowanie i doskonalenie**

W państwach najwyżej rozwiniętych, charakteryzujących się najwyższym poziomem kultury bezpieczeństwa obywateli u podstaw bezpieczeństwa każdego podmiotu, charakteryzującego się strategicznym myśleniem o bezpieczeństwie, leży bezpieczeństwo ekologiczne oraz zdrowotne i dopiero na tej podstawie można budować bezpieczeństwo ekonomiczne i polityczne oraz kolejne przedmiotowe segmenty bezpieczeństwa, takie jak: bezpieczeństwo publiczne, polityczne, militarne, społeczne i inne wymiary bezpieczeństwa<sup>22</sup>.

Według Mariana Cieślarczyka kultura bezpieczeństwa to „wzór podstawowych założeń, wartości, norm, reguł, symboli i przekonań wpływających na sposób postrzegania wyzwań, szans i(lub) zagrożeń, a także sposób odczuwania bezpieczeństwa i myślenia o nim (sfera kul-

---

<sup>20</sup> I.A. Trzpił, *Uwarunkowania bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 44.

<sup>21</sup> Tamże, s. 45.

<sup>22</sup> M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2006, s. 150.



tury mentalnej – subiektywna) oraz związany z tym sposób zachowania i działania (współdziałania) podmiotów (osób, grup społecznych, instytucji i organizacji, społeczności i społeczeństw), w różny sposób przez te podmioty *wyuczonych* i wyartykułowanych w procesach szeroko rozumianej edukacji, w tym również w naturalnych procesach wewnętrznej integracji i zewnętrznej adaptacji oraz w innych procesach organizacyjnych (sfera kultury organizacyjnej – subiektywno-obiektywna), a także w procesie umacniania szeroko (nie tylko militarnie) rozumianej obronności (sfera kultury materialnej – obiektywna), służących w miarę harmonijnemu rozwojowi tych podmiotów i osiągnięciu przez nie najszerzej rozumianego bezpieczeństwa, z pożytkiem dla siebie, ale i otoczenia”<sup>23</sup>.

Kultura bezpieczeństwa obejmuje wszystkie aspekty sposobów ujmowania bezpieczeństwa w różnych wymiarach, czynniki mające wpływ na bezpieczeństwo oraz pojęcia ściśle z nim powiązane. Może być rozumiana jako podstawa szeroko rozumianej obronności i uznać ją można za fundament dla szeroko rozumianego bezpieczeństwa. W odniesieniu do różnych grup społecznych, społeczności lokalnych i społeczeństw oraz w stosunku do różnych wymiarów bezpieczeństwa i obronności, dla struktur organizacyjnych i świadomości pełni funkcje integracyjną, adaptacyjną, stymulacyjną i regulacyjną<sup>24</sup>.

Kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego określić można, cytując za M. Cieślarczykiem, 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>25</sup>. Stwierdzić należy, że kultura bezpieczeństwa zdrowotnego ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, zarówno poje-

---

<sup>23</sup> Tamże, s. 210.

<sup>24</sup> Tamże, s. 211.

<sup>25</sup> Cyt. za: M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2006, s. 210.

dynczemu człowiekowi, jak i grupom społecznym oraz oznacza odpowiednie reagowanie w przypadku braku tego bezpieczeństwa. Kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego można i należy diagnozować oraz doskonalić.

Pojęcie diagnozowania pochodzi z języka greckiego (*diagnosis* = *diagnoza*) i oznacza rozpoznanie, w szczególności odnosi się to pojęcie do rozpoznania choroby na podstawie jej objawów<sup>26</sup>. Diagnostyka (z jęz. greckiego *diagnostikos* = *umiejący rozpoznać, rozpoznawczy*) odnosi się do nauki o sposobach rozpoznawania chorób na podstawie ich charakterystycznych objawów oraz do określenia stanu technicznego pojazdów w celu ustalenia źródeł niedomagań<sup>27</sup>. Rozpoznanie medyczne służy zatem ustaleniu źródeł i przyczyn pojawienia się choroby w celu zastosowania skutecznego leczenia, natomiast w odniesieniu do diagnostyki technicznej służyć ma skutecznej naprawie uszkodzonego elementu lub ich zespołów.

Według Wincentego Okonia pojęcie diagnozy odnosi się do rozpoznania jakiegoś obiektu, zdarzenia lub jakiejś sytuacji w celu zdobycia dokładnych informacji i przygotowania się do działań melioracyjnych. Wyszczególnia on diagnozę lekarską, diagnozę psychologiczną oraz diagnozę pedagogiczną<sup>28</sup>. Diagnoza pedagogiczna dotyczy np. trudności wychowawczych w pracy z jednostką lub grupą. W. Okoń definiuje pojęcie diagnostyki edukacyjnej oraz diagnostyki oświatowej, która dotyczy funkcjonowania różnych składników systemu oświaty. Termin diagnostyki edukacyjnej natomiast opisany jest jako graniczący z terminami diagnostyki psychologicznej zajmującej się osobowością ucznia oraz diagnostyki socjologicznej badającej wpływ środowiska na młodzież. Definiowana jest jako nauka o systematyzowaniu informacji na temat przebiegu i wyników uczenia się, „bądź jako teorię rozpoznawania osiągnięć poznawczych i motywacyjnych dzieci i młodzieży ujmowanych rozwojowo i w całości kształcenia ich sytuacji dydaktycznej”<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> *Słownik wyrazów obcych PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980, s. 150.

<sup>27</sup> Tamże.

<sup>28</sup> W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydanie czwarte uzupełnione i poprawione, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004, s. 78-79.

<sup>29</sup> Tamże, s. 78.

W słowniku W. Okonia wyszczególnione jest pojęcie doskonalenia w odniesieniu do nauczycieli, doskonalenia szkoły oraz doskonalenia zawodowego<sup>30</sup>.

Doskonalenie nauczycieli definiowane jest jako ważny składnik systemu kształcenia pozaszkolnego nauczycieli polegający na udzielaniu pomocy początkującym nauczycielom w okresie adaptacji do zawodu a w okresie samodzielności zawodowej na aktualizowaniu wiedzy przedmiotowej i pedagogicznej, zaznajamianiu z postępem nauki, udzielaniu pomocy w rozszerzaniu lub zmianie specjalizacji, organizowaniu różnych form samokształcenia indywidualnego i zbiorowego, udzielaniu pomocy w samodzielnej pracy badawczej<sup>31</sup>.

Doskonalenie szkoły to proces dynamizowania rozwoju jakiejś szkoły lub grupy szkół poprzez systematyczną i samodzielną działalność grona nauczycielskiego, młodzieży szkolnej i jej rodziców. Celem tej działalności jest takie ulepszenie metod, organizacji i warunków pracy szkolnej, jakie zapewnia pełniejszą realizację celów edukacyjnych. Idea doskonalenia szkoły zdobywa coraz więcej zwolenników w krajach o wysokim poziomie edukacji, pozostaje ona w harmonii z doskonaleniem nauczycieli, które jest podporządkowane doskonaleniu szkoły. W przestrzeni doskonalącej się szkoły, twórczego podejścia do rozwiązywania istotnych zagadnień w pracy całej szkoły jest właściwe miejsce na proces podnoszenia kwalifikacji i zdolności twórczych pojedynczych nauczycieli<sup>32</sup>.

Doskonalenie zawodowe to podwyższanie kwalifikacji pracowników za pośrednictwem różnych form, takich jak kształcenie i samokształcenie, niezbędne w wieku produkcyjnym z tego względu, że szkoła zawodowa daje tylko podstawowe i względnie ogólne przygotowanie do pracy zawodowej. Wyróżnia się trzy funkcje doskonalenia zawodowego, tj.:

1. funkcję wyrównawczą – polega ona na uzupełnianiu wykształcenia do poziomu wymaganego przez pełniony zawód, ma to miejsce wówczas, gdy ktoś staje do pracy bez pełnych kwalifikacji formalnych i wymaga dokończenia;

---

<sup>30</sup> W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydanie czwarte uzupełnione i poprawione, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004, s. 84-85.

<sup>31</sup> Tamże, s. 84.

<sup>32</sup> Tamże, s. 84-85.

2. funkcję wdrożeniową – sprowadza się ona do nabywania wiadomości i sprawności praktycznych przy warsztacie pracy;
3. funkcję renowacyjną – wiąże się ona ze stałym unowocześnianiem zasobów wiedzy i sprawności pracownika, w związku z postępowaniem w danej dziedzinie pracy<sup>33</sup>.

W celu zbudowania silnego i zdrowego społeczeństwa oraz kształtowania pozytywnych wzorców i postaw związanych z prowadzeniem zdrowego stylu życia przede wszystkim należy diagnozować i doskonalić kulturę bezpieczeństwa zdrowotnego. Odnosi się to zarówno do jednostek, jak i grup społecznych, a przede wszystkim do przedstawicieli różnych środowisk odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, zwłaszcza lekarzy, personelu medycznego, farmaceutów oraz nauczycieli zawodów medycznych i innych osób odpowiedzialnych za edukację społeczeństwa. Zgodnie z polskim programem nauczania już w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej istotne miejsce zajmuje edukacja zdrowotna służąca kształtowaniu i promowaniu pozytywnych wzorców i postaw prozdrowotnych, dyspozycji osobowościowych, zainteresowań i przekonań dotyczących własnego zdrowia<sup>34</sup> i świadomości ekologicznej. Postępowanie takie sprzyja kształtowaniu kultury zdrowotnej, która stanowi zbiór różnego rodzaju działań ukierunkowanych na zdrowie<sup>35</sup>. W okresie dzieciństwa, jak podkreśla Agnieszka Filipek, przestrzeganie podstawowych zasad związanych z zachowaniem zdrowia jest uwarunkowane kulturą preferowaną przez opiekunów i w sposób istotny warunkuje świadomość w tym zakresie przyszłej, dorosłej osoby, ale nie przesądza o ostatecznym jej kształcie<sup>36</sup>.

W systemie ochrony zdrowia za wartości nadrzędne uznaje się sprawiedliwy dostęp do usług medycznych, odpowiednią jakość świadczeń, szacunek dla pacjenta i efektywność systemu<sup>37</sup>. Za wartości instrumentalne uznaje się osobistą odpowiedzialność za własne zdrowie, suwerenność nabywców usług medycznych, osobiste bezpieczeństwo,

---

<sup>33</sup> Tamże, s. 85.

<sup>34</sup> A. Filipek, *Poziom i charakter kultury bezpieczeństwa młodzieży akademickiej*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2008, s. 69.

<sup>35</sup> Tamże, s. 71.

<sup>36</sup> Tamże.

<sup>37</sup> I.A. Trzpił, *Uwarunkowania bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 37.

solidarność społeczną w zapewnieniu dostępu do usług, ochronę interesów społecznych i autonomię personelu medycznego<sup>38</sup>.

W przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia na I Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie, w 1986 roku, *Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia* za podstawowe dla zdrowia uznano: bezpieczeństwo, wykształcenie, mieszkanie, żywność i źródła utrzymania<sup>39</sup>. Zgodnie z przyjętymi założeniami celem promocji zdrowia stało się przyznanie ludziom większych możliwości kontroli swojego zdrowia dla realizowania jego poprawy<sup>40</sup>.

Zdrowie to jedna z najważniejszych wartości w życiu człowieka i grup społecznych, a niedostatek uniemożliwia, bądź znacząco utrudnia realizację planów i ambicji, zarówno w skali indywidualnej, jak i społecznej. Posiadanie zdrowia stanowi istotny warunek rozwoju gospodarczego, społecznego, kulturowego, zdolności adaptacyjnych oraz radzenia sobie z pojawiającym się trudnościami.<sup>41</sup> Prowadzenie zdrowego stylu życia ma istotne znaczenie dla kapitału zdrowotnego związanego z kapitałem ludzkim. Kapitał zdrowotny, jak podkreśla Piotr Sztompka, związany z dobrostanem biologicznym i psychicznym stanowi dla jednostki oczywisty warunek wszelkich osiągnięć, a państwu pozwala redukować koszty zwolnień z pracy, leczenia i opieki<sup>42</sup>. Kapitał zdrowotny „ma tendencję do pomnażania się, gdyż dobry stan zdrowia skłania na przykład do uprawiania sportu, odwiedzania klubów fitness, pływalni, biegania w maratonach – a to, jak wiadomo, wzmacnia organizm i sprzyja zdrowiu. A gdy wiele osób w danym środowisku prowadzi taki prozdrowotny tryb życia, pojawia się naśladownictwo, wytwarza się pozytywny snobizm i coraz więcej ludzi podejmuje podobne działania, podwyższając jeszcze standard zdrowotny całej zbiorowości (...)”<sup>43</sup>.

---

<sup>38</sup> Tamże.

<sup>39</sup> J. Stańczyk, *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, Monografie nr 128, red. nauk. M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W Świdorski, J. Ważniewska, Siedlce 2011, s. 21.

<sup>40</sup> Tamże.

<sup>41</sup> D. Krzewniak, *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] „Kultura Bezpieczeństwa” nr 5/2016, s. 48.

<sup>42</sup> P. Sztompka, *Kapitał społeczny. Teoria przestrzeni międzyludzkiej*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2016, s. 283.

<sup>43</sup> Tamże.

Dobre samopoczucie i kondycja zdrowotna człowieka zależy zatem od oddziaływania środowiska biologicznego oraz od indywidualnych postaw i wyborów człowieka dotyczących sposobów odżywiania się, wykonywanej pracy zawodowej, poziomu aktywności fizycznej, ilości snu i wypoczynku. Zachowanie zdrowia oraz jego poprawa wymagają od człowieka podejmowania ustawicznego wysiłku w zakresie profilaktyki i doskonalenia kultury bezpieczeństwa zdrowotnego.

### Zakończenie

W artykule podjęto próbę omówienia problematyki diagnozowania i doskonalenia kultury bezpieczeństwa zdrowotnego. Podkreślić należy, iż w polskiej przestrzeni społecznej dostrzegany jest niski poziom kultury bezpieczeństwa zdrowotnego. Spowodowane jest to w dużej mierze niewystarczającymi nakładami finansowymi przeznaczanymi przez organy rządzące na ochronę i służbę zdrowia oraz brakiem jednolitej edukacji obejmującej obszar całego kraju.

Poziom kultury bezpieczeństwa środowisk medycznych skłania również do negatywnych konkluzji i wniosków w tym zakresie. Znaną są liczne przypadki zaniedbań, braku troski i cierpliwości wobec pacjenta, przybierające często skrajne postaci, jak głodzenie podopiecznych, agresja werbalna i niewerbalna, odmawianie opieki, poniżanie, obrażanie<sup>44</sup>.

Istotnym problemem jest również brak właściwej i wspierającej komunikacji między lekarzem a pacjentem, albowiem umiejętności komunikacyjne mają ogromne znaczenie w procesie leczenia i stanowią jeden z warunków skutecznego działania. Z przeprowadzonych badań Crane'a wynika, że chorzy (pacjenci) rozumieją tylko 59% przekazywanych im zaleceń lekarskich dotyczących diagnozy, przepisanych leków i sposobu ich przyjmowania oraz tego, jakie objawy są wskazaniem do poszukiwania ponownej pomocy lekarskiej<sup>45</sup>.

---

<sup>44</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, s. 39.

<sup>45</sup> P. Sobierańska, W. Pabjańczyk, *Dialog motywujący*, „Medycyna po Dyplomie”, vol. 26, nr 12 (260), grudzień 2017, s. 103.

Do pozytywnych aspektów w systemie utrzymania i ochrony zdrowia w Polsce należy wzrost możliwości bezpośredniego dostępu do specjalisty bez skierowania od lekarza pierwszego kontaktu, poprawa jakości świadczonych usług medycznych (możliwa w dużej mierze dzięki rozwojowi i postępowi technologicznemu), wzrost świadomości obywateli w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia i jego znaczenia dla zdrowia człowieka.

Diagnozowanie i doskonalenie kultury bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest wyłącznie problemem organów administracji państwowej, w tym służby zdrowia. Bezpieczeństwo zdrowotne ludności wymaga działań wykraczających poza sektor ochrony zdrowia i powinno być ono rozpatrywane we wszystkich sferach życia społecznego, co oznacza, że wiedza medyczna powinna być uzupełniona wiedzą z zakresu nauk społecznych<sup>46</sup>. Doskonalenie kultury bezpieczeństwa zdrowotnego jest procesem wymagającym dużych nakładów finansowych oraz edukacji kształtującej pozytywne wzorce indywidualne i społeczne odnoszące się do ochrony i promocji zdrowia, zdrowego odżywiania oraz zdrowego, aktywnego stylu życia opartego na wiedzy, obserwacji i doświadczeniu. Stosowanie właściwych norm, zachowań, postaw i wartości sprzyja zachowaniu zdrowia przez jednostkę, bliższe i dalsze środowisko społeczne oraz świadczy o wysokim poziomie kultury bezpieczeństwa zdrowotnego sprzyjając niwelowaniu potencjalnych zagrożeń i w konsekwencji dalszemu zrównoważonemu rozwojowi.

### **Bibliografia**

- Aleksandrowicz J., *Sumienie ekologiczne*, Państwowe Wydawnictwo „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1979.
- Bujałowska B., *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*, [w:] *Historia medycyny*, pod red. nauk. T. Brzezińskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Cieślarczyk M., *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2006.

---

<sup>46</sup> I. Taranowicz, *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010, s. 9.

- Filipek A., *Poziom i charakter kultury bezpieczeństwa młodzieży akademickiej*, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, Siedlce 2008.
- Imieliński K., *Kulturowe aspekty seksuologii*, [w:] *Seksuologia kulturowa*, pod red. K. Imielińskiego, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.
- Jasicki B., Wolański N., *Rozwój ontogenetyczny a formowanie się gatunku „Homo sapiens” jako funkcja zmian przystosowawczych do środowiska*, [w:] *Czynniki rozwoju człowieka. Wstęp do ekologii człowieka*, praca zbiorowa pod red. N. Wolańskiego, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1987.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Dz. U. 1948, Nr 61, poz. 477.
- Krzewniak D., *Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego*, „Kultura Bezpieczeństwa” nr 5/2016.
- Marcinkowski T., *Medycyna społeczna XIX-XX wieku*, [w:] *Historia medycyny*, pod red. nauk. T. Brzezińskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Marcinkowski T., *Zalecenia religijne i rytualne jako metody postępowania zapobiegawczego*, [w:] *Historia medycyny*, pod red. nauk. T. Brzezińskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988.
- Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydanie czwarte uzupełnione i poprawione, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.
- Słownik wyrazów obcych PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980.
- Sobierańska P., Pabjańczyk W., *Dialog motywujący*, „Medycyna po Dyplomie”, vol. 26, nr 12 (260), grudzień 2017.
- Stańczyk J., *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, Monografie nr 128, red. nauk. M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska, Siedlce 2011.
- Sztompka P., *Kapitał społeczny. Teoria przestrzeni międzyludzkiej*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2016.
- Taranowicz I., *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2010.



Trzpil I.A., *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.

*Dr Joanna Ważniewska – Instytut Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa, Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach.*