

Daria Krzewniak

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Humanistyczny

Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego

Health safety culture

Streszczenie

W artykule przedstawiono problematykę zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego jako jednej z najważniejszych wartości w życiu człowieka i grup społecznych. Omówiono także najważniejsze jego uwarunkowania. Wskazano także na istotę kultury bezpieczeństwa zdrowotnego oraz jej znaczenie dla właściwego poziomu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego. Zwrócono także uwagę na strukturę tego fenomenu.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, kultura, zdrowie, bezpieczeństwo zdrowotne, kultura bezpieczeństwa zdrowotnego

Abstract

The paper presents the issue of health and health safety as one of the most important values in human and social groups' life. It also discusses the most important factors of it. It presents the essence of culture of health safety and its importance for health and health safety. The attention was also drawn to the structure of this phenomenon.

Keywords: safety, culture, health, health safety, culture of health safety

Zdrowie to jedna z najważniejszych wartości w życiu człowieka i grup społecznych. Jego niedostatek uniemożliwia bądź znacząco utrudnia realizację planów i ambicji zarówno w skali indywidualnej, jak i społecznej. Posiadanie zdrowia stanowi istotny warunek rozwoju społeczno-gospodarczego, zdolności adaptacyjnych oraz radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami.

Stanowisko to znajduje potwierdzenie m.in. w tym, iż kwestie ochrony i poprawy stanu zdrowia zostały ujęte we wszystkich najważniejszych dokumentach rangi państwowej. Art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej głosi na przykład, że „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”¹. Z kolei zgodnie ze Strategią Bezpieczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej jednym z kluczowych interesów narodowych w dziedzinie bezpieczeństwa jest „zapewnienie trwałego i zrównoważonego rozwoju potencjału społecznego i gospodarczego państwa, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony środowiska naturalnego oraz warunków życia i zdrowia ludności jako podstawy bytowania”². Powstało także wiele dokumentów o charakterze międzynarodowym, traktujących o konieczności podejmowania działań na rzecz zachowania i pomnażania tej kluczowej wartości. Dla przykładu, art. 25.1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka podaje, że „każda osoba ma prawo do odpowiedniego poziomu życia odpowiadającego potrzebom zdrowia i dobrobytu jej samej i jej rodziny [...]”³, zaś art. 12.1 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych wskazuje, że „Państwa – Strony [...] uznają prawo każdej osoby do korzystania z najwyższego osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego”⁴.

Minione stulecia przyniosły znaczny postęp w dziedzinie promocji i ochrony zdrowia, ale także cały katalog nowych wyzwań i zagrożeń w tym obszarze. Rozwój cywilizacyjny pociąga za sobą z jednej strony rozwój medycyny, psychologii i innych nauk zajmujących się zdrowiem, w tym także rozwój technik i technologii pozwalających na wydłużanie czy podtrzymywanie ludzkiego życia nawet w ekstremalnych sytuacjach, ratowanie noworodków, leczenie nowych, nieznanych dotąd cho-

¹ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483, art. 68 ust. 1.

² *Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2014.

³ ONZ, *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* z 10 grudnia 1948 r., art. 25.1.

⁴ ONZ, *Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych* z 19 grudnia 1966 r., art. 12.1.

rób czy chorób, które dotychczas były nieuleczalne. Z drugiej jednak strony rozwój naukowo-techniczny nie sprzyja poprawie kondycji zdrowotnej ludzi. Pogarsza się bowiem jakość wód, powietrza i żywności, postępuje degradacja gleb, pojawiają się coraz to nowe mutacje wirusów, bakterii i grzybów, powodujące nieznane dotychczas odmiany chorób. Dostępność nowych technik i technologii przekłada się na zachowania niesprzyjające zdrowiu, szczególnie w zakresie spadku aktywności fizycznej ludzi. Dynamika zmian współczesnego świata, intensyfikując tempo życia, przyczynia się do wzrostu liczby bodźców wywołujących stres. Wszystkie te czynniki sprawiają, że współcześnie poszukuje się skutecznych metod zrównoważonego rozwoju społecznego i wzrostu gospodarczego, swoistego złotego środka pomiędzy bogaceniem się a ochroną i doskonaleniem zdrowia, gdyż w myśl zapisów Światowej Deklaracji Zdrowia, „jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej jest najwyższy możliwy do uzyskania standard zdrowia”⁵.

Zdrowie to najcenniejszy zasób, jakim dysponuje człowiek. Sposób organizacji i prowadzenia polityki w wymiarze ekologicznym, ekonomicznym, społecznym czy demograficznym, a także jej charakter i jakość wpływa na pomnażanie bądź pomniejszanie tego kapitału. Zdrowie nie tylko należy chronić, ale także powiększać jego potencjał poprzez odpowiednio prowadzone działania. Ludzie w pełni zdrowia przyczyniają się z jednej strony do rozwoju społeczno-ekonomicznego państwa, a z drugiej – wymagają mniejszych nakładów finansowych na ochronę i utrzymanie dobrostanu w sferze fizycznej, psychicznej, duchowej i społecznej.

W najogólniejszym rozumieniu zdrowie to przeciwieństwo choroby. Zdaniem Hipokratesa, zarówno zdrowie (dobre samopoczucie), jak i choroba (złe samopoczucie) – uzależnione są od równowagi pomiędzy oddziaływaniem środowiska biologicznego, w którym człowiek funkcjonuje (np. wiatr, gleba, woda, temperatura) a jego indywidualnymi postawami i wyborami (np. sposób odżywiania, praca, odpoczynek, poziom aktywności fizycznej)⁶. Takie rozumienie zdrowia ma jednak charakter zawężający.

⁵ WHO, *Światowa Deklaracja Zdrowia. ZDROWIE 21. ZDROWIE DLA WSZYSTKICH W XXI WIEKU. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO*, Kopenhaga 1998.

⁶ C. Korczak, J. Leowski, *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP, Warszawa 1977.

Szerszą definicję zdrowia prezentuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Zgodnie z jej założeniami, zdrowie należy rozumieć nie tylko jako brak choroby czy kalectwa, ale „stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”⁷. Stanowisko WHO jest o tyle postępowe, że wskazuje na pozytywne aspekty omawianego konstruktów, podkreślając, że zdrowie to dobrostan. Jest to równoznaczne z tym, że swoje działania człowiek powinien ukierunkować nie tylko na identyfikację stanów chorobowych i ich zwalczanie, lecz przede wszystkim na wzmocnienie własnego potencjału zdrowotnego. Tym samym dokonano reorientacji w sferze rozumienia kwestii zdrowia – od działań naprawczych i walki z chorobą do profilaktyki, promocji zdrowia i zachowań zorientowanych na poprawę stanu zdrowia⁸.

W tym rozumieniu zdrowie to zarówno prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka, jego narządów i układów, jak i umiejętność rozpoznawania i wyrażania emocji w społecznie aprobowany sposób i radzenia sobie ze stanami napięcia oraz zdolność do logicznego myślenia, a także posiadanie kompetencji społecznych, umożliwiających nawiązywanie i podtrzymywanie relacji międzyludzkich. Współcześnie jednak podkreśla się również, że zdrowie to wierzenia i praktyki religijne czy zasady, zachowania, metody i środki prowadzące do wewnętrznej harmonii i spokoju⁹. Tym samym, zdrowie dotyczy nie tylko sfery fizycznej, psychicznej i społecznej człowieka, ale także wymiaru duchowego. Taki sposób definiowania omawianego pojęcia pozwala na włączenie do katalogu oceny zdrowia takich kategorii, jak jakość życia, poczucie sensu życia, jakość i charakter relacji interpersonalnych czy spo-

⁷ WHO, *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz. U. 1948, nr 61, poz. 477.

⁸ J. Stańczyk, *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, pod red. M. Cieślarczyka, A. Filipek, A.W. Świdorskiego, J. Ważniewskiej, Monografie nr 128, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2011.

⁹ T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu”, zeszyt 54, 2005.

sób rozumienia swojego stanu zdrowia¹⁰ i jest wyrazem upowszechnienia holistycznego podejścia do problematyki zdrowia, postrzegającego człowieka jako całość złożoną z wielu różnych, powiązanych ze sobą aspektów¹¹.

Uwzględniając powyższe rozważania, za W. Furmankiem można przyjąć, że „zdrowie w ujęciu holistycznym jest zjawiskiem wielowymiarowym (sfery: fizyczna, psychologiczna, społeczne, duchowa) i wielopoziomowym (odnoszącym się do wpływu rodziny, grupy rówieśniczej itd.). Zatem jest ono doznawaniem dobrego samopoczucia wynikającego z równowagi dynamicznej, obejmującej fizyczne i psychiczne aspekty organizmu, jak również jego współoddziaływanie ze środowiskiem przyrodniczym i społecznym. Oznacza stan, w którym panuje synchronizacja fizyczna i zmysłowa z samym sobą, jak również z otaczającym światem”¹².

Zdrowie, podobnie jak bezpieczeństwo, nie jest czymś danym raz na zawsze. Jest tą wartością, o którą należy zabiegać w sposób ciągły. Taki stan rzeczy nakazuje widzieć zdrowie nie tylko jako stan, ale i proces, w którym zachowanie i poprawa zdrowia wymagają podejmowania wielopłaszczyznowych działań. W każdym okresie życia zdrowie należy chronić, czyli zapobiegać chorobom dzięki profilaktyce, doskonalić, pomnażać dzięki promocji zdrowia oraz przywracać dzięki leczeniu i rehabilitacji.

Zdaniem H. Grabowskiego, dbałość o zdrowie uzależniona jest nie tyle poziomem sprawności organizmu, ile stanem świadomości człowieka w zakresie jego roli¹³. Zdrowie warunkowane jest wieloma zmiennymi, które – jak wskazuje WHO – nie zawsze pozostają w bezpośredniej zależności i kontroli człowieka. Są to czynniki ekonomiczne, społeczne, fizyczne oraz indywidualne cechy i zachowania jednostki. Do najważniejszych determinantów zdrowia WHO zalicza następujące:

¹⁰ K. Denys, K. Zboralski, *Psychospołeczne aspekty zdrowia*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego. Zdrowie człowieka a środowisko*, cz. 2, pod red. A. Denysa, Wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015.

¹¹ J. Stańczyk, *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia...*, dz. cyt.

¹² W. Furmanek, *Globalizacja a problematyka zdrowia jako wartości*, [w:] *Edukacja i zdrowie w dobie globalizacji*, pod red. W. Kojasa, E. Rostańskiej, K. Wójcik, Wyd. Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2015, s. 34.

¹³ H. Grabowski, *Teoria fizycznej edukacji*, WSiP, Warszawa 1997.

- sprawność reprodukcyjną populacji;
- zaopatrzenie w żywność i sposób żywienia;
- warunki mieszkaniowe;
- zaopatrzenie w odzież i sposób ubierania się;
- poziom wykształcenia, w tym oświatę sanitarną;
- stan i sposób zatrudnienia ludności, w tym bezrobocie;
- warunki pracy;
- dostęp do środków komunikacji i łączności oraz korzystanie z nich;
- wymiar czasu wolnego od pracy oraz możliwość rekreacji i wypoczynku;
- konsumpcję dóbr i możliwości oszczędzania;
- opiekę i zabezpieczenie społeczne;
- prawa i swobody obywatelskie¹⁴.

W opinii W. Furmanka natomiast „zdrowie każdego członka danego społeczeństwa zależy w dużej mierze od wzorów kulturowych. Kultura przenika wszystkie zakresy funkcjonowania człowieka, kształtuje całość naszego poglądu na świat, podsuwa kategorie, które pozwalają na porządkowanie spostrzeżeń w tym zakresie, a co za tym idzie, również sposób, w jaki ludzie spostrzegają chorobę. Wszystko to zależy od systemu kulturowego, a więc wszystkiego, co stanowi o społecznie preferowanym stylu życia, którego człowiek uczy się, który przekazuje jako dziedzictwo z pokolenia na pokolenie”¹⁵. Zaryzykować można zatem stwierdzenie, że takie zdrowie człowieka, jaki poziom i charakter jego kultury bezpieczeństwa zdrowotnego.

Szerokie spojrzenie na problematykę zdrowia nakazuje rozważać kwestię bezpieczeństwa zdrowotnego także w szerokim ujęciu, a zatem dostrzegać związki pomiędzy dwojakim jego rozumieniem: „1. *zabezpieczeniem* przed ryzykiem choroby i utraty zdrowia; 2. *zabezpieczeniem* przed skutkami (zwłaszcza finansowymi) choroby i utraty zdrowia”¹⁶. Utrata zdrowia bowiem wiąże się z koniecznością podjęcia leczenia czy rehabilitacji z powodu spadku sił życiowych, zarówno w wymiarze fi-

¹⁴ WHO, *Health Impact Assessment (HIA). The determinants of health*, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index1.html>, dostęp: 15.02.2017.

¹⁵ W. Furmanek, *Globalizacja a problematyka zdrowia...*, dz. cyt., s. 35.

¹⁶ D. Cianciara, M. Wysocki, *Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego – panaceum czy placebo?*, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2006; 87(2), s. 79.

zycznym, jak i psychicznym, pociągając za sobą także określone negatywne skutki w wymiarze finansowym, społecznym i duchowym.

Zgodnie ze stanowiskiem Rządowej Rady Ludnościowej, „bezpieczeństwo zdrowotne stało się strategicznym priorytetem UE, co wynika z nasilania się m.in. takich czynników determinujących zdrowie, jak:

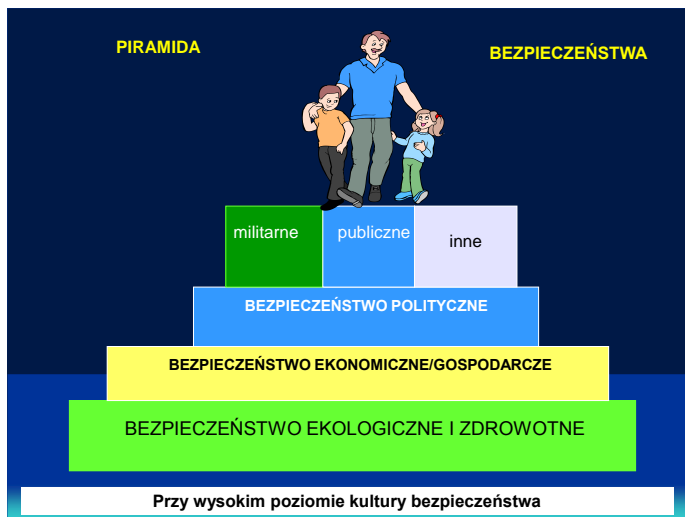
- zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, co wpływa na zmianę struktury chorób, znacząco podnosi koszty i zagraża równowadze unijnych systemów zdrowotnych,
- zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z klimatem, poszerzającą się sferą nierówności społecznych i przemieszczaniem się całych grup ludności, co sprzyja występowaniu katastrof naturalnych o szerokim, niekiedy globalnym, zasięgu oraz zwiększa zagrożenie epidemiologiczne i bioterroryzmem,
- rozwój nowych technologii, które rewolucjonizują sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby”¹⁷.

M. Cieślarczyk jednoznacznie podkreśla, że „poziom zdrowotności społeczeństwa stanowi nie tylko wartość autoteliczną, ale [...] dla społeczeństw najwyższej rozwiniętych zdrowie obywateli stanowi jedną z podstawowych wartości”¹⁸. Znaczenie bezpieczeństwa zdrowotnego jednostki i grup społecznych ilustruje piramida bezpieczeństwa, której fundament stanowi właśnie bezpieczeństwo zdrowotne (rys. 1). Oznacza to tyle, że obniżenie poziomu tego rodzaju bezpieczeństwa prowadzi do zachwiania całą piramidą, a zatem wszystkimi pozostałymi przedmiotowymi wymiarami bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwem gospodarczym i politycznym, bezpieczeństwem publicznym i militarnym, bezpieczeństwem społecznym czy informacyjnym.

¹⁷ Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski”, Warszawa 20.11.2008, s. 1, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_stanowisko_RRL_bezp_zdrow_ludnosci.pdf, dostęp: 16.02.2017.

¹⁸ M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2006, s. 145.

Rys. 1. Piramida bezpieczeństwa



Źródło: M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009, s. 151.

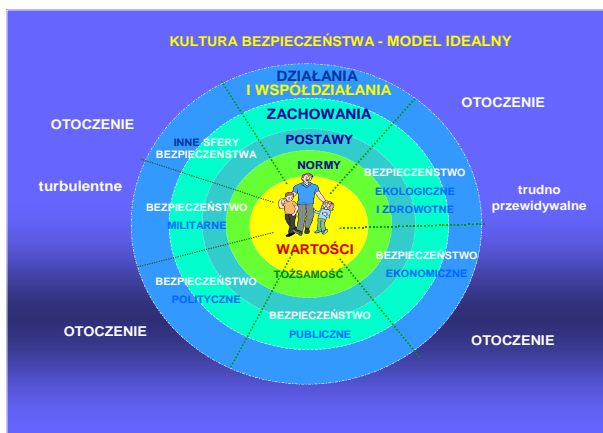
To, czy piramida bezpieczeństwa będzie stabilna, czy jej podstawy będą solidne, w znacznej mierze zależy od poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego. Pod pojęciem tym należy rozumieć „zakres wiedzy *podmiotów fizycznych i prawnych* i sposób myślenia o zdrowiu [...], ale także emocjonalny stosunek do [...] *[tej]* wartości i [...] *[jej]* miejsce wśród innych wartości oraz związany z powyższymi system norm i reguł postępowania („zapisany” i „niepisany”), wpływający na zachowania, działania i współdziałania tych podmiotów, a szczególnie na ich styl życia i pracy oraz na dbałość i jakość życia innych podmiotów w bliższym i dalszym otoczeniu, biorąc pod uwagę nie tylko aktualny stan zdrowia [...] oraz proces *[jego]* zmian, ale także sytuację „gdzieś i kiedyś” – również w warunkach trudnych (np. w kosmosie) i w sytuacjach kryzysowych”¹⁹.

¹⁹ 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.

Innymi słowy mówiąc, kultura bezpieczeństwa zdrowotnego to nic innego, jak 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 zdrowia²⁰.

Tak rozumiana kultura bezpieczeństwa zdrowotnego obejmuje następujące elementy: wartości, normy, postawy, zachowania, działania i współdziałania. M. Cieślarczyk strukturę tego fenomenu obrazowo przedstawia za pomocą modelu przypominającego przekrój pnia drzewa, w którym poszczególne jego słoje traktuje jako uprzednio wymienione składniki kultury bezpieczeństwa (rys. 2).

Rys. 2. Podmiot i jego elementy kultury bezpieczeństwa w modelu idealnym



Źródło: M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009, s. 160.

²⁰ Zob.: M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności...*, dz. cyt., s. 210.

Punktem centralnym kultury bezpieczeństwa zdrowotnego są wartości podmiotu. Stanowią one istotny wyznacznik wyboru celów ogólnospołecznych, kształtujący ideał życia społecznego, także w sferze zdrowia. Wyznaczają również poziom integracji człowieka z otoczeniem i różnicują obszar ludzkiej osobowości ze względu na różnorodne preferencje, w tym również odnoszące się kwestii zdrowotnych. Wartości determinują także wybory ludzkie, są motywatorem podejmowanych działań pro- bądź antyzdrowotnych.

W kontekście omawianych zagadnień istotną kwestię stanowi to, gdzie w hierarchii systemu wartości ulokowane jest zdrowie. Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej wynika, że społeczeństwo polskie traktuje zdrowie jako jedno z najwyższych dóbr – blisko trzy piąte badanych (57% ogółu dokonanych wyborów) wskazuje na utrzymanie odpowiedniego poziomu zdrowia jako jedną z najistotniejszych wartości w codziennym bytowaniu. Tym, co Polacy cenią wyżej, jest szczęście rodzinne (79% ogółu wskazań). Zdrowie jako szczególna wartość wymieniana jest najczęściej przez ankietowanych legitymujących się wyższym wykształceniem, mieszkańców miast liczących mniej niż 20 tysięcy osób oraz od 100 tysięcy do 500 tysięcy, jak również przez respondentów rozczarowanych własnym statusem ekonomicznym. Analizując podaną kwestię przez pryzmat grup społeczno-zawodowych okazuje się, że zdrowie stanowi pierwszorzędną wartość przede wszystkim wśród rencistów, kadry kierowniczej i specjalistów wyższego szczebla, pracowników usług oraz gospodyń domowych²¹.

Systemy wartości stanowią wyznaczniki norm społecznych. Te zaś są niezwykle istotne z punktu widzenia kultury bezpieczeństwa zdrowotnego. W rozumieniu ogólnym, normy to obowiązujące w danej grupie społecznej sposoby zachowania jednostki, swego rodzaju wskazówki postępowania. To, jakie normy prawne, religijne, moralne czy obyczajowe uznaje i jakich norm przestrzega człowiek, przekłada się na jego aktywność, w tym także na aktywność w obszarze zdrowia.

Normy uznawane przez podmiot stanowią łącznik pomiędzy wartościami a postawami, zachowaniami, działaniami i współdziałaniem. S. Nowak podaje, że „postawą pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzy-

²¹ CBOS, *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków...*, dz. cyt.

szących emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycjach do zachowanie się wobec tego przedmiotu²². Postawy obejmują zatem komponent poznawczy, emocjonalny i behawioralny.

W wymiarze poznawczym istotne jest to, w jakich kategoriach człowiek ujmuje zdrowie. Myśleć o zdrowiu jednostka może w sposób wąski i szeroki. W wąskim, negatywnym rozumieniu, zdrowie traktowane jest wyłącznie jako brak choroby, niedomagania. W szerokim, pozytywnym podejściu człowiek koncentruje się nie tylko na ochronie tej ważnej wartości, lecz także na jej wzmacnianiu i pogłębianiu w wymiarze fizycznym, psychicznym, duchowym i społecznym. Współcześnie szczególnie docenia się umiejętność szerokiego, procesualnego postrzegania kategorii zdrowia, które zdecydowanie bardziej oddziałuje na powiększanie potencjału zdrowotnego niż wąskie jego ujęcie.

Szerokie rozważanie problematyki zdrowia umożliwia m.in.:

- postrzeganie pojawiających się trudności i problemów zdrowotnych w kategoriach wyzwań, możliwych do przebrnięcia dzięki własnym zasobom i zasobom tkwiącym w otoczeniu;
- zmniejszenie obaw wynikających z wdrażania nowych rozwiązań służących ochronie i wzmacnianiu zdrowia i związanym z nimi ryzykiem;
- otwieranie się na innych, poszukiwanie skutecznych metod i środków pozytywnych zmian jakościowych w sferze zdrowia oraz wykorzystywanie pojawiających się szans;
- inicjowanie i utrzymywanie współpracy i współdziałania z innymi na rzecz utrzymania i poprawy własnego zdrowia i zdrowia otoczenia²³.

Komponent afektywny natomiast wskazuje, czy dążąc do zapewnienia sobie dobrostanu biopsychospołecznego, jednostka próbuje empatycznie zrozumieć sytuację osób przebywających w jej bliższym i dalszym otoczeniu społecznym, problemy im towarzyszące, by zabezpieczyć i wzmacniać zarówno własne, jak i ich zdrowie. Zdaniem A. Fili-

²² S. Nowak, *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, PWN, Warszawa 1973, s. 18.

²³ Zob.: A. Filipek, *Rola i znaczenie kultury bezpieczeństwa w życiu człowieka*, [w:] *Współczesne bezpieczeństwo i kultura bezpieczeństwa*, pod red. A. Filipek, B. Gałek, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2014, s. 157.

pek, „możliwość wczuwania się w sytuację innego, zawsze będzie charakteryzowała podmioty posiadające wyższy poziom kultury bezpieczeństwa”²⁴. Jest to niezwykle istotna kompetencja w tym sensie, że troska o zdrowie innych wzmacnia solidarność społeczną, a w efekcie – zgodnie z zasadą wzajemności – zwiększa zainteresowanie i troskę o kondycję zdrowotną jednostki ze strony innych podmiotów.

Behawioralny element kultury bezpieczeństwa zdrowotnego natomiast określa realne zachowania i działania jednostki ukierunkowane na zapewnienie sobie i innym właściwego stanu zdrowia. Obie formy aktywności stanowią uzewnętrznienie wyznawanych przez podmiot wartości. Według P. Sztompki, zachowanie tym różni się od działania, że nie posiada aspektu motywacyjnego i kulturowego²⁵. Intencjonalność zachowań sprawia, że stają się one działaniami. Pożądane jest, by podmiot częściej przejawiał działania niż zachowania. To bowiem przekłada się na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego i świadczy o wyższym poziomie kultury bezpieczeństwa zdrowotnego.

Badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej pokazują, że od wielu już lat odnotowuje się znaczący wzrost przekonania o popularności postaw, działań i zachowań wskazujących na dbałość o zdrowie wśród społeczeństwa polskiego²⁶. Odsetek ankietowanych obserwujących przejawy prozdrowotnego stylu życia u rodaków wzrósł z 19% w roku 1993 do 64% w roku 2016. Systematycznie wzrasta także liczba osób deklarujących dbałość o własną kondycję zdrowotną (wzrost od 58% w roku 1993 do 85% w roku 2016). Równocześnie odnotowuje się niemal trzykrotny spadek liczby osób niezaangażowanych w aktywność na rzecz utrzymania i poprawy własnego stanu zdrowia – z 38% w roku 1993 do 14% w roku 2016.

Ten pozytywny trend znajduje odzwierciedlenie w zasadzie medycyny sformułowanej przez Hipokratesa: „zdrowie chorego najwyższym prawem”. Jej uniwersalizm nakazuje, by nie ograniczać odpowiedzialności za zdrowie człowieka jedynie do personelu służby zdrowia. Dbłość o zdrowie powinno stanowić szczególny obszar zainteresowań każdego człowieka, który zobligowany jest do ochrony zarówno własnego dobrostanu, jak też okazywania troski, by inni ludzie nie stanowili

²⁴ Tamże, s. 158.

²⁵ P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wyd. Znak, Kraków 2002.

²⁶ CBOS, *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków...*, dz. cyt.

zagrożenia dla siebie i otoczenia społecznego²⁷. Takie stanowisko utrzymuje i wzmacnia m.in. zapis Karty Ottawskiej Promocji Zdrowia przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia na I Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku. Dokument ten wskazuje na konieczność przyznania ludziom większej kontroli nad własnym stanem zdrowia i osób w bliższym i dalszym otoczeniu, a w konsekwencji i odpowiedzialności w tym zakresie²⁸.

Wyniki uprzednio przywoływanych już badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej ujawniają, że co prawda ponad połowa uczestników ankiety (55%) jest zdania, że obowiązek ochrony zdrowia jest przede wszystkim sprawą indywidualną każdego człowieka, to w porównaniu z rokiem 2012 obserwuje się aż dwukrotny wzrost wskazań mówiących, że odpowiedzialność ta leży w gestii państwa i jego wyspecjalizowanych instytucji – wzrost z 20% do 41%. Odpowiedź taką odnotowuje się przede wszystkim wśród osób, które swoją kondycję zdrowotną określają jako „zła” bądź „bardzo zła”, czyli wśród respondentów w wieku od 55 do 64 lat (53% ogółu wskazań), rencistów (54%) oraz emerytów (50%). Ogólną zależność w tej kwestii można przedstawić następująco: im wyższy poziom zadowolenia ze swojego zdrowia, tym głębsze przekonanie o indywidualnej odpowiedzialności w tym zakresie. Wśród uczestników badań stanowisko o podmiotowej odpowiedzialności za zabezpieczenie i doskonalenie swojego dobrostanu w wymiarze fizycznym, psychicznym, duchowym i społecznym prezentują przede wszystkim najmłodszy respondenci (71% ogółu wskazań), zwłaszcza uczniowie i studenci, jak również osoby o wysokim statusie ekonomicznym (67%)²⁹.

Analizując problematykę kultury bezpieczeństwa zdrowotnego, należy także wskazać na rolę czynników o charakterze społeczno-środowiskowym. Środowiskowy kontekst zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego wskazuje, że stanowi ono sprawę ogółu społeczności, nie tylko jednostki. W tym rozumieniu środowisko jawi się jako czynnik pozytywnie oddziałujący na zdrowie – motywujący do zmiany zachowań nie służących dobrostanowi, bądź jako czynnik negatywnie oddziałujący –

²⁷ W. Furmanek, *Globalizacja a problematyka zdrowia...*, dz. cyt.

²⁸ J. Stańczyk, *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny...*, dz. cyt.

²⁹ CBOS, *Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków...*, dz. cyt.

wzmacniający negatywne zachowania lub blokujący podejmowane działania ukierunkowane na zmianę istniejącego stanu rzeczy³⁰.

Osadzenie konstruktów zdrowia w kontekście środowiskowym ma znaczenie dla działania, zachowania i współdziałania w obszarze ochrony i zwiększania potencjału zdrowotnego oraz dla planowanych i wdrażanych zachowań związanych z dobrostanem. Uznaje się bowiem, że ludzie nie mają jednakowego dostępu do zdrowia, czytaj: systemu opieki zdrowotnej, co w znacznej mierze powodowane jest zróżnicowaniem w zakresie statusu społeczno-ekonomicznego³¹.

Co więcej, stan zdrowia stanowi istotny czynnik ekсклюzy społecznej. Człowiek podlega wykluczeniu z grupy często dlatego, że jego kondycja zdrowotna nie pozwala na wypełnianie przypisanych przez społeczeństwo ról i funkcji społecznych oraz nawiązywanie bądź podtrzymywanie relacji z innymi. W rezultacie jednostka doświadczyć może odrzucenia formalnego (np. w procesie ubiegania się o pracę) bądź nieformalnego (np. poprzez etykietowanie, piętnowanie, ostracyzm)³².

Środowiskowy wymiar zdrowia pozwala widzieć strukturę kultury bezpieczeństwa zdrowotnego w innej jeszcze perspektywie, mianowicie jako splot trzech wzajemnie przenikających się elementów rzeczywistości: sfery kultury mentalnej (świadomościowej, duchowej), sfery kultury organizacyjnej oraz sfery kultury materialnej (rys. 3). Obszary te stanowią jednocześnie trzy zasadnicze sfery aktywności ludzkiej, dotyczące najszerszej rozumianego środowiska bezpieczeństwa³³.

Sfera kultury mentalnej (świadomościowej, duchowej) odnosi się do stanu świadomości człowieka, jego potencjału intelektualnego, w tym również wiedzy na temat zdrowia, jego elementarnych uwarunkowań, możliwości kształtowania i podnoszenia oraz związku z innymi przedmiotowymi wymiarami bezpieczeństwa. Sfera ta dotyczy także kwestii mentalnych podmiotu oraz jego osobowości, warunkujących nabywanie

³⁰ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2008.

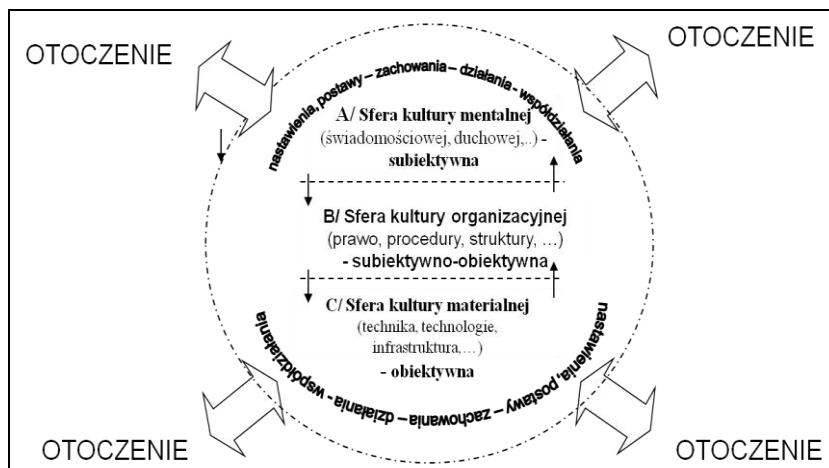
³¹ K. Denys, K. Zboralski, *Psychospołeczne aspekty zdrowia*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego. Zdrowie człowieka a środowisko*, cz. 2, pod red. A. Denysa, Wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015.

³² G. Magnuszewska-Otulak, *Ochrona zdrowia w polityce społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, pod red. G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny, PWN, Warszawa 2008; A. Trzpił, *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli*.

³³ M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska, *Istota kultury bezpieczeństwa i jej znaczenie...*, dz. cyt., s. 27.

i kształtowanie umiejętności czy pozyskiwanie i wykorzystywanie posiadanych zasobów wiedzy³⁴.

Rys. 3. Podmiot jego elementy kultury bezpieczeństwa w relacji z otoczeniem



Źródło: M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009, s. 159.

Druga ze sfer – sfera kultury organizacyjnej – mieści w sobie uregulowania prawne, zasady i normy, odnoszące się do kwestii najszerzej rozumianego zdrowia, a pozwalające na urzeczywistnianie podzielanych przez podmiot wartości pozostających w związku z omawianym konstruktem. Elementami tej sfery są ponadto także struktury organizacyjne funkcjonujące w obszarze bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zasady ich działania, w tym m.in. statuty, regulaminy i procedury³⁵.

Sfera kultury materialnej z kolei odnosi się m.in. do nakładów finansowych przewidzianych na opiekę zdrowotną, technik i technologii stosowanych w procesie ochrony i podnoszenia stanu zdrowia, infrastruktury, sprzętu czy narzędzi wykorzystywanych przez podmioty, które odpowiedzialne są za bezpieczeństwo zdrowotne i których działalność

³⁴ M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009, s. 158-159.

³⁵ Tamże, s. 159.

może wpływać na poziom i jakość zdrowia ogółu społeczeństwa³⁶. Sfera kultury materialnej jest tą sferą rzeczywistości, w stronę której ludzie najczęściej kierują swoją uwagę w sytuacjach trudnych, często nie doceniając roli dwóch pozostałych. Stanowi to wyznacznik ich poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego.

Kultura bezpieczeństwa zdrowotnego może być diagnozowana i doskonalona przede wszystkim w procesie edukacyjnym³⁷. Skuteczność tych oddziaływań w obszarze zdrowia jedynie częściowo odpowiada realnemu zapotrzebowaniu, o czym świadczy obserwowany poziom i charakter kultury bezpieczeństwa zdrowotnego, szczególnie wśród najmłodszych uczestników życia społecznego.

Kształtowanie odpowiednio wysokiego poziomu kultury bezpieczeństwa zdrowotnego jest niezwykle ważnym zadaniem przede wszystkim dlatego, że zdrowie samo w sobie jest cenną wartością, ale przyczynia się także do zachowania wielu innych wartości i dóbr. Podmiot cieszący się zdrowiem może realizować własne plany i zamierzenia, zmieniać swoje środowisko i rozwiązywać pojawiające się w nim problemy. Konieczność doskonalenia kultury bezpieczeństwa zdrowotnego wynika także z faktu, że zdrowie jest zasobem społecznym, gdyż gwarantuje rozwój w wymiarze gospodarczym i społecznym, bowiem tylko zdrowe społeczeństwo posiada zdolność wytwarzania i pomnażania dóbr materialnych i duchowych, rozwijania się i osiągania satysfakcjonującego poziomu życia. W tym sensie zdrowie jest środkiem wiodącym wprost do wyższej jakości życia, rozumianej jako efektywne, produktywne funkcjonowanie do późnej starości, wysoka produktywność zawodowa i satysfakcja z własnego życia³⁸.

Bibliografia

Cianciara D., Wysocki M., *Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego – panaceum czy placebo?*, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2006; 87(2).

³⁶ Tamże.

³⁷ M. Cieślarczyk, *Wprowadzenie*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli...*, dz. cyt., s. 9.

³⁸ WHO, *Światowa Deklaracja Zdrowia. ZDROWIE 21...*, dz. cyt.

- 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.
- Cieślarczyk M., *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2006.
- Cieślarczyk M., *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, Wyd. Akademii Podlaskiej, Siedlce 2009.
- Denys K., Zboralski K., *Psychospołeczne aspekty zdrowia*, [w:] *Zagrożenia zdrowia publicznego. Zdrowie człowieka a środowisko*, cz. 2, pod red. A. Denysa, Wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015.
- Filipek A., *Rola i znaczenie kultury bezpieczeństwa w życiu człowieka*, [w:] *Współczesne bezpieczeństwo i kultura bezpieczeństwa*, pod red. A. Filipek, B. Gałek, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2014.
- Furmanek W., *Globalizacja a problematyka zdrowia jako wartości*, [w:] *Edukacja i zdrowie w dobie globalizacji*, pod red. W. Kojsa, E. Rostańskiej, K. Wójcik, Wyd. Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2015.
- Grabowski H., *Teoria fizycznej edukacji*, WSiP, Warszawa 1997.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2008.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku*, Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483.
- Korczak C., Leowski J., *Problemy higieny i ochrony zdrowia*, WSiP, Warszawa 1977.
- Magnuszewska-Otulak G., *Ochrona zdrowia w polityce społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, pod red. G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny, PWN, Warszawa 2008.
- Maszcak T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu”, zeszyt 54, 2005.
- Nowak S., *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, PWN, Warszawa 1973.
- ONZ, *Międzynarodowy Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 19 grudnia 1966 r.*
- ONZ, *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r.*
- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie „*Bezpieczeństwo zdrowotne ludności Polski*”, Warszawa 20.11.2008, s. 1,

- http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_stanowisko_RRL_bezp_zdrow_ludnosci.pdf, dostęp: 16.02.2017.
- Stańczyk J., *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, pod red. M. Cieślarczyka, A. Filipek, A.W. Świdierskiego, J. Ważniewskiej, Monografie nr 128, Wyd. UPH, Siedlce 2011.
- Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2014.
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wyd. Znak, Kraków 2002.
- Trzpil A., *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, pod red. M. Cieślarczyka, A. Filipek, A.W. Świdierskiego, J. Ważniewskiej, Monografie nr 128, Wyd. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, Siedlce 2011.
- WHO, *Health Impact Assessment (HIA). The determinants of health*, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index1.html>, dostęp: 15.02.2017.
- WHO, *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz. U. 1948, nr 61, poz. 477.
- WHO, *Światowa Deklaracja Zdrowia. ZDROWIE 21. ZDROWIE DLA WSZYSTKICH W XXI WIEKU. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO*, Kopenhaga 1998.

Dr Daria Krzewniak – Instytut Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa, Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach.