



AKADEMIA KALISKA

im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

RADA NAUKOWA DYSCYPLINY NAUK O BEZPIECZEŃSTWIE

ROZPRAWA DOKTORSKA

**Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo
w warunkach wymuszonej ewakuacji**

**Opracował:
mgr Łukasz Mikołajczyk**

**Kierownik naukowy:
dr hab. Ireneusz T. Dziubek
prof. Akademii Kaliskiej**

**Promotor pomocniczy:
dr Izabela Rącka**

Kalisz 2023

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE	5
WSTĘP	11
Rozdział 1. PODSTAWY METODOLOGICZNE BADAŃ	17
1.1. Uzasadnienie podjęcia badań	17
1.2. Przedmiot i cel badań	18
1.3. Problemy badawcze i hipotezy	20
1.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze	24
1.5. Dobór i charakterystyka próby badawczej	32
1.6. Proces badań	38
Rozdział 2. ZASADNICZE TENDENCJE WSPÓŁCZESNEGO POJMOWANIA BEZPIECZEŃSTWA	43
2.1. Kategorie poznawcze istoty bezpieczeństwa	44
2.2. Fenomen i możliwości badawcze bezpieczeństwa	57
2.3. Złożoność definicyjna bezpieczeństwa	71
2.4. Systemowe sfery badań i pozycjonowanie bezpieczeństwa zdrowotnego	96
2.5. Wnioski	109
Rozdział 3. PERSONALNY CHARAKTER WYZWAŃ I ZAGROŻEŃ BEZPIECZEŃSTWA	111
3.1. Koordynaty i właściwości bezpieczeństwa osobistego człowieka	112
3.2. Przekształcenia naturalnych i cywilizacyjnych zagrożeń natury personalnej	133
3.3. Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego	147
3.4. Obiektywne i subiektywne diagnozowanie bezpieczeństwa indywidualnego	171
3.5. Wnioski	183
Rozdział 4. ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ RUCHU	185
4.1. Czynniki ryzyka zdrowotnego i następstwa braku aktywności fizycznej osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się	186
4.2. Społeczna i personalna akceleracja zagrożeń bezpieczeństwa osób dysfunkcyjnych ruchowo	212
4.3. Braki w realizacji potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo	234
4.4. Sposoby zarządzania bezpieczeństwem osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się	268
4.5. Wnioski	283
Rozdział 5. RYZYKA EWAKUACJI I POZYCJONOWANIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	285
5.1. Rodzaje zagrożeń i wymuszone scenariusze ewakuacji	286
5.2. Wymogi prawa, osoby funkcyjne i skuteczność stosowanych rozwiązań ewakuacji	305
5.3. Wyzwania obiektowe i typowe następstwa w procesie ewakuacji	317
5.4. Ewakuacja osób z niepełnosprawnościami	323
5.5. Wnioski	331
Rozdział 6. KONCEPCJA WSPARCIA OSÓB Z BEZSILNOŚCIĄ RUCHOWĄ	335
6.1. Złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo	336
6.2. Stan badań i rozpoznane metody ewakuacyjnego wsparcia osób niepełnosprawnych	350
6.3. Istota i założenia projektowe adaptacji łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji	357
6.4. Ocena projektu łóżka do transportu chorych o zmiennej geometrii i propozycje modyfikująco-doskonające	366
6.5. Wnioski	380
ZAKOŃCZENIE	383
BIBLIOGRAFIA	389
SPIS RYSUNKÓW	447
SPIS TABEL	448
SPIS WYKRESÓW	450
SPIS FOTOGRAFII	453
SPIS ZAŁĄCZNIKÓW	454

STRESZCZENIE

Podstawy pochylenia się autora nad problematyką zawartą w tytule: *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo w warunkach wymuszonej ewakuacji* tkwią w osobistych doświadczeniach pozyskanych w okresie trwania pandemii *Covid-19*, a wynikających z konieczności podejmowania zróżnicowanych decyzji jako wojewody wielkopolskiego.

Od strony teoretycznej badane w tym względzie aspekty wpisano w transdyscyplinarne odniesienie do zagadnień *bezpieczeństwa*. Lokują się one w dyscyplinie *nauki o bezpieczeństwie* i korespondują z nowo objawionymi wyzwaniami, jakie towarzyszą *bezpieczeństwu zdrowotnemu*. W tej ostatniej sferze szczególną uwagę zwrócono w dysertacji na jego współczesne pozycjonowanie i atrybuty wynikające z szeregu właściwości *bezpieczeństwa osobistego człowieka* ograniczonego ruchowo.

W odniesieniu utylitarnym rozpoznano czynniki ryzyka zdrowotnego, ustalono jaki jest katalog potrzeb u osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się i jakie są sposoby zarządzania ich bezpieczeństwem. Wszystko to razem powiązано z ustalonymi rodzajami zagrożeń i wynikającymi z nich ryzykami ewakuacji dotyczących niepełnosprawnych. Wyprowadzono uzasadniony wynikami badań wniosek, że w warunkach wymuszonego ewakuowania, brakuje dla takich osób koniecznych rozwiązań.

Bazując na takich podstawach autor włączył się aktywnie do prac zespołu naukowego funkcjonującego w ramach wielomodułowego Projektu Naukowo-Badawczego Akademii Kaliskiej pod tytułem: *Organizacja bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo*. Powiązał z nimi czynności badawcze realizowane w dysertacji i w ten sposób przyczynił się do złożenia wniosku patentowego o numerze *P.440151* na *łóżko do transportu chorych*. Następnie spowodował złożenie kolejnego, o numerze *P.441084*, rozwiązującego problem adaptacji standardowych łóżek do ewakuowania niepełnosprawnych.

W takim stanie rzeczy struktura rozprawy doktorskiej obejmuje części: teoretyczną oraz empiryczną. Składa się ze wstępu, sześciu rozdziałów, zakończenia, bibliografii, spisu rysunków, spisu tabel, spisu wykresów i załączników.

W rozdziale pierwszym pt. *Podstawy metodologiczne badań* wyłoniono aspekty uzasadniające dokonany wybór przedmiotu oraz celu badań naukowych. Przedstawiono

problemy badawcze i hipotezy. Zaprezentowano wykorzystane metody, techniki i narzędzia badawcze, a także dokonano prezentacji procesu badań.

Główny problem badawczy sprowadzono do pytania: *Jakie zmiany powinny nastąpić w organizacji bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo, by mogły być efektywnie ewakuowane, pomimo istniejących wyzwań obiektowych i typowych następstw dla tego procesu?*

Do przyjętego celu dysertacji i sformułowanych problemów badawczych na podstawie stanu wiedzy, analizy literatury i prognozowanych zmian sformułowano następnie hipotezę główną o treści: *Personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną. Takie zadania będą realizowane w warunkach zróżnicowanych zagrożeń, zwiększających ryzyko wystąpienia wymuszonej ewakuacji, a w tym – konieczność przemieszczania osób niepełnosprawnych. Stąd należy przyjąć, że złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo jest na tyle duża, że zagadnienie to powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w koncepcji wparcia osób z dysfunkcjami ruchu. W wybranych aspektach taka koncepcja powinna być połączona z naukowo uzasadnionym projektem i wdrożeniem patentowym, co powinno znacząco poprawić stan bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych, skuteczność działań ewakuacyjnych oraz wyeliminowanie nieakceptowanych dotąd stanów.*

Drugi rozdział został zatytułowany *Zasadnicze tendencje współczesnego pojmowania bezpieczeństwa*. Odniesiono się w nim do istoty bezpieczeństwa, stowarzyszonych z tym kategorii i złożonego pozycjonowania bezpieczeństwa zdrowotnego.

W rozdziale trzecim pt. *Personalny charakter wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa* pochyłono się nad właściwościami i badawczym pozycjonowaniem problematyki bezpieczeństwa osobistego człowieka. Wyróżniono dokonujące się w tym względzie przekształcenia, objawione potrzeby i wynikające z tego obiektywne i subiektywne diagnozowanie stanu bezpieczeństwa.

Rozdział czwarty poświęcono tytułowo wyróżnionym: *zagrożeniom bezpieczeństwa osób z dysfunkcją ruchu*. Przedstawiono czynniki ryzyka zdrowotnego i następstwa braku aktywności fizycznej osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. Opisano społeczną i personalną akcelerację zagrożeń bezpieczeństwa osób dysfunkcyjnych ruchowo. Uwzględniono braki w realizacji potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo i zbadano sposoby zarządzania bezpieczeństwem osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się.

Piąty rozdział zatytułowano: *Ryzyka ewakuacji i pozycjonowanie osób niepełnosprawnych*. Dokonano charakterystyki występujących w tym względzie zagrożeń i występujących wówczas ryzyk ewakuacyjnych.

Wyniki badań dotyczących ewakuacji powiązano ze spojrzeniem przez pryzmat wymogów prawnych, zachowań osób funkcyjnych i skuteczności stosowanych rozwiązań. Wszystko to razem powiązano z rozpoznanymi wyzwaniem natury obiektowej i częstymi tego następstwami w realizowanym procesie ewakuacji. Rozważania te połączono z wiodącymi dla całości rozważań treściami dotyczącymi wymuszonego przemieszczania osób niepełnosprawnych.

W ostatnim, szóstym rozdziale dysertacji, zaprezentowano autorsko opracowaną *koncepcję wsparcia osób z bezsilnością ruchową*. Przyjęte tam założenia odpowiednio umotywowano, wskazując na złożoność organizacyjno-logistyczną ewakuowania osób niepełnosprawnych i dotychczas stosowane w tym względzie rozwiązania. Odniesiono się następnie do założeń projektowo-adaptacyjnych łóżka pozwalającego dokonać szybkiej ewakuacji osób z ograniczeniami ruchowymi i powiązanych z tym propozycji modyfikująco-doskonających.

Wszystkie rozdziały od drugiego do szóstego zakończono wyłonionymi, a następnie syntetycznie opracowanymi wnioskami.

W *Zakończeniu* dowiedziono, że postawiony przez autora problem główny został rozwiązany, a przyjęta hipoteza pozytywnie zweryfikowana. Podsumowano w nim całość wyróżnionych zagadnień i przedstawiono konkluzję wskazującą na perspektywy nowych obszarów badań.

SUMMARY

The basis of the author's considerations on the issue of the title: Safety of persons with physical disabilities under conditions of forced evacuation, lies in personal experience gained during the Covid-19 pandemic, and resulting from the necessity of making varied decisions as the voivode of the Wielkopolska region.

On the theoretical side, the aspects studied in this regard are embedded in a transdisciplinary reference to security issues. They are located in the discipline of security science and correspond with the newly revealed challenges that accompany health security. In the latter sphere, the dissertation pays special attention to its contemporary positioning and attributes resulting from a number of properties of personal safety features of a person with limited mobility.

In utilitarian terms, health risk factors were recognized, a catalog of needs in people with impaired mobility functions was established, and ways to manage their safety were identified. All this together was linked to the established types of hazards and the resulting evacuation risks affecting the disabled. A conclusion was drawn, justified by the results of the research, that under conditions of forced evacuation, the necessary solutions are lacking for such people.

Based on such foundations, the author actively joined the work of the scientific team functioning as a part of the multi-module Scientific and Research Project of Calisia University – Kalisz, Poland entitled Organization of the safety of patients with limited mobility. He linked the research activities carried out in the dissertation with them and thus contributed to the filing of the patent application with the number P.440151 for a patient transport bed. Then he caused the filing of another, with the number P.441084, solving the problem of adapting standard beds for evacuating the disabled.

As such, the structure of the dissertation includes theoretical and empirical parts. It consists of an introduction, six chapters, a conclusion, a bibliography, a list of figures, a list of tables, a list of charts and appendices.

In the first chapter, entitled Methodological basis of the research, the aspects justifying the choice of the subject and the purpose of the scientific research were selected. The research problems and hypotheses are presented. The methods, techniques and research tools used were presented, and a presentation of the research process was made.

The main research problem was come down to the question: what changes should be implemented in the safety organization of people with physical disabilities so that they are successfully evacuated despite the existing facility challenges and the typical consequences for this process?

To the adopted purpose of the dissertation and the formulated research problems, based on the state of knowledge, analysis of the literature and projected changes, the main hypothesis was then formulated with the content: The personal nature of the challenges of modern security causes an increasingly serious focus on the implementation of various tasks associated with health issues. Such tasks will be carried out in conditions of diverse threats, increasing the risk of forced evacuation, including - the need to move people with disabilities. Hence, it should be assumed that the organizational and logistical complexity of evacuation of people with limited mobility is so great that this issue should be reflected in the concept of support for people with mobility impairments. In selected aspects, such a concept should be combined with scientifically sound patent design and implementation, which should significantly improve the safety of people with disabilities, the effectiveness of evacuation operations and the elimination of hitherto unacceptable conditions.

The second chapter was titled Fundamental trends in the contemporary understanding of security. It referred to the essence of security, associated categories and the complex positioning of health security.

The third chapter, entitled The personal nature of security challenges and threats, focused on the characteristics and research positioning of the issue of human personal security. The transformations taking place in this regard, the revealed needs and the resulting objective and subjective diagnosis of the state of security were distinguished.

The fourth chapter is devoted to the highlighted threats to the safety of people with mobility impairments. It presents the health risk factors and consequences of physical inactivity of people with impaired mobility functions. The social and personal acceleration of threats to the safety of physically dysfunctional people is described. Deficiencies in meeting the needs of mobility-impaired people are considered, and ways to manage the safety of people with impaired mobility functions are examined.

The fifth chapter is titled Evacuation risks and positioning of persons with disabilities. The characteristics of the hazards involved and the evacuation risks present at the time were made.

The results of research on evacuation were linked to a view through the prism of legal requirements, the behavior of functional persons and the effectiveness of the solutions used. All this together was linked to the identified challenges of object nature and the frequent consequences of this in the implemented evacuation process. These considerations were combined with the content on the forced movement of people with disabilities, which is leading for the whole of the considerations.

The final, sixth chapter of the dissertation presents the author's concept of support for people with motor impotence. The assumptions made there were adequately justified by pointing out the organizational and logistical complexity of evacuating people with disabilities and the solutions used so far in this regard. Then reference was made to the design and adaptation assumptions of the bed allowing quick evacuation of people with mobility limitations and related modification and improvement proposals.

All the chapters from the second to the sixth ended with selected and then synthetically developed conclusions.

The Conclusion proves that the main problem posed by the author has been solved and the adopted hypothesis has been positively verified. It summarizes all the highlighted issues and presents a conclusion indicating the prospects for new research areas.

WSTĘP

U podstaw swoistego fenomenu, jaki towarzyszy człowiekowi od zarania jego dziejów, jest *bezpieczeństwo*. Wielopostaciowe, zróżnicowane i o nieprzeliczonych walorach wartościowania – decyduje o spokoju nie tylko jednostki, ale i całych społeczności. Jest tak ważną potrzebą egzystencjalną, że bez jej zapewnienia na akceptowalnym poziomie, niemożliwe jest jakiegokolwiek funkcjonowanie.

Nie dziwi zatem, że dbałość o bezpieczeństwo stanowi o podwalinach dla ocen sfery rządzącej państwem, jest ważne przy wyborach systemu zarządzającego, a nawet pozwala na wyrażenie zgody na ograniczenie innych wartości, a w tym dotyczących wolności i swobód obywatelskich.

Jest jednak rzeczą oczywistą, że nie jest możliwe zorganizowanie systemu bezpieczeństwa, który gwarantowałby jego zachowanie na wszystkich poziomach, sytuacjach i stanach życia ludzkiego bądź państwowego, w których występuje. Obowiązki w tym zakresie są bowiem różnie pojmowane. Z punktu widzenia funkcjonowania państwa wartości te są przykładowo oceniane przez pryzmat *racji stanu*, a z punktu widzenia jednostki – najczęściej poprzez *subiektywną* ocenę zagrożenia.

Konflikt w tym zakresie wydaje się mieć charakter aksjologiczny, a przyjmowane wartościowanie determinowane jest wieloma względami.

Współcześnie wielu badaczy stoi na stanowisku, że o wadze czy właściwym pozycjonowaniu dobrostanu, częstokroć decyduje umiejętność obiektywnego odniesienia się do zastanej rzeczywistości, czyli zestawu kompetencji człowieka. Podobnie uznano na szczelbu Unii Europejskiej (UE), gdzie w zaleceniu Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 roku w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie wyróżniono połączenie: wiedzy, umiejętności i postaw odpowiednich do sytuacji, uważanych za niezbędne dla potrzeb samorealizacji aktywnego obywatelstwa, integracji społecznej oraz zatrudnienia¹.

Bycie kompetentnym oznacza umiejętność efektywnego zastosowania wiedzy, umiejętności i postaw, by skutecznie zareagować na określoną sytuację lub rozwiązać problem w rzeczywistym świecie. W europejskich ramach odniesienia ustanowiono osiem kompetencji kluczowych, które są jednakowo ważne dla rozwoju osobistego. Niektóre z nich mają charakter przekrojowy lub interdyscyplinarny, na przykład

¹ Zalecenie 2006/962/WE w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie (Dz. U. UE L 394 z dnia 30 grudnia 2006 r.).

przedsiębiorczość czy umiejętności obywatelskie. Kompetencje są ze sobą powiązane lub się częściowo pokrywają. Umiejętności wynikające z jednej kompetencji wspierają biegłość w innej. Niektóre sprawności są kluczowe dla wszystkich ośmiu kompetencji. Należą do nich między innymi krytyczne myślenie, rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji czy ocena ryzyka².

Znany badacz omawianego zagadnienia – Bogdan Szulc – z kolei wskazał, że zasadniczymi kategoriami w działalności człowieka są: nauka, wiedza i mądrość³. Szczególne znaczenie mają te kategorie w procesie kształcenia. Trwa on bowiem przez całe życie. Wiedza i mądrość są zasadniczymi wykładnikami wykształconego człowieka. Wpływają na kompetencje i wartości, wzajemnie się uzupełniając. Oddziałują także na rozwój osobowy człowieka. Są powiązane z nauką oraz stanowią jednocześnie jej wynik⁴.

Zauważyć w tym miejscu należy, że otaczająca człowieka rzeczywistość częstokroć pochłania go na tyle, że ów opisywany powyżej proces kompetencyjny odbiega od stanu oczekiwanego. Wypełnianie szeregu ról zawodowych i społecznych pochłania uwagę częstokroć w sposób tak znaczący, że przesłania aspekty o walorach kluczowych dla życia i bezpieczeństwa.

Stanu takiego doświadczył również autor w okresie trwania pandemii *Covid-19*, a wynikał on z konieczności podejmowania zróżnicowanych decyzji, w warunkach pełnienia funkcji wojewody wielkopolskiego. Nabyte w ten sposób doświadczenia i stowarzyszone z tym refleksje powiązano z nauką i koniecznością zneutralizowania dostrzeżonej luki badawczej, wyróżnionej w tytule niniejszej dysertacji, a dotyczącej *bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo w warunkach wymuszonej ewakuacji*.

Od strony teoretycznej badane aspekty wpisano w transdyscyplinarne odniesienie do zagadnień *bezpieczeństwa*. Lokują się one w dyscyplinie *nauki o bezpieczeństwie* i korespondują z nowo objawionymi wyzwaniem, jakie towarzyszą *bezpieczeństwu zdrowotnemu*. W tej ostatniej sferze szczególną uwagę w dysertacji zwrócono na jego współczesne pozycjonowanie i atrybuty wynikające z wielu właściwości *bezpieczeństwa osobistego człowieka ograniczonego ruchowo*.

W odniesieniu utylitarnym rozpoznano czynniki ryzyka zdrowotnego, ustalono katalog potrzeb osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się i jakie są sposoby

² Tamże.

³ B. Szulc, *Nauka - wiedza - mądrość*, wyd. AON, Warszawa 2011, s. 7.

⁴ Tamże, s. 37.

zarządzania ich bezpieczeństwem. Wszystko to razem powiązано z rozpoznanymi rodzajami zagrożeń i wynikającymi z nich ryzykami ewakuacji dotyczących niepełnosprawnych. Wyprowadzono uzasadniony wynikami badań wniosek, że w warunkach wymuszonego ewakuowania, brakuje dla takich osób koniecznych rozwiązań.

Bazując na tych podstawach autor włączył się aktywnie do prac zespołu naukowego funkcjonującego w ramach wielomodułowego Projektu Naukowo-Badawczego Akademii Kaliskiej pod tytułem: *Organizacja bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo*. Powiązał z nim czynności badawcze realizowane w dysertacji i w ten sposób przyczynił się do złożenia wniosku patentowego o numerze *P.440151* na *łóżko do transportu chorych*. Następnie spowodował złożenie kolejnego, o numerze *P.441084*, rozwiązującego problem adaptacji standardowych łóżek do ewakuowania osób niepełnosprawnych.

W takim stanie rzeczy struktura rozprawy doktorskiej obejmuje części: teoretyczną oraz empiryczną. Składa się ze wstępu, sześciu rozdziałów, zakończenia, bibliografii, spisu rysunków, spisu tabel, spisu wykresów, spisu załączników i załączników.

W rozdziale pierwszym pt. *Podstawy metodologiczne badań* wyłoniono aspekty uzasadniające dokonany wybór przedmiotu oraz celu badań naukowych. Przedstawiono problemy badawcze i hipotezy. Zaprezentowano wykorzystane metody, techniki i narzędzia badawcze, a także dokonano prezentacji procesu badań.

Główny problem badawczy sprowadzono do pytania: *Jakie zmiany powinny nastąpić w organizacji bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo, by mogły być efektywnie ewakuowane, pomimo istniejących wyzwań obiektowych i typowych następstw dla tego procesu?*

Do przyjętego celu dysertacji i sformułowanych problemów badawczych na podstawie stanu wiedzy, analizy literatury i prognozowanych zmian sformułowano następnie hipotezę główną o treści: *Personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną. Takie zadania będą realizowane w warunkach zróżnicowanych zagrożeń, zwiększających ryzyko wystąpienia wymuszonej ewakuacji, a w tym – konieczność przemieszczania osób niepełnosprawnych. Stąd należy przyjąć, że złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo jest na tyle duża, że zagadnienie to powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w koncepcji wparcia osób z dysfunkcjami ruchu. W wybranych aspektach taka koncepcja powinna być*

połączona z naukowo uzasadnionym projektem i wdrożeniem patentowym, co powinno znacząco poprawić stan bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych, skuteczność działań ewakuacyjnych oraz wyeliminowanie nieakceptowanych dotąd stanów.

Drugi rozdział został zatytułowany *Zasadnicze tendencje współczesnego pojmowania bezpieczeństwa*. Odniesiono się w nim do istoty bezpieczeństwa, stowarzyszonych z tym kategorii i złożonego pozycjonowania bezpieczeństwa zdrowotnego.

W rozdziale trzecim pt. *Personalny charakter wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa* pochyłono się nad właściwościami i badawczym pozycjonowaniem problematyki bezpieczeństwa osobistego człowieka. Wyróżniono dokonujące się w tym względzie przekształcenia, objawione potrzeby i wynikające z tego obiektywne i subiektywne diagnozowanie stanu bezpieczeństwa.

Rozdział czwarty poświęcono tytułowo wyróżnionym: *zagrożeniom bezpieczeństwa osób z dysfunkcją ruchu*. Przedstawiono tam czynniki ryzyka zdrowotnego i następstwa braku aktywności fizycznej osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. Opisano społeczną i personalną akcelerację zagrożeń bezpieczeństwa ludzi dysfunkcyjnych ruchowo. Uwzględniono braki w realizacji potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo i zbadano sposoby zarządzania bezpieczeństwem populacji z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się.

W piątym rozdziale noszącym tytuł: *Ryzyka ewakuacji i pozycjonowanie osób niepełnosprawnych*, dokonano charakterystyki występujących w tym względzie zagrożeń i pojawiających się wówczas ryzyk ewakuacyjnych.

Wyniki badań dotyczących ewakuacji powiązano ze spojrzeniem przez pryzmat wymogów prawnych, zachowań osób funkcyjnych i skuteczności stosowanych rozwiązań. Wszystko to razem powiązano z rozpoznanymi wyzwaniami natury obiektowej i częstymi tego następstwami w realizowanym procesie ewakuacji. Rozważania połączono z wiodącymi dla całości dociekań treściami dotyczącymi wymuszonego przemieszczania osób niepełnosprawnych.

W ostatnim, szóstym rozdziale dysertacji, zaprezentowano autorsko opracowaną *konceptję wsparcia osób z bezsilnością ruchową*. Przyjęte założenia odpowiednio umotywowano, wskazując na złożoność organizacyjno-logistyczną ewakuowania osób niepełnosprawnych i dotychczas stosowane w tym względzie rozwiązania. Odniesiono się następnie do założeń projektowo-adaptacyjnych łożka pozwalającego dokonać szybkiej ewakuacji osób z ograniczeniami ruchowymi i powiązanych z tym propozycji modyfikująco-doskonających.

Wszystkie rozdziały od drugiego do szóstego zakończono wyłonionymi, a następnie syntetycznie opracowanymi, wnioskami.

W *Zakończeniu* dowiedziono, że postawiony przez autora problem główny został rozwiązany, a przyjęta hipoteza pozytywnie zweryfikowana. Podsumowano w nim całość wyróżnionych zagadnień i przedstawiono konkluzję wskazującą na perspektywy nowych obszarów badań.

Rozdział 1.

PODSTAWY METODOLOGICZNE BADAŃ

Celem rozdziału jest zobrazowanie tytułowo wyróżnionych *podstaw metodologicznych badań*, które zrealizowano na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej. Autor przedstawił w nim *genezę* podjętych przez siebie badań, *przedmiot badań* i *cel badań*. Następnie wyartykułował *główny problem badawczy* i *problemy szczegółowe*. Podobnie odniósł się do przyjętej *hipotezy głównej* i *hipotez szczegółowych*. Ponadto zaprezentowano w nim wykorzystane *metody, techniki i narzędzia badawcze*, a także dokonano prezentacji *procesu badań*.

1.1. Uzasadnienie podjęcia badań

Jedną z podstawowych wartości we współczesnym świecie jest *bezpieczeństwo* człowieka. W literaturze problematyka bezpieczeństwa jest szeroko podejmowana przez szereg badaczy. Czynności te prowadzone są poprzez pochylenie się nad *bezpieczeństwem zewnętrznym*, związanym głównie z obronnością państwa, a także *wewnętrznym* utożsamianym z bezpieczeństwem ustrojowym, publicznym oraz powszechnym.

Jednym z elementów zapewnienia bezpieczeństwa powszechnego jest dbałość o *bezpieczeństwo zdrowotne*. Zarówno bezpieczeństwo jak i zdrowie należą do wartości plasujących się wysoko w hierarchii potrzeb ludzkich. Z tego powodu w zakresie działalności państwa znajduje się stworzenie i obsługa systemu opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia.

Wśród wielu definicji bezpieczeństwa zdrowotnego należy zwrócić uwagę na tę, która wskazuje na powiązanie go z potrzebami zdrowotnymi człowieka na wszystkich etapach jego życia, a przede wszystkim w sytuacjach, kiedy przestaje być samowystarczalny.

Rozważania podjęte na podstawie analizy literatury przedmiotu prowadzą do stwierdzenia, że zbyt mało uwagi poświęca się bezpieczeństwu osób, które utraciły zdrowie, a zwłaszcza dotkniętych dysfunkcją sprawności ruchowej, nie potrafiącymi samodzielnie poruszać się, tym samym niezdolnymi do podejmowania niezależnych działań. Zaspokajanie potrzeby bezpieczeństwa tych osób ma szczególne znaczenie gdyż sytuacja, w jakiej się znajdują osoby niepełnosprawne ruchowo, powoduje negatywne konsekwencje zarówno w sferze indywidualnej jak i społecznej. Mogą one utracić

poczucie bezpieczeństwa przede wszystkim w razie wystąpienia zagrożenia, na przykład pożaru czy katastrofy budowlanej.

Badania przeprowadzone przez autora potwierdzają, że nagła ewakuacja może powodować poczucie zagrożenia, a do głównych obaw towarzyszących uświadomionemu ryzyku konieczności ewakuacji – w przypadku posiadanego ograniczenia ruchowego – zalicza się przede wszystkim brak możliwości ucieczki w odpowiednim czasie oraz brak możliwości samodzielnej ewakuacji. Niepewność co do udzielenia pomocy przez inne osoby w sytuacji zagrożenia powoduje istotne zachwianie funkcji uznanych społecznie, nawiązywania i podtrzymywania satysfakcjonujących relacji międzyludzkich, wydobywania i realizowania indywidualnego potencjału rozwojowego, zdobywania wiedzy i umiejętności, sprzyjających radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Tym samym, nie ulega wątpliwości, że troska o bezpieczeństwo ludzi z niepełnosprawnościami ruchowymi staje się szczególnie ważna, zarówno dla tych, którzy zmagają się z różnymi formami niepełnosprawności, jak i dla podmiotów odpowiedzialnych za szeroko pojęte bezpieczeństwo ludności.

Autorowi dysertacji, w trakcie pełnienia funkcji wojewody wielkopolskiego w latach 2019-2020, przedstawiciele służb mundurowych, domów pomocy społecznej czy zakładów opiekuńczo-leczniczych zgłaszali problem przemieszczania, pielęgnacji bądź transportu osób niepełnosprawnych ruchowo, szczególnie tych o wadze powyżej 140 kg. Obraz ten uległ gwałtownemu zaostrzeniu w sytuacjach wywołanych stanem pandemii w roku 2020 (zagrożenia *Covid-19*), z założeniami wymuszonej ewakuacji takich chorych włącznie.

Na podstawie tych doświadczeń i wyróżnionego przez siebie procesu badawczo-wnioskowego autor stwierdził, że występuje konieczność ulepszenia rozwiązań dotyczących ewakuacji, a w tym przede wszystkim osób dotkniętych ułomnością bezsilności ruchowej.

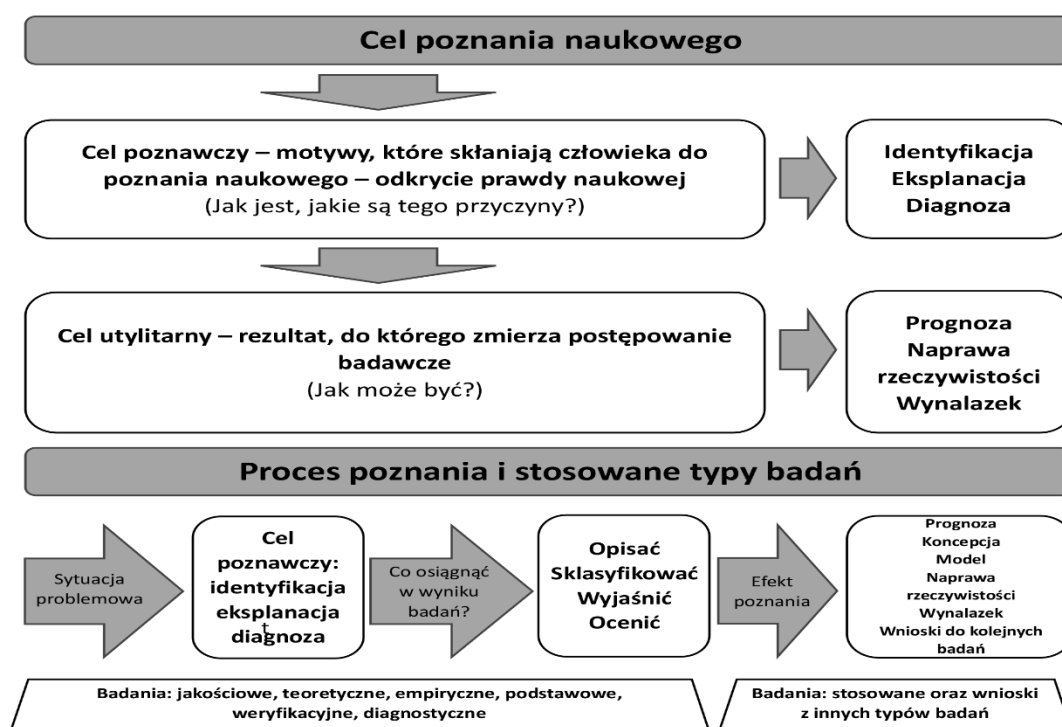
1.2. Przedmiot i cel badań

Wieloaspektowość bezpieczeństwa i wynikające ze sformułowania tematu rozprawy pochylenie się nad problematyką lokalizowania w wybranym zakresie osób niepełnosprawnych wymagają odniesienia się do istniejącego stanu rzeczy oraz wykorzystania nabytej w ten sposób wiedzy w praktyce. Diagnoza ta narzuca konieczność przeprowadzenia badań empirycznych, co z kolei wiąże się z wymogiem precyzyjnego określenia przedmiotu badań.

W odniesieniu do zaprezentowanych treści przyjęto, że *przedmiotem badań* będzie bezpieczeństwo zdrowotne osób niepełnosprawnych, postrzegane w stanie złożonych sytuacyjnie zagrożeń, wymuszających ostatecznie ich ewakuację.

Wstępne rozważania i zawarte w nich treści, a szczególnie zaprezentowany przedmiot badań pozwalają na sprecyzowanie *głównego celu badań*, postrzeganego w kategoriach *poznawczych* (teoretycznych) i *praktycznych* (użytecznych), a rozumianych w zgodzie z procesem zawartym na rys. 1.1.

Rysunek 1.1. Cel i proces poznania naukowego



Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Czupryński, *Podstawy badań nad bezpieczeństwem*, [w:] J. Zboina, B. Wiśniewski (red.), *Ochrona przeciwpożarowa a bezpieczeństwo państwa*, CNBOP-PIB, Józefów 2014, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/https://www.cnbop.pl/wydawnictwa/ksiazki/978-83-61520-35-1/ochrona-ppoz.pdf [dostęp: 1.05.2023], s. 36.

Cel poznawczy sprowadził się do poznania istoty występujących wyzwań, ograniczeń, zagrożeń i ryzyk związanych z pozycjonowaniem osób niepełnosprawnych w warunkach wymuszonej ewakuacji, jak również do wykrycia związków i zależności zachodzących pomiędzy poziomem przygotowań, a skutecznością stosowanych rozwiązań ratowniczych.

Cel praktyczny objął przygotowanie naukowo uzasadnionej koncepcji wsparcia osób z bezsilnością ruchową w warunkach wymuszających ich ewakuowanie z zagrożonych obiektów.

Głównym celem badań było stworzenie rozwiązania wspierającego bezpieczną ewakuację osób niepełnosprawnych ruchowo.

Realizacja tak określonego głównego celu badań wymagała osiągnięcia *celów cząstkowych*, zaprezentowanych poniżej:

- *zbadanie zasadniczych tendencji współczesnego pojmowania bezpieczeństwa wraz z alokacją bezpieczeństwa zdrowotnego;*
- *identyfikacja najbardziej prawdopodobnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa osobistego człowieka;*
- *zbadanie aktualnie występujących tendencji w przedmiocie ograniczeń zdrowotnych i możliwości wsparcia osób dysfunkcyjnych ruchowo;*
- *identyfikacja zagrożeń wymuszających ewakuację i ocena dotychczasowych rozwiązań, ich przydatności i efektywności w odniesieniu do potrzeb osób niepełnosprawnych;*
- *określenie sposobów wsparcia osób z bezsilnością ruchową w warunkach wymuszonej ewakuacji.*

Zaprezentowane powyżej sformułowania pozwoliły na określenie dotychczas występujących prawidłowości wspierania osób niepełnosprawnych w warunkach wymuszonej ewakuacji. Dokładne poznanie zakresu oraz poziomu takiego przygotowania było następnie pomocne w procesie eksplikującym formułowanie wniosków dotyczących ewentualnych zmian i uzasadniającym prace modelowo wspierające ten proces.

1.3. Problemy badawcze i hipotezy

Ocena współczesnych warunków i zagrożeń znajduje swoje przełożenie w wieloaspektowym pojmowaniu bezpieczeństwa. Swoistą *wartością dodaną* w pochyłaniu się nad fenomenem i możliwościami badawczymi tej sfery jest jej transdyscyplinarność. Podejście takie pozwala wniknąć w badaną problematykę nie tylko jednostronnie – w danym wymiarze bezpieczeństwa, ale także spojrzeć poprzez pryzmat innej, dowolnie wybranej z bogatego katalogu zaseregowań aktywności ludzkiej.

Jednym z takich obszarów, w ocenie autora nie do końca spenetrowanego, zarówno w ujęciu teoretycznym jak i użytkowym, jest *bezpieczeństwo zdrowotne*.

Badania wykazują, że stopień oddziaływania sił przyrody bądź eskalacji zachowań ludzkich oraz skutków jakie wywołają, mogą powodować, że w obliczu objawionych wyzwań państwo i społeczeństwo okażą się niedostatecznie przygotowane.

Niewystarczające pochylenie się nad wskazaną problematyką ze szczególną siłą objawiło się w dobie pandemii *Covid* i złożonych stanów zdrowotnych wywołanych działaniami wojennymi w Ukrainie.

Koordynaty i właściwości bezpieczeństwa osobistego znalazły się wówczas w diametralnie innej optyce o charakterze *ocennym* – w skrajnych sytuacjach dotyczących bezpieczeństwa osób ograniczonych ruchowo.

Taka sytuacja skłoniła autora do rozpoznania przywołanego powyżej zagadnienia, a w przypadku potwierdzenia takiego stanu rzeczy – poszukiwania skutecznych rozwiązań. Powyższe stało się główną przesłanką uzasadniającą potrzebę podjęcia badań naukowych.

Biorąc pod uwagę przytoczone w ten sposób elementy - *główny problem badawczy* rozprawy doktorskiej sprowadził się do uzyskania odpowiedzi na następujące pytanie:

Jakie zmiany powinny nastąpić w organizacji bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo, by mogły być efektywnie ewakuowane, pomimo istniejących wyzwań obiektowych i typowych następstw dla tego procesu?

Rozwiązanie tak sformułowanego głównego problemu wymagało zbadania szeregu *problemów cząstkowych* (szczegółowych). Charakteryzują się one pewną odrębnością, lecz rozpatrywane łącznie tworzą logicznie uporządkowaną całość, podporządkowaną osiągnięciu wskazanego powyżej celu badań.

Problemy te ujęto w formie następujących pytań:

1. *Jakie są aktualnie tendencje w transdyscyplinarnym pojmowaniu bezpieczeństwa wraz z pozycjonowaniem w tym procesie bezpieczeństwa zdrowotnego?*
2. *W jakim stopniu identyfikacja najbardziej prawdopodobnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa przekłada się na jego diagnozowanie na poziomie indywidualnym?*
3. *Jakie czynniki determinują bezpieczeństwo osób z dysfunkcją ruchu i od czego są uzależnione?*
4. *Jakie są ryzyka towarzyszące ewakuacji i jak ona powinna przebiegać z osobami niepełnosprawnymi?*
5. *W jakim kierunku powinny ewaluować koncepcje wsparcia osób z bezsilnością ruchową, aby podnieść efektywność działań, w warunkach wymuszonej ewakuacji i stanów odpowiadających poczuciu bezpieczeństwa personalnego?*

Wobec w ten sposób wyróżnionych problemów szczegółowych przystąpiono do opracowania *hipotezy głównej* i *hipotez szczegółowych*.

Na wstępie tego etapu rozważań stwierdzono, że Polska, jako członek Unii Europejskiej oraz Sojuszu Północnoatlantyckiego, jest krajem o stosunkowo dobrej pozycji geopolitycznej. W ostatnim ćwierćwieczu nastąpiły jednakże niekorzystne przemiany na skutek wydarzeń w krajach dotkniętych konfliktami. Pojawiły się też nowe zagrożenia i wyzwania takie, jak: klęski żywiołowe czy pandemia wirusa *Covid-19*.

Nowe stanowiska w kwestii budowania systemów bezpieczeństwa pojawiły się wobec odnotowanej rosyjskiej agresji na Ukrainę. Masowe migracje uchodźców wymusiły weryfikację dotychczasowych poglądów, doktryn i koncepcji. Skłoniły teoretyków i praktyków do analiz i wniosków o charakterze interdyscyplinarnym.

Na takich podstawach wśród terminów, które znalazły się w centrum zainteresowania na arenie państwowej i międzynarodowej, pojawiło się *bezpieczeństwo zdrowotne*, które oznacza działania organów państwa i organów stowarzyszonych w zakresie ochrony życia i zdrowia ludności oraz zaspokojenia jej potrzeb zdrowotnych.

Analiza wyżej zasygnalizowanych powyżej sytuacji kryzysowych ostatnich lat pozwala uzmysłowić nowo objawione problemy, a w tym dotyczące ewakuacji ludności. Zagrożenia bezpieczeństwa personalnego mają bowiem charakter uniwersalny, dotyczą całego społeczeństwa. W przypadku katastrof czy innych sytuacji nagłych może zachodzić konieczność natychmiastowego podjęcia działania w zakresie ewakuacji ludności.

Analiza obowiązujących przepisów, licznych pozycji literatury dotyczącej bezpieczeństwa ludności, wyników badań prowadzonych przez naukowców i ośrodki badania opinii społecznej – pozwoliła na stwierdzenie, że istnieje konieczność zainteresowania się problematyką bezpieczeństwa osobistego osób niepełnosprawnych, a w tym – osób będących w stanie szczególnej bezsilności, wynikającej z wymuszonej ewakuacji.

Aktualnie obowiązujące przepisy wymagają niwelowania barier architektonicznych i dostosowywania pomieszczeń do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, jednak dotyczą one przede wszystkim nowych obiektów oraz budynków użyteczności publicznej. Osoby niepełnosprawne ruchowo wciąż muszą liczyć się z trudnościami w czasie ewakuacji z budynków zwłaszcza, że w polskich przepisach brak jest precyzyjnych wskazań dla ewakuacji osób niepełnosprawnych, w tym z dysfunkcjami

ruchu. Wobec tego podczas nagłych zdarzeń wymagających ewakuacji ludności niepełnosprawnej należy liczyć się z koniecznością dostosowania jej przebiegu do konkretnych indywidualnych przypadków. Należy zwrócić uwagę na to, że osoby – w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności ewakuują się z różną prędkością i mają różne wymagania w zakresie udzielenia im niezbędnej pomocy.

Wobec niedostosowania wszystkich obiektów do obowiązujących wymogów oraz często braku możliwości samoewakuacji, w proces ten poza osobami wyznaczonymi do koordynowania akcji niezbędne może być zaangażowanie dodatkowych sił, które nie zostały specjalnie przygotowane do takich działań i nie posiadają należytych środków.

Obecnie większość planów dotyczących ewakuacji osób z niepełnosprawnościami nie jest dostosowanych do faktycznych wymagań – wynika to z tego, że przepisy nie regulują precyzyjnie w jaki sposób taką ewakuację przygotować.

Państwo i każde wymagające tego środowisko społeczne powinno dysponować odpowiednimi narzędziami, ale w odniesieniu do istniejących budynków prywatnych nie jest to możliwe do zrealizowania w krótkim czasie.

Niezbędne jest zatem poszukiwanie nowych rozwiązań, a w tym powiązanych z systemowo przygotowywanymi zgłoszeniami patentowymi.

Taka ocena istniejącego stanu rzeczy, a także analiza problematyki badawczej, celów pracy i problemów badawczych stała się podstawą do sformułowania następującej *głównej hipotezy badawczej*:

Personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną. Zadania te będą realizowane w warunkach zróżnicowanych zagrożeń, wśród których często może się objawić ryzyko wymuszonej ewakuacji, a w tym konieczność przemieszczania osób niepełnosprawnych. Stąd należy przyjąć, że złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo jest na tyle duża, że zagadnienie to powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w koncepcji wparcia osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. W wybranych aspektach ta koncepcja powinna być połączona z naukowo uzasadnionym projektem i wdrożeniem patentowym, co podniesie na zdecydowanie wyższy poziom bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych, efektywność prowadzonych działań ewakuacyjnych oraz neutralizację nieakceptowanych dotąd stanów.

Zaprezentowane stanowienie uzupełniono o niżej wyartykułowane hipotezy szczegółowe, w których autor założył, że:

- H.1. *w procesie interdyscyplinarnego pojmowania bezpieczeństwa problematyka bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest pozycjonowana adekwatnie do wylaniających się wyzwań i potrzeb środowiskowych;*
- H.2. *charakter istniejących wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego nie przekłada się na istniejące w tym zakresie oczekiwania o charakterze indywidualnym;*
- H.3. *czynniki determinujące bezpieczeństwo osób z dysfunkcją ruchu są wielopostaciowe, a sposoby odnoszące się do zarządzania tą problematyką nie przystają do oczekiwań środowiska;*
- H.4. *sposoby organizacji zachowań odnoszących się do ewakuacji i ryzyk jej towarzyszących mają charakter ogólnosystemowy i nie uwzględniają szeregu niepełnosprawności losowych, a w tym osób z dysfunkcją ruchu;*
- H.5. *brakuje koncepcji wsparcia osób z bezsilnością ruchową, aby podnieść efektywność działań, w warunkach wymuszonej ewakuacji, i w tym obszarze należy doprowadzić do aktywizacji środowisk badawczo-naukowych z propozycjami patentowymi włącznie.*

1.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Szeroki zakres prowadzonych badań i konieczność zapewnienia właściwego procesu badawczego wymagały zastosowania różnych metod i technik badawczych. W toku prowadzonych badań zastosowano powszechnie uznawane w środowisku naukowym *teoretyczne i empiryczne* metody badawcze.

Wśród zastosowanych metod *teoretycznych* należy wskazać: analizę, syntezę, porównanie, analogię, abstrahowanie i uogólnienie.

Analiza to metoda badawcza polegająca na rozłożeniu danej całości na jej elementy składowe i badaniu każdego z nich z osobna. Zastosowanie jej polegało na identyfikowaniu przedmiotu badań, jego zbadaniu i wychwyceniu istoty.

Wyróżniono przy tym zastosowanie analizy:

- *elementarnej*, polegającej na rozkładaniu przedmiotu badań na elementy bez znajdowania wzajemnych związków;
- *funkcyjnej*, polegającej na rozkładaniu przedmiotu badań na elementy składowe ze zwróceniem uwagi na związki między tymi składnikami;

- *logicznej*, polegającej na rozkładaniu złożonych przedmiotów badań na ich części składowe z uwzględnieniem ich stosunków logicznych⁵.

Dodatkowo zastosowano analizę:

- *czynnikową*, będącą zabiegiem statystycznym, który pozwolił na sprowadzenie dużej ilości zmiennych do znacznie mniejszej ilości (liczby), a także na wyodrębnienie podstawowych zagregowanych czynników wywołujących korelację między zmiennymi; dodatkowo proces wykrywania czynników wspólnych pozwolił na sformułowanie hipotez co do istnienia i natury ogólnych wpływów, które kształtują istniejące zależności;
- *wariancji*, odnoszącą się do zastosowanego zabiegu statystycznego umożliwiającego ilościowe określenie wpływu poszczególnych czynników (zmiennych) wejściowych na zmienność (wartość) czynnika wyjściowego; analiza wariancji pozwoliła także dokonać oceny istotności wpływu tych czynników wejściowych na zmienność wielkości wyjściowej⁶.

Synteza to łączenie wielu różnych elementów w jedną całość, całościowe ujęcie jakiegoś zjawiska oparte na uprzednim zbadaniu jego elementów, a także formułowanie twierdzeń ogólnych na podstawie szczegółowych twierdzeń cząstkowych⁷.

Analiza i synteza często są wykorzystywane w badaniach naukowych łącznie i uzupełniają się. Tak też i było w przypadku postępowania badawczego autora: proces poznania naukowego zaczyna się od analizy treści, a kończy się na syntezie; każda synteza jest tworzona na podstawie wyników poprzedzającej ją analizy określonego materiału badawczego, a każda analiza wymaga następującej po niej syntezy w celu weryfikacji i korekty wyników uzyskanych w trakcie analizy⁸.

Porównanie jest logiczną metodą badawczą polegającą na wykrywaniu cech podobieństwa i odmienności w badanym przedmiocie, zjawisku, procesie przez odniesienie go do innych przedmiotów, zjawisk, procesów. Pozwoliła autorowi ustalić podobieństwa i różnice między badanymi zjawiskami. Porównanie stosuje się bowiem, kiedy bada się zjawisko w procesie jego rozwoju w czasie i przestrzeni. Dokonując porównania wyróżnionych wycinków czasowych lub przestrzennych stanu zjawiska w procesie jego rozwoju, można ustalić zachodzące prawidłowości, istotne trwałe i ważne

⁵ W. Pytkowski, *Organizacja badań i ocena prac naukowych*, wyd. PWN, Warszawa 1985, s. 114.

⁶ J. Apanowicz, *Metodologia nauk*, wyd. TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń 2003, s. 26.

⁷ <https://sjp.pwn.pl/szukaj/synteza.html> [dostęp: 1.05.2023].

⁸ P. Dec, *Analiza jako metoda badawcza*, [w:] K. Kuciński (red.), *Doktoranci o metodologii nauk ekonomicznych*, wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2007.

nowe cechy, a na tej podstawie przewidywać dalszy kierunek zjawiska, przyszłe możliwe przemiany i stany⁹.

Analogia jest rodzajem rozumowania (wnioskowania), procesem pośrednim między dedukcją a indukcją. Wiązała się ona ze stosowanym przez autora przenoszeniem podobieństwa wartości z jednego przedmiotu na drugi¹⁰.

Abstrahowanie to metoda naukowa polegająca na tworzeniu modelu przedmiotu badań i prowadzenia na nim badań (dociekania budowy, funkcjonowania, istoty badanego przedmiotu). W przypadku postępowania badawczego autora przebiegała w dwóch etapach: *abstrakcji właściwej i konkretyzacji modelu*.

Abstrakcja właściwa polegała na tworzeniu ogólnego obrazu badanego przedmiotu, z uwzględnieniem tylko najważniejszych cech, a eliminacji drugorzędnych, nieistotnych. Powstały model umożliwił zbadanie i sformułowanie podstawowych prawidłowości i zbudowanie zasadniczego szkieletu teorii o badanym przedmiocie. Stanowił podstawę dla drugiego etapu metody abstrakcji, czyli stopniowych przybliżeń abstrakcyjnego obrazu do rzeczywistości. W efekcie uzyskano taki obraz przedmiotu badań i występujących w nim prawidłowości, że można go było odnieść do konkretnej rzeczywistości, poddać weryfikacji i stosować użytkowo w układzie wniosku patentowego¹¹.

Uogólnienie to operacja myślowa przechodzenia od twierdzeń o pojedynczym przedmiocie (zjawisku) do pojęć i twierdzeń bardziej ogólnych, dotyczących grupy lub klasy przedmiotów (zjawisk), a następnie do jeszcze bardziej ogólnych. Czyni się to za pomocą łączenia faktów (przedmiotów, zdarzeń, zjawisk, procesów) na zasadzie stwierdzenia ich podobieństw pod jakimś kątem¹². Dzięki uogólnieniu dla autora możliwe było ujawnienie cech i zjawisk powtarzalnych, co doprowadziło do wykrywania prawidłowości oraz formułowania na tej podstawie praw nauki, zasad działania, a także dokonywania systematyzacji, typizacji i klasyfikacji badanych zjawisk powiązanych z problematyką ewakuacji i niepełnosprawnych.

W ujęciu szczegółowym należy podkreślić, że metodami teoretycznymi (analiza i synteza, porównanie, abstrahowanie, analogia, uogólnienie) objęte zostały wszystkie problemy badawcze. Ich zastosowanie pozwoliło na pozyskanie wartościowych

⁹ E. Wiśniewski, *Metodyka wojskowych badań naukowych*, wyd. ASG WP, Warszawa 1983, s. 77-78.

¹⁰ J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej Bernardinum, Gdynia 2002, s. 29.

¹¹ E. Wiśniewski, dz. cyt., s. 77.

¹² Tamże, s. 79.

informacji, umożliwiając tym samym wytyczenie kierunków prowadzonych dociekań oraz stworzenie teoretycznych założeń w kontekście badanego problemu.

Zastosowanie analizy pozwoliło na określenie obecnego stanu:

- współczesnego postrzegania bezpieczeństwa i tendencji w tym zakresie;
- personalnych wyzwań i zagrożeń dla bezpieczeństwa osobistego, rozpatrywanego z perspektywy osoby pełno- i niepełnosprawnej;
- ograniczeń zdrowotnych oraz zagrożeń bezpieczeństwa osób dysfunkcyjnych;
- występowania rozmaitych barier ewakuacji osób niepełnosprawnych, w tym ruchowo;
- stopnia przygotowania właścicieli i zarządców budynków do bezpiecznej ewakuacji osób niepełnosprawnych ruchowo z budynku w razie wystąpienia zagrożenia.

Stosując tę metodę badano materiały źródłowe: akty prawne związane z bezpieczeństwem państwa i obywateli; warunkami technicznymi budynków; ewakuacją ludności; dokumenty Narodów Zjednoczonych (ONZ), Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Narodów Zjednoczonych do spraw Edukacji, Nauki i Kultury (UNESCO) oraz Wojska Polskiego; raporty z kontroli Najwyższej Izby Kontroli (NIK); wyniki badań opinii społecznej; potwierdzone dane ze stron internetowych; obowiązujące programy szkolenia, regulaminy i instrukcje; dostępną literaturę przedmiotu w formie opracowań książkowych i artykułów naukowych, a także inne materiały.

Analizie poddano dodatkowo artykuły prasowe, materiały pokonferencyjne, fora internetowe, audycje radiowe i telewizyjne. Tym samym pozyskano opinie osób spoza świata nauki, zajmujących się bezpieczeństwem wewnętrznym i zdrowotnym jednostek.

Dzięki zastosowanej syntezie sformułowano wnioski, przydatne podczas tworzenia modelu prototypu urządzenia pod nazwą: *Wielofunkcyjny adapter łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji i osób z nadwagą 140+* i wniosku o udzielenie patentu na wynalazek: *Adapter na standardowe łóżko do transportu chorych*.

Zastosowanie obu metod badawczych pozwoliło na uzyskanie nowej wiedzy z zakresu pożądanych bądź koniecznych zmian systemu bezpieczeństwa, norm prawnych, w tym prawa budowlanego, likwidacji barier architektonicznych, zmian w organizacji ewakuacji osób niepełnosprawnych ruchowo, a także ewolucji postawy społecznej wobec ludzi niepełnosprawnych. Wiedza ta została wyprowadzona z wiedzy istniejącej i poszerzona o wyniki badań własnych.

Synteza przeanalizowanych materiałów pozwoliła na sformułowanie hipotezy badawczej dotyczącej personalnego charakteru wyzwań współczesnego bezpieczeństwa, wywołującego skupianie się na realizacji różnorodnych zadań związanych z problematyką zdrowotną.

Porównanie posłużyło do wymagań dotyczących ewakuacji zawartych w różnych aktach prawnych, czasu bezpiecznej ewakuacji osób pełnosprawnych i jednostek z ograniczeniami ruchowymi oraz zmiany opinii obywateli odnośnie zdrowia jako podstawy udanego życia.

Abstrahowanie umożliwiło pominięcie pewnych mniej istotnych składników, w celu wyeksponowania elementów istotnych z punktu widzenia prowadzonych dociekań.

Analogia okazała się przydatna do formułowania wniosków o występujących podobieństwach, głównie podczas badania sytuacji osób niepełnosprawnych ruchowo lub z dysfunkcjami ruchu.

Uogólnienie natomiast zastosowano jako element podsumowujący każdą fazę pracy badawczej, łącząc wyniki badań teoretycznych (np. analizy literatury) i empirycznych (ilościowych i jakościowych). Umożliwiło ono ujawnienie pożądanых cech, a w konsekwencji sformułowania koncepcji łóżka medycznego (rehabilitacyjnego) wspomagającego ewakuację i projektu łóżka do transportu chorych o zmiennej geometrii, mającego zastosowanie do pielęgnacji i w razie potrzeby – ewakuacji, zwłaszcza osób o masie ciała powyżej 140 kg.

Podczas badań teoretycznych studiowano szereg pozycji wydawniczych, bezpośrednio lub pośrednio związanych z problemami badawczymi. W ich toku autor nie stwierdził istnienia opracowań, które przedstawiałyby w sposób syntetyczny problematykę bezpieczeństwa osobistego osób niepełnosprawnych ruchowo w sytuacji wymuszonej ewakuacji.

Szczegółowe studia pozycji zawartych w bibliografii pozwoliły jednakże na zebranie poglądów dotyczących badanego problemu i przyczyniły się do określenia kierunków dalszych czynności z zastosowaniem empirycznych metod badawczych. Dzieła te należałoby podzielić na dwie grupy: wytworzone przez autorów wywodzących się z grona badającego zagadnienia ewakuacji i ze środowiska pochylającego się nad problematyką osób niepełnosprawnych.

W sferze problematyki ewakuacji za szczególnie cenne należałoby przywołać dzieła takich badaczy jak: R. Grocki, skupiający się na osobach niepełnosprawnych w sytuacji

zagrożenia¹³; P. Wolny, który opisuje holistyczne podejście do problemu ewakuacji¹⁴; A. Polak-Sopińska i K. Niziołek, którzy swoje badania skoncentrowali na rozwoju techniki, medycyny i inwencji twórczych, jako czynników stwarzających szanse dla osób z niepełnosprawnościami¹⁵; czy B. Baranowski, M. Zabłocki i P. Pohl, koncentrujący się na koncepcjach i konstrukcji budowy urządzeń do ewakuacji osób niepełnosprawnych z wysokich budynków¹⁶.

Przydatność analiz treści literatury i dalszych badań dotyczących osób niepełnosprawnych zauważono głównie w toku badań nad wieloaspektowością działań ewakuacyjnych. Stwierdzono, że wybrani autorzy łączą kwestie ewakuacji i problemów z poruszaniem się osób niepełnosprawnych.

Przykładowo: Z. Ciekankowski i A. Marjański pochyłili się nad uwarunkowaniami zarządzania kryzysowego w odniesieniu do potrzeb i ograniczonych możliwości osób niepełnosprawnych¹⁷. W. Otwinowski natomiast zauważył, że pierwszeństwo podczas ewakuacji mają, poza dziećmi i ciężarnymi kobietami, osoby niepełnosprawne¹⁸.

Problem braku efektywnych rozwiązań w zakresie ewakuacji osób niepełnosprawnych, w tym tych z dysfunkcjami ruchu wskazała J. Filaber zwracając uwagę na fakt, że rozwiązania legislacyjne dotyczące ewakuacji obejmują w zasadzie wyłącznie systemy sygnalizacji pożarowej i radiowęzły¹⁹.

Brak przepisów prawa budowlanego, pociągający za sobą brak pełnej ochrony w przypadku ewakuacji osób niepełnosprawnych zauważył natomiast M. Wysocki²⁰.

Twierdzenia natury ogólnej, przedstawione wieloaspektowo w studiowanych publikacjach, były w większości zbieżne z wnioskami z badań wyprowadzonych przez autora. Krytycznie należy jednak zauważyć, że nie ma w literaturze przedmiotu teorii

¹³ R. Grocki, *Osoby niepełnosprawne w sytuacji zagrożenia*, wyd. Difin, Warszawa 2014.

¹⁴ P. Wolny, *Holistyczne podejście do problemu ewakuacji*, wyd. WPL, Łódź 2021.

¹⁵ A. Polak-Sopińska, K. Niziołek, *Rozwój techniki, medycyny, inwencji twórczych to nowe szanse dla osób z niepełnosprawnościami*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPL, Łódź 2011.

¹⁶ B. Baranowski, M. Zabłocki, P. Pohl, *Wybrane zagadnienia koncepcyjne i konstrukcyjne budowy urządzeń do ewakuacji osób niepełnosprawnych z wysokich budynków*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), dz. cyt.

¹⁷ Z. Ciekankowski, A. Marjański, *Uwarunkowania zarządzania kryzysowego na poziomie podstawowym*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Współczesne problemy zarządzania. Bezpieczeństwo publiczne” Nr 10 2017, s. 114.

¹⁸ W. Otwinowski, *Podstawy zarządzania kryzysowego i systemu obronnego*, wyd. WSHiU, Poznań 2015, s. 115.

¹⁹ J. Filaber, *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/79845/PDF/01_04_Filaber-J_Ewakuacja-osob-niepelnosprawnych.pdf [dostęp: 20.10.2022], s. 99.

²⁰ M. Wysocki, *Poprawa bezpieczeństwa osób z niepełnosprawnością podczas ewakuacji z obiektów użyteczności publicznej*, „Materiały Budowlane” Nr 10 (506) 2014.

i badań dotyczących ewakuacji osób z dysfunkcjami ruchowymi o ponadnormatywnej masie ciała.

W pracy wykorzystano także *empiryczne* metody badawcze, czyli badania, w których wnioski są wyciągane ściśle z konkretnych dowodów empirycznych, które są weryfikowalne. Zaliczyć można do nich metody: *ilościowe* oraz *jakościowe*.

Ilościowe metody badawcze są wykorzystywane do zbierania informacji za pomocą danych liczbowych. Służą do ilościowego określania opinii czy zachowań. Są one wstępnie zdefiniowane i mają bardziej ustrukturyzowany format. Do najczęściej stosowanych zalicza się sondaże, gdyż mogą być z powodzeniem stosowane w przypadku dużych prób badawczych.

W przypadku niniejszych badań autor zastosował *metodę sondażu diagnostycznego* z wykorzystaniem *techniki ankietowania* i *narzędzia* w postaci *kwestionariusza ankiety*.

Jakościowe metody badawcze są wykorzystywane w badaniach empirycznych do zbierania danych nienumerycznych. Służą do znajdowania znaczenia, opinii lub przyczyn leżących u podstaw badanych. Są to metody niestrukturalne lub częściowo ustrukturyzowane. Zazwyczaj są stosowane w przypadku niewielkiej próby, ale pozwalają na uzyskanie szczegółowych informacji na temat badanego problemu. Przykładami metod jakościowych są: grupy fokusowe, eksperymenty i wywiady.

W relacjonowanym przypadku swoich badań autor zastosował *metodę sondażu diagnostycznego* z wykorzystaniem *techniki wywiadu eksperckiego* i *narzędzia* w postaci *kwestionariusza wywiadu*.

Bazując na powyżej zaprezentowanych założeniach badaniami empirycznymi o charakterze ilościowym objęto wybranych celowo respondentów, którzy korzystali z usług rehabilitacji lub przebywali na oddziałach szpitalnych. Celem tego badania było przede wszystkim uzyskanie wstępnych danych na temat organizacji bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo w warunkach wymuszonej ewakuacji.

Z raportów Głównego Urzędu Statystycznego (Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności) i Eurostatu (*European Health Interview Survey*) wynika, że około 4 miliony osób w Polsce posiada prawne orzeczenie o niepełnosprawności. Co czwarta osoba z tej grupy cierpi na schorzenie narządu ruchu²¹. Dodatkowo grupę z dysfunkcją ruchu powiększają osoby czasowo unieruchomione z powodu złamań i innych uszkodzeń ciała.

²¹ <https://www.mobilex.pl/blog/niepelnosprawni-w-polsce/> [dostęp: 1.05.2023].

W tym szerokim kontekście umieszczono badania dotyczące bezpieczeństwa osób z niepełnosprawnością ruchową w warunkach ewakuacji.

W kwestionariuszu ankietowym pytano respondentów o pojmowanie pojęć: *bezpieczeństwo*, *bezpieczeństwo osobiste*, *bezpieczeństwo zdrowotne*. Respondenci wyrażali opinię na temat własnego poczucia bezpieczeństwa, wpływu stanu zdrowia na odczuwalny przez człowieka poziom bezpieczeństwa osobistego. Odpowiadali także na pytania o doświadczenia w zakresie ograniczeń ruchowych. Zostali również zapytani o znajomość zasad wymuszających ewakuowanie osób z zajmowanych pomieszczeń i dostrzeżenie problemu ryzyka ewakuacji z zajmowanego pomieszczenia. Ankietowani mieli także możliwość podzielić się swoimi obawami dotyczącymi ewakuacji w przypadku posiadanego ograniczenia ruchowego. Osoby, które miały do czynienia z łóżkiem rehabilitacyjnym, zostały poproszone o szczegółową jego ocenę, uwzględniając przydatność tego łóżka w czasie ewakuacji.

Uzyskane w ten sposób wyniki wykorzystano na potrzeby realizacyjno-badawcze niniejszej dysertacji, ale niezależnie od tego zdaniem autora mogą być również użyteczne nie tylko naukowo, ale także dla specjalistów z zakresu ochrony zdrowia.

Przeprowadzone na próbie 215 respondentów badania miały także na celu rozpoznanie i porównanie opinii osób, które miały do czynienia z sytuacją unieruchomienia i uzależnienia od innych ludzi oraz takich, które na taki problem nie napotkały.

Warte w tym miejscu jest dodatkowe podkreślenie, że w celu dotarcia do większej liczby respondentów, a jednocześnie uwzględniając względy ochrony środowiska naturalnego zastosowano dwie techniki badawcze: *badania ankietowe bezpośrednie* (ang. *PAPI/CAPI*) na węższą skalę oraz *badania ankietowe internetowe* (ang. *CAWI*) na szerszą skalę.

Badania *PAPI/CAPI* są jedną z najpowszechniejszych metod badawczych wśród badań ilościowych. Polegają na przeprowadzeniu przez ankietera wywiadu z respondentem, pytania zawarte w kwestionariuszu są odczytywane respondentowi, a odpowiedzi zapisywane w formularzu. Badania te są skuteczne ze względu na możliwość zebrania rzetelnych odpowiedzi.

Badania *CAWI* z kolei polegają na przekazaniu kwestionariusza respondentowi za pośrednictwem *Internetu*. Wówczas ankietę wypełniana jest samodzielnie, a dane są zapisywane na *dysku* lub w *chmurze*.

Badaniem empirycznym o charakterze jakościowym w formie badania sądów i opinii (*wywiad ekspercki*), zostali objęci wybitni przedstawiciele służby zdrowia, straży pożarnej i pracownicy domu pomocy społecznej:

- dyrektor zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej,
- pielęgniarka oddziałowa na oddziale neurologii z pododdziałem udarowym,
- pielęgniarka, kierownik Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej,
- kierownik działu leczenia centrum rehabilitacji,
- ratownik medyczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym,
- specjalista fizjoterapii, biegły sądowy z dziedziny rehabilitacji i fizjoterapii,
- Komendant Miejski Państwowej Straży Pożarnej,
- strażak w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej,
- dyrektor Domu Pomocy Społecznej.

Pozyskane uwagi i opinie ekspertów pozwoliły na określenie potrzeb w zakresie organizacji bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo. Wyniki uzyskane metodą wywiadu eksperckiego niestandardyzowanego uznano za szczególnie cenne.

Eksperci zapoznali się ze zgłoszeniem patentowym i prototypem urządzenia pod nazwą: *Łóżko do transportu chorych*. Zauważyli, że wprowadzenie kilku zmian mogłoby pomóc w lepszym funkcjonowaniu narzędzia oraz usprawnić proces ewakuacji osób z dysfunkcjami ruchowymi.

Podsumowując zatem zaprezentowane powyżej treści należy stwierdzić, że przyjęte w trakcie procesu badawczego procedury umożliwiły badanie każdego problemu jedną lub kilkoma metodami, przyczyniając się do zgłębienia badań i osiągnięcia – zdaniem autora – wiarygodnych wyników. Przeprowadzony, stosunkowo szeroki program badań, potwierdził przyjęte założenia hipotetyczne i umożliwił osiągnięcie założonego celu badań.

1.5. Dobór i charakterystyka próby badawczej

Przeprowadzone badania empiryczne na grupie respondentów miały charakter reprezentatywny²².

²² Badania reprezentatywne - oparte na starannie dobranej próbie badawczej. Por. T. Majewski, *Ankieta i wywiad w badaniach wojskowych*, wyd. AON, Warszawa 2002, s. 20.

Zauważyć w tym miejscu trzeba, że próba reprezentatywna to grupa osób, której struktura ze względu na badane cechy (zmienne) jest zbliżona do struktury populacji statystycznej, z której pochodzi. Reprezentatywność próby (próba reprezentatywna) można uzyskać stosując zarówno losowe (*probabilistyczne*) jak i nielosowe (*nieprobabilistyczne*) techniki wyboru próby. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że większą szansę na reprezentatywność próby daje zastosowanie technik losowego jej wyboru²³.

W takim stanie rzeczy respondenci zostali zatem dobrani przez autora w sposób losowy, a badaniami objęto populację korzystającą z usług rehabilitacyjnych w regionie Południowa Wielkopolska, w tak zwanej *aglomeracji kalisko-ostrowskiej*.

Jak już zauważono powyżej, ogółem pozyskano 215 wypełnionych kwestionariuszy ankietowych (patrz: *kwestionariusz ankiety* – załącznik nr 1), z czego 10 było niepełnych. Do ostatecznej analizy przyjęto odpowiedzi udzielone przez 205 osób.

Wśród respondentów ponad połowę stanowiły kobiety (63%), a niemal co trzeci uczestnik badania był mężczyzną (37%).

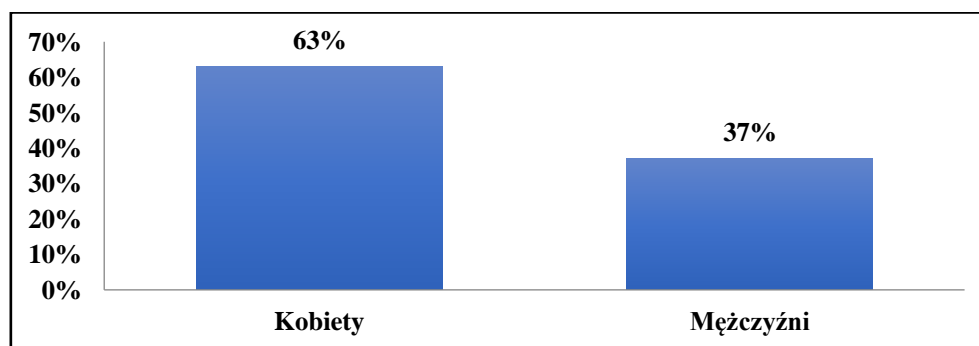
Powyższe prezentuje tabela 1.1 i wykres 1.1.

Tabela 1.1. Płeć uczestników badania

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	Liczba wskazań (w os.)	Udział (w %)
Kobiety	129	63
Mężczyźni	76	37
Razem	205	100

Źródło: badania własne.

Wykres 1.1. Płeć uczestników badania



Źródło: badania własne.

²³ M. Szreder, *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, wyd. PWE, Warszawa 2004; Cz. Bracha, *Teoretyczne podstawy metody reprezentacyjnej*, wyd. PWN, Warszawa 1996.

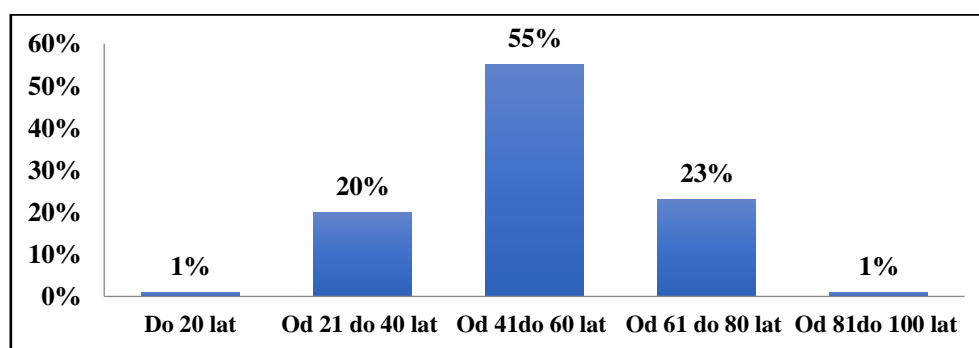
Tabela 1.2. Wiek uczestników badania

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	Liczba wskazań (w os.)	Udział (w %)
Do 20 lat	2	1
Od 21 do 40 lat	42	20
Od 41 do 60 lat	112	55
Od 61 do 80 lat	47	23
Od 81 do 100 lat	2	1
Razem	205	100

Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość respondentów to osoby w wieku produkcyjnym (patrz: tabela 1.2. i wykres 1.2.). Stanowiły one łącznie 75% uczestników badania. Za ledwie co czwarta osoba była w wieku emerytalnym (łącznie 24%). 1% respondentów miało mniej niż 20 lat.

Wykres 1.2. Wiek uczestników badania



Źródło: badania własne.

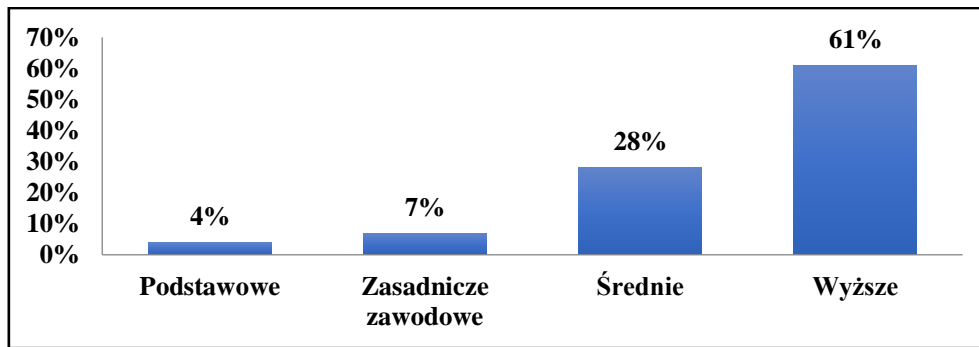
Ponad połowa respondentów posiadało wykształcenie wyższe (61%) - tabela 1.3. i wykres 1.3). 28% uczestników badania miało wykształcenie średnie (28%). Wśród respondentów były także osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (7%) i podstawowym (4%).

Tabela 1.3. Wykształcenie uczestników badania

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	Liczba wskazań (w os.)	Udział (w %)
Podstawowe	8	4
Zasadnicze zawodowe	15	7
Średnie	57	28
Wyższe	125	61
Razem	205	100

Źródło: badania własne.

Wykres 1.3. Wykształcenie uczestników badania



Źródło: badania własne.

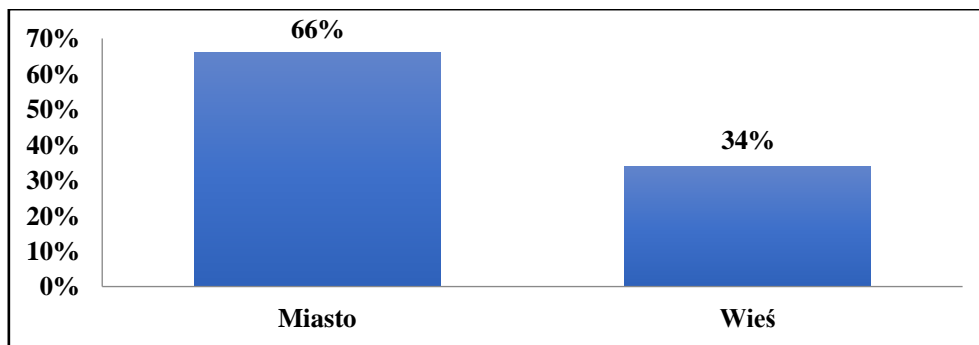
Pod względem miejsca zamieszkania badana grupa cechowała się mniejszym zróżnicowaniem. Większość ankietowanych mieszkała w mieście. Mieszkańcami wsi było 34% uczestników badania (patrz: tabela 1.4. i wykres 1.4.).

Tabela 1.4. Miejsce zamieszkania uczestników badania

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	Liczba wskazań (w os.)	Udział (w %)
Miasto	135	66
Wieś	70	34
Razem	205	100

Źródło: badania własne.

Wykres 1.4. Miejsce zamieszkania uczestników badania



Źródło: badania własne.

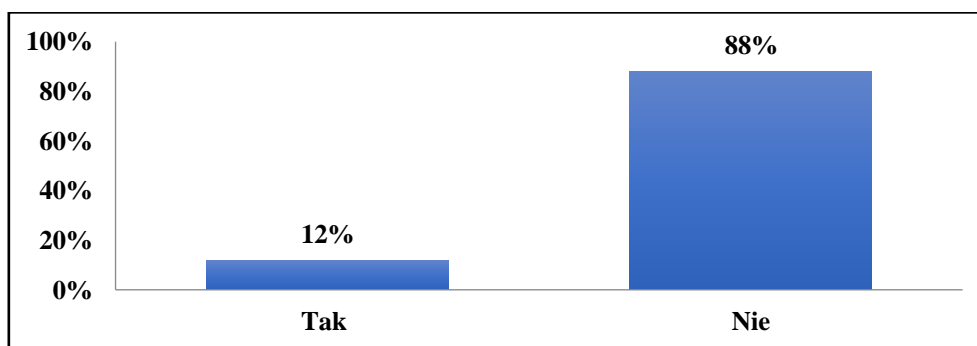
Na poczucie bezpieczeństwa osobistego jednostki silnie może wpływać dostępność wsparcia ze strony innych, wspólnie zamieszkujących osób. Pod tym względem badana grupa cechowała się dużą jednorodnością, tylko 12% osób biorących udział w badaniu mieszkało samodzielnie (patrz: tabela 1.5. i wykres 1.5.). Najczęściej ci respondenci mieli ponad 60 lat i mieszkali w mieście. Co ósma osoba mieszkająca samodzielnie korzysta codziennie z pomocy innych osób, aby zaspokoić swoje potrzeby bytowe.

Tabela 1.5. Samodzielność uczestników badania

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	Liczba wskazań (w os.)	Udział (w %)
Tak	25	12
Nie	180	88
Razem	205	100

Źródło: badania własne.

Wykres 1.5. Samodzielność uczestników badania



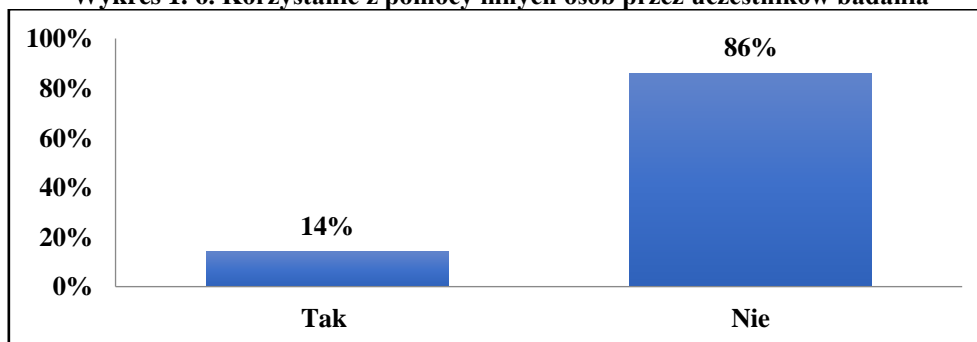
Źródło: badania własne.

Tabela 1. 6. Korzystanie z pomocy innych osób przez uczestników badania

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	Liczba wskazań (w os.)	Udział (w %)
Tak	28	14,0
Nie	177	86,0
Razem	205	100

Źródło: badania własne.

Wykres 1. 6. Korzystanie z pomocy innych osób przez uczestników badania



Źródło: badania własne.

Z pomocy innych w celu zaspokojenia swoich potrzeb bytowych codziennie korzystało 14% osób (tabela 1.6 i wykres 1.6). 86% respondentów nie potrzebowało takiego wsparcia, aby zaspokoić swoje codzienne potrzeby.

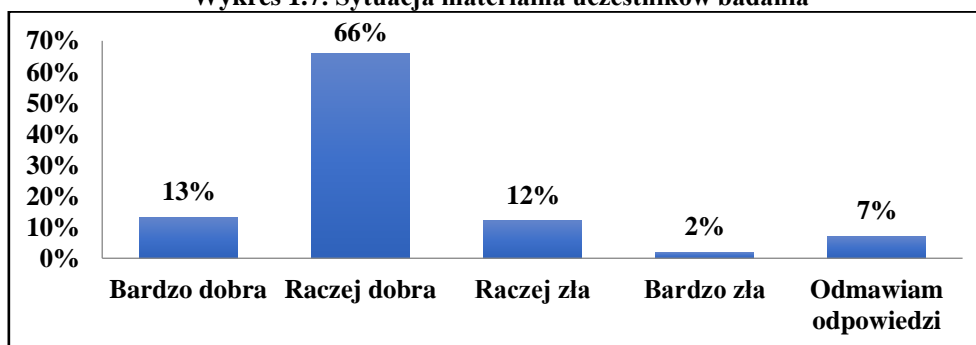
Ankietowani ocenili swoją sytuację finansową jako dobrą (66%) lub bardzo dobrą (13%). Łącznie tylko 14% osób negatywnie oceniło swoją sytuację materialną (patrz: tabela 1.7. i wykres 1.7.).

Tabela 1.7. Sytuacja materialna uczestników badania

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	Liczba wskazań (w os.)	Udział (w %)
Bardzo dobra	27	13
Raczej dobra	135	66
Raczej zła	25	12
Bardzo zła	4	2
Odmawiam odpowiedzi	14	7
Razem	205	100

Źródło: badania własne.

Wykres 1.7. Sytuacja materialna uczestników badania



Źródło: badania własne.

Wyniki badań własnych złożyły się na obraz poziomu wiedzy respondentów o znaczeniu pojęć: *bezpieczeństwo*, *bezpieczeństwo osobiste* i *bezpieczeństwo zdrowotne*. Pozyskano również informacje na temat poczucia bezpieczeństwa uczestników badania, ich doświadczeń w zakresie ograniczeń ruchowych, które uniemożliwiają im samodzielne poruszanie się oraz uzyskania przez nich potrzebnego wsparcia. Respondenci podzielili się także swoimi poglądami na rzecz ewakuacji osób z ograniczeniami ruchowymi.

Do analizy danych ankietowych wykorzystano program do opracowywania danych statystycznych *Statistica*, który udostępnia szereg technik analitycznych. Do tych podstawowych należą statystyki opisowe (na przykład: średnia, mediana), które pozwalają na wyczerpujący opis statystyczny i eksplorację danych. Program *Statistica* umożliwia także analizę tabelaryczną, testy statystyczne, korelacje, analizy wielowymiarowe (między innymi: analiza regresji, analiza czynnikowa, analiza skupień).

Przy wykorzystaniu tego narzędzia zastosowano między innymi *podstawową analizę*, polegającą na skrzyżowaniu odpowiedzi respondentów udzielonych na poszczególne pytania ankietowe z danymi *metryczkowymi* (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, występowanie współmieszkańców, korzystanie z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, sytuacja finansowa).

Zastosowano także *analizę korelacji odpowiedzi* na różne pytania. Wobec faktu, że większość pozyskanych danych opisywała cechy jakościowe, korelację pomiędzy odpowiedziami zbadano wykorzystując test niezależności *Chi-kwadrat*.

W takiej analizie siłę zależności między zmiennymi niemierzalnymi można określić za pomocą skorygowanego współczynnika *kontyngencji*, współczynnika *Czuprowa* lub współczynnika zbieżności *V-Cramera*, które w swej konstrukcji opierają się na teście niezależności *Chi-kwadrat*. Współczynniki te przyjmują wartości z przedziału $\langle 0; 1 \rangle$, przy czym ich wartość bliższa 1 oznacza, że zależność jest silniejsza, natomiast wartość bliższa 0 informuje o słabszej zależności.

W części analizy połączone zostały odpowiedzi podobne do siebie według klucza: *tak* i *raczej tak* jako jedna odpowiedź *TAK*; *nie* i *raczej nie* jako jedna odpowiedź *NIE*. Następnie wykorzystano metodę *analizy średnich*, która polega na porównaniu wartości całkowitych (*Total*) z wartością średniej wyliczonej dla poszczególnej kategorii danej zmiennej. Wartość średniej oznacza w tym przypadku odsetek (procent) osób, które odpowiadają *TAK* w danym pytaniu (średnia może przyjmować wartość od 0,00 do 1,00, czyli od 0% do 100%).

Uzyskane w wyniku zastosowania tej metody materiały, pozwoliły na pozyskanie danych określających u badanych: poziom wiedzy na temat bezpieczeństwa, bezpieczeństwa osobistego i zdrowotnego oraz znajomości zasad ewakuacji; oceny proponowanego rozwiązania w zakresie organizacji bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo; kierunków doskonalenia prototypu wielofunkcyjnego adaptera łóżka rehabilitacyjnego oraz potrzeb osób z dysfunkcją narządów ruchu wynikających z braku możliwości samodzielnego poruszania się i efektywnej ewakuacji.

Ponadto uzyskany zbiór opinii umożliwił weryfikację przyjętej hipotezy badawczej oraz określenie obszarów wymagających dalszych badań.

1.6. Proces badań

Według przywoływanego już B. Szulca, proces badawczy to układ występujących kolejno czynności realizowanych przez określone podmioty, zmierzający do określonego celu poznawczego²⁴.

²⁴ B. Szulc, *Proces badań w naukach o obronności*, Praca naukowo-badawcza, AON, Warszawa 2014, s. 56.

Proces badawczy w niniejszej dysertacji zrealizowano w trzech etapach. Cykl badań obejmował: etap wstępny, etap badań właściwych oraz etap końcowy. Powyższe czynności obrazuje tabela 1.8.

Tabela 1.8. Etapy przeprowadzonego procesu badawczego

Fazy	Czynności	
I. Faza przygotowawcza (etap wstępny)	Krok 1	Pomysł badań: <ul style="list-style-type: none"> – kilkuletnie, osobiste zainteresowanie tematyką oraz doświadczenie związane z ewakuacją osób z niepełnosprawnością ruchową; – ścisła współpraca z Domami Pomocy Społecznej, Zakładami Opiekuńczo-Lecznicznymi oraz szpitalami; – analiza obserwacji, doświadczeń i studium przypadków, które zdobyto głównie podczas pełnienia funkcji wojewody wielkopolskiego, a to pozwoliło zidentyfikować sytuację problemową.
	Krok 2	Określenie celu i przedmiotu badań.
	Krok 3	Początkowe określenie zmiennych.
	Krok 4	Konceptualizacja badań (oparta między innymi na wstępnej analizie literatury przedmiotu): <ul style="list-style-type: none"> – formułowanie problemów badawczych oraz hipotez roboczych; – dobór metod i technik badawczych; – dobór próby badawczej oraz określenie terenu badań; – opracowanie koncepcji rozprawy doktorskiej.
	Krok 5	Operacjonalizacja oraz przygotowanie narzędzi badawczych.
II. Faza badań właściwych (etap badań właściwych)	Krok 6	Krytyczna analiza treści literatury (dokumentów), m.in. pod kątem szeroko pojętego bezpieczeństwa oraz ewakuacji, szczególnie osób niepełnosprawnych ruchowo.
	Krok 7	Dobór próby badawczej.
	Krok 8	Weryfikacja narzędzi badawczych (kwestionariusza wywiadu eksperckiego i kwestionariusza ankiety).
	Krok 9	Przeprowadzenie badań empirycznych.
III. Faza opracowania wyników badań (etap końcowy)	Krok 10	Porządkowanie i grupowanie zebranych materiałów badawczych (weryfikacja, selekcja, klasyfikacja, kategoryzacja, skalowanie danych).
	Krok 11	Prezentowanie uzyskanych danych.
	Krok 12	Analiza jakościowa i ilościowa materiału badawczego.
	Krok 13	Interpretacja wyników badań.
	Krok 14	Weryfikacja hipotez.
	Krok 15	Opracowanie koncepcji wsparcia osób z bezsilnością ruchową. Złożenie wniosku o udzielenie patentu na wynalazek adapter na standardowe łóżko do transportu chorych.
	Krok 16	Wnioskowanie końcowe.
	Krok 17	Opracowanie pisarskie badań w formie dysertacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Szulc, *Proces badań w naukach o obronności, Praca naukowo-badawcza*, wyd. AON, Warszawa 2014, s. 56-60.

W etapie wstępnym – wieloletnie zainteresowanie tematyką funkcjonowania osób z dysfunkcjami ruchu oraz towarzyszące temu doświadczenia doprowadziły autora do szczegółowej analizy literatury w badanym zakresie. Dokonano obserwacji sytuacji osób ograniczonych ruchowo i analizy stanu *praktyki*, co umożliwiło na ogólne zidentyfikowanie problemu. Pozyskane dane wpłynęły na sprecyzowanie przedmiotu i celu badań, problemów badawczych i hipotez oraz wstępnie pozwoliły na dobór metod i technik badawczych.

Etap badań właściwych obejmował weryfikację przyjętej hipotezy głównej i hipotez szczegółowych poprzez kompleksowe rozwiązywanie wyartykułowanych problemów badawczych, sprecyzowanych w etapie wstępnym. Dokonano krytycznej analizy treści literatury i dokumentów, zarówno w sposób systemowy, jak i pod kątem personalnego charakteru bezpieczeństwa. Przeanalizowano także ograniczenia aktywności ruchowej i ich zdrowotne następstwa oraz zagrożenia bezpieczeństwa osób dysfunkcyjnych oraz ryzyka ich ewakuacji. Następnie skonstruowano narzędzia badawcze (kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz wywiadu). W dalszej kolejności dokonano doboru próby badawczej. Narzędzia badawcze zweryfikowano na próbie kontrolnej, sprawdzone kwestionariusze ankietowe wykorzystano do przeprowadzenia badań empirycznych (badania ankietowe), a kwestionariusze wywiadu – do przeprowadzenia wywiadów z ekspertami.

Podsumowanie końcowej fazy badań stanowiło pisemne opracowanie uzyskanych wyników i opublikowanie ich w formie niniejszej dysertacji.

Wyniki badań zostały zweryfikowane w końcowym etapie badań. Zebrane materiały badawcze uporządkowano i pogrupowano oraz zaprezentowano w postaci tabel i wykresów. Dokonano analizy ilościowej i jakościowej materiału badawczego.

Następnie podjęto się interpretacji wyników badań. Wcześniejsze działania doprowadziły do weryfikacji głównej i szczegółowych hipotez badawczych. Jednym z najważniejszych elementów tego etapu badań było opracowanie postulatywnego modelu wsparcia osób z bezsilnością ruchową (prototyp urządzenia *Wielofunkcyjny adapter łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji i osób z nadwagą 140+*). Sformułowano także wnioski końcowe.

W trakcie prowadzonych badań, na każdym ich etapie, napotkano rozmaite ograniczenia. Dostrzeżono zatem, że utrudnienia mogą być związane z zastosowanymi metodami i technikami badawczymi. Poznanie jakościowe jest bowiem uwarunkowane

słabościami wynikającymi między innymi z przypadkowego gromadzenia danych i trudnej do wykluczenia możliwości, niespełnienia kryteriów intersubiektywnej sprawdzalności²⁵. Zauważono także, że poznanie ilościowe może być obarczone błędami wynikającymi z uznania niektórych opinii przez badanych za rzeczywiste fakty, nieprecyzyjnego określenia badanego zjawiska, bądź z racji ograniczeń zdrowotnych problemów ze zrozumieniem instrukcji poprzedzającej badanie²⁶.

²⁵ W. Czakon, *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Oficyna Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013, s.110-111.

²⁶ Porównaj rozważania: M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2000, s. 80-84.

Rozdział 2.

ZASADNICZE TENDENCJE WSPÓŁCZESNEGO POJMOWANIA BEZPIECZEŃSTWA

Współczesny człowiek, pomimo niebywałego postępu na gruncie społecznym, ekonomicznym i naukowo-technicznym, nie potrafi wyzwolić swojego bytu od zróżnicowanych zagrożeń bezpieczeństwa. Intensywność problemów o charakterze wewnętrznym, jak i konfliktów na arenie międzynarodowej nie zmalała i trwa nadal, kreując różnorodne postawy. Znajdują one swoje przełożenie na szybko zmieniające się realia, złożone wyzwania bądź zaskakujące zachowania o cechach asymetrycznych. Istniejące przy tym ryzyka utraty stanu dotychczasowego dobrobytu materialnego, zdrowia czy nawet życia utrzymały się jako możliwe do wystąpienia nie tylko w wyniku działań militarnych, przestępczych, terrorystycznych czy błędów przemysłowo-gospodarczych, ale także na skutek oddziaływania sił przyrody. Te ostatnie przyjęły postać huraganów, powodzi, suszy czy innych katastrof naturalnych.

Postrzeżenie bezpieczeństwa zaczęło ulegać różnorodnym przemianom, z częstokroć występującą polaryzacją w wymiarze jednostkowym i ogólnospołecznym. Wydawać by się mogło, że pomocnym dla niwelowania pojawiających się antagonizmów, związanych z identyfikacją i wyjaśnieniem istoty bezpieczeństwa, powinien być dostępny dorobek naukowy. Na opisywanym gruncie jest on bezsprzecznie znaczący, ale jednocześnie przekłada się na szereg niezgodności, a nawet kontrastów. Dotyczą one sposobów postrzegania bezpieczeństwa jako podstawy bytu i funkcjonowania wszelkich przedmiotów poznania, interpretacyjnych potrzeb definiujących wybrane zjawiska badaczy, przyjętych perspektyw poznawczych, wybranego języka opisu bądź zastosowanych metod tego poznania. Wynikiem tak zaprezentowanej różnorodności stała się sektorowa wieloaspektowość ujęć bezpieczeństwa, która nie sprzyja tworzeniu wspólnej płaszczyzny jego poznawania²⁷.

Celem niniejszego rozdziału jest zatem zobrazowanie istoty wskazanego tytułowo zjawiska. Przeprowadzone i zaprezentowane poniżej wyniki badań mają jednocześnie stanowić oparcie dla realizacji celu częściowego podkreślającego zbadanie zasadniczych tendencji współczesnego pojmowania bezpieczeństwa, w tym z alokacją bezpieczeństwa zdrowotnego oraz rozwiązaniem szczegółowego problemu badawczego zawartego

²⁷ Szerzej: B. Pawlaczyk (red.), *Wymiary bezpieczeństwa publicznego i ich wieloaspektowość*, Wyd. Akademii Kaliskiej, Kalisz 2022.

w pytaniu: *Jakie są aktualnie tendencje w transdyscyplinarnym pojmowaniu bezpieczeństwa wraz z pozycjonowaniem w tym procesie bezpieczeństwa zdrowotnego?* Powyższe powiązано z częściowo realizowaną weryfikacją założonej hipotezy głównej, stanowiącej przypuszczenie, że *personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną*. Jednocześnie w całości znajduje odniesienie dla hipotezy szczegółowej H.1., w której autor wskazał, że *w procesie transdyscyplinarnego pojmowania bezpieczeństwa, problematyka bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest pozycjonowana adekwatnie do wyłaniających się wyzwań i potrzeb środowiskowych*.

W celu rozwiązania w ten sposób postawionego problemu badawczego oraz weryfikacji powyżej przywołanych hipotez, w niniejszym rozdziale zastosowano następujące metody badawcze: analizę, syntezę, porównanie, abstrahowanie i uogólnienie oraz sondaż diagnostyczny.

2.1. Kategorie poznawcze istoty bezpieczeństwa

Nauka jest nie tylko procesem pozyskiwania wiedzy, ale również swoistym tylko dla natury ludzkiej sposobem realizacji potrzeby poznawczej. Zabieg ten jest typowy zarówno dla jednostki jak i dla danego społeczeństwa.

Zdaniem Kazimierza Ajdukiewicza nauka to obszar wiedzy będący zbiorem wyników badań opartych na wcześniejszych założeniach innych badaczy. To również proces zdobywania wiedzy o przyrodzie, istocie świata i kreowaniu jej w określonych warunkach społecznych. Jest ona procesem badawczym prowadzącym do uzyskania wiedzy racjonalnej, jak również systemem twierdzeń oraz hipotez dotyczących człowieka, społeczeństwa i zjawisk gospodarczych²⁸.

Nie każda wiedza ma charakter naukowy. Tym samym największym problemem, stanowiącym przedmiot dyskusji wśród wielu naukowców, jest umiejętność odróżnienia nauki od pseudonauki. Przyjmuje się zatem, że dana myśl posiada charakter naukowy, jeżeli ma na względzie kanony poznania naukowego, którego najistotniejszą cechą jest interdyscyplinarność. Prowadzi ona do postępu cywilizacyjnego, rozwiązania danego problemu oraz zgłębienia możliwych bądź poszukiwanych relacji. Ponieważ zachowanie takie ma charakter permanentny i posiada cechy uniwersalne, może stać się podstawą do innych badań. Przyjmowane w ten sposób cele procesu zgłębienia wiedzy

²⁸ K. Ajdukiewicz, *Język i poznanie*, wyd. PWN, Warszawa 1985, s. 35.

są realizowane przy pomocy metody naukowej, czyli ustalonego, wystarczającego do wyspecyfikowanych potrzeb zestawu zasad akceptowanych przez naukową społeczność, który służy wskazaniu prawdziwości wysuwanych hipotez i uzyskaniu określonego zasobu wiedzy²⁹.

Poznanie, zawierające zarówno zbiór czynności jak i rezultaty procesów poznawczych, z konieczności podlega różnorodnej kategoryzacji³⁰. W ujęciu słownikowym można z kolei ustalić, że *kategoria* to *grupa ludzi, przedmiotów, zjawisk itp. wyróżniona ze względu na jakąś cechę wspólną bądź ogólne pojęcie, za pomocą którego w filozofii i nauce ujmowana jest rzeczywistość*³¹.

Przywołane powyżej procesy tworzą i modyfikują struktury poznawcze. Są one przedmiotem badań w kognitywistce i psychologii poznawczej. Można stwierdzić, że procesy poznawcze służą tworzeniu i modyfikowaniu wiedzy o otoczeniu, jaka kształtuje zachowanie (służą poznawaniu otoczenia).

Określenie *poznawcze* (ang. *cognitive*) odnosi się w tym przypadku do filozoficznego *poznania* (ang. *cognition*). Dotyczy ono zdolności do poznawania rzeczywistości i posiadania wiedzy przez człowieka. Z psychologicznego punktu widzenia można określić to pojęcie jako zdolność do odbierania informacji z otoczenia, przetwarzania ich i wykorzystywania do kontroli własnego zachowania³².

W tym miejscu ponownie należy przywołać bezdyskusyjne stwierdzenie, że we współczesnym świecie jedną z podstawowych i mających ogromne znaczenie wartości dla człowieka jest *bezpieczeństwo*. Różnorodną analizą problematyki bezpieczeństwa, szczególnie w ujęciu teraźniejszym, zajmowało się wielu badaczy. Bezpieczeństwo z biegiem lat zaczęło nabierać bowiem nowych kształtów, ukazywać się w nowych kontekstach i rozbudowywać w kolejno pojawiających się definicjach. W najprostszym ujęciu bezpieczeństwo jest stanem, który niweluje poczucie zagrożenia.

Poczucie bezpieczeństwa można opisać z kolei jako zaspokojenie potrzeb przetrwania, zachowania wielowymiarowej tożsamości, spokoju, posiadania i pewności odnośnie zdarzeń przyszłych.

W kontekście *posiadania* Eli Jelly-Schapiro wyróżnił trzy aspekty bezpieczeństwa: własność, rasa oraz sytuacje kryzysowe. Własność jest głównym przedmiotem

²⁹ A. Sadowski, A. Szydlik, *Poznanie naukowe i kanony nauki*, „Optimum Studia Ekonomiczne” Nr 2 (80) 2016, s. 55-56.

³⁰ Zobacz: K. Ajdukiewicz, *Zagadnienia i kierunki filozofii*, Wydawnictwo ANTYK, Warszawa 2003, s. 17.

³¹ *Słownik Języka Polskiego PWN*, [w:] <https://sjp.pwn.pl/slovniki/kategoria.html> [dostęp: 20.05.2022].

³² Szerzej: J. Buczkowska, *Poznawcza geneza języka a informacyjna struktura znaczenia*, „Studia Philosophiae Christianae UKSW” 41(4) 2015.

zarządzania bezpieczeństwem, rasa wyznacza granice i struktury bezpieczeństwa, a sytuacje nadzwyczajne wymagają ustalenia odpowiednich taktyk władz publicznych, poprzez które legitymizowana i egzekwowana jest wieloraka polityka bezpieczeństwa³³.

W strukturze pięciu grup potrzeb opracowanej przez amerykańskiego psychologa Abrahama Masłowa bezpieczeństwo znalazło się na drugim miejscu – za potrzebami fizjologicznym, a przed potrzebą miłości i przynależności. A. Maslow zaprezentował ją po raz pierwszy w 1943 roku, a w wersji mającej postać swoistej piramidy pojawiła się w latach 60. XX wieku na podstawie uzupełniającego opisu Charlesa McDermida³⁴.

Jak podkreśla badacz opisywanego zagadnienia Ireneusz T. Dziubek, człowiek od początków swojej egzystencji z niezmiennym zainteresowaniem odnosił się do zagadnień dotyczących bezpieczeństwa. Z terminem tym wiązał swoje największe nadzieje, budując jednocześnie na jego podstawie bliższą lub dalszą przyszłość. Bezpieczeństwo stało się zatem elementarną potrzebą warunkującą pomyślny rozwój nie tylko pojedynczej istoty ludzkiej, ale całych grup społecznych, narodów i państw³⁵.

Analiza wyników badania własnego prowadzi do wniosku, że respondenci postrzegali bezpieczeństwo jako jedną z podstawowych potrzeb człowieka (patrz: wykres 2.1.).

Ankietowani zwrócili także uwagę na inne definicje tego pojęcia. Uważali, że bezpieczeństwo to:

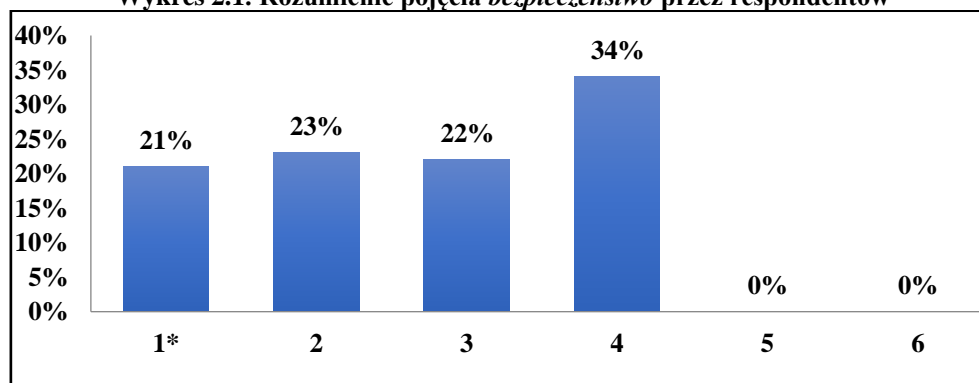
- stan zaspokojenia potrzeb, przetrwania, zachowania wielowymiarowej tożsamości, spokoju, posiadania i pewności odnośnie zdarzeń przyszłych;
- ochrona przed ryzykiem i zagrożeniami;
- brak występowania jakichkolwiek zagrożeń.

³³ E. Jelly-Schapiro, *Security: The Long History*, „Journal of American Studies”, 47(3) 2013, s. 801-826. doi:10.1017/S0021875813000042 [dostęp: 01.05.2023].

³⁴Zobacz: *How Money motivates Men Charles McDermid*, „Business Horizons” Vol. 3, Is. 41960, s. 93-100.

³⁵ I.T. Dziubek, *Edukacja obronna „Wiedza”*, wyd. PWSZ Kalisz, Kalisz 2015, s. 35.

Wykres 2.1. Rozumienie pojęcia *bezpieczeństwo* przez respondentów



Legenda: 1* – Bezpieczeństwo to brak występowania jakichkolwiek zagrożeń, 2 – Bezpieczeństwo to stan zaspokojenia potrzeb przetrwania, zachowania wielowymiarowej tożsamości, spokoju, posiadania i pewności odnośnie zdarzeń przyszłych, 3 – bezpieczeństwo to ochrona przed ryzykiem i zagrożeniami, 4 – bezpieczeństwo to jedna z podstawowych potrzeb człowieka, 5 – nie wiem, 6 – inna odpowiedź.

Źródło: badania własne.

Postępujący rozwój społeczeństw w wymiarze przemysłowym, kulturowym i politycznym spowodował, że współczesne rozumienie bezpieczeństwa znacznie różni się od jego ustalonych definicji w przeszłości. Swoim zasięgiem obejmuje zagadnienia polityczne, wojskowe, gospodarcze, technologiczne, ekologiczne, społeczne i humanitarne³⁶.

W ujęciu podstawowym podejście do pojmowania bezpieczeństwa jest związane przede wszystkim z jego etymologią. Bezpieczeństwo w języku łacińskim to *sine cura* (*securitas*). Pierwszy człon *sine* oznacza *bez*, drugi natomiast – *cura* – można porównać do takich pojęć, jak *troska*, *zmartwienie*, *niepokój* czy *strach*. Ostatecznie można to tłumaczyć jako stan pozbawiony troski, zmartwienia, niepokoju czy strachu³⁷.

Istotę bezpieczeństwa można sprowadzić do jego stanu (osiągnięte poczucie bezpieczeństwa danego podmiotu), jak i dokonującego się w tym względzie procesu (zapewnianie poczucia bezpieczeństwa podmiotu) odzwierciedlającego dynamiczny charakter zjawiska bezpieczeństwa.

Uznany badacz problematyki bezpieczeństwa Stanisław Koziej dostrzegł, że bezpieczeństwo danego podmiotu *to ta dziedzina jego aktywności, której treścią jest zapewnianie możliwości przetrwania (egzystencji) i swobody realizacji własnych interesów w niebezpiecznym środowisku, w szczególności poprzez wykorzystywanie szans (okoliczności sprzyjających), stawianie czoła wyzwaniom, redukcowanie ryzyka oraz*

³⁶ R. Zięba, *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń 2005, s. 33.

³⁷ Porównaj rozważania: W. Fehler, *Bezpieczeństwo wewnętrzne współczesnej Polski. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, wyd. Arte, Warszawa 2012, s. 7.

*przeciwdziałanie (zapobieganie i przeciwstawianie się) wszelkiego rodzaju zagrożeniom dla podmiotu i jego interesów*³⁸.

Współczesne analizy sprowadzające się do rozpoznania istoty bezpieczeństwa wskazują na złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia. Wielość definicji, a co za tym następuje, bogactwo kategorii poznawczych bezpieczeństwa jest wynikiem tego, że reprezentanci poszczególnych nauk zaczęli określać i opisywać je w świetle wiedzy, terminologii i potrzeb swojej własnej dyscypliny (na przykład: nauki o żywności, towaroznawstwa, zarządzania, nauk o bezpieczeństwie, nauk o zdrowiu, nauk prawnych, finansów), a nawet subdyscypliny (w przypadku zarządzania może być na przykład rozważane w obrębie zarządzania jakością czy zarządzania środowiskowego).

Bezpieczeństwo dotyczy wielu obszarów i zjawisk fizycznych czy przyrodniczych, ale nade wszystko jest rozumiane w świetle szeroko pojętych potrzeb i wartości człowieka, niezależnie od przestrzeni w jakiej funkcjonuje. Znaczący zagadnienia podkreślają przy tym, że współczesne rozumienie bezpieczeństwa zakłada jego szerokie traktowanie, daleko wykraczające poza kwestie militarne. Dowodzą tego wymiary pojmowania tego pojęcia – podmiotowe, przedmiotowe, przestrzenne, sposób zorganizowania, kierunek charakteru działań czy kierunek zmian sposobu rozumienia bezpieczeństwa³⁹.

Nad złożonością omawianego zagadnienia pochylił się między innymi ceniony badacz Bernard Wiśniewski w dziele pt. *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*⁴⁰. Naturę bezpieczeństwa przedstawił również Ryszard Zięba, który wskazał, że w najogólniejszym znaczeniu można je określić jako *pewność istnienia i przetrwania, posiadania oraz funkcjonowania i rozwoju podmiotu. Pewność jest wynikiem nie tylko braku zagrożeń (ich niewystępowania lub wyeliminowania), ale także powstaje wskutek kreatywnej działalności danego podmiotu i jest zmienna w czasie, czyli ma naturę procesu społecznego*⁴¹.

Inny, ceniony eksplorator badanego zagadnienia Włodzimierz Fehler podkreślił, że bezpieczeństwo należy traktować jako *stan pewności i spokoju wynikający z niskiego poziomu zagrożeń, posiadania pozytywnych perspektyw rozwojowych oraz skutecznych*

³⁸ S. Koziej, *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” II-2011/18, s. 20.

³⁹ M.Z. Wiśniewska, *Bezpieczeństwo – pojęcie, istota, typologia*, „Problemy Jakości”, 2017, s. 9.

⁴⁰ Zobacz: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*, wyd. WSPol, Szczytno 2011.

⁴¹ R. Zięba (red.), *Bezpieczeństwo międzynarodowe po zimnej wojnie*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Warszawa 2008, s. 16.

środków ochrony przed negatywnie wartościowanymi zjawiskami i procesami. Zauważył przy tym, że w praktyce można wyspecyfikować dwa sposoby rozumienia omawianego pojęcia: wąskie i szerokie. W tym pierwszym ujęciu traktuje się je jako brak zagrożeń, i w związku z tym dominującą rolę przypisuje się działaniom dotyczącym ochrony przed tymi zagrożeniami. W spojrzeniu szerszym – traktowane jest przede wszystkim z perspektywy aktywnego kształtowania pewności przetrwania, posiadania fundamentalnych wartości i swobód rozwojowych danego podmiotu⁴².

Mimo, że bezpieczeństwo w rzeczywistości jest kategorią niepodzielną, to zarówno dla celów badawczych, analitycznych, jak i praktycznych (zarządzanie bezpieczeństwem różnych podmiotów, specyficzność środowisk bezpieczeństwa poszczególnych sfer życia) konstruuje się różnego rodzaju typologie.

Do najczęściej prezentowanych i silnie umocowanych w literaturze przedmiotu wymiarów bezpieczeństwa należą te, które wyodrębnia się w oparciu o poszczególne kryteria: podmiotowe, przedmiotowe, przestrzenne, czasu oraz źródła zagrożeń.

W oparciu o założenie podmiotowe, wyróżnia się poszczególne typy bezpieczeństwa: międzynarodowe, państwa oraz jednostki. Wiąże się to przede wszystkim z rolą państwa, które tak w wymiarze zewnętrznym (międzynarodowym), jak i wewnętrznym (ogólnospołecznym, jednostkowym), pełni rolę głównego kreatora i regulatora poziomu bezpieczeństwa⁴³.

W tym miejscu należy zauważyć korelacje bezpieczeństwa z pojęciem *zdrowie*. Oba zjawiska są wartościami, które plasują się bardzo wysoko w hierarchii potrzeb ludzkich. Brak doskonałości zdrowotnej w wymiarze fizycznym, psychicznym czy społecznym wiąże się z zachwianiem poczucia bezpieczeństwa. Tym samym, nie ulega wątpliwości fakt, że troska ta staje się szczególnie ważną dla wszystkich tych, którzy zmagają się z różnymi formami niepełnosprawności⁴⁴.

Kategorie poznawcze w naukach o bezpieczeństwie można uporządkować, stosując ugruntowane w filozofii nauki relacje pomiędzy aksjologią, ontologią, epistemologią i metodologią. Podstawy poznawcze bezpieczeństwa z uwagi na jego interdyscyplinarność obejmują bardzo szerokie spektrum.

Zgodnie ze stanowiskiem sekcji nauk humanistycznych i społecznych *Centralnej Komisji do spraw Stopni i Tytułów*, nauki o bezpieczeństwie obejmują całokształt

⁴²W. Fehler, dz. cyt., s. 45.

⁴³S. Sulowski, *W poszukiwaniu definicji bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego”, 2009, nr 1, s.10-13.

⁴⁴D. Krzewniak, *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych*, wyd. UPH, Siedlce 2015, s.90.

problematyki w wymiarze narodowym i międzynarodowym. Przedmiotem badań tej dyscypliny są współczesne systemy bezpieczeństwa w wymiarze militarnym i niemilitarnym oraz ich funkcjonowanie na różnych poziomach organizacyjnych. Systemy te obejmują działania instytucji o charakterze państwowym, rządowym i samorządowym, przedsiębiorców i organizacji społecznych.

Andrzej Glen zauważył przy tym, że analiza przyjętego w ten sposób denotacyjnego pojmowania nauk o bezpieczeństwie pozwala dostrzec konieczność budowy ich podstaw poznawczych na podstawie dorobku co najmniej trzech teorii naukowych: teorii polityki i stosunków międzynarodowych, teorii państwa i prawa oraz teorii organizacji zarządzania o nachyleniu prakseologicznym, wywodzącej się z ogólnej teorii czynu skutecznego⁴⁵.

Tworzenie katalogu podstawowych kategorii poznawczych w dziedzinie bezpieczeństwa stwarza konieczność określenia reguł budowania systemu aksjologicznego oraz struktury poznania przyjętej do precyzowania ontologii bezpieczeństwa. Wybór odpowiedniego podejścia do badania ontycznego bezpieczeństwa wymaga zarazem uzyskania odpowiedzi między innymi na kluczowe pytanie: *czym jest bezpieczeństwo?*

Zdaniem przywołanego powyżej badawcza, może to nastąpić między innymi z wykorzystaniem założeń charakterystycznych dla prakseologicznego nurtu kierowania organizacją nazywanego przez Leszka Jerzego Krzyżanowskiego realizmem ontologicznym⁴⁶. Nurt proponowany przez badacza opiera się na realizmie Tadeusza Kotarbińskiego⁴⁷, w ramach którego za strukturę poznania właściwą do ontycznego opisu całości zorganizowanego ludzkiego działania uznaje się rzeczy wraz z łączącymi je relacjami wzajemnego oddziaływania. W rezultacie następuje konstytutywna dla realnego bytu złożonego wymiana materii, energii i informacji⁴⁸.

Kategorie poznawcze bezpieczeństwa związane są z wieloma dziedzinami aktywności człowieka w zgodzie z antropocentrycznym podejściem badań nad bezpieczeństwem. Stąd też zgodnie z poglądami S. Kozieja, struktura bezpieczeństwa jest w istocie tożsama ze strukturą aktywności (funkcjonowania, istnienia) podmiotu. W tak

⁴⁵A. Glen, *Podstawy poznawcze badań bezpieczeństwa narodowego*, „Zeszyty Naukowe AON”, Nr 2(83), 2011, s. 11-12.

⁴⁶L.J. Krzyżanowski, *O podstawach kierowania organizacjami inaczej: paradygmaty, filozofia, dylematy*, wyd. PWN, Warszawa 1999, s. 147-170.

⁴⁷Zobacz: T. Kotarbiński, *Elementy teorii poznania, logiki formalnej i metodologii nauk*, wyd. Ossolineum, Wrocław 1961.

⁴⁸A. Glen, dz. cyt., s. 11-12.

plaszowanych ramach można wyodrębnić takie dziedziny, jak na przykład bezpieczeństwo: ekonomiczne, społeczne, militarne, publiczne, ekologiczne czy informacyjne. Wyróżnić można także czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, w zależności od tego, gdzie są ulokowane, skąd się wywodzą (z wewnątrz, czy z zewnątrz podmiotu) szanse, wyzwania, ryzyka i zagrożenia⁴⁹.

Zdaniem S. Kozieja inną kategorią bezpieczeństwa jest jego postać określana jako *bezpieczeństwo fizyczne*, kiedy ma się na myśli *ochronę i obronę przed działaniami lub zjawiskami niszczącymi – przy wykorzystaniu przede wszystkim (choć nie tylko) wyspecjalizowanych (specjalnie w tym celu tworzonych i utrzymywanych) sił i środków, jakimi są np. wojsko, policja, wywiad, kontrwywiad, straż graniczna, straż pożarna, różne służby ochrony*⁵⁰.

Składają się na nie wówczas dwie główne dziedziny: bezpieczeństwo militarne i pozamilitarne. Pierwsze jest częścią bezpieczeństwa zewnętrznego, drugie – wewnętrznego. Bezpieczeństwo militarne, czyli w wypadku państwa obronność lub obrona narodowa, obejmuje problematykę szeroko rozumianego radzenia sobie (wykorzystywania, zapobiegania, redukcji, reagowania, przeciwdziałania) z zewnętrznymi szansami, wyzwaniami, ryzykami i zagrożeniami polityczno-militarnymi, przy wykorzystaniu całego zasobu sił i środków, jakimi podmiot dysponuje (zarówno militarnych, jak i niemilitarnych, wyspecjalizowanych i ogólnych). Bezpieczeństwo pozamilitarne to z kolei podobne radzenie sobie z wewnętrznymi szansami, wyzwaniami, ryzykami i zagrożeniami dla ładu i porządku publicznego oraz wynikającymi z klęsk żywiołowych, a także związanymi z ochroną ludności przed skutkami działań zbrojnych⁵¹.

Kategorie poznawcze istoty bezpieczeństwa pozwalają na realizację celu poznawczego. Według Andrzeja Czupryńskiego cel poznania naukowego to inaczej *cel podmiotowy* – motywy, które skłaniają człowieka do zdobywania wiedzy i odkrycia prawdy naukowej – określany pierwotnie przez filozofów jako *czysta nauka*. Natomiast cel przedmiotowy to rezultat, do którego zmierza postępowanie badawcze (opisanie – *jak jest?* wyjaśnienie – *dłaczego tak jest?* uzasadnienie – *dłaczego tak powinno być?* przewidywanie – *jak może być?*). Uogólniając: celem poznawczym jest uzyskanie

⁴⁹ S. Koziej, *Wstęp do teorii i historii bezpieczeństwa (skrypt internetowy)*, Warszawa-Ursynów 2010, s. 3.

⁵⁰ Tamże.

⁵¹ Tamże, s. 3.

wiadomości o nieznanym dotąd lub niezbadanych faktach i zjawiskach społecznych oraz określenie możliwych tendencji ich rozwoju⁵².

Można przy tym postawić tezę, że w nauce zawsze pierwotny jest cel poznawczy, a wtórny cel przedmiotowy. Na podstawie osiągnięcia celu podmiotowego może być rozwijany cel przedmiotowy.

Kontynuując swoje rozważania, przywołany badacz zajął stanowisko, że z punktu poznawczego można obserwować rozwój relacji bezpieczeństwa, ale z punktu etycznego nauki raczej nie poprowadzi się rzeczywistego eksperymentu bezpieczeństwa, ponieważ to może implikować nieodwracalne skutki w środowisku bezpieczeństwa. Dlatego też prowadzi się *quasi-eksperymenty*, których efekty bezpośrednio nie wpływają na środowisko bezpieczeństwa, ale są dostrzegalne w laboratoryjnym środowisku eksperymentu⁵³.

W związku z tym w naukach o bezpieczeństwie duże znaczenie ma poznanie dedukcyjne, a nie indukcyjne, którego podstawą jest doświadczenie empiryczne. Poprzez poznanie zmysłowe można w naukach o bezpieczeństwie zaobserwować fakty, zdarzenia, procesy, relacje i inne cechy badanego przedmiotu, ale uzyskany wynik również będzie skażony dużą dozą niepewności – ze względu na dobór metod, technik i narzędzi badawczych i opracowanie właściwej procedury badawczej⁵⁴.

Podejście poznawcze w pochyleniu się nad istotą bezpieczeństwa i stosowania w nim różnych kategorii ma istotne znaczenie w profilaktyce bezpieczeństwa.

Etymologię pojęcia profilaktyka opisuje Monika Szpringer, odnosząc je do greckiego *prophylassein* oznaczającego *starzeć się*, bądź *zapobiegać*⁵⁵. W praktyce termin ten dotyczy zapobiegania zjawiskom niekorzystnym. Jak podkreśla Zbigniew B. Gaś, pod pojęciem *profilaktyka* powszechnie rozumie się zapobieganie zachowaniom ryzykownym⁵⁶.

To tradycyjne ujęcie problemu nosi miano *profilaktyki negatywnej* (defensywnej), której pojmowanie zawęża się do eliminacji zaburzeń, dysfunkcji człowieka oraz zagrożeń, na jakie może on być narażony. Takie podejście (poznawcze) zakładające,

⁵² A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, *Nauki o bezpieczeństwie*, wyd. CNBOP, Józefów 2017, s. 36.

⁵³ Tamże.

⁵⁴ Tamże. Porównaj rozważania: J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk” Katowice 2005, s. 20-21; M. Cieślarczyk (red.), *Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz elementy statystyki stosowane w pracach magisterskich i doktorskich*, wyd. AON, Warszawa 2006, s. 8-10.

⁵⁵ M. Szpringer, *Profilaktyka społeczna. Rodzina, szkoła, środowisko lokalne*, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2004.

⁵⁶ Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2006, s. 20.

że wiedza na temat zagrożeń spowoduje rezygnację z ich podejmowania, nie jest wystarczające by przewyciężyć na przykład presję grupy. Powinno ją wspierać rozwijanie umiejętności i kompetencji społecznych. Dodatkowym argumentem przemawiającym za potrzebą rozszerzenia metod i form działań podejmowanych w obrębie profilaktyki jest niska skuteczność *strategii podających*. Są one zazwyczaj wykorzystywane w procesie *uświadamiania* młodym ludziom konsekwencji płynących z podejmowania zachowań ryzykownych. Ponadto w dobie proliferacji zagrożeń nie ma możliwości przygotowania człowieka do radzenia sobie ze wszystkimi niebezpieczeństwami, które mogą pojawić się w jego życiu⁵⁷.

Zdaniem przywoływanego już wyżej S. Kozieja, istotnymi kategoriami pojęciowymi w obszarze bezpieczeństwa są także: interesy podmiotu i wynikające z nich cele strategiczne i operacyjne oraz jego warunki (czyli wyzwania, ryzyka i zagrożenia dla realizacji interesów oraz osiągnięcia celów w dziedzinie bezpieczeństwa)⁵⁸.

Interesy danego podmiotu (społeczności międzynarodowej, narodu, grupy, osoby) to wyraz jego tożsamości, wyznawanych wartości, historycznego dorobku, tradycji, bieżących potrzeb oraz dążeń i aspiracji przyszłościowych. S. Koziej wyróżnia przy tym interesy żywotne i pożądane. Pierwsze są niestopniowalne i nienegocjowalne. Dotyczą istnienia podmiotu, przetrwania w danych warunkach. Drugie powiązane są z jakością owego istnienia, trwania. Są stopniowalne i stanowią punkt wyjścia do określenia celów strategicznych w dziedzinie bezpieczeństwa⁵⁹.

Środowisko bezpieczeństwa charakteryzowane może być najpełniej przy pomocy czterech podstawowych kategorii, jakimi są: *szanse*, *wyzwania*, *ryzyka* i *zagrożenia*.

Szanse rozumiane są jako okoliczności sprzyjające realizacji interesów oraz osiągnięciu celów, które generowane są głównie przez neutralne podmioty środowiska bezpieczeństwa. Wyzwania łączy się z koniecznością wysiłków i poniesienia pewnych kosztów, co stwarza dodatkowe szanse w przyszłości. Mogą być one podjęte lub zignorowane, gdzie brak aktywności z zasady utrudnia czerpanie korzyści z faktu wspólnego działania i w niekorzystnych warunkach może rodzić dodatkowe zagrożenia. Ryzyka to zróżnicowane stany niepewności związane z własnym działaniem oraz niebezpieczeństwo niepożądanych skutków własnego działania. Z kolei zagrożenia to klasyczny czynnik środowiska bezpieczeństwa. Mogą oddziaływać na podmiot w sposób

⁵⁷ O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć, *Vademecum bezpieczeństwa*, Wyd. Libron, Kraków, 2018, s. 542-543.

⁵⁸Tamże, s. 11-19.

⁵⁹Tamże.

pośredni lub bezpośredni. Należałoby przy tym rozróżnić zagrożenia: potencjalne i realne; subiektywne i obiektywne; zewnętrzne i wewnętrzne; militarne i niemilitarne (polityczne, ekonomiczne, społeczne, informacyjne, ekologiczne, przyrodnicze itp.); kryzysowe i wojenne, intencjonalne i przypadkowe (losowe). W opisie zagrożeń intencjonalnych wyróżnić można dodatkowo cztery elementy: aktor, jego intencje, możliwości oraz czas na reakcję – gdzie poziom zagrożenia wzrasta wraz z eskalacją wrogości przeciwnika, rozwojem jego możliwości oraz skracaniem się czasu na reakcję⁶⁰.

W takim stanie rzeczy *zagrożenia* stają się *antytezą bezpieczeństwa*. Zdaniem Patrycji Goryń trudno byłoby dla nich przyjąć jedną formułę, która by w pełni obejmowała swoim zakresem wielość zjawisk z pojęciem tym stowarzyszonych. Można je zdefiniować jako sytuację, w której pojawia się prawdopodobieństwo powstania stanu niebezpiecznego dla otoczenia⁶¹.

W znaczeniu *personalnym* zagrożenia w szczególny sposób dotyczą osoby z różnymi niepełnosprawnościami.

Daria Krzewniak w swoich badaniach wskazała, że względne poczucie stabilizacji, spokoju, ładu czy pewność rozwoju – czyli wszystko to, co mieści się w kategorii bezpieczeństwa – stanowi warunek konieczny do przejawiania kreatywności, inicjatywy, podejmowania działań ukierunkowanych na rozwój osobisty, realizację własnych planów i bycie szczęśliwym, zadowolonym z siebie i własnego życia. Osoba niepełnosprawna, u której potrzeba bezpieczeństwa jest zaspokojona w stopniu wysokim, chętniej niżeli inni podejmuje nowe wyzwania, przystępuje do rozwiązywania problemów i trudności, w obliczu których stawia ją rzeczywistość. Poczucie bezpieczeństwa umożliwia człowiekowi zmagającemu się z brakiem pełnej sprawności prowadzenie stosunkowo normalnego, satysfakcjonującego życia, wypełnianie przypisanych ról społecznych w drodze do samospełnienia i urzeczywistniania własnego potencjału. Zagrożenia, które wpływają na poczucie bezpieczeństwa jednostki, odbierane są przez nią w specyficznym indywidualnym sposobie. W przypadku osób niepełnosprawnych symptomy zagrożenia

⁶⁰Szerzej: J.M. Fish, S J. McCraw, Ch.J. Reddish, *Fighting in the gray zone: a strategy to close the preemption gap*, "US Army War College, Strategic Studies Institute" Nr 7 2004, s. 4.

⁶¹P. Goryń, *Bezpieczeństwo społeczne - jedno, czy wiele?* [w:] D. Boćkowski, P. Goryń, K. Goryń (red.), *Bezpieczeństwo i jego percepcja w dyskursie społecznym i militarnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2020, s. 52.

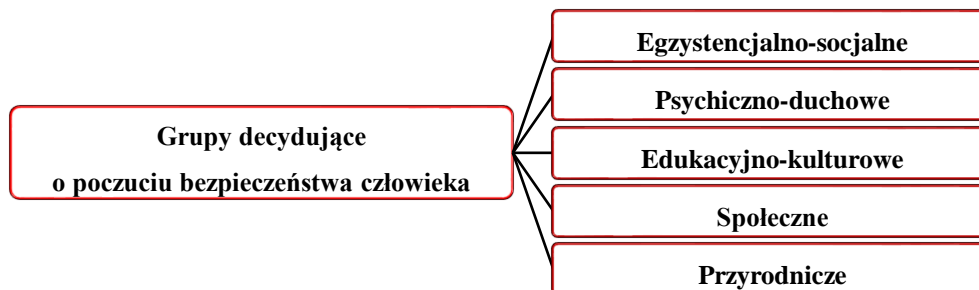
przyjmowane są w sposób głębszy, ponieważ ich skutki występowania mogą być dalej idące⁶².

W przypadku osób niepełnosprawnych zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa zależy od przywołanych już powyżej właściwości natury ogólnej i wielu o charakterze zawężającym sytuację. Zaliczyć zatem do nich należałoby: wiek, płeć, zainteresowania, rodzaj i stopień niepełnosprawności oraz wynikające z nich potrzeby w zakresie integracji i rehabilitacji (interpretacja niepełnosprawności) oraz determinantów środowiskowych (w tym między innymi: przystosowanie infrastruktury do potrzeb tej grupy społecznej, postawy wobec osób niepełnosprawnych, społeczny wizerunek niepełnosprawności, relacje z osobami znaczącymi, przynależność do grup rówieśniczych, rozwiązania formalno-prawne w zakresie edukacji i zatrudnienia, system opieki zdrowotnej i rehabilitacji, zasoby finansowe, sieć wsparcia społecznego)⁶³.

Mikołaj Winiarski wyróżnił pięć kategorii wpływających na poczucie bezpieczeństwa człowieka: egzystencjalno-socjalne, psychiczno-duchowe, edukacyjno-kulturowe, społeczne i przyrodnicze⁶⁴.

W sposób graficzny podział ten prezentuje rys. 2.1.

Rysunek 2.1. Kategorie decydujące o poczuciu bezpieczeństwa człowieka



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Winiarski, *Rodzina, szkoła, środowisko lokalne. Problemy edukacji środowiskowej*, wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2000, s. 146-152.

Według M. Winiarskiego do grupy egzystencjalno-socjalnej należy zaliczyć: warunki mieszkaniowe, dochód/pracę, posiadanie oszczędności i dóbr materialnych, zabezpieczenie finansowe ze strony państwa i innych podmiotów (na przykład zakładu pracy), system kredytowy państwa, opiekę zdrowotną i pomoc socjalną.

Wartości psychiczno-duchowe dotyczą poczucia pozytywnej wizji własnej przyszłości, dostatniego życia, dobrej kondycji psychofizycznej, świadomości własnych

⁶² D. Krzewniak, dz. cyt., s. 95.

⁶³ Tamże.

⁶⁴ M. Winiarski, *Rodzina, szkoła, środowisko lokalne. Problemy edukacji środowiskowej*, wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2000, s. 146-152.

zasobów i potencjału towarzyszącego oraz możliwości wykorzystania ich w różnych obszarach aktywności, poczucia pewności w kwestiach zachowania/utrzymania indywidualnych i lokalnych dóbr, posiadania pozytywnych cech osobowości, szerokich zainteresowań oraz więzi emocjonalno-duchowej z ludźmi, oparcie w religii.

Na obszar edukacyjno-kulturowy składają się z kolei: wykształcenie, wychowanie, permanentne podnoszenie kwalifikacji i kompetencji zawodowych, działalność kreatywna w wybranej dziedzinie, aktywny udział w życiu społecznym.

Walory społeczne obejmują: posiadanie rodziny, grona znajomych i przyjaciół, relacje z osobami znaczącymi, życzliwość, aprobatę i szacunek ze strony innych, partycypację w organizacji społecznej, sukcesy w życiu osobistym i zawodowym, sprawiedliwość, harmonię, ład i pozytywną rywalizację w bliższym i dalszym otoczeniu społecznym, angażowanie się w działalność na rzecz innych, brak przejawów patologii społecznej (agresja i przemoc, przestępczość czy uzależnienia).

Grupa przyrodnicza odnosi się do właściwego zagospodarowania przestrzeni publicznej (na przykład: aleje spacerowe, miejsca rekreacyjne, pasy zieleni, zachowanie naturalnego ukształtowania terenu), dbałości o przyrodę ożywioną i nieożywioną, braku poważnych zanieczyszczeń⁶⁵.

Wyspecyfikowane w ten sposób kategorie wymagają w odniesieniu do osób niepełnosprawnych pewnego uzupełnienia i dookreślenia. Czynniki wpływające na bezpieczeństwo egzystencjalno-socjalne, oprócz wymienionych powyżej aspektów, dotyczą również istnienia instytucji państwowych i samorządowych różnego szczebla, a także organizacji pozarządowych wspierających osoby niepełnosprawne. Odnoszą się również do złożonej problematyki wyrównywania szans rozwojowych, w tym dostępu na określonym poziomie do opieki zdrowotnej i rehabilitacji, aktywizacji zawodowej, stwarzania warunków do udziału w tworzeniu dochodu narodowego przez osoby niepełnosprawne, a dzięki temu doprowadzania do ich samodzielności ekonomicznej⁶⁶.

Ostatni z powyższych wątków powiązany jest między innymi z wysokimi kosztami towarzyszącymi procesowi leczenia i rehabilitacji. Ważne jest, by osoby niepełnosprawne miały dostęp do stałego źródła dochodu oraz świadczeń na poziomie umożliwiającym im godną egzystencję⁶⁷.

⁶⁵D. Krzewniak, dz. cyt., s. 95-96.

⁶⁶M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, „Zeszyty Naukowe AMW” Nr 2/2011, s. 125.

⁶⁷D. Krzewniak, dz. cyt., s. 96.

Z szerokiego spektrum historycznie i badawczo ukształtowanych odniesień do problematyki bezpieczeństwa stosunkowo najłatwiej jest wyłonić zagadnienia o charakterze alokacyjnym bądź systematyzującym. Stanowiska dotyczące kategorii poznawczych badanego obszaru są u większości eksploratorów tego zagadnienia ujednoczone, ale jednocześnie połączone z wyróżnieniem wybranych cech o charakterze indywidualnym. W optyce powyższego można wyartykułować – bądź na miarę potrzeb badawczych dobrać – kategorie pozwalające na pozycjonowanie w problematyce bezpieczeństwa również osób niepełnosprawnych.

2.2. Fenomen i możliwości badawcze bezpieczeństwa

Bezpieczeństwo traktowane jest jako swoisty fenomen ze względu na dynamiczny, zróżnicowany, wielopłaszczyznowy oraz interdyscyplinarny charakter. Należy wyjaśnić, że pojęcie *fenomen* wskazuje *rzadkie zjawisko, osobliwość, dziwo, kuriozum, unikat*⁶⁸. Opisuje ono również przestrzeń, która jest przedmiotem postrzegania, *wszelki fakt empiryczny będący punktem wyjścia badań naukowych, przedmiot możliwego doświadczenia i poznania*⁶⁹.

Takie właściwości przypisuje się bezpieczeństwu, co eksponuje między innymi A. Czupryński. Badacz ten wskazuje na właściwości bezpieczeństwa i rozwija ten wątek, jako przedmiot badań w naukach o bezpieczeństwie. Zaliczył do nich jego występowanie – pomimo braku obecności w naturze i posiadania cech fizycznych.

Zdaniem A. Czupryńskiego zjawisko to można rozpatrywać z perspektywy społecznej i psychologicznej. W pierwszym przypadku nauki społeczne postrzegają abstrakcyjne odwzorowanie bezpieczeństwa w *ideach, systemach, relacjach, instytucjach i zachowaniach społecznych*. W drugim przypadku bezpieczeństwo jest postrzegane zmysłowo i umysłowo⁷⁰.

Tymczasem Bogdan Zdrodowski wskazał na różnice w postrzeganiu bezpieczeństwa jako podstawy bytu i funkcjonowania wszelkich przedmiotów poznania, które wynikają przede wszystkim z różnorodności postrzegania tych przedmiotów i potrzeb definiującego. Ten uznany naukowiec stanął na stanowisku, że interpretacja bezpieczeństwa wynika z perspektywy poznawczej, dokonania jego opisu za pomocą specyficznego języka i metod poznania. Wynikiem wspomnianej różnorodności jest

⁶⁸ W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1983, s.137.

⁶⁹ J. Tokarski (red.), *Słownik wyrazów obcych*, wyd. PWN, Warszawa 1980, s. 215.

⁷⁰ A. Czupryński, *Nauki o bezpieczeństwie*, wyd. CNBOP, Józefów 2017, s. 11.

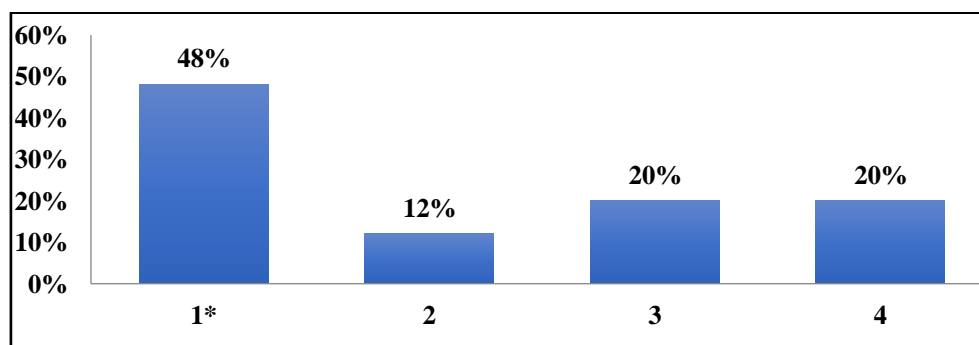
sektorowa wieloaspektowość ujęć bezpieczeństwa, która nie sprzyja tworzeniu wspólnej płaszczyzny jego poznawania jako kategorii uniwersalnej. Uniemożliwia także wypracowanie i posiadanie interdyscyplinarnego i zaakceptowanego języka opisu, ujmującego zrozumiale rezultaty poszczególnych badań. Utrudniona jest więc komunikacja i wykorzystanie wiedzy w praktyce i kształceniu⁷¹.

Bezpieczeństwo należy rozpatrywać jako wartość, potrzebę, stan, proces, a także przeciwieństwo zagrożenia i ryzyka.

Marian Cieślarczyk twierdzi, że bezpieczeństwo stanowi fenomen psychospołeczny⁷². To zjawisko personalne, lokalne, regionalne lub/i globalne. Jego podstawowe wymiary mają charakter podmiotowy (na przykład: bezpieczeństwo osobiste, lokalne, globalne), przedmiotowy (na przykład: bezpieczeństwo zdrowotne, ekologiczne, ekonomiczne, społeczne, polityczne), przedmiotowo-podmiotowy (na przykład: bezpieczeństwo psychospołeczne, wewnętrzne, zewnętrzne), czasowy lub inny⁷³.

Badania własne przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy wykazały, że respondenci zaliczyli do głównych walorów bezpieczeństwa osobistego (48%) przede wszystkim ochronę wartości istotnych dla każdego człowieka, m.in. życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swobodę przekonań, poglądów i prawo do pracy (patrz: wykres 2.2.).

Wykres 2.2. Niezbędne walory pojęcia „bezpieczeństwo osobiste” według respondentów



Legenda: 1* - bezpieczeństwo osobiste powinno ochraniać wartości istotne dla każdego człowieka m.in. życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swobodę przekonań, poglądów i prawo do pracy, 2 - bezpieczeństwo osobiste powinno być przede wszystkim powiązane z potrzebami zdrowotnymi każdego

⁷¹ B. Zdrowski, *Istota bezpieczeństwa państwa*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate” Nr 9(3) 2019, s. 47.

⁷² M. Cieślarczyk, *Brzydkie kaczątko – czyli głos w dyskusji o miejscu i roli nauk o bezpieczeństwie wśród innych dyscyplin i dziedzin wiedzy*, „Zeszyty Naukowe AON” 4(73) 2008, s. 29-30.

⁷³ M. Bereźnicka, *Poczucie bezpieczeństwa jako wartość we współczesnej szkole*, [w:] https://www.researchgate.net/publication/340941337_Poczucie_bezpieczenstwa_jako_wartosc_we_wspolczesnej_szkole_link/5ea6bb3445851553fab2e3af/download, [dostęp: 07.07.2022], s. 111.

człowieka, 3 – bezpieczeństwo osobiste powinno zapewniać człowiekowi poczucie stanu pewności przetrwania i rozwoju, w każdych planowych bądź oczekiwanych przez niego warunkach, 4 – bezpieczeństwo osobiste to ochrona interesów jednostki i zapewnienie jej pomocy przez stosunki społeczne, system prawny i gotowość państwa do podjęcia działania.

Źródło: badania własne.

Co piąty respondent uważał, że bezpieczeństwo osobiste powinno zapewniać człowiekowi poczucie stanu pewności przetrwania i rozwoju, w każdych planowych bądź oczekiwanych przez niego warunkach, jak również na ochronę interesów jednostki i zapewnienie jej pomocy przez stosunki społeczne, system prawny i gotowość państwa do podjęcia działania.

W tym miejscu wymaga też podkreślenia, że bezpieczeństwo może być rozpatrywane jako norma społeczna i prawna⁷⁴. Bywa także pojmowane atrybutowo. Wyróżnia się również bezpieczeństwo polityczne, militarne, ekonomiczne, społeczne, publiczne, powszechne, ideologiczne, kulturowe, ekologiczne, personalne i inne⁷⁵. Jednostka i zbiorowości podejmują określone działania, aby je sobie zapewnić w sferze prywatnej, społecznej, zawodowej⁷⁶.

Należy pamiętać, że potrzeba bezpieczeństwa towarzyszy ludzkości od zarania dziejów, ewoluując i zmieniając się wraz z rozwojem cywilizacyjnym⁷⁷. Stanowi o zasadniczym wartościowaniu posiadanego dobrostanu przez człowieka⁷⁸.

Tak rozumiane *bezpieczeństwo* nie ograniczało się wyłącznie do bezpieczeństwa fizycznego, militarnego, społecznego czy ekonomicznego, obejmując także bezpieczeństwo duchowe (mistyczne, transcedentalne). Człowiek chciał być bezpieczny za życia i po śmierci.

Liczne praktyki religijne i grzebalne ilustrują wagę, jaką przypisywano do tej kwestii przez minione tysiąclecia. Motywowała między innymi do powstania egipskich piramid i *Księgi umarłych*, grobowców chińskich cesarzy, mongolskich chanów i azteckich władców, jak również średniowiecznej *ars moriendi* i chrześcijańskiej religijności.

⁷⁴ A. Lewicka-Zelent, *Poczucie bezpieczeństwa osób pozbawionych wolności w kontekście bezpieczeństwa społecznego i psychologicznego*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia” Vol. 32(3) 2019, s. 262.

⁷⁵ A. Glen, *Granice materialne i formalne nauk o bezpieczeństwie*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, Difin, Warszawa 2017, s. 20-22.

⁷⁶ Szerzej: M. Znajmiecka, K. Boczowska, *Kształtowanie bezpiecznych zachowań pracowników. Teoria i praktyka behavior based safety*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2020, s. 32-44, 84-91.

⁷⁷ Z. Ściborek, *Obszary penetracji badawczej nauk o bezpieczeństwie*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), dz. cyt., s. 123.

⁷⁸ M. Cieślarczyk, *W poszukiwaniu tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Znaczenie kultury metodologicznej i kultury bezpieczeństwa dla rozwoju tożsamości nauk o bezpieczeństwie*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), dz. cyt., 20 -59.

Na ogół jednak bezpieczeństwo było związane z przetrwaniem i stworzeniem warunków do harmonijnego rozwoju danej społeczności za sprawą systemu bezpieczeństwa o charakterze militarnym, który zapewniał ludności ochronę przed napaścią zbrojną, wojną czy utratą suwerenności⁷⁹.

Bezpieczeństwo należy także do istotnych wartości społecznych, a zatem jego zapewnienie stanowi jedno z głównych zadań władz państwowych i samorządowych. To również stały element kreowanych programów i strategii politycznych o zasięgu międzynarodowym, regionalnym lub lokalnym.

Należy pamiętać, że bezpieczeństwo jest także wyznacznikiem (składową) innych zjawisk. Wśród nich są między innymi *jakość życia*⁸⁰ czy *motywacja*⁸¹. W tym ostatnim przypadku warto ponownie wspomnieć teorię motywacji (hierarchię potrzeb) opracowaną przez A. Masłowa. W swojej koncepcji uwzględnił on bezpieczeństwo, lokując je bezpośrednio za potrzebami fizjologicznymi. Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, według przywołanego powyżej psychologa, umożliwia człowiekowi osiągnięcie wyższych potrzeb: miłości i przynależności, uznania i samorealizacji⁸².

O fenomenie opisywanego zjawiska świadczy fakt, że pojęcie to weszło do słownika różnych dziedzin życia, opisując zjawiska indywidualne i zbiorowe, które mogą być rozpatrywane jako jednostkowe, społeczne, militarne, międzynarodowe.

Tak rozumiane bezpieczeństwo ma charakter *podmiotowy*. Wskazuje ono na sytuację danego podmiotu, rzeczy czy obiektu związane z jego bezpieczeństwem. Cechuje się obiektywnością lub subiektywnością. Bezpieczeństwo może być wewnętrzne lub zewnętrzne. Obejmuje ono również wzajemne relacje, jakie zachodzą między bliższym i dalszym otoczeniem, w tym także jednostkami i środowiskiem. W tym ujęciu uwzględnia się działania i decyzje, jakie jednostka czy zbiorowość musi podejmować wobec innych, aby osiągnąć oczekiwany wymiar bezpieczeństwa, wyeliminować lub ograniczyć ryzyka lub zagrożenia. Bezpieczeństwo wiąże się z podejmowaniem analizy zagrożeń potencjalnych i rzeczywistych, ustaleniem ich źródła, rodzajów, zasięgu czasu i obszaru. Uwzględnia także stan zagrożenia jednostki, jej potrzeby, motywy działania i pełnione role społeczne. Ponadto jest to zjawisko stopniowalne i zmienne w czasie, więc

⁷⁹ R. Szpyra, *Nauki o bezpieczeństwie – pola nakazane i zakazane*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), dz. cyt., s. 49.

⁸⁰ Zob. J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf [dostęp: 07.07.2022]., s. 205-206.

⁸¹ J. Piwowarski, *Fenomen bezpieczeństwa. Pomiedzy zagrożeniem a kulturą bezpieczeństwa*, wyd. WSBI „Apeiron” w Krakowie, Kraków 2015, s. 14.

⁸² D. Krzewniak, dz. cyt. s. 92.

może okazać się większe lub mniejsze. Jego cechy mają związek z podejmowanymi działaniami prewencyjnymi, których celem jest ograniczenie lub wyeliminowanie zagrożeń. Zakres takiej aktywności determinują czynniki cechujące dane ryzyko typu kontekst, okoliczności, teren, czas⁸³.

Fenomen bezpieczeństwa determinuje sposoby ujęcia i badania tego zjawiska. Wśród nich są badania skupione na *poczuciu bezpieczeństwa*. Stało się ono przedmiotem badań pedagogiki, socjologii, psychologii. Wspiera właściwy, zdrowy rozwój jednostki, a także jej samorealizację w społeczeństwie⁸⁴.

Poczucie bezpieczeństwa społecznego jest determinowane przez czynniki, które mają związek z jednostkami i przypisywanymi im cechami lub/i obiektywnymi determinantami bezpieczeństwa⁸⁵. Kluczowe znaczenie ma przy tym jednostkowy subiektywny stan doświadczania spokoju, aktywność poznawcza oraz refleksja nad stanem bezpieczeństwa i świadomość jego ważności⁸⁶.

Uznanie bezpieczeństwa za uniwersalne zjawisko społeczne i psychologiczne tworzy warunki, dzięki którym możliwe staje się badanie jego subiektywnego doświadczania i postrzegania przez grupy reprezentantów wybranej populacji. Wówczas stosowane jest instrumentarium badawcze wypracowane przez nauki społeczne i psychologiczne. Umożliwia ono szerokie badanie opinii publicznej⁸⁷.

Niektóre z tych zakresów można określić na podstawie badań wybranej populacji, na przykład polskiego społeczeństwa, które od lat przeprowadza się w Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Ich celem stała się diagnoza poczucia bezpieczeństwa lub jego zagrożeń, dotyczyły wielu aspektów bezpieczeństwa i zjawisk z nim związanych.

Można tam wyróżnić przede wszystkim te, które wykazywały związek z czynnikami wpływu o charakterze międzynarodowym i krajowym.

Do tych pierwszych należało między innymi zjednoczenie Niemiec⁸⁸ bądź zakłócenia na granicy polsko-białoruskiej w 2021 roku⁸⁹, zagrożenie konfliktami militarnymi

⁸³ M. Stefański, *Związki nauk o bezpieczeństwie z socjologią*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), dz. cyt., s. 165-167.

⁸⁴ M. Bereźnicka, dz. cyt., s. 112.

⁸⁵ P. Swoboda, *Poczucie bezpieczeństwa w Polsce w okresie transformacji systemowej*, [w:] K. Łabędź (red.), *Elementy świadomości politycznej współczesnego społeczeństwa polskiego*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012, s. 174-175.

⁸⁶ R. Klamut, *Bezpieczeństwo jako pojęcie psychologiczne*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Ekonomia i Nauki Humanistyczne” Z. 19(4) 2012, s. 48.

⁸⁷ Zob. O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć, *Vademecum bezpieczeństwa*, wyd. InoB, Kraków, 2018, s.157; Raport CBOS Nr 59/2014 – *Wydarzenia na Ukrainie a poczucie zagrożenia w Europie Środkowo-Wschodniej*, [w:] https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_059_14.PDF [dostęp: 07.07.2022], s. 1.

⁸⁸ Komunikat z badań CBOS Nr 32/1990 – *Polacy wobec kwestii niemieckiej*, s. 2.

na świecie⁹⁰, na przykład w Iraku i Afganistanie⁹¹, na Ukrainie w latach 2014⁹² i 2022⁹³, terroryzmem⁹⁴, złożone relacje Polski z Rosją⁹⁵ czy migracje fal uchodźców z terenów objętych wojną⁹⁶. Badano również opinie polskich respondentów o bezpieczeństwie międzynarodowym⁹⁷, funkcjonowaniu organizacji międzynarodowych typu: NATO⁹⁸ czy Unii Europejskiej⁹⁹, jak również o ich wpływie na bezpieczeństwo na świecie.

Uwzględniono także inne opinie o uwarunkowaniach bezpieczeństwa, w tym dotyczących zmian, jakie dokonały się w kraju po roku 1980. Zaliczono do nich między innymi bezpieczeństwo międzynarodowe Polski i bezpieczeństwo socjalne¹⁰⁰.

Badaniami objęto także wiedzę, odczucia i doświadczenia respondentów związane z wewnętrznymi uwarunkowaniami bezpieczeństwa państwa i społeczeństwa. W związku z tym interesowano się opiniami Polaków o bezpieczeństwie narodowym¹⁰¹,

⁸⁹ M. Feliksiak, *Opinia publiczna wobec kryzysu na granicy z Białorusią* – Komunikat z badań CBOS Nr 160/2021, s. 7-9.

⁹⁰ Komunikat z badań CBOS Nr 42/1990 – *Poczucie zagrożenia wojna w społeczeństwie polskim*, s. 2-3.

⁹¹ M. Strzeszewski, *Stosunek do obecności żołnierzy polskich w Iraku i Afganistanie*, [w:] Komunikat z badań CBOS Nr 162/2007, s. 6-8.

⁹² Zob. K. Kowalczyk, *O konflikcie na Ukrainie i sankcjach gospodarczych wobec Rosji* – Komunikat z badań CBOS Nr 84/2015, s. 2-3; M. Omyła-Rudzka (oprac.), *Poczucie zagrożenia i zainteresowanie sytuacją na Ukrainie* – Komunikat z badań CBOS Nr 164/2014, s. 3-5; K. Kowalczyk (oprac.), *Zainteresowanie sytuacją na Ukrainie i poczucie zagrożenia w październiku* – Komunikat z badań CBOS Nr 144/2014, s. 3-6; K. Kowalczyk, *Konflikt ukraiński i wojna handlowa z Rosją* – Komunikat z badań CBOS Nr 119/2014, s. 2-3; M. Omyła-Rudzka, *Czy zaangażowanie społeczności międzynarodowej w rozwiązanie konfliktu ukraińskiego jest wystarczające?* – Komunikat z badań CBOS Nr 134/2014, s. 2-3; M. Omyła-Rudzka, *Stosunki polsko-ukraińskie w opiniach Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 95/2014, s. 3.

⁹³ J. Scovil, *Polacy wobec wojny na Ukrainie* – Komunikat z badań CBOS Nr 73/2022, s. 1-3.

⁹⁴ Zob. M. Feliksiak, *Zagrożenie terroryzmem* – Komunikat z badań CBOS Nr 127/2016; B. Badora, *Zagrożenie terroryzmem po zamach w Brukseli* – Komunikat z badań CBOS Nr 65/2016; B. Badora, *Zagrożenie terroryzmem po zamachach w Paryżu* – Komunikat z badań CBOS Nr 177/2015; M. Feliksiak, *Zagrożenie terroryzmem* – Komunikat z badań CBOS Nr 50/2015.

⁹⁵ M. Strzeszewski, *Rosja – Polska. Bezpieczeństwo energetyczne i opinie o wzajemnych stosunkach* – Komunikat z badań CBOS Nr 105/2007, s. 2-3.

⁹⁶ Zob. B. Badora, *O kryzysie migracyjnym po zamachach w Brukseli* – Komunikat z badań CBOS Nr 69/2016, s. 8-9.

⁹⁷ B. Badora, *Polacy o NATO i bezpieczeństwie międzynarodowym* – Komunikat z badań CBOS Nr 71/2018, s. 7-11.

⁹⁸ Tamże, dz. cyt., s. 1-6; B. Badora, *Po szczycie NATO w walijskim Newport* – Komunikat z badań CBOS Nr 137/2014, s. 4-5.

⁹⁹ B. Rogulska, *15 lat członkostwa Polski w Unii Europejskiej* – Komunikat z badań CBOS Nr 59/2019, s. 5-10.

¹⁰⁰ Zob. R. Boguszewski, *Od końca lat osiemdziesiątych do dziś – oceny zmian w różnych wymiarach życia społecznego i politycznego w Polsce* – Komunikat z badań CBOS Nr 62/2014, s. 3-9; R. Boguszewski, *Oceny zmian w różnych wymiarach życia społecznego i politycznego w Polsce po roku 1989* – Komunikat z badań CBOS Nr 62/2014, s. 3-6.

¹⁰¹ Zob. B. Rogulska, *Opinie o bezpieczeństwie narodowym* – Komunikat z badań CBOS Nr 18/2014.

publicznym¹⁰², żywności¹⁰³ czy w *Internecie*¹⁰⁴, jak również ich *codziennym* poczuciem bezpieczeństwa¹⁰⁵.

Badania CBOS wskazywały związek pomiędzy poczuciem bezpieczeństwa obywateli a działaniami państwa: współpracą wojskową i stosunkami bilateralnymi Polski i USA¹⁰⁶, programami polityki gospodarczej (np. programu *Balcerowicza*¹⁰⁷), zabezpieczenia granic, bezpieczeństwem państwa¹⁰⁸ i obronnością¹⁰⁹, członkostwem Polski w Sojuszu Północnoatlantyckim¹¹⁰, obecnością wojsk sojuszniczych na terenie państwa polskiego oraz możliwością zaangażowania się jego sojuszników w obronę polskich granic¹¹¹, angażowaniem się Polski w działania militarne na świecie¹¹², jak również z problemami rynku pracy (na przykład bezrobociem¹¹³), funkcjonowaniem instytucji państwowych (na przykład policji¹¹⁴) i systemu bankowego¹¹⁵, wdrożeniem edukacji zdalnej w czasie pandemii¹¹⁶.

¹⁰² Zob. N. Hipsz, *Bezpieczeństwo publiczne* – Komunikat z badań CBOS Nr 63/2013.

¹⁰³ B. Badora, *Polacy o bezpieczeństwie żywności i GMO* – Komunikat z badań CBOS Nr 53/2008.

¹⁰⁴ Zob. J. Fryłow, *Opinie o bezpieczeństwie w Internecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 99/2013.

¹⁰⁵ Zob. M. Strzeszewski, *Czy na co dzień czujemy się bezpiecznie?* – Komunikat z badań CBOS Nr 77/2007; M. Strzeszewski, *Poczucie bezpieczeństwa na co dzień* – Komunikat z badań CBOS Nr 99/2013.

¹⁰⁶ Zob. M. Feliksiak, *Opinie Polaków o tarczy antyrakietowej* – Komunikat z badań CBOS Nr 128/2009, s. 4-5; B. Badora, *O polsko-amerykańskiej współpracy wojskowej i stosunkach bilateralnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 100/2019.

¹⁰⁷ *Spółeczna ocena i przewidywane następstwa programu Balcerowicza* – Komunikat z badań CBOS Nr 2/1990, s. 7-8.

¹⁰⁸ Zob. B. Badora, *Postrzeżenie bezpieczeństwa państwa i stosunek do NATO* – Komunikat z badań CBOS Nr 28/2020.

¹⁰⁹ Zob. K. Pankowski, *Polacy o Siłach Zbrojnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 125/2014, s. 5-8; B. Badora, *O polskiej armii i przygotowaniu obywateli na wypadek powszechnego zagrożenia* – Komunikat z badań CBOS Nr 125/2014, s. 1-3; B. Badora, *O bezpieczeństwie państwa i kwestiach związanych z obronnością* – Komunikat z badań CBOS Nr 79/2022.

¹¹⁰ Zob. B. Badora, *Postrzeżenie bezpieczeństwa państwa i stosunek do NATO*, dz. cyt., s. 4-8; B. Badora, *20 lat członkostwa Polski w NATO* – Komunikat z badań CBOS Nr 31/2019, s. 10-13; B. Badora, *Stosunek do NATO i obecności sojuszniczych wojsk na terenie Polski* – Komunikat z badań CBOS Nr 99/2016, s. 5-6.

¹¹¹ Zob. B. Badora, *Postrzeżenie bezpieczeństwa państwa i stosunek do NATO*, dz. cyt., s. 4-8; B. Badora, *Stosunek do NATO i obecności wojsk sojuszniczych w Polsce* – Komunikat z badań CBOS Nr 79/2022, s. 4-7.

¹¹² Zob. B. Badora, *Stosunek do zaangażowania Polski w działania globalnej koalicji przeciwko tzw. Państwu Islamskiemu* – Komunikat z badań CBOS Nr 109/2016, s. 4-6.

¹¹³ Zob. *Bezrobocie – reakcje i odczucia zatrudnionych w gospodarce uspołecznionej* – Komunikat z badań CBOS Nr 33/1990, s. 2-5; *Dynamika reakcji społecznych na zmiany w systemie gospodarstwa (ładzie ekonomicznym)* – [w:] Komunikat z badań CBOS Nr 45/1990, s. 6-7; *Społeczństwo polskie wobec bezrobocia* – Komunikat z badań CBOS Nr 139/1990, s. 3-4, 7-8; *Opinia publiczna o bezrobociu* – Komunikat z badań CBOS Nr 8/1991, s. 3-4; R. Boguszewski, *Oceny sytuacji na rynku pracy i poczucie zagrożenia bezrobociem* – Komunikat z badań CBOS Nr 42/2018, s. 9-11; B. Badora, *Nastroje na rynku pracy w pierwszej dekadzie czerwca* – Komunikat z badań CBOS Nr 83/2022, s. 7-8.

¹¹⁴ Zob. M. Feliksiak, *Poczucie bezpieczeństwa i opinie o pracy policji* – Komunikat z badań CBOS Nr 74/2009, s. 6-7.

Bezpieczeństwo jako przedmiot wielopłaszczyznowych i multidyscyplinarnych badań obejmuje różne grupy społeczne. W tej roli występują reprezentanci danej populacji, ludność mieszkająca na danym obszarze czy wybrane generacje lub grupy (na przykład osoby niepełnosprawne).

Badanie poczucia bezpieczeństwa polskiego społeczeństwa, przeprowadzane przez CBOS, niekiedy dotyczyło wybranej grupy społecznej. Zajmowano się zatem przykładowo: odczuciami młodych Polaków o czynnikach bezpieczeństwa i zagrożenia kraju¹¹⁷, kwestiami społeczno-politycznymi warunkującymi poczucie bezpieczeństwa¹¹⁸, sytuacją na rynku pracy i zagrożeniu bezrobociem¹¹⁹.

CBOS interesował się także poczuciem bezpieczeństwa lokalnych społeczności, przykładowo mieszkańców warszawskiego Mokotowa¹²⁰. Przez lata przeprowadzano zatem badania opinii publicznej, uwzględniając poczucie bezpieczeństwa polskiego społeczeństwa i jego uwarunkowania.

Zauważyć przy tym należy, że badania CBOS zasadniczo koncentrowały się na poczuciu bezpieczeństwa obywateli w miejscu zamieszkania, ich opiniach o bezpieczeństwie państwa i poczuciu osobistego zagrożenia przestępczością¹²¹.

Zainteresowano się również bezpieczeństwem osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. W przypadku tych ostatnich zachodzi bowiem ryzyko wykluczenia społecznego (trudności w dostępie do edukacji czy udziału w kulturze, jej tworzeniu i odbiorze)¹²². Ponadto takie osoby rzadziej podejmują aktywność zawodową, która

¹¹⁵ M. Omyła-Rudzka, *Zaufanie do systemu bankowego* – Komunikat z badań CBOS Nr 173/2018, s. 3-7.

¹¹⁶ M. Omyła-Rudzka, *Edukacja zdalna – doświadczenia i oceny* – Komunikat z badań CBOS Nr 19/2021, s. 7-10.

¹¹⁷ *Sojusznicy i wrogowie Polski. Opinie młodzieży o niektórych czynnikach bezpieczeństwa i zagrożenia kraju* – Komunikat z badań CBOS Nr 79/1990, s. 1-4.

¹¹⁸ B. Rogala, *Ważne kwestie społeczno-polityczne w opiniach młodych Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 93/2021.

¹¹⁹ K. Wądołowska, *Opinie o sytuacji na rynku pracy i zagrożeniu bezrobociem ludzi młodych* – Komunikat z badań CBOS Nr 171/2009, s. 9-10.

¹²⁰ Zob. *Jak się żyje na Mokotowie? (Wstępne opracowania wyników sondażu CBOS)* – Komunikat z badań CBOS 1990, s. 7-8; *Mieszkańcy Mokotowa o swojej dzielnicy. Raport z badań CBOS na zlecenie Rady Gminy Mokotów* – Komunikat z badań CBOS 1990, s. 9-11.

¹²¹ P. Swoboda, *Poczucie bezpieczeństwa w Polsce w okresie transformacji systemowej*, dz. cyt., s. 176.

¹²² Szerzej: www.niepelnospawni.gov.pl/niepelnospawnosc-w-liczbach/opracowania-analityczno-tabelary/ [dostęp: 12.06.2015]; R. Śleboda, *Kierunek i poziom wykształcenia oraz aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 2(3) 2012, s. 116; W. Janocha, *Marginalizacja i wykluczenie osób niepełnosprawnych z obszarów życia społecznego i religijnego*, „Roczniki Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej”, T. 4(59) 2012, s. 381.

zapewnia im takie samo wynagrodzenie i status społeczny jak pełnosprawnym pracownikom¹²³.

Niepełnosprawność może być czynnikiem, który oddziałuje na sposób postrzegania i odczuwania bezpieczeństwa oraz jego zagrożeń.

Daria Krzewniak poddała analizie społeczne determinanty poczucia bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych. Wskazała na wzajemne relacje w środowiskach wychowawczych, do których należą rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza. Badaczka ta starała się rozpoznawać potrzeby, a także określić, jak nawiązać i budować pozytywne relacje¹²⁴. Z kolei Helena Larkowa zauważyła, że przychylne nastawienie otoczenia społecznego, obejmujące elementy obiektywnej krytyki i życzliwej oceny jednostki z dysfunkcją, pełni dla osoby niepełnosprawnej rolę podstawy jej poczucia bezpieczeństwa oraz prawidłowej adaptacji społecznej¹²⁵. Badania nad bezpieczeństwem obejmują również zagrożenia, które negatywnie oddziałują na funkcjonowanie oraz rozwój człowieka i tworzonych przez niego organizacji społecznych.

Kluczowe znaczenie zdaniem Ryszarda Szpyry, ma identyfikacja tych zjawisk¹²⁶. Według Tadeusza Jemioła i Andrzeja Dawidczyka w przypadku badań w teorii nauk o bezpieczeństwie, uwaga zostaje skupiona na zagrożeniach dla człowieka, których źródłem jest jego otoczenie i działania związane z zapewnieniem mu bezpieczeństwa¹²⁷.

Badania nad tymi ryzykami nie ograniczają się do zjawisk, które obniżają bezpieczeństwo militarne państwa, ale uwzględniają także inne zjawiska, oddziałujące na bezpieczeństwo ekonomiczne, społeczne, kulturowe czy personalne¹²⁸.

Przykładowo wspomniane badania CBOS służyły diagnozie poczucia bezpieczeństwa polskiego społeczeństwa¹²⁹, jego obaw¹³⁰, jak również uwarunkowań jego poczucia bezpieczeństwa, obejmujących przestępczość (poczucie zagrożenia

¹²³ R. Śleboda, dz. cyt., s. 121.

¹²⁴ D. Krzewniak, dz. cyt., s. 97.

¹²⁵ H. Larkowa, *Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Hulek (red.), *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, wyd. WSP, Częstochowa 1985.

¹²⁶ K. Cebul, *Podmiot badania a przedmiot poznania – perspektywa nauk o bezpieczeństwie. Próba poszukiwania modelu metodologicznego*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), dz. cyt. s. 115.

¹²⁷ J. Gierszewski, *Problemy tożsamości nauk o bezpieczeństwie jako dyscypliny społecznej*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), dz. cyt., s. 114.

¹²⁸ K. Cebul, dz. cyt., s. 107.

¹²⁹ Zob. M. Bożewicz, *Poczucie bezpieczeństwa i zagrożenia przestępczością*, [w:] Komunikat z badań CBOS Nr 61/2018, s. 1-2; M. Bożewicz, *Opinie Polaków o bezpieczeństwie w kraju i okolicy*, [w:] Komunikat z badań CBOS Nr 72/2019, s. 1-2; M. Bożewicz, *Poczucie bezpieczeństwa w najbliższej okolicy i w kraju*, [w:] Komunikat z badań CBOS Nr 96/2020, s. 1-3; A. Cybulska, *Poczucie bezpieczeństwa i zagrożenie przestępczością* – Komunikat z badań CBOS Nr 76/2022, s. 2-4.

¹³⁰ Zob. B. Badora, *Obawy i oczekiwania Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 35/2022.

przestępczością¹³¹, zagrożenia bezpieczeństwa w Internecie i praktyki je zwiększające¹³², zróżnicowane w cyberprzestrzeni zagrożenia dzieci i młodzieży¹³³, niepoddawanie dzieci szczepieniom ochronnym¹³⁴, dostęp do broni palnej¹³⁵.

Kwestie związane z oceną bezpieczeństwa przez Polaków podejmowano w ramach badania nastrojów społecznych¹³⁶, opinii respondentów o najważniejszych problemach dla Polski¹³⁷, czynnikach determinujących bezpieczeństwo państwa¹³⁸, wykorzystanie różnych źródeł energii¹³⁹, motywów wyboru wsi czy miasta jako miejsca zamieszkania¹⁴⁰, zapewnieniu uczniom przez szkołę bezpieczeństwa i ochrony przed narkomanią i przemocą¹⁴¹.

W badaniu ankietowym przeprowadzone przez autora pracy 78% respondentów potrafiło odnieść się do istnienia poczucia bezpieczeństwa (patrz: wykres 2.3.). Jego braku trzykrotnie częściej doświadczały kobiety niż mężczyźni. Podobnie było wobec osób oceniających swoją sytuację materialną jako niekorzystną (niż respondenci postrzegający własną sytuację materialną pozytywnie). W przypadku pozostałych cech demograficzno-społecznych nie wystąpiło takie zróżnicowanie uzyskanych odpowiedzi.

¹³¹ Zob. M. Bożewicz, *Poczucie bezpieczeństwa i zagrożenia przestępczością*, dz. cyt., s. 3-5; M. Bożewicz, *Opinie Polaków o bezpieczeństwie w kraju i okolicy*, dz. cyt., s. 3-5 ; M. Bożewicz, *Poczucie bezpieczeństwa w najbliższej okolicy i w kraju*, dz. cyt., s. 3-9; A. Cybulska, *Poczucie bezpieczeństwa i zagrożenie przestępczością*, dz. cyt., s. 4-9.

¹³² Zob. M. Feliksiak, *Bezpieczeństwo w Internecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 109/2015.

¹³³ Zob. K. Siekiera, *Dzieci i młodzież w Internecie – korzystanie i zagrożenia z perspektywy opiekunów* – Komunikat z badań CBOS Nr 129/2018, s. 7-9; M. Feliksiak (oprac.), *Dzieci i młodzież w Internecie – korzystanie i zagrożenia z perspektywy opiekunów* – Komunikat z badań CBOS Nr 110/2015, s. 8-10.

¹³⁴ M. Gwiazda, *Polacy o obowiązku szczepienia dzieci* – Komunikat z badań CBOS Nr 100/2017, s. 2-7.

¹³⁵ A. Głowacki, *Polacy o dostępie do broni palnej* – Komunikat z badań CBOS Nr 137/2017.

¹³⁶ Zob. *Nastroje społeczne w październiku '90* – Komunikat z badań CBOS Nr 124/1990, s. 4.

¹³⁷ Zob. *Najważniejszy obecnie problem dla Polski. Wypowiedzi spontaniczne respondentów CBOS* – Komunikat z badań CBOS Nr 103/1990; *Najważniejszy obecnie problem dla Polski i Polaków w opinii publicznej (Spontaniczne wypowiedzi respondentów)* – Komunikat z badań CBOS Nr 103/1990; *Najważniejsze problemy Polski* – Komunikat z badań CBOS Nr 10/1991.

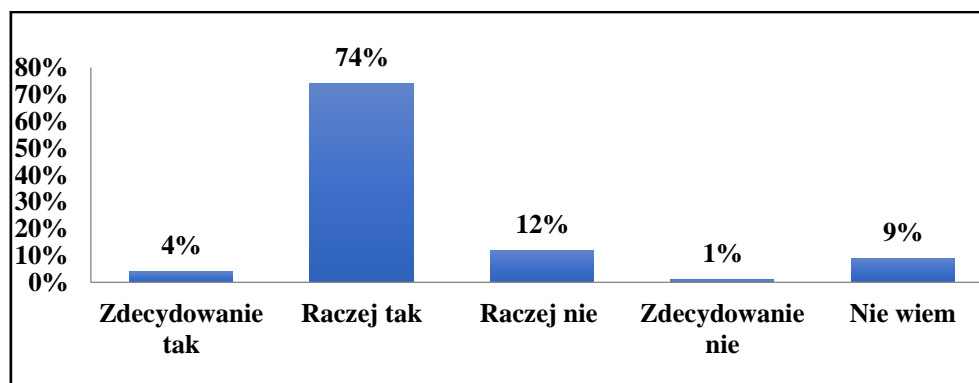
¹³⁸ Zob. B. Rogala, *Od czego zależy bezpieczeństwo kraju?* – Komunikat z badań CBOS Nr 48/2022.

¹³⁹ Zob. N. Hipsz, *Kierunki rozwoju energetyki w Polsce. Opinie o źródłach energii i ich wykorzystaniu* – Komunikat z badań CBOS Nr 17/2015.

¹⁴⁰ K. Kowalczyk, *Kto marzy o życiu na wsi, a kto o życiu w mieście* – Komunikat z badań CBOS Nr 18/2015, s. 5-7.

¹⁴¹ K. Kowalczyk, *Polska szkoła AD 2014* – Komunikat z badań CBOS Nr 93/2014, s. 3.

Wykres 2.3. Poczucie własnego bezpieczeństwa przez respondentów



Źródło: badania własne.

Badania nad bezpieczeństwem wiążą się z diagnozą szeregu czynników stanowiących dla niego zagrożenie. Na ten przedmiot badania w kontekście identyfikacji problemów bezpieczeństwa państwa wskazał A. Dawidczyk.

Badacz ten zauważył, że *kategoria zagrożeń w warunkach XXI wieku traci na znaczeniu wobec (...) szansy strategicznej*¹⁴². Można bowiem identyfikować coraz większe liczby zagrożeń, aby na tej podstawie formułować potencjalne koncepcje uzyskania oczekiwanych celów. Według A. Dawidczyka, ograniczenie ludzkiej wyobraźni stanowi czynnik, który powoduje, że plany działania nie obejmują wszystkich potencjalnych zagrożeń. W rezultacie działania planistyczne są nieefektywne, mimo że ich opracowanie wiązało się z zaangażowaniem zasobów ludzkich, organizacyjnych, finansowych¹⁴³.

A. Dawidczyk zauważył, że za ten stan odpowiada ograniczona percepcja rzeczywistości. W rezultacie problemem staje się duża dynamika niejednoznacznych zmian strategicznych, ich odmienność od wcześniejszych doświadczeń i prognoz, konieczność funkcjonowania organizacji w warunkach występowania nieoczekiwanych zmian lokujących się w opozycji wobec wypracowanej przez nie koncepcji, struktur, kultury i filozofii działania, które w nowych warunkach mogą okazać się niewystarczające¹⁴⁴.

We współczesnych relacjach między poznawaniem, poznaniem a rzeczywistością (w sensie epistemologicznym), badanie problemów bezpieczeństwa ulega częstym zmianom. Dotychczasowe paradygmaty tracą na aktualności i wartości z powodu:

¹⁴² Zobacz: A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, *Bezpieczeństwo. Teoria – Badania – Praktyka*, wyd. CNBOP, Józefów 2015, s. 51.

¹⁴³ Tamże, s. 51.

¹⁴⁴ Tamże, s. 53.

nowych, dynamicznych zmian, coraz większej *złożoności* otoczenia, jak również zmiennych ograniczeń prognozowania. W tych warunkach niezbędne staje się poszukiwanie nowych podejść, orientacji, a wręcz niekonwencjonalnej filozofii myślenia o bezpieczeństwie¹⁴⁵.

Przedmiotem badania bezpieczeństwa bywa jego system, który uwzględnia interakcje między organizacją tworzoną przez ludzi z artefaktami i przyrodą, w wyniku których ludzie dla zaspokojenia potrzeby istnienia, posiadania i rozwoju podejmują specyficzne działania cechujące się określoną strukturą, wymagające zastosowania właściwych narzędzi oraz obecności organizacyjnego podejścia do zapewnienia bezpieczeństwa. Taki system bezpieczeństwa wpływa i jest kształtowany przez liczne czynniki, czyli wyzwania i zagrożenia oddziałujące na przedmiot zagrożenia¹⁴⁶.

Według Ryszarda Wróblewskiego formalny przedmiot badań nauk o bezpieczeństwie to sprawne systemy bezpieczeństwa narodowego, które są badane ze względu na zagwarantowanie warunków zapewniających przetrwanie i rozwój społeczeństwa¹⁴⁷.

Przedmiotem badania bywa również bezpieczeństwo państwa (narodowe). Lokuje się ono w centrum zainteresowania nauk o bezpieczeństwie. Bezpieczeństwo narodowe wiąże się z badaniem możliwości zapewnienia niezakłóconych warunków istnienia i rozwoju państwa, grup społecznych i poszczególnych jednostek w różnych sferach działalności państwowej. Poza tym uwzględnia ono poza państwem także jego relacje z innymi państwami oraz podmiotami niepaństwowymi, wyzwania organizacyjne, prawne, społeczne, kulturowe, normatywne, ekologiczne¹⁴⁸ i inne.

Wskazane zakresy badania nad bezpieczeństwem nie obejmują wszystkich możliwości naukowego pochylenia się nad tym fenomenem. A. Czupryński podkreślił, że *złożoność przedmiotu badań w naukach o bezpieczeństwie wskazuje na transdyscyplinarność lub co najmniej podejście badawcze inter- lub multimetodologiczne*¹⁴⁹.

W pierwszym przypadku możliwe jest uzyskanie nowej wiedzy o tym zjawisku za pomocą interakcji między i ponad dyscyplinami naukowymi, których podstawę stanowi nowa metodologia. W drugim bezpieczeństwo staje się polem badawczym dyscyplin naukowych, których struktury kognitywne są zsyntetyzowane, a w ostatnim przypadku

¹⁴⁵ Tamże, s. 58.

¹⁴⁶ A. Glen, dz. cyt., s. 22-23.

¹⁴⁷ K. Cebul, dz. cyt., s. 114-115.

¹⁴⁸ W. Kitler, *Domena bezpieczeństwa źródłem refleksji nad przedmiotem i celem nauk o bezpieczeństwie w klasyfikacji nauk*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), dz. cyt., s. 86.

¹⁴⁹ A. Czupryński, dz. cyt., s. 11.

dyscypliny naukowe podejmują analogiczną aktywność, ale nie skutkuje ona syntezą podejść badawczych¹⁵⁰.

Zbliżone stanowisko przyjął M. Cieślarczyk. Badacz podkreślił, że bezpieczeństwo to przedmiot badań o inter- i transdyscyplinarnym charakterze. Postuluje, aby opisywać i wyjaśniać zdarzenia, procesy i zjawiska obecne w różnych sferach bezpieczeństwa za pomocą zintegrowanej systemowo wiedzy z różnych dziedzin i dyscyplin naukowych z obszaru nauk humanistycznych, społecznych (przykładowo psychologii, socjologii, ekonomii, medycyny), przyrodniczych (biologii, zoologii, ekologii i innych.), ścisłych (matematyki, chemii) i nauk technicznych. Według M. Cieślarczyka, badanie problemów bezpieczeństwa stanowi duże wyzwanie dla badaczy reprezentujących różne dyscypliny i dziedziny wiedzy, a tym samym operujących specyficzną aparaturą pojęciową, metodami, technikami i narzędziami badawczymi¹⁵¹. Zwraca uwagę, że badanie problemów bezpieczeństwa jest związane z posługiwaniem się metodami badawczymi o charakterze teoretycznym, empirycznym i mieszanym. Ze względu na specyfikę tego rodzaju nauk i charakter większości problemów badawczych, zdaniem tego autora, należy w większości (zasadnych) przypadków wykorzystywać mieszane metody badawcze, które stanowią połączenie metod teoretycznych i empirycznych, powiązanych z szeroką paletą technik i narzędzi badawczych¹⁵².

A. Glen wskazał z kolei, że nauki o bezpieczeństwie obejmują całokształt problematyki w wymiarze narodowym i międzynarodowym. Jej przedmiot badań obejmuje więc współczesne systemy (militarne i niemilitarne) i ich funkcjonowanie na różnych poziomach organizacyjnych. Wspomniane systemy obejmują działania instytucji państwowych, rządowych i samorządowych, przedsiębiorców oraz organizacji społecznych. Badania w ramach nauki o bezpieczeństwie powinny umożliwić tworzenie *teoretycznych podstaw i służyć rozwojowi systemów bezpieczeństwa międzynarodowego, narodowego i systemów operacyjnych funkcjonujących w obszarze bezpieczeństwa*¹⁵³.

A. Glen zwraca również uwagę na bliskie związki nauk o bezpieczeństwie i nauk stosowanych (usługowych), uwzględniając kryterium stosowalności wyników badań,

¹⁵⁰J. Czaputowicz, *Studia europejskie między interdyscyplinarnością a spójnością dyscyplinarną*, [w:] J. Czaputowicz (red.), *Studia europejskie. Wyzwania interdyscyplinarności*, wyd. Wydziału Dziennikarstwa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2014, s. 17.

¹⁵¹ M. Cieślarczyk, dz. cyt., s. 30-38.

¹⁵² Zobacz: A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, dz. cyt., s. 63.

¹⁵³ A. Glen, *Podstawy poznawcze badań bezpieczeństwa narodowego*, „Zeszyty Naukowe AON Nr 2(83) 2011, s.11.

jakie one osiągają. Ekspozuje on ten aspekt, wskazując na rodowód nauk o bezpieczeństwie.

Wywodzą się one z nauk wojskowych, które również w zgodzie z założeniami wybitnego znawcy zagadnienia, B. Szulca¹⁵⁴, można postrzegać jako *teorię niższego rzędu*. Wywodzą się bowiem z *ogólnej teorii skutecznego czynu*. Konotacje te wywodzi z *kooperacji negatywnej i ogólnej teorii walki*¹⁵⁵.

Czynności eksploracyjne w ramach nauk o bezpieczeństwie powinny być zatem inspirowane przez nauki realne (empiryczne) i humanistyczne, ponieważ podejmują one badanie bezpieczeństwa. Wśród nich są nauki o państwie i prawie, polityce i stosunkach międzynarodowych, zarządzaniu organizacjami i prakseologia (wywodząca się z teorii czynu skutecznego).

Według przywoływanego już A. Glena, z perspektywy obecnej tendencji unifikacyjnej w zdobywaniu wiedzy postrzeganie nauk o bezpieczeństwie jako rygorystycznie empirycznych (indukcyjnych) może wiązać się ze stosowaniem aparatu badawczego, który jest typowy dla nauk indukcyjnych¹⁵⁶. Próby złagodzenia takiego stanowiska podejmowano już w naukach wojskowych¹⁵⁷, ale nie wypracowano rozwiązania, które stanowiłoby cenne wsparcie dla potrzeb nauk o bezpieczeństwie i określenia właściwych im metod badań.

Podsumowując zatem powyższe rozważania, można uznać, że fenomen bezpieczeństwa sprawia, iż jest to zjawisko nie tylko trudne do uchwycenia, określenia i zbadania, ale także cechuje się dużą plastycznością. Ta ostatnia z wymienionych cech powoduje, że za jego pomocą można opisywać różne zdarzenia, stanowiące przedmiot badania licznych dyscyplin naukowych. Wypracowane przez nie założenia teoretyczne i metodologiczne wspierają i ułatwiają badania nad nowymi zjawiskami z obszaru bezpieczeństwa. Tym samym ułatwiają podjęcie badań nad bezpieczeństwem osób niepełnosprawnych, ujmowanym w sposób indywidualny i systemowy.

¹⁵⁴ B. Szulc, *Dylematy epistemologiczne i metodologiczne teorii sztuki wojennej*, [w:] M. Krauze, B. Szulc (red.), *Sztuka wojenna*, Adam Marszałek, Toruń 2000, s. 6.

¹⁵⁵ A. Glen, *Podstawy poznawcze badań bezpieczeństwa narodowego*, dz. cyt., s.12

¹⁵⁶ Zob. S. Kamiński, *Nauka i metoda, Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1998, s. 275.

¹⁵⁷ M. Pelc, *Wybrane problemy metodologiczne wojskowych badań naukowych*, AON, Warszawa 1998, s. 11–15.

2.3. Złożoność definicyjna bezpieczeństwa

Trudny do opisanie i charakterystyki fenomen bezpieczeństwa sprawia, że to pojęcie nie doczekało się uniwersalnej definicji.

Według Janusza Gierszewskiego z perspektywy semantyki ten termin jest polisemantyczny, różnorodnie definiowany, postrzegany i stosowany w rozmaitych kontekstach¹⁵⁸. Taki stan wzmacnia liczba wyrazów wykorzystywanych w różnych językach do opisu bezpieczeństwa oraz ich etymologia.

Najczęściej uważa się, że to pojęcie ma łaciński źródłosłów. Jak wcześniej podkreślano pochodzi bowiem od słów *sine cura* lub *securitas*, oznaczające *stan bez pieczy czy bez wystarczającej ochrony*. Łacińska etymologia wskazuje więc stan wolności od doświadczania niepokoju oraz poczucia pewności. Ten stan pierwotnie cechował się brakiem zagrożenia, spokojem i pewnością¹⁵⁹.

Bezpieczeństwo stało się już w starożytności podstawowym wyznacznikiem działalności i istnienia człowieka. Jego cel to przede wszystkim umożliwienie funkcjonowania i przetrwania w sytuacjach kryzysowych, istotne zapewnienie swobody rozwoju, realizacji i pewności stabilnej przeszłości w aspektach, które można kształtować, i na które poszczególne jednostki i społeczeństwa mają wpływ. Jest ono istotną sferą życia występującą wielopłaszczyznowo i wielowątkowo, dlatego jej badanie i naukowe ujęcie jest powinnością i potrzebą czasów nam współczesnych¹⁶⁰.

Z czasem termin *bezpieczeństwo* zmieniał i poszerzał swoje znaczenie. Na ten proces oddziaływały różne czynniki, wśród których wskazuje się rozwój społeczny, technologiczny i gospodarczy, a także – nowe wyzwania i nowe zagrożenia dla bezpieczeństwa indywidualnego i zbiorowego (społecznego). W rezultacie z czasem znaczenie tego wyrazu ewoluowało, obecnie w polszczyźnie oznacza on *stan psychiczny lub prawny, w którym jednostka ma poczucie pewności (...)*¹⁶¹ oraz *przeciwieństwo zagrożenia*¹⁶².

¹⁵⁸J. Gierszewski, *Bezpieczeństwo społeczne. Studium z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, wyd. Difin, Warszawa 2013, s. 7.

¹⁵⁹ Zob. R. Zięba, *Instytucja bezpieczeństwa europejskiego – koncepcje – struktury – a funkcjonowanie*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004, s. 27; A. Kołodziejczyk, *Bezpieczeństwo jako fenomen społeczny: pojęcie bezpieczeństwa, jego interpretacje i odmiany*, „Saeculum Christianum: pismo historyczno-społeczne” Nr 14(1) 2007, s. 225.

¹⁶⁰ Porównaj rozważania: W. Fehler, *Współczesne bezpieczeństwo*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń 2005.

¹⁶¹ B. Dunaj (red.), *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, Wydawnictwo SMS, Warszawa 2001, s. 50.

¹⁶² Tamże.

Przykładowo w *Słowniku języka polskiego* przyjęto, że znaczenie tego wyrazu odnosi się do *stanu niezagrożenia, pewności, że nic nam nie zagraża, spokoju, pewności, zabezpieczenia*¹⁶³. W takim, leksykalnym ujęciu to słowo wskazuje zjawisko lokujące się w opozycji wobec zagrożenia (niebezpieczeństwa). Stanowi on stan niewystępowania ryzyka, kiedy zagrożenie jest obecne, nie ma bezpieczeństwa lub jego poziom pozostaje niski (niewystarczający). Tymczasem w języku angielskim bezpieczeństwo oznacza stan pewności, spokoju, zabezpieczenia, braku zagrożenia, jak również wolności od strachu oraz ochrony przed zagrożeniem (niebezpieczeństwem)¹⁶⁴.

Przez lata podejmowano liczne próby zdefiniowania omawianego terminu. Wśród nich znalazła się definicja opracowana przez Daniela Lenera, która zyskała popularność dzięki *Słownikowi nauk społecznych* przygotowanemu pod auspicjami UNESCO. Według tego badacza, w znaczeniu dosłownym bezpieczeństwo to zjawisko niemalże identyczne z pewnością, tożsame z brakiem zagrożenia fizycznego lub ochroną przed nim¹⁶⁵.

Podobne ujęcie definicyjne znajduje się w *Słowniku terminów z zakresu psychologii dowodzenia i zarządzania*. Za jego pomocą opisano, że jest to *stan, który daje poczucie pewności i gwarancję jego zachowania oraz szansę na doskonalenie. Jedną z podstawowych potrzeb człowieka jest sytuacja odznaczająca się brakiem ryzyka utraty czegoś, co człowiek szczególnie ceni*¹⁶⁶.

W *Wielkiej Encyklopedii PWN* termin bezpieczeństwo zdefiniowano jako *zbiór warunków oraz instytucji, które chronią obywateli, majątek ogólnonarodowy, ustrój i suwerenność państwa przed zjawiskami groźnymi dla ładu prawnego*¹⁶⁷.

Wymienione definicje nie oddają jednak znacznego zróżnicowania ujęć omawianego pojęcia.

Zasadniczo można wyróżnić tradycyjne i nowe rozumienie tego terminu. W pierwszym przypadku wskazuje ono przetrwanie podmiotu (bezpieczeństwa). To bezpieczeństwo egzystencjalne jest tożsame z wolnością *od* zagrożeń dla ludzkiego istnienia. Mamy do czynienia z tak zwanym *negatywnym rozumieniem tego stanu*¹⁶⁸.

¹⁶³ sjp.pwn.pl/slowniki/bezpieczenstwo.html [dostęp: 03.05.2022].

¹⁶⁴ Zob. P. Tyrała, *Securologia – bezpieczeństwo kompleksowe*, Wydawnictwo AMELIA Aneta Siewiorek, Rzeszów 2011, s. 42.; A. Sekściński, *Bezpieczeństwo wewnętrzne w ujęciu teoretycznym. Geneza i współczesne rozumienie w naukach politycznych*, „ePolit” Nr 6 2013, s. 43.

¹⁶⁵ W. Pokruszyński, *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa*, wyd. WSGE, Józefów 2010, s. 8.

¹⁶⁶ J. Borkowski, *Słownik terminów z zakresu psychologii dowodzenia i zarządzania*, wyd. AON, Warszawa 2000, s. 17.

¹⁶⁷ encyklopedia.pwn.pl/szukaj/bezpieczenstwo%20publiczne.html [dostęp: 3.05.2022].

¹⁶⁸ J. Teska, *Bezpieczeństwo przedmiotem wymiany*, „Logistyka” Nr 6 2013, s. 456.

Z czasem postępował proces poszerzania zakresu znaczeniowego omawianego terminu, w rezultacie uwzględnia się kolejne podmioty i sektory pozamilitarne¹⁶⁹. Według nowego podejścia, to zjawisko stanowi szerszą kategorię. W tym ujęciu wykracza ona poza możliwości fizycznego istnienia podmiotu, obejmując możliwości jego rozwoju, ochrony jego interesów i przeciwstawienia się obecnym wyzwaniom i zagrożeniom¹⁷⁰.

Wyróżnia się również poznawcze i idealistyczne podejście do zagadnienia bezpieczeństwa. Zgodnie z pierwszym z nich to zjawisko stanowi siłę, dzięki której podmiot może stawiać opór zagrożeniom. Według podejścia idealistycznego, elementy otoczenia podmiotu nie ukierunkowują swoich interesów przeciwko niemu¹⁷¹.

Definicje bezpieczeństwa uwzględniają różne rodzaje tego zjawiska. W wyniku rozwoju cywilizacji, technologii, gospodarki i społeczeństwa zachodzi potrzeba nieustannego redefiniowania i poszerzania wykładni omawianego pojęcia. W rezultacie jego definicje są wielopłaszczyznowe, złożone i interdyscyplinarne. Opisywane zjawisko to bowiem przedmiot zainteresowania różnych dziedzin nauki. Ich przedstawiciele opisują to zjawisko za pomocą ujęcia przedmiotowego i podmiotowego, rozpatrując je w kontekście celu i zakresu przestrzennego.

Jerzy Stańczyk, prowadząc rozważania na temat bezpieczeństwa, wskazał, że sposób jego ujmowania zależy od punktu widzenia danego podmiotu (jednostki)¹⁷². Badacz dokonał podziału bezpieczeństwa i sposobów definiowania tego zjawiska za pomocą kryterium podmiotowego, przedmiotowego, przestrzennego i celów.

Za pomocą pierwszego podzielił to zjawisko na jednostkowe, lokalne, międzynarodowe i globalne. Przedmiotowe kryterium posłużyło do wskazania tego stanu w wymiarze militarnym, politycznym, ekonomicznym, ekologicznym, kulturowym i społecznym. Kryterium przestrzenne i podmiotowe uzupełniają się, umożliwiając wskazanie bezpieczeństwa, które występuje miejscowo, lokalnie, subregionalnie,

¹⁶⁹ Zob. T. Szubrycht, *Współczesne aspekty bezpieczeństwa państwa*, „Zeszyty Naukowe Marynarki Wojennej” Nr 4(167) 2006, s. 88; M. Plecka, *Personalny wymiar bezpieczeństwa ekonomicznego*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” Nr 35(2) 2014, s. 185-186.

¹⁷⁰ J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, wyd. Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 1996, s. 19.

¹⁷¹ W. Pokruszyński, J. Piwowarski, *Bezpieczeństwo. Perspektywa filozoficzna teorii i praktyki*, wyd. Naukowo-Wydawniczy Instytut Badań Bezpieczeństwa i Obronności WSBPI „Apeiron”, Kraków 2019, s. 40

¹⁷² Tamże, s. 20-21.

regionalnie i globalnie. Kiedy, zdaniem J. Stańczyka, uwzględnia się jego cele, wówczas można je podzielić na pozytywne i negatywne¹⁷³.

Podobną opinię wyraził Gunhild Hoogensen ze współautorami, który stwierdził, że bezpieczeństwo jest osiągnięte, gdy ludzie mają swobodę identyfikacji ryzyka i zagrożeń dla ich dobrobytu i wartości (bezpieczeństwo negatywne), możliwość wyartykułowania tych zagrożeń innym podmiotom oraz zdolność do określenia sposobów zakończenia, złagodzenia lub dostosowania się do tego ryzyka i zagrożeń indywidualnie lub w porozumieniu z innymi podmiotami (bezpieczeństwo pozytywne)¹⁷⁴.

Pojęcia *pozytywnego* i *negatywnego* bezpieczeństwa odnoszą się zatem przede wszystkim do sposobu, w jaki bezpieczeństwo zostało skonceptualizowane oraz do tego, jaką wartość przypisują mu naukowcy i praktycy.

Negatywne bezpieczeństwo odnosi się do traktowania bezpieczeństwa jako pojęcia, którego należy unikać. Powinno być ono przywoływane jak najrzadziej. Z drugiej strony, bezpieczeństwo znane jest również jako coś, co jest pozytywnie wartościowane i pożądane. Jest to dobro stanowiące fundament pozwalający ludziom realizować ich potrzeby i zainteresowania oraz cieszyć się pełnią życia¹⁷⁵.

Podobnie do podziału definicji bezpieczeństwa podszedł R. Zięba. W przypadku ujęcia podmiotowego podzielił je na narodowe i międzynarodowe, a przedmiotowego – na polityczne, wojskowe, gospodarcze, społeczne, kulturowe, ideologiczne, ekologiczne i informacyjne. Badacz nie zamyka tego katalogu, ponieważ w wymiarze przestrzennym wyróżnia także bezpieczeństwo personalne (indywidualne), lokalne (państwowo-narodowe), subregionalne, regionalne (koalicyjne), ponadregionalne i globalne (uniwersalne). R. Zięba posługuje się także kryterium czasu, aby za jego pomocą wskazać stan i proces bezpieczeństwa. Za pomocą kryterium sposobu organizowania dzieli je na indywidualne (unilateralne) – hegemonizm mocarstwowy, izolacjonizm, neutralność, niezaangażowanie, sojusze (system blokowy), system bezpieczeństwa kooperacyjnego, system bezpieczeństwa zbiorowego¹⁷⁶.

¹⁷³ J. Stańczyk, dz., cyt., s. 19.

¹⁷⁴ H. Gunhild and others, *Human Security in the Arctic – Yes, It Is Relevant!*, *Journal of Human Security*, 5:2 (2009). <https://search.informit.org/doi/10.3316/INFORMIT.872408067837552>.

¹⁷⁵ G. Hoogensen Gjørsv, *Security by any other name: Negative security, positive security, and a multi-actor security approach*, *Review of International Studies*, 38(4), 835-859. doi:10.1017/S0260210511000751.

¹⁷⁶ R. Zięba, D. Zajac, *Budowa zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego Polski. Ekspertyza*, Warszawa 2010, [w:] <http://biblioteka.oapuw.pl/ryszard-zieba-justyna-zajac-budowa-zintegrowanego-systemu-bezpieczenstwa-narodowego-polski-warszawa-2010> [dostęp: 3.05.2022].

Podejście podmiotowe obecne w definicjach omawianego pojęcia eksponuje uniwersalną wartość tego zjawiska dla nieskończonej liczby podmiotów. Wśród nich największe znaczenie ma bezpieczeństwo jednostki, grupy społecznej i państwa. To pierwsze zjawisko wynika z realizacji potrzeby spokoju i pewności rozwoju. Stanowi rezultat realizacji bezpieczeństwa państwa czy narodu. Tymczasem pojęcie *bezpieczeństwa państwa* uwzględnia aspekt podmiotowy i przedmiotowy. Stanowi istotną kategorię funkcjonowania podmiotów politycznych w wymiarze państwowym i międzynarodowym. Oddziałują na nie działania polityków sprawujących władze oraz instytucji, oddziałujących na decyzje polityczne podejmowane w wymiarze krajowym lub międzynarodowym. Zmiany w środowisku spowodowały rozwój nowych aspektów bezpieczeństwa typu: komunikacja, strategia czy polityka bezpieczeństwa. Współczesny geopolityczny charakter świata sprawia, że dotychczasowe wewnętrzne kompetencje państw w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zaczęto ujmować jako uregulowania międzynarodowe. Obecnie to zjawisko o charakterze wewnętrznym, zewnętrznym, lokalnym, międzynarodowym są ze sobą ściśle powiązane. Na te relacje zwrócili uwagę współcześni naukowcy, zajmując się także zagadnieniem zaspokojenia indywidualnych i zbiorowych potrzeb istnienia, przetrwania czy pewności rozwoju¹⁷⁷.

W ujęciu podmiotowym analizowane pojęcie determinują kierunki i źródła potencjalnych zagrożeń dla danego podmiotu. Wspomniane zagrożenia dzieli się na zewnętrzne i wewnętrzne wobec podmiotu. Natomiast obecne we współczesnej nauce behawioralne i antropocentryczne podejście do bezpieczeństwa tworzy warunki do skonsolidowanych sposobów definiowania tego zjawiska, a tym samym do opracowania uniwersalnej definicji tego terminu, która pozostanie otwarta na zmiany i będzie cechować się elastycznością formy.

Daniel Frei, przedstawiciel zwolenników behawioralnego podejścia do bezpieczeństwa, zdefiniował to zjawisko na podstawie analizy zagrożeń. Był przekonany o przemożnym wpływie zagrożeń i wyzwań rozwojowych na poczucie bezpieczeństwa. Według badacza rozwiązanie problemów, których źródłem są wyzwania rozwojowe, może ograniczyć rozwój zagrożeń. W jego ocenie granica między wyzwaniami i zagrożeniami pozostaje płynna. Zależy ona od subiektywnej oceny konkretnego podmiotu¹⁷⁸.

¹⁷⁷ A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, dz. cyt., s. 9.

¹⁷⁸ D. Frei, *Sicherheit: Grundfragen der Weltpolitik*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1977, s. 13.

Antropocentryczne podejście do bezpieczeństwa przedstawił Michał Brzeziński, który uznaje je za kategorię antropocentryczną dotyczącą jednostki ludzkiej lub zbiorowych form, takich jak naród czy społeczeństwo. Według M. Brzezińskiego zjawiska, występujące w przyrodzie, dopiero w połączeniu z człowiekiem generują zagrożenia, więc uzasadnione jest stosowanie bezpieczeństwa¹⁷⁹.

Antropocentryczne ujęcie tego zjawiska ściśle wiąże się z dynamiką zmian jego pojmowania. Zgodnie z założeniem, człowiek i cywilizacja stale się rozwijają, co wpływa na aktualne rozumienie każdej dziedziny, lokującej w centrum istotę ludzką.

Równie złożone okazują się także kategorie bezpieczeństwa wyróżnione za pomocą kategorii sfery aktywności określonego podmiotu¹⁸⁰. Ewolucja ludzkich potrzeb i rozwój społeczeństw oddziałują na sposób postrzegania tego zjawiska i sposoby jego definiowania. Najczęściej jest ono ujmowane jako stan, który niweluje poczucie zagrożenia.

Bezpieczeństwo jest także ujmowane przedmiotowo. Stanowi istotną kategorię funkcjonowania podmiotów politycznych w wymiarze państwowym i międzynarodowym.

Zmiany w środowisku spowodowały rozwój nowych aspektów tego zjawiska typu: komunikacja, strategia czy polityka bezpieczeństwa. Za pomocą kryterium przedmiotowego umożliwia skatalogowanie jego rodzajów, które może być militarne, społeczne, gospodarcze, ekologiczne, zdrowotne. Wspomniane kryterium cechuje się dużą dynamicznością, odzwierciedlając zmiany podejścia do definiowania omawianego terminu. W rezultacie wyróżnione rodzaje bezpieczeństwa, w tym te zaproponowane przez J. Stańczyka czy R. Ziębę, nie wyczerpują zestawienia.

W ujęciu przedmiotowym i podmiotowym bezpieczeństwa zjawisko to definiowane jest nie tylko wąsko, sprowadzając je do zapewnienia potrzeby istnienia czy przetrwania, ale także szeroko. W tym ostatnim ujęciu uwzględnia ono swobodę i wolności rozwoju

¹⁷⁹M. Brzeziński, *Kategorie bezpieczeństwa*, [w:] S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, wyd. Elipsa, Warszawa 2009, s. 22-34.

¹⁸⁰M. Czuryk, K. Dunaj, M. Karpiuk, K. Prokop, *Bezpieczeństwo państwa. Zagadnienia prawne i administracyjne*, wyd. Wydział Prawa i Administracji UWM, Olsztyn 2016, s. 17. W sprawie bezpieczeństwa zobacz także: M. Karpiuk, *Miejsce samorządu terytorialnego w przestrzeni bezpieczeństwa narodowego*, wyd. AON, Warszawa 2014, s. 28-34; M. Karpiuk, N. Szczęch, *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe*, [w:] M. Karpiuk (red.), *System Bezpieczeństwa Narodowego*, t. 1, wyd. UWM, Olsztyn 2017, s. 18.

podmiotu. Ten sposób definiowania tego pojęcia jest typowy dla nauk o bezpieczeństwie (*securitologii*)¹⁸¹.

Omawiane pojęcie bywa definiowane w sposób wąski i szeroki, negatywny i pozytywny. Wąskie i negatywne ujęcie jest typowe dla potocznego odbioru tego terminu. W rezultacie bywa on utożsamiany z wolnością *od strachu, zniewolenia, groźby wszelkiego zła oraz pokrzywdzenia fizycznego bądź moralnego (psychicznego), poczuciem nienaruszalności posiadanego statusu społecznego oraz materialnego*¹⁸².

J. Gierszewski wskazał, że to pojęcie opisuje przede wszystkim obiektywny stan braku zagrożeń¹⁸³. R. Zięba prowadził rozważania o węższym (negatywnym) i szerszym (pozytywnym) rozumieniu tego terminu w orientacji behawioralnej. Według niego zgodnie z tym pierwszym ujęciem to zjawisko stanowi brak zagrożeń. Jak stwierdził: szerokie ujęcie wiąże się ze wskazaniem potrzeby kształtowania tego zjawiska jako pewności przetrwania i rozwoju. Wówczas łączy ono jednostki i grupy ludzi, uwzględnia zachodzące między nimi korelacje¹⁸⁴.

Behawioralne ujęcie problematyki ukierunkowane na wąskie i szerokie pojmowanie zagadnienia proponuje również Helga Haftendorn. Według tej badaczki definicja omawianego pojęcia jest niejasna w sensie formy i treści. Zadaje ona pytanie o to, czy bezpieczeństwo stanowi cel, obszar problemowy, koncepcję, program badawczy czy ma status dyscypliny naukowej. Dla H. Haftendorn to zjawisko stanowi również wartość i/lub system, który jest utrzymywany w relacji czasu, jak również – brak zagrożeń dla tej wartości¹⁸⁵.

Do problematyki pozytywnego i negatywnego podziału analizowanego pojęcia nawiązuje również J. Stańczyk. Rozpatrując to pojęcie w obszarze celów, badacz uznaje, że *dorobek nauki w zakresie definiowania bezpieczeństwa wymaga syntezy, która wskazać powinna główne jego składniki i istotę tego pojęcia*¹⁸⁶.

Zdaniem J. Stańczyka: *w związku z rozbudowywaniem na coraz większą skalę definicji tego zjawiska wydaje się właściwe przeanalizowanie jego istoty, będącej fundamentalnym kryterium dalszych rozważań nad współczesną problematyką*

¹⁸¹ W Polsce securitologia weszła do dziedzin nauk społecznych na mocy Rozporządzenia *Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych* (Dz.U. Nr 179, poz. 1065).

¹⁸² J. Piwowarski, dz. cyt., s. 18.

¹⁸³ J. Gierszewski, dz. cyt., s. 7.

¹⁸⁴ R. Zięba, dz. cyt., s. 27.

¹⁸⁵ H. Haftendorn, *The Serity Puzzle: Theory-Building and Discipline-Building in International Security*, „International Studies Quarterly” Vol. 35, Nr 1 1991, s. 3 i 5.

¹⁸⁶ J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, wyd. ISP PAN, Warszawa 1996, s. 19.

bezpieczeństwa międzynarodowego. W tym rozumieniu obejmuje ono dwa zasadnicze składniki: gwarancje nienaruszalności przetrwania danego podmiotu oraz swobody jego rozwoju¹⁸⁷. Bezpieczeństwo ograniczone do pierwszego składnika, zdaniem przywołanego badacza, ma cechy negatywne. Uzyskanie cech pozytywnych jest warunkowane przez istnienie swobody rozwoju podmiotu¹⁸⁸.

Według J. Stańczyka bezpieczeństwo stanowi wartość, która bywa różnie rozumiana. Przypisuje się jej zróżnicowaną rolę we współczesności. Stanowi stały element zbioru wartości, które są cenione przez jednostki, naród i społeczność międzynarodową¹⁸⁹.

Bezpieczeństwo można także określać za pomocą relacji, jakie zachodzą między podmiotem i zagrożeniem. Taka relacja może być zwrotna, przeciwwrotna symetryczna lub przeciwwrotna asymetryczna¹⁹⁰.

Według Radosława Harabina, omawiany termin to *taki rodzaj funkcji, w których np. zdolności przeciwdziałania podmiotu są większe lub równe sile oddziaływania zagrożenia na podmiot*¹⁹¹. Tak rozumiane zjawisko stanowi relację w ramach indywidualnego doświadczenia, której stroną może być doświadczenie podmiotowe¹⁹² (tożsamość podmiotu i tożsamość z osobą) lub rodzaj doświadczenia, w którym osoba utożsamia się ze zbiorowością¹⁹³.

W szerokim ujęciu pojęcie wskazuje możliwości zaspokajania różnych potrzeb odczuwanych przez jednostkowe i zbiorowe podmioty. Wśród wspomnianych potrzeb przeważa ta, dotycząca rozwoju podmiotu¹⁹⁴.

Z kolei według propozycji J. Gierszewskiego, rozpatrywany termin wskazuje *stan i proces, potrzeba oraz skomplikowany system wraz z licznym układem podsystemów, które mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa rozwoju narodu przy użyciu środków prawnie dostępnych (technicznych, organizacyjnych i prawnych)*¹⁹⁵.

Konsekwencją uznania bezpieczeństwa za istotną i nierozłączną podmiotowo sferę życia jednostki i funkcjonowania grup społecznych jest charakterystyka tego zjawiska za pomocą jego związku z uniwersalnymi wartościami.

¹⁸⁷ Tamże, s. 19.

¹⁸⁸ Tamże.

¹⁸⁹ J. Piwowarski, dz. cyt., s. 18.

¹⁹⁰ R. Harabin, *Bezpieczeństwo, istnienie, zagrożenie. Relacyjna typologia bezpieczeństwa i wnioski dla teorii zarządzania kryzysowego*, „Granice Ludzkiego Świata: Istniejące – Nieistniejące” Nr 27 2018, s. 197-198.

¹⁹¹ Tamże, s. 198.

¹⁹² Tamże, s. 201.

¹⁹³ Tamże.

¹⁹⁴ J. Piwowarski, dz. cyt., s. 18.

¹⁹⁵ J. Gierszewski, *Organizacja systemu bezpieczeństwa społecznego*, wyd. Difin, Warszawa 2013, s. 14.

Ontologiczne ujęcie natury tego zjawiska zaprezentował Bernard Brodie, który uznał je za pochodną wartość, mającą istotne znaczenie tylko w relacji czasu. Promuje ono i utrzymuje inne wartości, które były lub są godne ochrony. To zjawisko rozpatrywane w relacji wielkości zagrożenia może zastąpić wszystkie inne wartości¹⁹⁶. Zgodnie z tą teorią, stanowi ono byt niesamodzielny, ściśle związany z konkretnym podmiotem. To potrzeba podmiotowa zależna od rodzaju podmiotu, z którym jest związana.

Uznano, że bezpieczeństwo to jedna z podstawowych i kluczowych wartości cenionych przez człowieka i zbiorowości społeczne. Józef Kukułka określił to zjawisko jako połączenie potrzeby i cenionej wartości. W rezultacie staje się ono tym, o co warto zabiegać i czemu można się poświęcić¹⁹⁷.

Bezpieczeństwo jest również zaliczane do głównych potrzeb człowieka i innych podmiotów. W *Słowniku terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego* to pojęcie zostało opisane właśnie jako jedna z podstawowych potrzeb człowieka: *to sytuacja odznaczająca się brakiem ryzyka utraty czegoś, co człowiek szczególnie ceni, na przykład zdrowia, pracy, szacunku, uczuć, dóbr materialnych*¹⁹⁸.

Również R. Zięba uznał, że to *zjawisko to potrzeba podmiotów*¹⁹⁹. Nie mogą one jego zbyć. Podmioty te uświadamiają sobie jego istnienie i znaczenie. Według R. Zięby bezpieczeństwo ujmowane jako potrzeba ma charakter obiektywny i subiektywny²⁰⁰.

Roman Kuźniar sytuuje to zjawisko w kontekście zaspokajania ludzkich potrzeb, za A. Masłowem zaliczył je do potrzeb podstawowych. Przyjął, że potrzeby jednostki kształtują potrzeby zbiorowe. Zapewnienie ochrony jednostce jest ściśle związane z zapewnieniem bezpieczeństwa narodowego. Zatem podstawowe, jednostkowe potrzeby w zakresie ochrony stają się podstawowymi potrzebami państwa. W interesie tego ostatniego należy zapewnić ją poszczególnym obywatelom, grupom społecznym i krajowi. Trzeba ponadto pamiętać, że podstawowa potrzeba bezpieczeństwa narodowego staje się także najistotniejsza w międzynarodowych stosunkach bilateralnych i ujęciu globalnym²⁰¹.

¹⁹⁶ B. Brodie, *Strategy as a Science*, „World Politics” Nr 1 1949, s. 477.

¹⁹⁷ A. Kołodziejczyk, dz. cyt., s. 228.

¹⁹⁸ J. Kaczmarek, W. Łepkowski, B. Zborowski (red.), *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, wyd. AON, Warszawa 2009, s. 13.

¹⁹⁹ G. Kuzara, *Zagrożenie i bezpieczeństwo oraz ich współzależność*, „Security, Economy & Law” Nr 3 2018, s. 105.

²⁰⁰ A. Kołodziejczyk, dz. cyt., s. 229.

²⁰¹ R. Kuźniar, *Po pierwsze bezpieczeństwo*, „Rzeczpospolita” Nr 7 1996, s. 7.

Bezpieczeństwo podmiotu może być postrzegane jako stan charakteryzujący się określonym wymiarem, skalą trwałości i zasięgiem terytorialnym. Poza tym cechuje się poziomem skutecznej kontroli nad wewnętrznymi i zewnętrznymi zagrożeniami dla danego obiektu. To stan, cechujący się instrumentalną wartością. Za jego pomocą można zrealizować wszelkie pozostałe potrzeby i wartości, jakie są z nimi powiązane²⁰².

Jerzy Stańczyk wskazał, że jest to stan charakteryzujący się spokojem, stabilizacją, pewnością, że zagrożenie nie wystąpi, a jednocześnie, gdyby się pojawiło, to człowiek będzie przed nim ochroniony²⁰³. Analogiczne stanowisko przedstawił W. Fehler, uważając, że to pojęcie opisuje *pewność istnienia i przetrwania, posiadania oraz funkcjonowania rozwoju*²⁰⁴. To stan stopniowalny, w rezultacie podmiot bywa mniej lub bardziej bezpieczny.

Należy pamiętać, że nie istnieje żadna dziedzina życia, która nie dotyczyłaby bezpieczeństwa. W ujęciu obiektywistycznym to zjawisko stanowi obiektywną część podmiotu. W ujęciu subiektywistycznym jest to byt obecny przez świadomość człowieka i nieistniejący poza nią. Jest to subiektywne odczucie zbiorowe lub/i jednostkowe²⁰⁵.

Bezpieczeństwo bywa również utożsamiane z procesem stałego kształtowania i umacniania tego stanu, obejmującym dynamikę tego zjawiska za pomocą wzrostu zakresu podmiotowego, przedmiotowego oraz przestrzennego²⁰⁶.

J. Kukułka stanął na stanowisku, że tego zjawiska nie należy postrzegać jako określony stan rzeczy. Badacz opisał je jako ciągły proces społeczny, ponieważ podmioty podejmują działania dla udoskonalania mechanizmów, które gwarantują im poczucie bezpieczeństwa. Ma ono istotne znaczenie dla jednostek i grup społecznych, ponieważ zapobiega destabilizacji ich poczucia tożsamości i funkcjonowania. Z tego powodu, zdaniem J. Kukułki, podmioty cechują się skłonnością do aktywności ukierunkowanej na zmianę obecnego stanu rzeczy, w tym do *oporu wobec niekorzystnych zmian w ich sferze zewnątrz-podmiotowej i do stosowania środków ochronnych*, aby za ich pomocą odzyskać poczucie bezpieczeństwa²⁰⁷.

²⁰² J. Piwowarski, dz. cyt., s. 18.

²⁰³ J. Stańczyk, dz. cyt., s. 17-20.

²⁰⁴ Za: A. Fischer, *Problemy bezpieczeństwa społecznego jako wyzwanie dla gminy – jednostki samorządu terytorialnego*, „Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo” Nr 8(2) 2015, s. 197.

²⁰⁵ Szerzej: R. Zięba, *O tożsamości nauk o bezpieczeństwie*, „Zeszyty Naukowe AON” Nr 1(86) 2012.

²⁰⁶ E. Jarmoch, A. Świdorski, *Bezpieczeństwo człowieka a dyscyplinarność*, t. 1, Wydawnictwo AP, Siedlce 2009, s. 5-6.

²⁰⁷ A. Kołodziejczyk, dz. cyt., s. 228.

Z kolei według W. Kitlera bezpieczeństwo stanowi obowiązkowy cel działań władz, które muszą umożliwić obywatelom i społeczeństwu zaspokojenie naturalnej potrzeby. Takie jego ujęcie, wiążące się z zadaniami państwa, stanowi zamierzony, zaplanowany proces, który ma zagwarantować obywatelom poczucie stabilności. Państwo zapewnia mieszkańcom zarówno ochronę, jak i osłonę przed możliwymi do wystąpienia zagrożeniami²⁰⁸.

Cezary Rutkowski zdefiniował bezpieczeństwo jako *subiektywny stan świadomości oraz ciągły, otwarty proces społeczny, w którym dzięki wierze (lub racjonalnemu przekonaniu) o skuteczności realizowanych i planowanych działań własnych oraz innych podmiotów na rzecz kreowania warunków bezpiecznego bytu i rozwoju, wykorzystywaniu szans, a także dzięki posiadanym (własnym i wspólnym) zdolnościom ochronno-obronnym, istniejący, prognozowany lub możliwy poziom zagrożeń nie wywołuje lęku, obawy, strachu o zachowanie (osiągnięcie) uznawanych wartości, realizację subiektywnie ważnych interesów i celów (ideał) lub mieści się w granicach akceptowanego przez podmiot ryzyka (rzeczywistość)*²⁰⁹.

C. Rutkowski stworzył definicję o szerokim zakresie semantycznym, która uwzględnia zagrożenia dla bezpieczeństwa i sposoby ograniczania ich wpływu na stan bezpieczeństwa podmiotów. Opracował on ponadto domeny bezpieczeństwa w odniesieniu do państwa, wskazując zależności, jakie zachodzą między różnymi aspektami i domenami bezpieczeństwa (patrz: tabela 2.1.). Chciał zuniwersalizować podejście do typizacji pojęcia bezpieczeństwa²¹⁰.

Tabela 2.1. Uniwersalna tabela domen bezpieczeństwa według Cezarego Rutkowskiego

		Domeny bezpieczeństwa				
		Bezpieczeństwo				
KRYTERIA	Stan państwa	Pokojowe	Kryzysowe	W ograniczonym konflikcie zbrojnym	W czasie wojny	Inne*
	Skala problemu	Globalne	Regionalne	Krajowe (państwa)	Lokalne	Punktowe
	Forma działań własnych	Zachowawczo-stabilizujące (ochrona bezpieczeństwa)		Zmieniająco-kreatywne (kształtowanie bezpieczeństwa)		
	Obiekt zagrożony – przedmiot ochrony, obrony, kształtowania	Bezpieczeństwo ludzi cywilnych (wojskowych)		Bezpieczeństwo infrastruktury	Bezpieczeństwo systemów funkcjonalnych	-----
	Rodzaj zagrożenia sztucznego – według charakteru środków, narzędzi	Bezpieczeństwo wobec zagrożeń militarnych	Bezpieczeństwo wobec zagrożeń ekonomicznych	Bezpieczeństwo wobec zagrożeń społecznych	Bezpieczeństwo wobec zagrożeń ekologicznych	-----

²⁰⁸ Szerzej: W. Kitler, *System Bezpieczeństwa Narodowego RP – aspekty prawno – organizacyjne*, „Wiedza Obronna” Vol. 268, Nr 3 2019.

²⁰⁹ C. Rutkowski, *Bezpieczeństwo wewnętrzne. Tożsamość – kierowanie – zarządzanie*, wyd. Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa, Warszawa 2010, s. 50-51.

²¹⁰ Tamże, s. 51.

Rodzaj zagrożenia – według czynnika agresji militarnej i głównego sektora (działania)	Bezpieczeństwo w warunkach innych niż agresja militarna (cywilne)		Bezpieczeństwo w warunkach innych niż agresja militarna (wojskowe)		-----
Ranga zagrożonych interesów	Bezpieczeństwo bytu (przetrwania)		Bezpieczeństwo rozwoju, żywotne (ważne)		-----
Sfera zagrożenia interesów i aspektu przeciwdziałania	Bezpieczeństwo ekonomiczne (zagrożenie ekonomiki i ekonomiczne aspekty innych domen bezpieczeństwa)	Bezpieczeństwo społeczne	Bezpieczeństwo ekologiczne	Bezpieczeństwo energetyczne	-----
Położenie źródła zagrożenia i obszaru przeciwdziałania	Bezpieczeństwo wewnętrzne (przeciwdziałanie zagrożeniom wewnętrznym na obszarze podmiotu)		Bezpieczeństwo zewnętrzne		-----
Rodzaj zagrożenia naturalnego	Bezpieczeństwo powodziowe	Bezpieczeństwo pożarowe	Bezpieczeństwo sejsmiczne	Bezpieczeństwo klimatyczne	-----
Horyzont czasowy ujęcia	Bezpieczeństwo aktualne	Bezpieczeństwo w perspektywie czasowej: bliższej, średniej, dalszej, perspektywicznej			-----
Horyzont przestrzenny	Bezpieczeństwo miejscowe	Bezpieczeństwo w perspektywie przestrzennej: bliższej, średniej, dalszej, perspektywicznej			-----

Legenda: * - np. w stanach nadzwyczajnych.

Źródło: C. Rutkowski, *Bezpieczeństwo wewnętrzne. Tożsamość – kierowanie – zarządzanie*, wyd. Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa, Warszawa 2010, s. 51.

Również J. Piwowarski stanął na stanowisku, że to zjawisko jest dynamiczne oraz stanowi szczególny proces społeczny. W jego ramach podmiot podejmuje nieustannie działania, aby doskonalić mechanizmy kultury bezpieczeństwa i zapewnić sobie obiektywnie istniejący, optymalny poziom tego stanu. Jest on tożsamy z brakiem lub ograniczeniem zagrożeń. Analizowany termin, kiedy bezpośrednio lub pośrednio oddziałuje to zjawisko na podmiot jednostkowy lub zbiorowy, to wieloaspektowe zjawisko, w skład którego wchodzi komponenty typu: stan pożądany, wartość o charakterze instrumentalnym, proces rozwoju i konstrukt społeczny. Wspomniany pożądany stan to poziom efektywnej kontroli typowy dla danego podmiotu odnoszący się w danym miejscu i przedziale czasu do potencjalnych zagrożeń wartości, jakie są ważne dla danego podmiotu²¹¹.

Różnorodność definicji analizowanego pojęcia oraz liczne czynniki wpływające na sposób definiowania tego terminu mają związek z odmiennych ujęć bezpieczeństwa, potrzeb i punktów widzenia podmiotu definiującego. W rezultacie powstają wieloaspektowe sposoby opisu tego zjawiska.

Sektorowe i różnorodne postrzeganie tego zjawiska utrudnia opracowanie jego ujednoliconej definicji. Z tego powodu dostępne publikacje prezentują autorskie definicje

²¹¹ G. Kuzara, *Zagrożenie i bezpieczeństwo oraz ich współzależność*, „Security, Economy & Law” Nr 3 2018, s. 104.

omawianego terminu i jego wykładnie. Podejmowane są próby łączenia wąskiego i szerokiego, negatywnego i pozytywnego definiowania tego pojęcia.

A. Kołodziejczyk zwrócił uwagę na dualny charakter bezpieczeństwa, ponieważ jest ono antytezą zagrożenia (głównie fizycznego), jak również stanowi zabezpieczenie przed takim zagrożeniem²¹². Badacz uważał, że należy je postrzegać jako atrybut (immanentną cechę) istnienia różnych podmiotów, stan obiektywny (braku fizycznego zagrożenia dla takich podmiotów) lub/i wewnętrzny (subiektywny) podmiotów (np. poczucie bezpieczeństwa lub zagrożenia), potrzeba i wartość, która stymuluje aktywność podmiotów indywidualnych i społecznych. Poza tym to zjawisko jest także elementem ludzkiej praktyki, której celem staje się zapewnienie ochrony przed jakimś zagrożeniem zewnętrznym²¹³.

Rozwój społeczeństw w wymiarze przemysłowym, kulturowym i politycznym spowodował, że obecne rozumienie analizowanego terminu różni się od minionych sposobów definiowania tego pojęcia. Współcześnie obejmuje swoim zakresem zagadnienia polityczne, wojskowe, gospodarcze, technologiczne, ekologiczne, społeczne i humanitarne²¹⁴. Ponadto każde z nich można podzielić na obszary, które mogą dotyczyć osób z dysfunkcjami.

Zmiany sposobu definiowania tego pojęcia, dokonujące się z upływem czasu, okazały się istotne dla uwzględnienia w nich potrzeby wolności i możliwości do przewidzenia określonej przyszłości. Ten ostatni element oraz minimalne poczucie pewności mają istotne znaczenie dla osób niepełnosprawnych. W ich przypadku doświadczenia, dysfunkcje sprawności ruchowej, utrata zdrowia powodują liczne negatywne konsekwencje obecne w sferze indywidualnej, jednostkowej i społecznej. Dla osób niepełnosprawnych szczególnie groźne staje się zachwianie lub całkowita utrata poczucia bezpieczeństwa. Wówczas nie mają one możliwości wypełniania ról i funkcji uznanych społecznie, nawiązywania i podtrzymywania satysfakcjonujących relacji międzyludzkich, wydobywania i realizowania indywidualnego potencjału rozwojowego, zdobywania wiedzy i umiejętności, sprzyjających radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi²¹⁵.

²¹² A. Kołodziejczyk, dz. cyt., s. 226.

²¹³ Tamże, s. 227-228.

²¹⁴ R. Zięba, *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń 2005, s. 33.

²¹⁵ D. Krzewniak, dz. cyt., s. 92.

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych stanowi wielopłaszczyznowe i bardzo złożone zjawisko. Może ono mieć istotne znaczenie dla wszystkich ludzi, ponieważ umożliwi zdefiniować warunki, w których ochronę zapewnia się jednostkom o ograniczonych szansach na zapewnienie sobie właściwej ochrony. Stanowi ona jednak dla nich równie ważną wartość jak dla pozostałych członków społeczeństwa. Również w ich przypadku bezpieczeństwo jest powiązane z możliwością zaspokojenia innych potrzeb. Zatem należy przybliżyć tematykę niepełnosprawności i właściwości osoby niepełnosprawnej.

Dopiero od połowy XX wieku podjęto działania, także w zakresie prawa, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym należne im prawa, ochronę oraz warunki, by mogły wieść samodzielne życie²¹⁶.

W 1982 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) opracowała *Światowy Program na Rzecz Osób Niepełnosprawnych*, aby za jego pomocą zapewnić prewencję, rehabilitację osobom niepełnosprawnym, a także wyrównać ich szanse²¹⁷. Zauważono, że *osoba niepełnosprawna to bowiem członek społeczeństwa, zatem dotyczą jej prawa człowieka w równym stopniu jak innych ludzi*²¹⁸.

Podkreślenia wymaga przy tym fakt, że termin *niepełnosprawność*, zgodnie z zaleceniem Konwencji Narodów Zjednoczonych, wskazuje na cechę osób, które nie mogą w stopniu zupełnym lub częściowym samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Powodem ich ograniczenia są nabyte lub wrodzone wady (cechy niepełnosprawności). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), stan zdrowia człowieka niepełnosprawnego można opisać za pomocą pojęć *niesprawność, uszkodzenie, upośledzenie, niepełnosprawność*²¹⁹ oraz *ograniczenia w pełnieniu ról społecznych*. Za ich pomocą wskazano naturę niepełnosprawności, która uwzględnia trzy sfery funkcjonowania człowieka: fizyczną, psychiczną (emocjonalną) i społeczną²²⁰.

²¹⁶ M. Skóra, *Ewolucja pojęcia niepełnosprawności na gruncie prawa polskiego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Seria Prawnicza” Z. 112(30) 2020, s. 247.

²¹⁷ K. Czechowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, *O potrzebie rehabilitacji kompleksowej*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 2(19) 2016, s. 36-37.

²¹⁸ Tamże, s. 39.

²¹⁹ E.P. Wąsiewicz, M. Berkowska, W. Bryl, J. Gałęcki, A. Krzyżaniak, A. Wiesiołowska, Z. Woźniak, *Potrzeby rehabilitacyjne osób niepełnosprawnych na przykładzie województwa poznańskiego*, RPBR MZ IV - 8, Poznań 1990, s. 18.

²²⁰ *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. WHO, Genewa 1980, „Lancet” Nr 1 1964, s. 1117-1120.

Termin *niesprawność* wskazuje każdą utratę sprawności czy nieprawidłowość budowy lub funkcjonowania organizmu w sferze anatomicznej, psychologicznej albo psychofizycznej²²¹.

Niezdolność odzwierciedla skutki uszkodzenia. Natomiast pojęcie *uszkodzenie* to wrodzone lub nabyte wady rozwoju fizycznego, mające bezpośredni wpływ na poruszanie się lub inne czynności codzienne osoby niepełnosprawnej. Częściowo lub całkowicie ograniczają one funkcjonowanie organizmu. Uszkodzeniem jest więc każdy brak lub zaburzenie (anormalność) struktury narządów lub funkcji psychicznych, którego źródło stanowi wada wrodzona, choroba, uraz. Każdy z tych czynników może występować okresowo (dzięki ingerencji medycznej lub terapeutycznej), trwale czy nieodwracalnie²²². Do uszkodzeń dochodzi w wyniku oddziaływania czynników wewnętrznych (dziedziczne, wrodzone, niedobory żywieniowe i starzenie się organizmu) lub/i zewnętrznych (urazy).

Natomiast pojęcie *niepełnosprawność* opisuje każde ograniczenie czy niemożność (wynikające z niesprawności) prowadzenia aktywnego życia w sposób lub zakresie, jaki jest uznawany za typowy dla człowieka²²³. Są to wszelkie ograniczenia biologiczne czy brak zdolności wykonywania czynności na normalnym poziomie dla człowieka²²⁴. W wyniku uszkodzenia narządu dochodzi do obniżenia sprawności funkcjonowania. Niepełnosprawność zachodzi wówczas, kiedy wspomniane obniżenie osiąga stan poniżej poziomu uważanego za normalny²²⁵.

Niepełnosprawność została sklasyfikowana przez WHO w *Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia* z 2001 roku (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*)²²⁶. W dokumencie uwzględniono *wielowymiarowe podejście do klasyfikacji funkcjonowania i niepełnosprawności jako interaktywnego i ewolucyjnego procesu*²²⁷. Przyjęto,

²²¹ P. Konarska, *Kształcenie osób niepełnosprawnych w świetle aktualnych regulacji prawnych*, „Forum Prawnicze” Nr 5 2014, s. 43.

²²² E. Sendencka, E. Wiśniewska, E. Krajewska-Kułaj, W. Kułak, *Funkcjonowanie społeczne rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, „Neurologia Dziecięca” Vol. 19 2018, s. 68.

²²³ J. Łaniecka, *Niepełnosprawność i osoba niepełnosprawna – w poszukiwaniu definicji pojęć*, „Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne” Nr 4(2) 2018, s. 128.

²²⁴ A. Kuzior, *Niepełnosprawność – wstęp do problematyki*, „Etyka Biznesu i Zrównoważony Rozwój. Interdyscyplinarne studia teoretyczno-empiryczne” Nr 4 2019, s. 34.

²²⁵ E.P. Wąsiewicz, M. Berkowska, W. Bryl, J. Gałęcki, A. Krzyżaniak, A. Wiesiołowska, Z. Woźniak, dz. cyt., s. 27.

²²⁶ <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/> [dostęp: 03.08.2022].

²²⁷ *ICF Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia*, WHO, Geneva 2001 r., https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_pol.pdf?sequence=67&isAllo wed=y [dostęp: 03.08. 2022], s.18.

że niepełnosprawność odnosi się do *wielowymiarowego zjawiska wynikającego ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem*²²⁸.

Tymczasem termin *upośledzenie* wskazuje dysfunkcję społeczną wywołaną przez niepełnosprawność lub uszkodzenie. Za pomocą tego pojęcia opisuje się *niekorzystną (gorszą) sytuację danej osoby będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności, polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu jej wypełniania ról, które uważane są za normalne, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne*²²⁹.

Upośledzenie stopniowane przez: utrudnienia (wykonywanie zadań i czynności życiowych z przeszkodami i trudnościami nieobecnymi u osoby pełnosprawnej i możliwymi do pokonania), ograniczenia (funkcjonowanie w niepełnym zakresie w stosunku do osoby pełnosprawnej) i uniemożliwienie (wprost braku możliwości wykonania poważnych zadań życiowych)²³⁰.

Tymczasem termin *ograniczenia w pełnieniu ról społecznych* wskazuje rezultat uszkodzenia i niezdolności, wpływając na społeczne funkcjonowanie osoby dotkniętej niepełnosprawnością. Pojęcie opisuje ułomność danej osoby, której źródłem jest jej niesprawność lub niepełnosprawność. Ogranicza ona lub uniemożliwia jej pełną realizację roli społecznej, która odpowiada jej wiekowi, płci oraz jest zgodna ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami²³¹.

Polski ustawodawca zdefiniował pojęcie *niepełnosprawność* w art. 2 pkt 10 ustawy *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*. Uznał ją za trwały lub okresowy brak zdolności do wypełniania ról społecznych, ponieważ doszło do stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu. Może ona odpowiadać także za niezdolność do pracy²³².

Zgodnie z polską normą ustawową niepełnosprawność jest tożsama z brakiem możliwości skutecznego pełnienia ról społecznych (realizacji zobowiązań będących wynikiem zajmowanej pozycji społecznej przy równoczesnym korzystaniu z przysługujących przywilejów i praw zgodnie z określonym wzorem), występowaniem

²²⁸ Cyt. za: J. Placha, *Nadzieja a niepełnosprawność*, „Fides et Ratio. Kwartalnik Naukowy” Nr 2(2) 2010, s. 96.

²²⁹ T. Majewski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń - problemy i nowe propozycje*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” Nr 1 1998.

²³⁰ E.P. Wąsiewicz, M. Berkowska, W. Bryl, J. Gałęcki, A. Krzyżaniak, A. Wiesiołowska, Z. Woźniak, dz. cyt., s. 33.

²³¹ <https://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosc/definicja.php> [dostęp: 03.08.2022].

²³² *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.).

niemożności lub trudności w podejmowaniu codziennej aktywności i uczestnictwa, ponieważ doszło do naruszenia sprawności organizmu²³³.

Osoba niepełnosprawna sama nie może przezwyciężyć barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych jak inni członkowie społeczeństwa, ponieważ doszło u niej do utraty sprawności fizycznej lub/i psychicznej w wyniku uszkodzenia narządów organizmu i upośledzenia jego funkcjonowania²³⁴.

Według definicji przyjętej przez *Europejskie Forum Niepełnosprawności* w Parlamencie Europejskim w 1994 roku, w analogiczny sposób opisano osobę niepełnosprawną. Wskazano ponadto, że wspomniane bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne bywają zbyt często zwiększane „przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa”²³⁵.

Niepełnosprawność jest klasyfikowana za pomocą kryterium: biologicznego, społecznego, stopnia niepełnosprawności, czasu i okresu jej powstania, dynamiki czy zakresu niepełnosprawności, a także – typu niepełnosprawności (patrz: tabela 2.2.)²³⁶.

Za pomocą tego ostatniego wyróżnia się niepełnosprawność fizyczną (ruchową, motoryczną), sensoryczną lub psychiczną. Pierwsza z nich ma związek z obniżeniem sprawności narządu ruchu i narządów wewnętrznych. To skutek uszkodzeń narządów ruchu czy przewlekłych schorzeń narządów wewnętrznych. Natomiast niepełnosprawność sensoryczna jest rezultatem obniżenia sprawności narządów zmysłowych. Kluczową rolę pełnią wzrok oraz słuch. Występuje ona u ludzi niewidomych, słabo widzących, głuchych, słabo słyszących, jest obecna u osób z zaburzeniami percepcji wzrokowej i słuchowej. Niepełnosprawność psychiczna stanowi wynik obniżenia sprawności czynności umysłowych i funkcjonowania osobowości²³⁷. Występuje u osób z upośledzeniami umysłowymi, niepełnosprawnością intelektualną, chorobami psychicznymi, z zaburzeniami osobowości, epilepsją z zaburzeniami świadomości, autyzmem. Niepełnosprawność sprzężona występuje u osób, które są dotknięte więcej niż jedną niepełnosprawnością.

²³³ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, [w:] https://www.rops.rzeszow.pl/dokumenty/badania/5_niepelnosprawni.pdf [dostęp: 06.09.2022], s. 2.

²³⁴ A. Wilmonska-Pietruszyńska, *Orzecznictwo lekarskie w systemie zabezpieczenia społecznego następstw choroby*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 1(1) 2011, s. 11-12.

²³⁵ Za: J. Placha, dz. cyt., s. 96.

²³⁶ K. Heinrich, J.K. Pytel, *Osoba niepełnosprawna fizycznie – potrzeby fizyczne i społeczne, cz. 1*, [w:] <http://wydawnictwo.wseit.edu.pl/wp-content/uploads/2020/06/Osoba-niepe%C5%82nosprawna-fizycznie-%E2%80%93-93-potrzeby-fizyczne-i-spo%C5%82eczne-I.pdf> [dostęp: 06.10.2022], s. 13.

²³⁷ E. Sendencka, E. Wiśniewska, E. Krajewska-Kułaj, W. Kułak, dz. cyt., s. 68.

Tabela 2.2. Kryteria klasyfikacji niepełnosprawności

Kryterium	Opis
Biologiczne	Kryterium dotyczące uszkodzeń narządów, ich czynności (np. czynności ruchu), powodujących częściowe lub całkowite ograniczenie sprawności funkcjonowania i negatywnie dla oceny sprawności funkcjonowania całego organizmu
Społeczne	Kryterium wskazujące na konsekwencje uszkodzeń i obniżenie sprawności w różnych sferach życia
Stopień niepełnosprawności	Stopnie: lekki (osoba z naruszoną sprawnością organizmu, skutkującą istotnym obniżeniem zdolności do wykonywania pracy zawodowej lub pełnienia ról społecznych; owo ograniczenie możliwe do skompensowania dzięki środkom pomocniczym, technicznym lub przedmiotom ortopedycznym), umiarkowany (osoba z naruszoną sprawnością organizmu, skutkującą znacznym obniżeniem zdolności do wykonywania pracy zawodowej, zapotrzebowaniem na pomoc czasową lub częściową ze strony innych ludzi zapewnienia jej możliwości podjęcia ról społecznych) i znaczny (osoba z naruszoną sprawnością organizmu, skutkującą znacznym obniżeniem) zdolności do wykonywania pracy zawodowej, zapotrzebowaniem na pomoc stałą lub długotrwałą ze strony innych ludzi w związku z jej brakiem zdolności do samodzielnej egzystencji)
Typ niepełnosprawności	Niepełnosprawność: sensoryczna, intelektualna (upośledzenie umysłowe), ruchowa (motoryczna, fizyczna), sprzężona, związana z zaburzeniami neurologicznymi, związana z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych, związana z chorobami psychicznymi
Czas niepełnosprawności	Niepełnosprawność: okresowa lub trwała
Okres niepełnosprawności	Niepełnosprawność: wrodzona lub nabyta
Zakres niepełnosprawności	Niepełnosprawność: częściowa lub całkowita
Rozwój (dynamika) niepełnosprawności	Niepełnosprawność: ustabilizowana lub progresywna

Źródło: opracowanie własne²³⁸

Osoby niepełnosprawne, w tym osoby z ograniczeniami w przemieszczaniu, to przede wszystkim te ze znacznym stopniem niepełnosprawności (deficytami poważnie ograniczającymi codzienne funkcjonowanie), są w większym stopniu narażone na wykluczenie społeczne. Najbardziej widoczny przejaw tego wykluczenia to brak możliwości przemieszczania się, które powoduje ograniczenie lub uniemożliwienie

²³⁸ Opracowano na podstawie: E. Malinowska, *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników instytucji i organizacji pomocowych wspierających osoby zaangażowane wykluczeniem*, [w:] https://www.aktywizacja.org.pl/images/Publikacje/pdf/Aktywizacja_zawodowa.pdf [5.09.2022], s.14; K. Heinrich, J.K. Pytel, *Osoba niepełnosprawna fizycznie – potrzeby fizyczne i społeczne, cz. 1*, [w:] [http://wydawnictwo.wseit.edu.pl/wp-content/uploads/2020/06/Osoba-niepe %C5% 82nosprawna-fizycznie-%E2%80% 93-potrzeby-fizyczne-i-spo%C5%82eczne-I.pdf](http://wydawnictwo.wseit.edu.pl/wp-content/uploads/2020/06/Osoba-niepe%C5%82nosprawna-fizycznie-%E2%80%93-3-potrzeby-fizyczne-i-spo%C5%82eczne-I.pdf) [dostęp: 06.10.2022], s. 13.

wykonywania codziennych czynności i czynnego uczestniczenia w życiu społecznym. Takie osoby doświadczają izolacji czy odrzucenia (na przykład w wymiarze personalnym) przez ich bliskie i dalsze otoczenie społeczne, środowisko zawodowe²³⁹.

Funkcjonowaniu i bezpieczeństwu osób niepełnosprawnych zagrażają nie tylko ograniczenia mające źródło w ich niepełnosprawności, ale także w doświadczanych przez nie barierach fizycznych, mentalnych, psychicznych, społeczno-kulturowych, ekonomicznych i skumulowanych²⁴⁰. Powodują one, że niepełnosprawni mają trudności z zaspokajaniem swoich potrzeb także w sferze bezpieczeństwa.

Niepełnosprawność powoduje, że jednostka cechująca się nią potrzebuje szczególnej ochrony. Zatem możemy mówić o bezpieczeństwie osób niepełnosprawnych. One, podobnie jak ludzie pełnosprawni, potrzebują względnego poczucia stabilizacji, spokoju czy pewności rozwoju, aby móc przejawiać kreatywność, podejmować inicjatywy i działania służące ich rozwojowi osobistemu, realizacji ich aspiracji i planów życiowych, dążeniu do szczęścia i samospełnienia. Dzięki poczuciu bezpieczeństwa może podejmować role społeczne (także rodzicielskie²⁴¹), doświadczać satysfakcji z życia, ponieważ urzeczywistnia swój potencjał i dochodzi u niej do samospełnienia²⁴².

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych jest bardziej zagrożone niż ludzi pełnosprawnych. W przypadku tych pierwszych zachodzi większe ryzyko jego ograniczenia czy braku. Może ona stać się ofiarą zdarzeń niezależnych od podmiotów lub wywołanych przez nie (zagrożenia psychiczne, fizyczne, inne)²⁴³.

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych w dużej mierze zależy od osób, które wspierają je lub sprawują nad nimi pieczę²⁴⁴. W wielu sytuacjach, w tym – zagrożenia życia, osoby niepełnosprawne potrzebują szczególnej ochrony, ponieważ same nie są w stanie zabezpieczyć swojego zdrowia lub życia. Wymagają pomocy ze strony państwa, instytucji publicznych i samorządowych oraz otoczenia społecznego. Dla osób

²³⁹ A. Morysińska, Z. Kołakowska-Seroczyńska, M. Sochańska-Kawiecka, E. Makowska-Belta, D. Zielińska, *Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji*, „Obserwatorium dolnośląskiego rynku pracy i edukacji”, wyd. Centrum Monitoringu Społecznego i Kultury Obywatelskiej, Wrocław 2013, s. 40.

²⁴⁰ R. Szarfenberg, *Osoby niepełnosprawne*, [w:] R. Szarfenberg (red.), *Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, wyd. WRZOS, Warszawa 2011, s. 112-114.

²⁴¹ B. Górnicka, *Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w rolach rodzicielskich*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia. Sectio J” Vol. 28, Z. 1.

²⁴² D. Krzewniak, *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych*, „De Securitate et Defensione. O bezpieczeństwie i Obronności” Nr 1(1) 2015, s. 95.

²⁴³ E. Żywucka-Kozłowska, *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych umysłowo*, „Securitologia” Nr 1(17) 2013, s. 255-256.

²⁴⁴ Tamże, s. 257.

niepełnosprawnych bezpieczeństwo to nie tylko wartość, stan, ale przede wszystkim proces, w który poza nimi samymi angażuje się ich bliższe i dalsze otoczenie społeczne i instytucjonalne.

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych jest determinowane przez system prawny, który gwarantuje im nie tylko prawa człowieka i obywatela, a także – obejmuje szczególną ochroną. Jej zakres dotyczy dostępu do świadczeń społecznych, socjalnych, ochrony przed przejawami dyskryminacji i zagrożeniem ze strony marginalizacji, a także – obecności na rynku pracy²⁴⁵.

*Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*²⁴⁶ zapewnia wszystkim osobom niepełnosprawnym ochronę prawną, która została uszczegółowiona w *Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych* oraz ustawodawstwie zwykłym – dodatkowo, szczególna ochrona prawno-instytucjonalna oraz gwarantowane formy pomocy²⁴⁷.

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych (zakres i stopień zaspokojenia) cechuje się większą zależnością od właściwości tych jednostek i determinant środowiskowych niż w przypadku ludzi pełnosprawnych. Do pierwszych zalicza się płeć, wiek, stopień i rodzaj niepełnosprawności czy zainteresowania. Kluczowe znaczenie ma typ niepełnosprawności, który determinuje potrzeby dotyczące rehabilitacji i integracji.

Do determinant środowiskowych należą dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych, postawy społeczne wobec niepełnosprawnych, społeczny wizerunek niepełnosprawnych, obowiązujące rozwiązania formalno-prawne w zakresie zapewnienia opieki i wsparcia, dostępu do edukacji i zatrudnienia, system opieki zdrowotnej i rehabilitacji, zasoby finansowe, istniejąca sieć wsparcia społecznego, relacje niepełnosprawnych z osobami znaczącymi, przynależność osób niepełnosprawnych do grup rówieśniczych²⁴⁸.

²⁴⁵ Zob. E. Giermanowska, *Niepełnosprawny jako pracownik i pracodawca*, [w:] https://dspace.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/23036/%5B67%5D-98_Giermanowska_Niepe%C5%82nosprawny%20jako%20pracownik.pdf?sequence=4&isAllowed=y [dostęp: 20.10.2022], s. 87-89;

O. Jurgielewicz, *Prawne uwarunkowania bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych w miejscu pracy*, „Modern Management Review” Vol. 23, Nr 3(25) 2018, s. 119-122; E. Staszewska, *Ochrona pracy osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temida2, Białystok 2020; A. Gierdrewicz-Niewińska, *Wspieranie zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, Temida2, Białystok 2020; A. Puszkarzka, *Bezpieczne miejsce pracy. Prawa i obowiązki związane z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych*, SPI, ZUS, Warszawa 2020.

²⁴⁶ Dz. U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.

²⁴⁷ J. Filaber, *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, [w:] https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/79845/PDF/01_04_Filaber-J_Ewakuacja-osob-niepelnosprawnych.pdf [dostęp: 20.10.2022], s. 87.

²⁴⁸ D. Krzewniak, dz. cyt., s. 95.

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych jest determinowane przez właściwości ich otoczenia. Kluczowe znaczenie ma infrastruktura w przestrzeni publicznej dostosowana do ich potrzeb. Zatem jest ono warunkowane przez odpowiedni poziom zorganizowania społecznego, który niweluje bariery o charakterze fizycznym, społecznym, prawnym czy ekonomicznym. Wówczas osoba niepełnosprawna zyskuje możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, ponieważ gwarantuje się jej swobodny dostęp do jej środowiska fizycznego, umożliwiając jej łatwe poruszanie się po własnym mieszkaniu i jego okolicy²⁴⁹ oraz po dalszym obszarze dzięki dostosowaniu transportu publicznego²⁵⁰.

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych można rozpatrywać posługując się grupami czynników decydujących o poczuciu bezpieczeństwa człowieka, które zostały opracowane przez M. Winiarskiego. Badacz ten wyróżnił determinanty egzystencjalno-socjalne, psychiczno-duchowe, edukacyjno-kulturowe, społeczne i przyrodnicze²⁵¹. Ich właściwości wskazano w tabeli 2.3.

Osoby niepełnosprawne, aby doświadczyć bezpieczeństwa w sferze egzystencjalno-socjalnej, powinny móc prowadzić samodzielne życie, czemu często nie sprzyja sytuacja mieszkaniowa. Niepełnosprawni z dysfunkcjami poznawczymi (niepełnosprawnością intelektualną) i znacznymi dysfunkcjami aparatu ruchu zazwyczaj mieszkają z członkami rodziny lub znajdują się pod opieką placówki, zapewniających opiekę niepełnosprawnym. Samodzielność mogłoby im zapewnić mieszkalnictwo wspomagane, przygotowujące niepełnosprawnych z dysfunkcją fizyczną, intelektualną lub/i sensoryczną do autonomicznego zaspokajania potrzeb²⁵².

²⁴⁹ Zob. J. Szoltysek, *Miasto dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych – przykład działań Częstochowy i Gliwic*, [w:] „Studia Ekonomiczne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach” Nr 175 2013, s. 163; D. Zawadzka, *Istota orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się osób niewidomych i słabo widzących z uwzględnieniem ich jako ofiar zagrożeń i potencjalnych sprawców czynów zabronionych*, [w:] E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski, E. Zatyka, E. Jurgielewicz-Delegacz (red.), *Bezpieczeństwo osób niewidomych i słabo widzących ze szczególnym uwzględnieniem ruchu drogowego. Wybrane aspekty prawne i kryminologiczne*, wyd. WPUwB, Białystok 2014. Tamże: J.D. Pogorzelski, A.M. Michałowska, *Osoby niepełnosprawne w przestrzeni publicznej – wybrane zagadnienia*; K. Mikołajów, *Przestrzeń publiczna osoby niepełnosprawnej*, [w:] M. Gięda, R. Raszevska-Skalecka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015.

²⁵⁰ Zob. J. Poliški, *Dostosowanie kolei do przewozu osób niepełnosprawnych – skala problemu*, [w:] <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-article-BGPK-2382-9235> [dostęp: 21.10. 2022].

²⁵¹ D. Krzewniak, dz. cyt., s. 95-96.

²⁵² K. Podyma, *Wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie mieszkalnictwa wspomagane*, „Parezia” Nr 2(14) 2020, s. 93.

Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych wymaga zapewnienia im wsparcia, także społecznego. Zofia Kawczyńska-Butrym wskazała, że pojęcie *wsparcie* opisuje *szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom*²⁵³.

Służy ono zmobilizowaniu posiadanych przez nich sił, potencjału i zasobów, aby stali się zdolni do poradzenia sobie z problemami²⁵⁴.

Z. Kawczyńska-Butrym wyróżniła poszczególne rodzaje wsparcia: informacyjne, emocjonalne, materialne, w rozwoju oraz przez świadczenie usług. Natomiast Helena Sęk opracowała definicję *wsparcia społecznego*. Zgodnie z nią, stanowi ono rodzaj *interakcji charakteryzującej się dążeniem do rozwiązania problemu, przewyciężenia trudności, reorganizacji zakłóconej relacji z otoczeniem i podtrzymania emocjonalnego*²⁵⁵.

Tabela 2.3. Determinanty poczucia bezpieczeństwa

Rodzaj determinanty	Opis
Determinanty egzystencjalno-socjalne	To warunki mieszkaniowe, dochód, praca zawodowa, dysponowanie oszczędnościami, dobrami materialnymi, zabezpieczeniem finansowym ze strony państwa i innych podmiotów (np. zakładu pracy), system kredytowy państwa, system opieki zdrowotnej, pomoc socjalna
Determinanty psychiczno-duchowe	To poczucie pozytywnej wizji własnej przyszłości, dostatniego życia, dobrego stanu psychofizycznego, świadomość dotycząca własnych zasobów i potencjału, możliwości wykorzystania ich w czasie różnych aktywności, poczucie pewności dotyczące zachowania czy utrzymania indywidualnych i lokalnych dóbr, pozytywne cechy osobowości, szeroki zakres zainteresowań, więzi emocjonalno-duchowe z innymi osobami, oparcie w religii
Determinanty edukacyjno-kulturowe	To uzyskanie wysokiego wykształcenia, dobrego wychowania, stałe podnoszenie kwalifikacji i kompetencji zawodowych, podejmowanie kreatywnej aktywności w wybranej dziedzinie, aktywne uczestnictwo w życiu kulturalnym w ramach „małej” i „dużej” ojczyzny, świadome i odpowiedzialne korzystanie z masowych środków komunikacji, podtrzymywanie lokalnych i regionalnych tradycji kulturowych
Determinanty społeczne	To posiadanie rodziny, grona znajomych i przyjaciół, właściwe relacje z osobami znaczącymi, doświadczanie aprobaty i szacunku ze strony innych osób, partycypowanie w funkcjonowanie organizacji społecznej, odnoszenie sukcesów w życiu osobistym i zawodowym, doświadczenia sprawiedliwości, harmonii, ładu i zdrowej rywalizacji w bliższym i dalszym otoczeniu społecznym, brak kontaktu z patologiami społecznymi (np. agresją, przemocą, przestępczością, uzależnieniami)

²⁵³ Tamże, s. 93.

²⁵⁴ Tamże.

²⁵⁵ Tamże, s. 93-94.

Determinanty przyrodnicze	To cechy zagospodarowania przestrzeni publicznej (np. alei spacerowych, miejsc rekreacyjnych, pasów zieleni, parków), zachowanie naturalnego ukształtowania terenu, troska o przyrodę (ożywioną i nieożywioną), niewystępowanie poważnych zanieczyszczeń
---------------------------	--

Źródło: D. Krzewniak, *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych*, „De Securitate et Defensione. O bezpieczeństwie i Obronności” Nr 1(1) 2015, s. 95-96.

Wsparcie społeczne, zdaniem H. Sęk, jest determinowane przez jakość interakcji, dzięki której możliwie staje się łagodniejsza percepcja trudności, ponieważ mierząca się z nimi osoba doświadcza obecności (towarzyszenia) innego człowieka (ludzi), poczucia przynależności i bezpieczeństwa, a także zyskuje nadzieję na przezwycięzenie problemu. Badaczka wyróżnia wsparcie społeczne o charakterze emocjonalnym, informacyjnym (poznawczym), instrumentalnym, rzeczowym (materialnym) i duchowym (patrz: tabela 2.4.)²⁵⁶.

Tabela 2.4. Rodzaje wsparcia społecznego wyróżnione przez Helenę Sęk – w odniesieniu do osób niepełnosprawnych

Rodzaj wsparcia społecznego	Rodzaj wsparcia społecznego w odniesieniu do osób niepełnosprawnych
Wsparcie emocjonalne	Pozytywny stosunek wobec osoby wspieranej, zapewnienie jej poczucia troski, empatii oraz jej obecnej sytuacji
Wsparcie informacyjne (poznawcze)	Przekazywanie informacji, doświadczeń, wiedzy instytucjonalnej dotyczących wsparcia i działania różnych instytucji pomocowych; kreowanie sytuacji, aby osoba niepełnosprawna miała poczucie rozumienia jej sytuacji przez innych ludzi
Wsparcie instrumentalne	Modelowanie działań zaradczych lub ich okazywanie, stymulacja rozwoju osób niepełnosprawnych
Wsparcie rzeczowe (materialne)	Zorganizowanie środków finansowych
Wsparcie duchowe	Przytoczenie sensu życia w czasie sytuacji kryzysowej

Źródło: K. Podyma, *Wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie mieszkalnictwa wspomaganego*, „Pareja” Nr 2(14) 2020, s. 94.

Aby zapewnić bezpieczeństwo osobom niepełnosprawnym, zagwarantowano im prawo do korzystania z systemu wsparcia. Może mieć ono charakter osobisty (zapewniany przez krewnych, przyjaciół, znajomych), formalny (pomoc zapewniana przez organizacje charytatywne i społeczne, Kościół, instytucje realizujące

²⁵⁶ Tamże, s. 94.

zadania w zakresie pomagania, pomoc społeczna, kluby sportowe) oraz profesjonalny (profesjonalne poradnie, specjalne grupy wsparcia)²⁵⁷.

Wsparcie społeczne warunkujące bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych powinno obejmować także członków ich rodzin, szczególnie w przypadku niepełnosprawności wrodzonej lub/i nabytej w dzieciństwie czy wczesnej młodości. W tym przypadku obecność niepełnosprawnego dziecka czy nastolatka to duże obciążenie emocjonalne, organizacyjne, finansowe dla środowiska rodzinnego, negatywnie oddziałujące na jego dotychczasowe funkcjonowanie i sytuację materialną. Członkowie rodziny osoby niepełnosprawnej muszą przy tym nabyć nowe kompetencje i umiejętności, aby realizować wobec niej zadania opiekuńcze, wychowawcze, bytowe²⁵⁸.

Osoby niepełnosprawne, aby doświadczać bezpieczeństwa, potrzebują pozytywnych relacji społecznych ze swoim otoczeniem. Ich niepełnosprawność może zakłócić proces nabywania kompetencji społecznych, w rezultacie nie różnią się one od tych, jakimi dysponują ludzie pełnosprawni. Jednak niekiedy osoba niepełnosprawna nie potrafi nawiązać satysfakcjonujących relacji społecznych, co ma związek z niższym poziomem kompetencji społecznych (na przykład: z empatią, sprawnością komunikacyjną). Czasami jednostka może wykazywać liczne trudności adaptacyjne, co ma związek z ubogimi kontaktami z innymi ludźmi (rówieśnikami), izolowaniem czy odrzucaniem przez nich niepełnosprawnego²⁵⁹.

W ramach rozważań o bezpieczeństwie należy pamiętać, że dla osób niepełnosprawnych ograniczenie lub wykluczenie poczucia zagrożenia, zapewnienie im doświadczenia ochrony może być spowodowane do stworzenia im warunków do przetrwania, zachowania wielowymiarowej tożsamości, spokoju, posiadania i pewności odnośnie zdarzeń przyszłych. Aby ich poziom poczucia bezpieczeństwa stał się optymalny, muszą one funkcjonować w środowisku – także tym społecznym, w którym nie ma dla nich zagrożeń. Poza tym powinno ono wspierać ich dążenia, cele i aspiracje. W społecznym otoczeniu człowieka (rodzynie, szkole, miejscu pracy) osoba niepełnosprawna może doświadczyć wsparcia lub negatywnych, destrukcyjnych zjawisk. Bywa ono źródłem poczucia wyodrębniania się, wyobcowania i izolacji. Negatywne

²⁵⁷ Tamże, s. 95.

²⁵⁸ B. Szabała, M. Parchomiuk, *Wsparcie społeczne matek dzieci niepełnosprawnych*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 1(13) 2011, s. 48-49.

²⁵⁹ M. Stępa, *Specyfika choroby a przystosowanie społeczne*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 1(13) 2011, s. 74.

postawy i nastawienia wobec osób niepełnosprawnych, ich niechęć do podejmowania z nimi kontaktu tworzą warunki do ich stygmatyzacji, dyskryminacji i marginalizacji²⁶⁰.

M. Winiarski do czynników powodujących deprywację zaliczył potrzeby bezpieczeństwa, brak społecznej aprobaty, szacunku, życzliwości, relacji przyjacielskich, wsparcia i pomocy ze strony innych, kolegów oraz uczestnictwa w grupach znaczących oraz pozytywnych więzi z osobami znaczącymi²⁶¹.

W teorii A. Masłowa bezpieczeństwo znajduje się pomiędzy potrzebami fizjologicznym a miłością i przynależnością²⁶². Potrzeba ochrony dla osób niepełnosprawnych musi być odrębna i wysoko klasyfikowana, a także stanowić suplement innych motywów ludzkiego działania. Te jednostki są w większym stopniu narażone na różne zagrożenia. Niektóre z nich ograniczają realizację potrzeb wskazanych przez A. Masłowa. Zatem poczucie bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych pełni istotną rolę w ich zaspokojeniu. W wielu przypadkach odczuwają one indywidualne potrzeby istnienia, rozwoju i stabilizacji. Mogą je realizować wyłącznie za sprawą pomocy i wsparcia osób pełnosprawnych, zastosowaniu narzędzi oraz infrastruktury ułatwiającej im funkcjonowanie w społeczeństwie²⁶³.

Względne poczucie stabilizacji, spokoju, ładu, pewność rozwoju wchodzi w skład kategorii bezpieczeństwa. Stanowi warunek konieczny do przejawiania przez człowieka kreatywności, inicjatywy, podejmowania działań ukierunkowanych na rozwój osobisty, realizację własnych planów i bycia szczęśliwym, zadowolonym z siebie i własnego życia. Osoba niepełnosprawna, której potrzeba tego typu zostaje zaspokojona w stopniu wysokim, chętniej niż inni podejmuje nowe wyzwania, przystępuje do rozwiązywania problemów i trudności. Poczucie bezpieczeństwa umożliwia jej, pomimo dysfunkcji ruchowej, prowadzenie stosunkowo *normalnego*, satysfakcjonującego życia, wypełniania przypisanych ról społecznych w drodze do samospełnienia i urzeczywistnienia własnego potencjału²⁶⁴.

Podsumowując należałoby stwierdzić, że współczesne *pojmowanie bezpieczeństwa* jest różnorodnie i wielopłaszczyznowo definiowane. Koresponduje to z fenomenem, dynamiką i złożonością tego zjawiska. Behawioralne i antropocentryczne podejście do omawianej problematyki, podział definicyjny w warstwie przedmiotowej,

²⁶⁰Tamże, s. 93.

²⁶¹M. Winiarski, *Rodzina – szkoła – środowisko lokalne. Problemy edukacji środowiskowej*, wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Radom-Warszawa 2000, s. 138-145.

²⁶²Ch.D. McDermid, *How Money motivates Men*, „Business Horizons” Vol. 3, Iss. 4, 1960, s. 93-100.

²⁶³A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, dz. cyt., s. 19.

²⁶⁴D. Krzewniak, dz. cyt., s. 95.

podmiotowej, przestrzennej i celu doprecyzowują współczesne rozumienie pojęcia omawianego zjawiska. Nadal nie wypracowano jego uniwersalnej definicji, na co między innymi wpływa stały rozwój społeczny, cywilizacyjny i gospodarczy. Jednak obecne definicje tego terminu cechują się zróżnicowaniem ujęć i pojęć, dzięki czemu można to zjawisko rozpatrywać z perspektywy jednostki i systemu. Ma to istotne znaczenie dla bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych, rozważanym z perspektywy indywidualnej i systemowej. Można również zauważyć, że analiza definicji tego zjawiska wzbogaca je o nowe konteksty. Zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia różnych płaszczyzn i potrzeb, jak również podkreśla wymóg elastyczności i otwartości na specyficzne potrzeby tych ludzi.

2.4. Systemowe sfery badań i pozycjonowanie bezpieczeństwa zdrowotnego

Istotnym wymiarem bezpieczeństwa dla obywateli i społeczeństwa jest jego charakter zdrowotny. Działania dla jego uzyskania i utrzymania na optymalnym poziomie podejmowane mogą być indywidualnie lub stanowić element systemowej ochrony zdrowia. Należy więc w pierwszej kolejności wskazać cechy bezpieczeństwa zdrowotnego (ang. *health security*), które zaczęto opracowywać na początku XXI wieku²⁶⁵.

Podniesiono to w rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia z maja 2001 roku pt. *Global health security: epidemic alert and response*²⁶⁶. Wskazano w niej zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego, którego źródło stanowią procesy globalizacyjne, na przykład: rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych, wzmożone migracje ludności²⁶⁷.

WHO w raporcie z 2007 roku pt. *A Safer Future: Global Public Security in the 21st Century* zdefiniowała termin *bezpieczeństwo zdrowotne* jako podejmowanie wymaganych działań o charakterze reaktywnym i proaktywnym dla zredukowania podatności na ostre zakażenia dotyczące zdrowia publicznego, które zagrażają zbiorowemu zdrowiu ludności zamieszkującej różne regiony geograficzne²⁶⁸.

Z czasem modyfikowano znaczenie pojęcia *bezpieczeństwo zdrowotne*, ale nie opracowano uniwersalnej jego definicji.

²⁶⁵ K. Rogowska, *Ochrona zdrowia jako strategiczny obszar zarządzania państwa*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” Nr 59(3) 2019, s. 215.

²⁶⁶ P.M. Nowicka, *Zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego Ukrainy*, „Nowa Polityka Wschodnia” Nr 2(27) 2018, s. 36.

²⁶⁷ P.M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS” Nr 4(56) 2018, s. 105.

²⁶⁸ M. J. Kuczabski, *Kategoria bezpieczeństwa zdrowotnego w naukach o bezpieczeństwie*, „Systemy Logistyczne Wojsk” Z. 21 2021, s. 20.

Dorota Cianciara i Mirosław J. Wysocki zwrócili na ten aspekt uwagę, a ponadto na dwa wymiary bezpieczeństwa zdrowotnego obecne w licznych definicjach tego pojęcia. W pierwszym przypadku sprowadza się ono do zabezpieczenia przed ryzykiem wystąpienia choroby i utraty zdrowia. W drugim przypadku bezpieczeństwo zdrowotne stanowi zabezpieczenie przed skutkami (głównie finansowymi) choroby i utraty zdrowia²⁶⁹.

Natomiast Paulina M. Nowicka i Janusz Kocik uznali, że wspomniany termin swoim zakresem znaczeniowym *obejmuje między innymi zagadnienia związane z zapobieganiem powstawania zagrożeń dla zdrowia*²⁷⁰, ponieważ bezpieczeństwo zdrowotne staje się *odpowiedzią na pojawiające się ogniska chorób i epidemie*²⁷¹. Takie bezpieczeństwo stanowi instrument polityki²⁷².

Według Mirosława Borkowskiego, termin *bezpieczeństwo zdrowotne* ma szerszy zakres znaczeniowy niż pojęcie *ochrona zdrowia*. Wspomniana *ochrona* wchodzi bowiem w skład bezpieczeństwa zdrowotnego²⁷³.

Bezpieczeństwo zdrowotne dotyczy ustawicznie podejmowanych działań, które służą diagnozie zagrożeń zdrowotnych (subiektywnych i obiektywnych), rozwijaniu umiejętności reagowania na wyzwania i zagrożenia dla zdrowia oraz życia człowieka. Ponadto ich celem jest kształtowanie postaw ukierunkowanych na indywidualną troskę o zdrowie i życie własne oraz innych osób. Kluczową rolę w kształtowaniu środowiska i kultury bezpieczeństwa zdrowotnego pełni edukacja zdrowotna, jeżeli jest właściwie realizowana, wówczas stanowi nieodłączny element edukacji dla bezpieczeństwa²⁷⁴.

Konrad Harasim uznał, że termin *bezpieczeństwo zdrowotne* opisuje *zapewnienie przez państwo oraz inne instytucje warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach*²⁷⁵.

²⁶⁹ D. Cianciara, M.J. Wysocki, *Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego – panaceum czy placebo?*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” Nr 2(87) 2006, s. 79.

²⁷⁰ P.M. Nowicka, J. Kocik, dz. cyt., s. 107.

²⁷¹ Tamże.

²⁷² Tamże.

²⁷³ M. Borkowski, *Pacjent (konsument) i jego miejsce w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego*, <https://wpia.uwm.edu.pl/czasopisma/sites/default/files/uploads/KPP-Monografie/8/76-83.pdf> [dostęp: 18.08.2022], s. 75.

²⁷⁴ O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć, *Vademecum bezpieczeństwa*, wyd. InoB, Kraków 2018, s. 174.

²⁷⁵ K. Harasim, *Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 29 2018, s. 65-66.

W podobny sposób termin ten zdefiniował Mateusz Paplicki. Wskazał on na *pewność działania organów administracji rządowej, samorządowej i podległych jej służb w zakresie ochrony życia i zdrowia*²⁷⁶. Badacz ten zauważył ponadto, że termin *bezpieczeństwo zdrowotne* opisuje *proces ciągłych dążeń państwa oraz jednostki do zaspokojenia jej potrzeb zdrowotnych*²⁷⁷.

Zatem to bezpieczeństwo jest więc determinowane przez pełną dostępność i sprawność funkcjonowania główne publicznych służb medycznych²⁷⁸. Nie można także, zdaniem M. Pawlickiego, zapomnieć, że bezpieczeństwo zdrowotne stanowi prawo podmiotowe, które polega na zaspokojeniu przez państwo takich potrzeb zdrowotnych, będących skutkiem wystąpienia nagłego zagrożenia dla zdrowia lub życia. Państwo bowiem na ogół nie dysponuje dostatecznymi środkami finansowymi, aby zaspokajać wszystkie potrzeby zdrowotne swoich obywateli²⁷⁹.

Bezpieczeństwo zdrowotne to wartość i potrzeba każdego człowieka, a także – pożądaną przez niego stan. Według WHO bezpieczeństwo zdrowotne lokuje się wysoko ze względu na właściwości kondycji zdrowotnej. Zdrowie uwzględnia bowiem stan fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka. Stanowi podstawę osiągnięcia przez niego bezpieczeństwa i pokoju. W *Raporcie o rozwoju społecznym* opublikowanym 1994 roku w ramach *Programu Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz Rozwoju* (UNDP) bezpieczeństwo zdrowotne zaliczono do najistotniejszych sfer bezpieczeństwa. Znalazło się wśród bezpieczeństwa o charakterze ekonomicznym, żywnościowym, środowiskowym, personalnym, społecznym i politycznym²⁸⁰.

W przeprowadzonych przez autora pracy badaniach przeważająca część respondentów wskazała, że bezpieczeństwo zdrowotne powinno być powiązane z potrzebami zdrowotnymi każdego człowieka na wszystkich etapach jego życia, a przede wszystkim w sytuacjach, kiedy przestaje być samowystarczalny (patrz: wykres 2.4.).

Co piąty ankietowany uważał, że bezpieczeństwo zdrowotne to ochrona zdrowotnych interesów jednostki i społeczeństwa, jak również zapewnienie wszechstronnej pomocy w tym obszarze przez odpowiednie zarządzanie stosunkami społecznymi, systemem prawnym i gotowością państwa do pojęcia potrzebnych działań.

²⁷⁶ M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Przegląd Prawa i Administracji” Nr 106 2016, s. 252.

²⁷⁷ Tamże, s. 252.

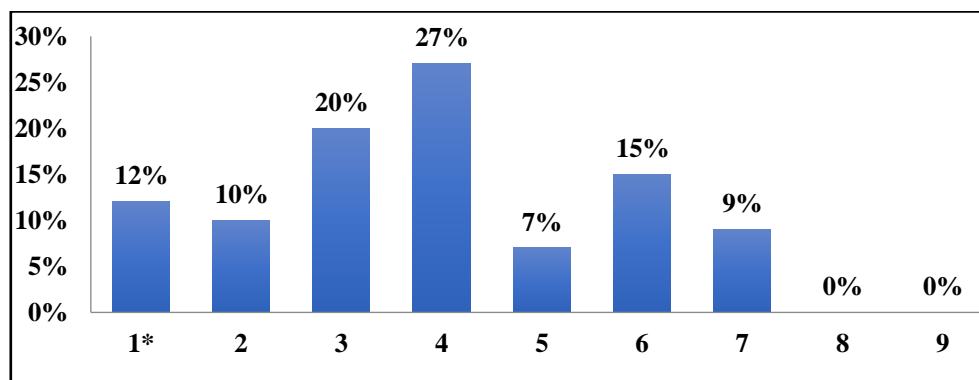
²⁷⁸ Tamże, s. 250.

²⁷⁹ Tamże, s. 252.

²⁸⁰ www.undp.org/publications/human-development-report-1994 [dostęp: 20.07.2022].

M. Cieślarczyk ułożył bezpieczeństwo ekologiczne i zdrowotne u podstaw piramidy bezpieczeństwa (patrz: rysunek 2.2.)²⁸¹.

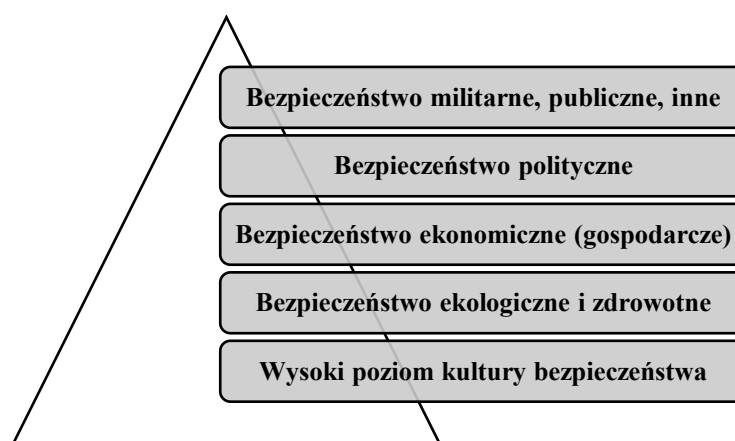
Wykres 2.4. Oczekiwane przez respondentów cechy bezpieczeństwa zdrowotnego



Legenda: 1* - bezpieczeństwo zdrowotne powinno u człowieka niwelować wszelkie obawy i lęki związane z możliwością jego braku, 2 – bezpieczeństwo zdrowotne powinno zapewnić poczucie stanu pewności przetrwania i rozwoju, w każdych planowanych bądź oczekiwanych warunkach zdrowotnych, 3 – bezpieczeństwo zdrowotne to ochrona zdrowotna interesów jednostki i społeczeństwa, jak również zapewnić wszechstronnej w tym obszarze pomocy przez odpowiednie zarządzanie stosunkami społecznymi, system prawnym i gotowością państwa do pojęcia potrzeb, 4 – bezpieczeństwo zdrowotne powinno być powiązane z potrzebami zdrowotnymi każdego człowieka na wszystkich etapach jego życia, a przede wszystkim w sytuacjach, kiedy przestaje być samowystarczalny, 5 – bezpieczeństwo zdrowotne dotyczyły sytuacji kryzysowych, nieprzewidywanych i nagłych w życiu człowieka, 6 – bezpieczeństwo zdrowotne powinno przede wszystkim opierać się na prawnej gwarancji opieki zdrowotnej, 7 – bezpieczeństwo zdrowotne powinno przede wszystkim dotyczyć osób niepełnosprawnych oraz tych, która dotknęła nagle zmiana ich stanu zdrowia, powodująca kalectwo lub inne znaczne ograniczenie, 8 – inna odpowiedź, 9 – nie wiem.

Źródło: badania własne.

Rysunek 2.2. Piramida bezpieczeństwa opracowana przez Mariana Cieślarczyka



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

²⁸¹ M. Cieślarczyk, *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, wyd. UPH, Siedlce 2009, s. 151.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat pojawiło się szersze zainteresowanie pojęciem *bezpieczeństwa ekologicznego*. Trwa ono jednak począwszy od lat 70. XX wieku, kiedy to obrońcy środowiska zaczęli proponować redefinicję *bezpieczeństwa*, obejmując szeroki wachlarz zagrożeń środowiskowych: od trzęsień ziemi po degradację środowiska. Inni wskazywali na zniszczenie środowiska spowodowane wojną i stawiali hipotezę, że wojny międzypaństwowe i inne formy przemocy mogą wynikać z niedoboru zasobów i degradacji środowiska. Jeszcze inni proponowali *rekonceptualizację suwerenności*, aby skupić się na bezpieczeństwie ekologicznym. Większość pionierskich prac koncepcyjnych dotyczących bezpieczeństwa ekologicznego została wykonana przez zwolenników większej świadomości ekologicznej. Koncepcje te zostały rozwinięte w kontekście odnowionych napięć zimnowojennych pod koniec lat 70. i na początku lat 80. XX wieku i były ekstrapolacją obaw przed wojnami o zasoby w następstwie kryzysów naftowych z lat 1973 i 1979. Pod koniec lat 80. i na początku 90. tego wieku bezpieczeństwo ekologiczne było już szerokim ruchem, stworzyło program badań empirycznych i zaczęło kształtować swoją politykę. Wraz z osłabieniem *zimnej wojny*, idee te zaczęły również przyciągać zainteresowanie i wsparcie innymi środowisk, a w tym nawet zbliżonych do wojskowych²⁸².

Kolejną z ważniejszych kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego jest *kapitał zdrowotny*. Umożliwia on człowiekowi prowadzenie rozumnego, kreatywnego i satysfakcjonującego życia. Elementy pojęcia *kapitał zdrowotny* to sprawność fizyczna człowieka, funkcjonowanie układu immunologicznego, dziedziczne cechy fizyczne, uszkodzenia czy genetyczne predyspozycje do schorzeń.

Według P. Grzywnej, ludzki kapitał zdrowotny charakteryzuje się dynamicznością. Z upływem lat życia ulega ona zmniejszeniu, na co wpływają cechy niewłaściwego stylu życia (np. stosowanie używek, nieracjonalnej diety, brak aktywności fizycznej i społecznej, urazy spowodowane przez wypadki) oraz naturalne zmiany, jakie zachodzą w ludzkim organizmie wraz z wiekiem²⁸³.

Bezpieczeństwo zdrowotne odnosi się do ważnej kategorii zagrożeń, ponieważ dla jednostki zdrowie należy do wartości wysoko klasyfikowanych w hierarchii potrzeb. W związku z tym w różnych badaniach prowadzonych na licznych płaszczyznach oraz w ramach wielu dziedzin. Ten stan badań jest determinowany przez interdyscyplinarnym

²⁸² D. Deudney, Security. In A. Dobson & R. Eckersley (Eds.), *Political Theory and the Ecological Challenge* wyd. Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511617805.015, s. 232-252).

²⁸³ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2017.

charakter bezpieczeństwa zdrowotnego. Stanowi ono przedmiot badania nauk o bezpieczeństwie, psychologii, zarządzania, nauk przyrodniczych, polityki, pedagogiki, rolnictwa, medycyny, kultury fizycznej, sportu i wielu innych dziedzin prawa.

Przywołany powyżej P. Grzywna uważa, że dzięki zachowaniom prozdrowotnym możliwa staje się odbudowa traconego kapitału zdrowotnego. Badacz przypisał znaczącą rolę nierówności stanu zdrowia i dostępu do zasobów gwarantujących człowiekowi utrzymanie zdrowia dla bezpieczeństwa zdrowotnego²⁸⁴. Według tego badacza, nierówności stanu zdrowia dotyczą w stylu życia jednostki, jakości środowiska naturalnego, podejmowania zatrudnienia, warunków socjalno-bytowych. Obejmują również charakter więzi społecznych, jakie człowiek podtrzymuje lub z których jest wykluczany. Uważa, że diagnoza i monitorowanie stanu zdrowia osób wykluczonych społecznie (na przykład: osób niepełnosprawnych) oraz kompleksowa profilaktyka zdrowotna stanowią nieodzowne elementy, które kształtują środowisko bezpieczeństwa zdrowotnego. Systemowe badania nad bezpieczeństwem zdrowotnym wymagają więc podjęcia działań, które są ukierunkowane na ocenę nierówności stanu zdrowia, tworzenie programów przedszkolnych i szkolnych nauczania wspierających postawy prozdrowotne, promocję aktywności fizycznej, połączenie programów pomocy społecznej i polityki zdrowotnej²⁸⁵.

Bezpieczeństwo zdrowotne może być zapewniane i chronione w ramach systemu, który jest zbiorem elementów o charakterze materialnym lub abstrakcyjnym, wyodrębnionych z otoczenia. Takie składowe są wewnętrznie powiązane. Rozpatruje się je z określonej perspektywy i postrzega się je jako pewną całość. Dokonuje się podziału systemów za pomocą różnych kryteriów. Za pomocą kryterium wielkości wyróżnia się systemy proste (złożone z elementarnych obiektów, z których niektóre są prostymi systemami), złożone (składające się z prostych systemów) i wielkie (składające się z prostych systemów). Na podstawie kryterium wymienialności elementów wskazuje się systemy otwarte, domknięte i otwarte. Za pomocą kryterium przedmiotowego i podmiotowego wyróżnia się systemy rzeczywiste i pojęciowe. Te pierwsze odzwierciedlają rzeczywistość, a te drugie konstrukty myślowe²⁸⁶.

²⁸⁴ Podobne stanowisko zajął również M. Paplicki (zob. M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, wyd. E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wrocław 2020, s. 117.

²⁸⁵ O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć, dz. cyt., s. 176-177.

²⁸⁶ R. Gwardyński, *System bezpieczeństwa państwa w ujęciu prakseologicznym*, „Zeszyty Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” Nr 33(4) 2019, s. 58.

Zdaniem Marleny Drygiel-Bielińskiej: *nauki o bezpieczeństwie wykorzystują liczne kategorie (...) właściwe innym dyscyplinom, nadając im znaczenie związane z różnymi wymiarami bezpieczeństwa*²⁸⁷. Kategoria systemu okazuje się użyteczna w badaniach bezpieczeństwa, także tego – zdrowotnego. Według M. Drygiel-Bielińskiej, w takim przypadku należy uwzględnić teorię systemów, analizę systemową (metodę badawczą) oraz kategorię systemu bezpieczeństwa. Zdaniem badaczki system bezpieczeństwa to jeden z typów systemów społecznych²⁸⁸.

M. Drygiel-Bielińska przyjęła za R. Vukadinovićem, że system bezpieczeństwa stanowi *określoną metodę działania, sposoby postępowania i zespół środków, jakie państwa podejmowałyby w swych stosunkach wzajemnych dla zapewnienia najbardziej trwałego poczucia bezpieczeństwa*²⁸⁹.

Badanie nad systemem wymaga zastosowania określonej postawy metodologicznej. Do jej cech zalicza się uznanie braku barier dyscyplinarnych, swobodę w używaniu wiedzy i technik wypracowanych przez jeden rodzaj nauki w rozwiązaniu problemów, obecnych w innej dziedzinie wiedzy, a także – uznaniem dwóch różnych dyscyplin naukowych za dziedzinę stykową²⁹⁰.

Podejście systemowe w przypadku bezpieczeństwa dotyczy uwzględnienia złożoności danego systemu i jego podsystemów (analiza kolejnych podsystemów po podstawowe elementy, czyli jednostki ludzkie). Człowiek jest również postrzegany jako bardzo złożony system²⁹¹.

Badanie systemu bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga zastosowania merytorycznej definicji tego bezpieczeństwa i jego zagrożeń. Taki system powinien bazować na kompleksowym modelu i uwzględniać metodę, za pomocą której możliwa stanie się ocena osiąganego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Poza tym pozwolą one zdiagnozować zagrożenia oraz zmierzyć stopień ich nasilenia²⁹².

Dla prawidłowego pozycjonowania bezpieczeństwa zdrowotnego w systemowych sferach badań nad tym zjawiskiem należy zastosować odpowiednie kryteria oceny

²⁸⁷ M. Drygiel-Bielińska, *Podejście systemowe w badaniach bezpieczeństwa*, wyd. INSiB, Siedlce, 2015, s. 6.

²⁸⁸ Tamże.

²⁸⁹ R. Vukadinović, *Międzynarodowe stosunki polityczne*, wyd. PWN, Warszawa 1980, s. 264.

²⁹⁰ J. Gierszewski, *Model bezpieczeństwa społecznego na tle teorii systemów*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Nr 2 2013, s. 66.

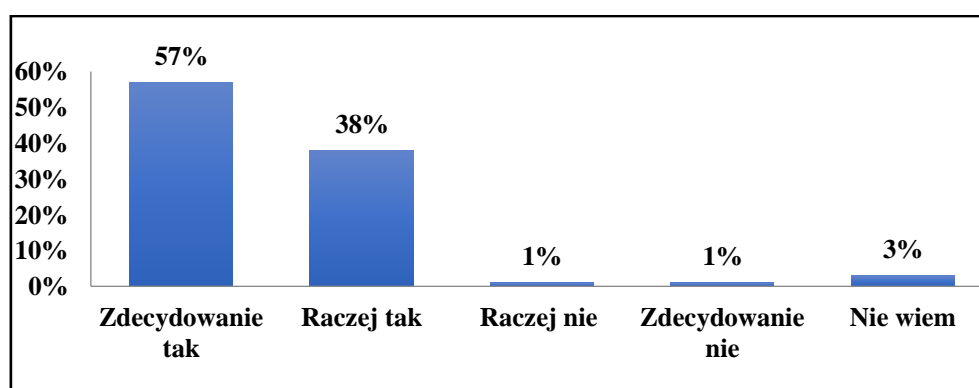
²⁹¹ T. Wałek, *System bezpieczeństwa gminy na przykładzie Krynicy-Zdrój*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 21 2016, s. 262.

²⁹² A. Ameljańczyk, T. Ameljańczyk, *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego w państwie i jego zagrożenia*, [w:] https://rocznikikae.sgh.waw.pl/p/roczniki_kae_z25_01.pdf [dostęp: 18.08.2022], s. 10.

zdrowia. Marian Sygit wyróżnia subiektywne i obiektywne kryteria. Te pierwsze odzwierciedlają osobiste odczucia własnego stanu zdrowia i samopoczucia, a te drugie – obejmują opisane zjawiska fizjologiczne (zachodzące w organizmie człowieka) i społeczne (ocena otoczenia w obrębie zmian w pełnionych rolach społecznych)²⁹³.

Tezy zawarte w literaturze w tym zakresie korespondują z wynikami, jakie uzyskano w badaniu własnym przeprowadzonym przez autora niniejszej pracy. 95% respondentów uważało, że odczuwalny przez człowieka poziom *bezpieczeństwa osobistego* wpływa na jego stan zdrowia (patrz: wykres 2.5.).

Wykres 2.5. Wpływ odczuwanego poziomu *bezpieczeństwa osobistego* na stan zdrowia człowieka – według respondentów



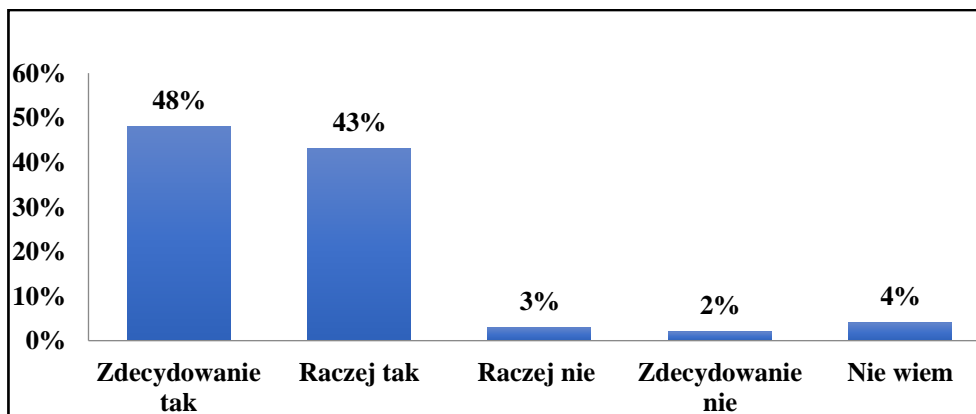
Źródło: badania własne.

Wśród osób, które nie podzielały tej opinii, znalazły się wyłącznie kobiety mające ponad 50 lat. W przypadku pozostałych cech demograficzno-społecznych nie wystąpiło podobne zróżnicowanie udzielonych odpowiedzi.

Z kolei 91% uczestników badania uważało, że ich stan zdrowia wpływał na ich poczucie własnego bezpieczeństwa (patrz: wykres 2.6.). Wśród osób, które nie podzielały tej opinii, pięciokrotnie liczniejsi okazali się respondenci korzystających z pomocy w wykonywaniu codziennych czynności niż samodzielni uczestnicy badania.

²⁹³M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 23-25.

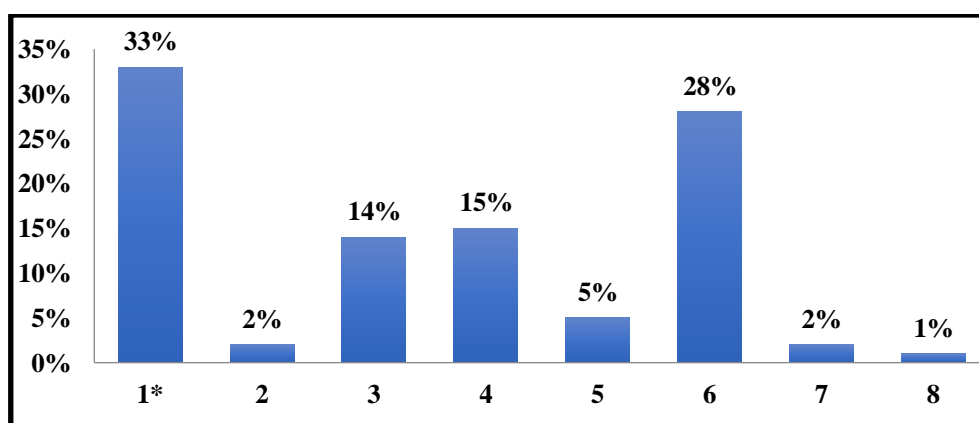
Wykres 2.6. Wywieranie wpływu przez stan zdrowia na bezpieczeństwo respondentów



Źródło: badania własne.

Do aspektów własnego stanu zdrowia, który mógłby mieć największy wpływ na poczucie bezpieczeństwa, respondenci zaliczyli przede wszystkim ogólne kłopoty zdrowotne oraz unieruchomienie (patrz: wykres 2.7.). Wymienili także problemy przy poruszaniu się (15%), stres, zmęczenie i przebyte choroby (14%). Tylko nieliczni uczestnicy badania uważali, że aspekty ich stanu zdrowia, determinującego ich poczucie bezpieczeństwa, obejmowały rozstrój ich kondycji zdrowotnej, skutkującej obniżeniem jakości życia, brakiem wypełniania swoich obowiązków rodzicielskich (niemożność zapewnienia dzieciom optymalnych warunków bytowych), ogół problemów mających związek z ograniczeniem ich autonomii wynikającym z terminalną chorobą oraz trudną sytuacją osoby przewlekle chorej. Musi się ona, zdaniem respondentów mierzyć z ograniczonymi możliwościami podjęcia terapii leczniczej, koniecznością walki o zdrowie i narastającymi problemami finansowymi (2%).

Wykres 2.7. Aspekty obecnego stanu zdrowia respondentów cechujące się największym wpływem na ich poczucie bezpieczeństwa



Legenda: 1* - ogólne kłopoty zdrowotne, 2 - pogarszający się wzrok, 3 - stres, zmęczenie, przebyte choroby, 4 - problemy przy poruszaniu się, 5 - wady wrodzone lub nabyte w skutek wypadku, 6 - unieruchomienie, 7 - inne, 8 - nie wiem.

Źródło: badania własne.

Aspekt systemowy pełni istotną rolę w zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego. Badania nad nim powinny mieć charakter systemowy i odnosić się do systemowych sfer bezpieczeństwa zdrowotnego.

W Polsce w ówczynie przyjętej *Strategii bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej* założono, że istotny aspekt kształtowania środowiska bezpieczeństwa zdrowotnego to działania podejmowane w ramach systemu bezpieczeństwa narodowego, a szczególnie w zakresie jego podsystemów wsparcia (społecznego i ekonomicznego) i podsystemów wykonawczych (obronny i ochronny). Wspomniane działania ochronne dla bezpieczeństwa zdrowotnego odnoszono do: wymiaru sprawiedliwości, przeciwdziałania terroryzmowi i ekstremizmowi, bezpieczeństwa w cyberprzestrzeni, gwarancji bezpieczeństwa i porządku publicznego, zapewnienia bezpieczeństwa powszechnego za pośrednictwem systemu ratownictwa i ochrony ludności, działania w zakresie zarządzania kryzysowego oraz ochrony zdrowia związanej z rozpoznawaniem oraz przeciwdziałaniem zagrożeniom zdrowotnym. We wspomnianej strategii w zakresie podsystemów wsparcia wyodrębniono zabiegi, które są ukierunkowane na kształtowanie bezpieczeństwa zdrowotnego. Zlokalizowano je wokół działań: społecznych (edukacja dla bezpieczeństwa, zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego) i gospodarczych (wzmacnianie bezpieczeństwa żywności, ochronę środowiska naturalnego)²⁹⁴.

Systemowe podejście do problematyki i pozycjonowania bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga odniesienia do polityki zdrowotnej. Według Włodzimierza Cezarego Włodarczyka taka polityka to możliwy do wyodrębnienia *proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń, odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym*²⁹⁵.

Zasadniczym celem polityki zdrowotnej jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, pojmowanego jako proces minimalizowania i eliminowania zagrożeń zdrowotnych, jak również ich skutków powodujących utratę poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. W ramach polityki zdrowotnej państwo podejmuje działania, których cele to kształtowanie pożądanych postaw prozdrowotnych wspierających ochronę zdrowia, zapobieganie chorobom oraz przedłużeniu życia²⁹⁶.

²⁹⁴ O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć, dz. cyt., s. 176.

²⁹⁵ W. C. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo LEX, Warszawa 2014, s. 24-51.

²⁹⁶ M. Glin, *Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa ochrony zdrowia w Polsce*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Res Polticae” T. 8 2016, s. 112.

Zdaniem Konrada Harasima konieczne jest zwrócenie uwagi na kategorię zdrowia z ang. przywołaną jako *humansecurity*²⁹⁷. Raport ONZ z 1990 roku o rozwoju społecznym wskazał, że w bezpieczeństwie jednostki zawiera się zdrowie. W 1994 roku UNDP do *humansecurity* zaliczył bezpieczeństwo ekonomiczne, polityczne, społeczne, żywnościowe, środowiskowe, osobiste oraz zdrowotne. Temu ostatniemu nadano rolę rdzenia bezpieczeństwa jednostki²⁹⁸.

Systemowe sfery bezpieczeństwa zdrowotnego można poddać analizie na podstawie założenia, zgodnie z którym bezpieczeństwo podmiotu może być rozpatrywane jako system. W takim ujęciu stanowi ono *odrębny i autonomiczny układ*²⁹⁹. Taki system nie jest *prostą sumą elementów i czynników nań składających się, lecz jest całością, w której wszystkie elementy i czynniki są ściśle ze sobą powiązane i wzajemnie wpływają na siebie, stanowiąc pewną jakość, która jest interpretowana przez podmiot jako poczucie bezpieczeństwa*³⁰⁰, w tym bezpieczeństwa zdrowotnego.

Janusz Ziarko uważa, że poczucie bezpieczeństwa należy postrzegać *przez pryzmat jego elementów składowych, różnych ich ról i funkcji (np. obiegu informacji o zagrożeniach bezpieczeństwa czy procedur postępowania w sytuacji określonego zagrożenia) oraz wiążących je zależności*³⁰¹. Badacz ten zwrócił uwagę na ograniczony zakres analizy bezpieczeństwa podmiotu w aspekcie wyróżnionego aspektu, która dotyczy roli czy funkcji (na przykład: obiegu informacji), ponieważ stanowi ona wyłączenie jedno z potencjalnych ujęć badawczych. Badanie bezpieczeństwa podmiotu, traktowanego jako system, według tego badacza *wymaga rozpatrywania w połączeniu z innymi elementami tego systemu i w kontekście specyficznych jego cech, i włączenia w ten proces podmiotu jako części składowej systemu*³⁰².

Zaproponował on podejście systemowe w bezpieczeństwie obejmujące fazy, etapy i czynności. Można je zastosować również w dziedzinie bezpieczeństwa zdrowotnego³⁰³. Podejście systemowe cechuje się poznawczym sposobem percepcji natury rzeczywistości bezpieczeństwa, który jest silnie powiązany z myśleniem systemowym. Według J. Ziarko, analiza systemu bezpieczeństwa składa się z kilku faz. W ramach pierwszej z nich

²⁹⁷ K. Harasim, dz. cyt., s. 65-66.

²⁹⁸ P.M. Nowicka, J. Kocik, dz. cyt., s. 107.

²⁹⁹ J. Ziarko, *Podejście systemowe w badaniach bezpieczeństwa organizacji*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 4 2019, s. 25.

³⁰⁰ Tamże, s. 25.

³⁰¹ Tamże.

³⁰² Tamże, s. 24-25.

³⁰³ Tamże, s. 26-34.

dokonywane analizy systemu. Składają się na nią trzy etapy typu: stała analiza sytuacji, formułowanie problemu(-ów) oraz przedstawienie hipotetycznych sposobów ich rozwiązania.

Celem pierwszej fazy analizy systemu bezpieczeństwa, zdaniem J. Ziarko, jest analiza obecnego stanu systemu. Dzięki temu można uzyskać odpowiedzi na pytania badacza typu: *Jakie są założenia i cele bezpieczeństwa systemu, realizowanych w systemie procesów oraz zaangażowanych w ich realizację zasobów?; Jaka jest struktura systemu, jakie są jego elementy i relacje pomiędzy nimi?; Jaka jest organizacja tych elementów, postrzeganych indywidualnie lub jako całość?; Z jakich zasileń korzysta system, jakie są efekty ich przetwarzania oraz ograniczenia utrudniające ich przetwarzanie?; Jak i w jakie wchodzi interakcje w systemie i środowisku?; Jakie są granice systemu?; Jakie są cele realizowanych procesów i ich przebiegi?* Według J. Ziarko dzięki tej fazie analizy badacz systemu bezpieczeństwa może ustalić rozbieżności między tym, co ma miejsce, i tym, co jest wymagane³⁰⁴.

Z kolei druga faza analizy systemu bezpieczeństwa, zdaniem cytowanego badacza, obejmuje projektowanie systemu. Przyjął stanowisko, zgodnie z którym aktualna refleksja nad pytaniami o status modeli bezpieczeństwa pozwala ustalić ich charakter, zastosowanie i wykorzystanie w badaniach i praktyce. W czasie modelowania systemu badacz działa intencjonalnie, dokonując wyboru elementów spośród licznych możliwych rzeczy, zdarzeń czy cech typowych dla danej rzeczywistości bezpieczeństwa. Świadomie wybiera jedne elementy, pomijając inne. Preferuje te składowe, za pomocą których można posegregować i uporządkować zjawiska determinujące dane bezpieczeństwo i uzyskać skoordynowany obraz tego zjawiska. Zatem badacz musi uzyskać odpowiedzi na pytania, które dotyczą przedmiotu modelowania (rozważanej sytuacji i podmiotu bezpieczeństwa [zagrożonego obiektu] oraz cech jego otoczenia czy kontekstu), wyboru elementów danej sytuacji (ustalenie kluczowych elementów, powiązań między nimi i ich wzajemnego wpływu na siebie oraz podmiot bezpieczeństwa), uwzględnienia i wyboru elementów otoczenia (określenie sytuacji i podmiotu bezpieczeństwa w danej sytuacji oraz ich związek z otoczeniem). Uzyskanie odpowiedzi na powyższe pytania wymaga od podmiotu badającego podjęcia działań poznawczych. Dzięki nim zyskuje on szansę na uzyskanie wzajemnie spójnych odpowiedzi³⁰⁵.

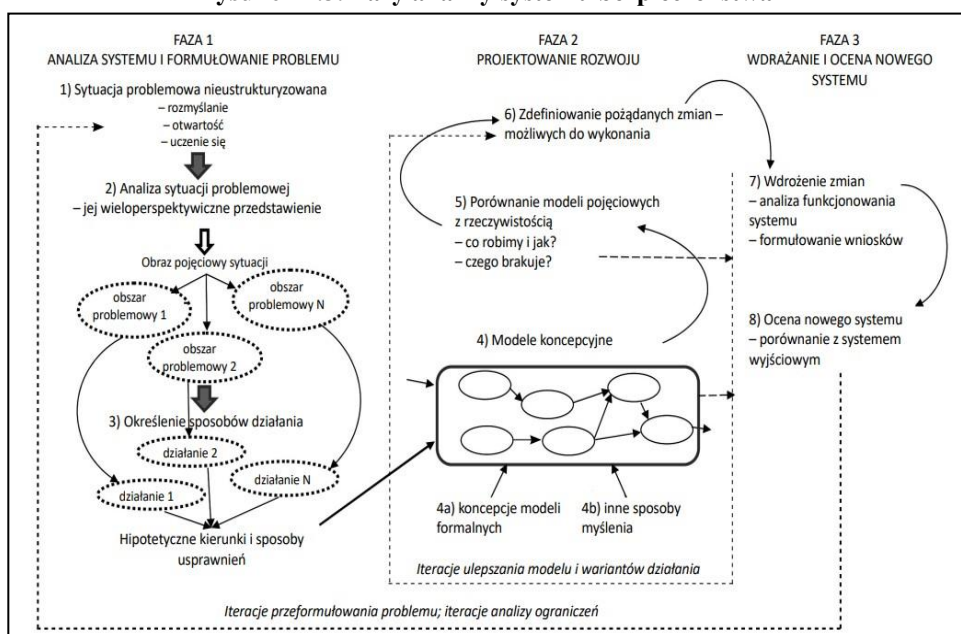
³⁰⁴ Tamże, s. 30.

³⁰⁵ Tamże, s. 33.

W czasie trzeciej fazy analizy systemu bezpieczeństwa, zdaniem J. Ziarko, dokonuje się wdrożenia i analizy nowego systemu. To podstawa jego dalszego rozwoju i doskonalenia. Dzięki porównaniu różnych wariantów działania, ocenie osiągniętych za ich pomocą pozytywnych i negatywnych rezultatów powstaje plan, który składa się z zapisów wskazujących sposoby potencjalnych działań. W tym czasie można wdrożyć takie działania.

Plan obejmuje metody pomiaru postępu i jego wskaźniki. Ten proces nie kończy się, ponieważ każda zmiana przyczynia się do powstania innego systemu, który należy monitorować i utrzymywać. Niekiedy poziom poprawy okazuje się niedostateczny lub nowa sytuacja może prowadzić do wystąpienia poczucia niezadowolenia i konfliktu. W związku z tym następny cykl działania należy powtarzać. Poprawa sytuacji (w opozycji do rozwiązania problemu) to stopniowalny i powtarzalny proces. Konieczna jest ocena nowego systemu za pomocą porównania z system wyjściowym. Postępowanie zgodne z cyklem podejścia systemowego przyczynia się do zwiększenia wiedzy badacza oraz interesariuszy o sytuacji, będącej źródłem zagrożenia, jak również o roli różnych czynników mających z nią związek. W rzeczywistości skuteczność podejścia systemowego ma związek z procesem uczenia się, który zachodzi dzięki interakcjom. W czasie tego etapu dokonuje się oceny związku, jaki zachodzi między sytuacją a uczeniem się. Ten związek okazuje się na tyle efektywny, że w rezultacie możliwe staje się podjęcie skutecznego działania w określonej sytuacji (patrz: rysunek 2.3.)³⁰⁶.

Rysunek 2.3. Fazy analizy systemu bezpieczeństwa



³⁰⁶ Tamże, s. 34.

Źródło: J. Ziarko, *Podjęcie systemowe w badaniach bezpieczeństwa organizacji*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 4 2019, s. 25.

W zaprezentowanym powyżej obrazie stanu rzeczy uznanie bezpieczeństwa, a w tym bezpieczeństwa zdrowotnego za złożony system, w skład którego wchodzi wiele podsystemów i elementów, tworzy warunki, aby opisywać je systemowo. Dzięki niemu badacz może określić (rozszerzyć lub zawęzić) przedmiot badania, co umożliwia dokonanie właściwej analizy i oceny systemu. W rezultacie uzyskuje on warunki, aby podjąć badanie nad systemem bezpieczeństwa zdrowotnego osób niepełnosprawnych.

2.5. Wnioski

Przeprowadzone badania służyły rozwiązaniu szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w postaci pytania: *Jakie są aktualnie tendencje w transdyscyplinarnym pojmowaniu bezpieczeństwa wraz z pozycjonowaniem w tym procesie bezpieczeństwa zdrowotnego?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiły podstawę dla częściowej weryfikacji hipotezy głównej sformułowanej z sytuowaniem, że: *personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną*. Znalazły także odniesienie dla hipotezy szczegółowej H.1., w której autor założył, że *w procesie transdyscyplinarnego pojmowania bezpieczeństwa problematyka bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest pozycjonowana adekwatnie do wylaniających się wyzwań i potrzeb środowiskowych*.

Na podstawie dokonanych badań sformułować można następujące wnioski:

- istota i fenomen bezpieczeństwa cechują się dużą plastycznością, złożonością i dynamiką. Pozostają trudne do uchwycenia, określenia i zbadania. Bezpieczeństwo dotyczy różnych i licznych dyscyplin naukowych. Stworzyły one założenia teoretyczne i metodologiczne, pozwalające na podjęcie badań nad nowymi zjawiskami z obszaru bezpieczeństwa, powstały podstawy badań nad bezpieczeństwem osób niepełnosprawnych, które jest ujmowane indywidualnie i systemowo;
- obecnie pojęcie *bezpieczeństwo*, uwzględniając złożoną naturę tego zjawiska, jest definiowane w sposób zróżnicowany i wielopłaszczyznowy. Nie ustalono uniwersalnej definicji bezpieczeństwa. Na sposób ujmowania jego specyfiki

oddziałują uwarunkowania społeczne, cywilizacyjne, gospodarcze i badania prowadzone nad bezpieczeństwem. Coraz częściej bezpieczeństwo opisywane i definiowane jest z perspektywy jednostki i systemu, co wspiera badania nad bezpieczeństwem osób niepełnosprawnych oraz jego ujęcie indywidualne i systemowe. Takie ujęcie koresponduje z tendencją do poszerzania tego zjawiska o nowe sfery, płaszczyzny i potrzeby współczesnego człowieka;

- potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego osób pełno- i niepełnosprawnych różnią się, mimo że są zróżnicowane i dynamiczne. Te ostatnie częściej potrzebują pomocy i dostępu do świadczeń oferowanych przez system opieki zdrowotnej, aby zaspokoić swoje potrzeby;
- bezpieczeństwo zdrowotne stanowi system złożony z wielu podsystemów i składowych, zatem zasadne jest ujmowanie go w sposób systemowy. Dzięki temu badacz zyskuje podstawę do zdefiniowania węższego lub szerszego zakresu przedmiotu badania. To pozwala na przeprowadzenie właściwej analizy i oceny badanego systemu i badanie systemu bezpieczeństwa zdrowotnego osób niepełnosprawnych.

Rozdział 3.

PERSONALNY CHARAKTER WYZWAŃ I ZAGROŻEŃ BEZPIECZEŃSTWA

Rozpatrywanie bezpieczeństwa z perspektywy jednostki wymaga uwzględnienia zagrożeń dla jej ochrony. Charakter zagrożeń może być determinowany przez jej właściwości somatyczne, poznawcze, emocjonalne, społeczne i materialne (ekonomiczne). Przede wszystkim wykazują one związek z cechami otoczenia przyrodniczego, cywilizacyjnego, społecznego i kulturowego danego człowieka. Jednostce zagrażają bowiem liczne i zróżnicowane zjawiska. W większości przypadków ich ograniczenie czy wyeliminowanie wymaga zaangażowania społeczności, instytucji samorządowych i rządowych. Człowiek nie jest w stanie sam skutecznie ochronić się przed zjawiskami, które zagrażają jego ochronie, nawet wtedy, kiedy aktywnie dąży do zapewnienia sobie optymalnego zabezpieczenia. Doskonałą ilustracją tej zależności jest zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego. Ten mechanizm objawia się ze szczególną mocą w przypadku osoby niepełnosprawnej.

W takim stanie rzeczy przyjęto, że wyniki przeprowadzonych i przedstawionych poniżej badań powinny przyczynić się do osiągnięcia częściowego celu, którym stała się *identyfikacja najbardziej prawdopodobnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa osobistego człowieka*, a tym samym spowodować rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *W jakim stopniu identyfikacja najbardziej prawdopodobnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa przekłada się na jego diagnozowanie na poziomie indywidualnym?*

Priorytetem dla badań zaprezentowanych poniżej było zatem zweryfikowanie części przyjętej hipotezy głównej, że *personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną i szczególowej hipotezy H.2. stanowiącej przypuszczenie, że charakter istniejących wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego nie przekłada się na istniejące w tym zakresie oczekiwania o charakterze indywidualnym.*

Dla powiązania problemu badawczego i weryfikacji wskazanych hipotez badawczych w niniejszym rozdziale posłużono się następującymi metodami badawczymi: analizą, syntezą, porównaniem, abstrahowaniem i uogólnieniem.

3.1. Koordynaty i właściwości bezpieczeństwa osobistego człowieka

Podjmując rozważania dotyczące bezpieczeństwa personalnego, należy przypomnieć, że przez długi czas bezpieczeństwo podmiotu postrzegane było w optyce międzynarodowej, państwowej, regionalnej czy lokalnej. Tylko nieliczni badacze wskazywali na człowieka (w wymiarze indywidualnym) i konieczność zapewnienia mu odpowiednich warunków do przetrwania i rozwoju³⁰⁷.

Człowiek jako podmiot bezpieczeństwa stał się obiektem badań po opublikowaniu *Raportu o rozwoju społecznym 1994 – Nowe wymiary bezpieczeństwa ludzkiego* (ang. *Human Development Report 1994 – New Dimensions of Human Security*)³⁰⁸.

Na rozwój badań dotyczących bezpieczeństwa jednostki wpłynęły także *konceptje libertariańskie* odnoszące się do funkcjonowania społeczeństwa bezpaństwowego. Przedstawicielami tego nurtu byli Murray Newton Rohbard, David Friedman czy Hans Herman Hoppe³⁰⁹.

Podstawę bezpieczeństwa personalnego stanowi holistyczny model opierający się na koncepcji *human security*³¹⁰, która została wypracowana w ramach realizacji Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (ang. UNDP), a upowszechniona w przywołanym powyżej dokumencie *Human Development Report 1994 – New Dimensions of Human Security*³¹¹.

W raporcie z 1994 roku wskazano, że brak poczucia ochrony w przypadku większości ludzi ma częściej źródło w obawie o byt, niż w lęku przed globalną katastrofą³¹². Wyróżniono przy tym dwa nurty koncepcji *human security*. Pierwszy z nich wskazywał wolność człowieka od problemów, do których zaliczono głód, choroby, represje mające źródło w jego pochodzeniu, rasie, płci, wyznaniu czy wyznawanych

³⁰⁷ Jednym z badaczy dla którego jednostka ludzka była głównym punktem odniesienia w rozważaniach dotyczących bezpieczeństwa był A. Maslow - twórca psychologii społecznej, który zaliczył bezpieczeństwo do egzystencjalnych potrzeb człowieka. Szerzej: A. Maslow (tłum. J. Radzicki), *Motywacja i osobowość*, wyd. PWN, Warszawa 2006, s. 76.

³⁰⁸ UNDP (ang. *United Nations Development Programme*). 1994. *Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security*. New York [w:] <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-1994> [dostęp: 25.07.2022].

³⁰⁹ K. Matuszek, *Anarchokapitalistyczna koncepcja bezpieczeństwa jednostki*, „Polityka i Społeczeństwo” Nr 2(16) 2016, s. 144.

³¹⁰ Koncepcja *human security* jest rozwinięciem teorii zaprezentowanej przez Barry’ego Buzana. Obejmuje pięć dziedzin bezpieczeństwa: wojskową, polityczną, ekonomiczną, ekologiczną i społeczną. Porównaj: B. Buzan, *People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post -Cold War Era*, Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead 1991, s. 19.

³¹¹ S. Sulowski, M. Brzeziński, *Trzy wymiary współczesnego bezpieczeństwa*, wyd. Elipsa, Warszawa 2015, s.40-49.

³¹² A. Czubań, *Miejsce jednostki we współczesnym pojmowaniu bezpieczeństwa*, [w:] desecuritate.uph.edu.pl Nr 1(2) 2016, s. 64-65.

poglądach politycznych. Drugi nurt ujął bezpieczeństwo w kategoriach ochrony jednostki przed *nagłymi i bolesnymi wydarzeniami w życiu codziennym, czy to w domu, w pracy, czy też w społeczeństwie*³¹³.

We wspomnianym raporcie z 1994 roku zinterpretowano istotę bezpieczeństwa osobistego. Autorzy dokumentu podjęli próbę pojęciowego zidentyfikowania bezpieczeństwa jednostki oraz jego związku ze zrównoważonym rozwojem ludzkości. Zainteresowano się tym zagadnieniem, uznając, że dotychczasowe pojmowanie bezpieczeństwa było niewystarczające, ponieważ ujmowano je jedynie przez pryzmat terytorialny, militarny i odnoszono do zewnętrznej agresji. Kiedy przyjęto założenie, że dla człowieka najważniejsze jest bezpieczeństwo dotyczące codziennej egzystencji i subiektywnie rozumiane, powstały warunki do zwrócenia uwagi na ochronę o charakterze personalnym. Kluczowego znaczenia nabrały zagrożenia dla bytu jednostki, a mniej istotne stało się globalne ryzyko.

W koncepcji *human security* uwzględniono dwa aspekty bezpieczeństwa. Pierwszy dotyczy zagrożeń związanych z zaspokojeniem podstawowych potrzeb, obawami o utratę zdrowia, wykluczeniem społecznym i dyskryminacją. Drugi odnosi się do zdarzeń o charakterze nagłym, które wywierają wpływ na jednostki i zbiorowości³¹⁴.

W omawianej koncepcji zwrócono uwagę na zagrożenia, które są *zorientowane na człowieka*. Zaliczyć do nich można epidemie, głód, klęski żywiołowe i antropologiczne, zagrożenia technologiczne (internetowe), konflikty militarne, religijne czy ideologiczne. Teoria *human security* skupiła się bowiem na rozwoju ludzkości i praw człowieka, co wymagało rezygnacji z instrumentalnych celów, m.in. wzrostu ekonomicznego czy rozwoju prawa³¹⁵.

W dokumentach ONZ pojawiło się pojęcie *bezpieczeństwo osobiste i wspólnotowe*, co zapoczątkowało działania poszczególnych państw i zmianę optyki – w pierwszej kolejności dotyczącej zapewnienia ochrony ludziom. Rozpowszechniło się przekonanie wyrażone przez Teresę Michałowską, że *bezpieczeństwo państwa nie jest jednoznaczne z bezpieczeństwem zamieszkujących je ludzi*³¹⁶.

³¹³ Tamże, s. 65.

³¹⁴ D. Kaźmierczak-Pec, *Od bezpieczeństwa państwa do bezpieczeństwa ludzkiego. Ewolucja pojęcia bezpieczeństwa w rzeczywistości ponowoczesnej*, [w:] M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostkowe*, wyd. UPH, Warszawa-Siedlce 2013, s. 55-56.

³¹⁵ Tamże.

³¹⁶ S. Jarmaszkó, *U podstaw antropologicznej konceptualizacji bezpieczeństwa*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, wyd. ASzWoj., Warszawa 2017, s. 14-15.

W raporcie UNDP z 1994 roku wskazano cztery główne cechy bezpieczeństwa współczesnego człowieka. Zaliczono do nich uniwersalność tego pojęcia, ponieważ opisuje ono stan wszystkich ludzi na świecie bez względu na ich miejsce zamieszkania oraz na skupienie uwagi na człowieku jako obiekcie zainteresowania. Zwrócono uwagę na współzależność i wzajemne powiązanie wszystkich wymiarów bezpieczeństwa. Ochronę jednostki uznano za rodzaj bezpieczeństwa, który łatwiej zapewnić za pomocą profilaktyki i zapobiegania niż w wyniku interwencji i ograniczania skutków naruszenia takiego zabezpieczenia³¹⁷.

Z perspektywy antropocentrycznej bezpieczeństwo personalne wymaga uwzględnienia subiektywnych odczuć i obiektywnych zagrożeń. W latach 90. XX wieku tą problematyką zainteresowano się w wielu krajach. Początkowo postrzegano to zjawisko jako część bezpieczeństwa wewnętrznego. Jego personalny aspekt stał się przedmiotem badań interdyscyplinarnych w ośrodkach badawczych, których członkami byli prawnicy, politolodzy, socjologowie, psychologowie oraz reprezentanci innych dyscyplin naukowych³¹⁸.

W raporcie Komisji Bezpieczeństwa Jednostki z 2003 roku utożsamiono istotę bezpieczeństwa jednostki z rdzeniem *swobód wszystkich ludzi i ich samorealizacji*³¹⁹.

Fen O. Hampson, analizując zakres bezpieczeństwa jednostki wskazuje na trzy koncepcje tego pojęcia. W pierwszej z nich to zjawisko zostało ujęte w kategorii praw naturalnych i rządów prawa. Podstawą tej koncepcji stało się uznanie podstawowych praw człowieka, co należy uznać za zjawisko centralne dla liberalizmu. W drugiej koncepcji kluczową rolę odegrał humanitaryzm, który przyczynił się do ukształtowania idei interwencji humanitarnych. Chciano poprawić podstawowe warunki życia uchodźców oraz innych grup, które z powodu konfliktu militarnego musiały opuścić swoje miejsce zamieszkania. Ten nurt objął również działania związane z pogłębianiem i umacnianiem prawa międzynarodowego dotyczącego ludobójstwa, zbrodni wojennych, eliminowania broni stanowiącej szczególne zagrożenie dla ludności cywilnej. W trzeciej koncepcji podstawą stała się przede wszystkim idea sprawiedliwości społecznej. Uwzględniono bowiem liczne i zróżnicowane formy zagrożeń dla dobrostanu i podstaw

³¹⁷ A. Czubaj, dz. cyt., s. 65.

³¹⁸ M. Brzeziński, *Kategoria bezpieczeństwa*, [w:] S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, wyd. Elipsa, Warszawa 2009, s. 7-8.

³¹⁹ *Human security now: protecting and empowering people/Commission on Human Security*, [w:] <https://digitallibrary.un.org/record/503749> [dostęp: 01.08.2022]. Szerzej: F.O. Hampson, *Bezpieczeństwo jednostki*, [w:] P.D. Williams (red.), *Studia bezpieczeństwa*, wyd. WUJ, Kraków 2012, s. 228.

utrzymania jednostek, a także realne i potencjalne ryzyko dla ich zdrowia i przetrwania³²⁰.

W tradycyjnym ujęciu bezpieczeństwo definiuje się jako zdolność państwa do ochrony swoich granic i suwerenności oraz zdolność do podjęcia działań w tym celu, która zależy od komponentów militarnych i niemilitarnych: technologia, populacja, zasoby naturalne, czynniki geograficzne³²¹. Bezpieczeństwo jednostki jest najczęściej postrzegane przez państwa z punktu widzenia eliminacji przemocy (siły) wobec jednostki. Przy takiej perspektywie podejście do bezpieczeństwa koncentruje się z jednej strony na kwestii zagrożenia i użycia siły, z drugiej zaś na modelu administrowania przez państwa tym rozległym źródłem niepewności³²².

Tak tradycyjne podejście nie przewiduje lub wręcz ukrywa szereg realnych zagrożeń dla jednostki i w związku z tym, bezpieczeństwo nie spełnia nawet swojego podstawowego celu: ochrony jednostki³²³. Dlatego też przewyciężenie tradycyjnych podejść wysuwa na pierwszy plan szereg nowych koncepcji, takich jak bezpieczeństwo społeczne, bezpieczeństwo kompleksowe, (globalne) bezpieczeństwo międzynarodowe i bezpieczeństwo ludzkie (bezpieczeństwo w rozszerzonym sensie)³²⁴.

W nowym układzie zasad kształtujących współczesne bezpieczeństwo pojawia się rozszerzenie tego pojęcia z bezpieczeństwa narodów w kierunku bezpieczeństwa jednostek. Pojęcie to jest także rozszerzane horyzontalnie, uzupełniając perspektywę militarną o polityczną, ekonomiczną i środowiskową, a tym samym zakres bezpieczeństwa może zasadniczo otrzymać wymiar ludzki.

Zauważyć w tym miejscu należy, że jednym z pionierów badań w Polsce nad bezpieczeństwem jednostki jest Janusz Świniarski. Jego zdaniem dotyczy ono *stworzenia człowiekowi takich warunków egzystencji, które, jeśli zostaną przez niego odpowiednio skonsumowane, zapewnią mu pełny rozwój osobowy – samorealizację*³²⁵.

Ten pogląd podzielili inni przedstawiciele dyscypliny *nauki o bezpieczeństwie*, eksponując rolę instytucji tworzących warunki samorealizacji człowieka. Wskazano

³²⁰ F.O. Hampson, dz. cyt., s. 277.

³²¹ Papp, D.S. (2002), *Contemporary International Relations: Frameworks for Understanding* (6th ed.), London: Longman.

³²² B. Śtefanachi, *From state to individual. Human security – a new framework of understanding sovereignty*. *Eastern Journal of European Studies*, 12(2), s. 263–279. <https://doi.org/10.47743/ejes-2021-0213>

³²³ D. Roberts, *Global Governance and Biopolitics. Regulating Human Security*, London and New York: Zed Books. <https://doi.org/10.5860/choice.48-3538>

³²⁴ E. Rotschild, *What is Security?*, *Daedalus*, 1995 Nr124(3), s. 53-98.

³²⁵ J. Świniarski, *O naturze bezpieczeństwa*, Agencja Wydawnicza ULMAK, Warszawa 1997, s.11.

powiązanie bezpieczeństwa osobistego z wymiarem strukturalnym tego zjawiska. Taka ochrona koncentruje się na życiu społecznym na poziomie lokalnym, regionalnym, państwowym i międzynarodowym. Skupia się ona na stronie organizacyjnej oraz instytucjonalnej tego życia³²⁶; ujmowana jest z perspektywy instytucji i organizacji oraz ich działalności skupionej na zagwarantowaniu ludziom bezpieczeństwa personalnego³²⁷. Skoordynowane działania wszystkich instytucji, które oddziałują na bezpieczeństwo jednostki na płaszczyźnie międzynarodowej, państwowej, samorządowej, spółdzielczej, zawodowej, w tym także społeczności lokalnych, muszą być ukierunkowane na zapewnienie bezpieczeństwa osobistego³²⁸.

Bezpieczeństwo personalne to zatem synonim odpowiednich warunków dla stabilnego funkcjonowania jednostki w jej środowisku, z jednoczesnym zapewnieniem pełni realizacji praw człowieka, wolności oraz możliwości rozwoju. To zjawisko wykracza poza *stan wolności od ryzyk socjalnych, ale i od zagrożeń rozwoju psychospołecznego jednostki*³²⁹.

Bezpieczeństwo personalne obejmuje wymiar jakościowy, ponieważ jest odczuwane i postrzegane w sposób subiektywny³³⁰.

Według Aleksandra Wolskiego bezpieczeństwo personalne jest tożsame z maksymalnym ograniczeniem *odczuwania przeżyć negatywnych jednostki*³³¹. Zbliżone stanowisko przedstawiła Anna Czubaj, opisując tę ochronę jako *ograniczenie do minimum przeżyć negatywnych jednostki, wynikających z jej uczestnictwa w życiu społecznym, które przejawiają się w postaci lęku czy strachu*³³².

Przywołani powyżej badacze zwracają zatem uwagę na zjawisko indywidualnego odczuwania i poczucia (także bezpieczeństwa), którego źródłem są odrębność jednostki i proces socjalizacji, jakiemu została ona poddana.

Podobne ujęcie proponuje także Marta Gębska, która wskazuje, że bezpieczeństwo personalne sprowadza się do stworzenia *człowiekowi, jak i całym grupom, takich warunków życia, które umożliwiają samorealizację i rozwój osobowy*. Uwzględnia ono

³²⁶ K. Kołodziejczyk, *Bezpieczeństwo. Kontekst personalno-aksjologiczny*, „Zeszyty Naukowe WSOWL. Nauki o Zarządzaniu” Nr 1(151) 2009, s. 140.

³²⁷ Zob. M. Gębska, dz. cyt., s. 258-259; A. Czubaj, dz. cyt., s. 64.

³²⁸ Tamże, s. 13.

³²⁹ B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001, s.20.

³³⁰ H. Liśniewska, *Bezpieczeństwo personalne funkcjonariuszy wybranych grup dyspozycyjnych*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), dz. cyt., s. 245.

³³¹ A. Wolski, *Bezpieczeństwo personalne na gruncie społeczności lokalnej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach” Nr 1(14) 2018, s. 160.

³³² A. Czubaj, dz. cyt., s. 65.

stan fizyczny, psychiczny, duchowy danego człowieka, jak również jego negatywne przeżycia³³³.

Bezpieczeństwo personalne bywa rozpatrywane z perspektywy indywidualnej, wolnościowej, racjonalnej i strukturalnej. Właściwości i koordynaty bezpieczeństwa osobistego determinują założenie o osobowym bycie człowieka, w rezultacie w wymiarze etycznym skutkuje ono zakazem jego przedmiotowego traktowania³³⁴. Jednostka stanowi więc punkt statystyczny, element całości organizmu społecznego oraz indywidualność. Wartością bezpieczeństwa personalnego jest szacunek do godności ludzkiej i byt osobowy.

Pojęcie bezpieczeństwa osobistego, jego cechy i koordynaty mają związek z ujęciem antropocentrycznym, w którym w centrum zainteresowania lokuje się człowiek, jego obawy, lęki, poczucie bezpieczeństwa, plany i perspektywy samorealizacji. Składają się one na podstawę i sens bezpieczeństwa jednostki, które ponadto jest powiązane z bezpieczeństwem strukturalnym. Do komponentów bezpieczeństwa personalnego zaliczono partykularną, subiektywną percepcję świadomości, która dotyczy *realności zaspokojenia własnych, osobistych, ale również społecznych potrzeb*³³⁵. Są one w dużej mierze determinowane przez zbiorowy podmiot państwowy oraz możliwe do zaspokojenia przy jego udziale.

Kryteria i przesłanki poczucia zagrożenia oraz poczucia bezpieczeństwa jednostki, które składają się na poziom bezpieczeństwa zbiorowego, można umieścić na *siatce koordynat*. Dzięki nim powstaje mapa zjawisk o charakterze jednostkowym. W takim ujęciu doświadczanie zagrożenia lub jego braku zależy od subiektywnych ocen, perspektyw i możliwości osiągnięcia stanu bezpieczeństwa poprzez zaspokojenie indywidualnych potrzeb. Jakość takiej jednostkowej percepcji i adekwatność formułowanych wniosków zależą od stopnia integracji społecznej, autentyczności przekazu informacyjnego w sferze publicznej, możliwości analizy i rozumienia wydarzeń, w których bezpośrednio lub pośrednio uczestniczy człowiek lub które odciskają na nim piętno.

Należy także wspomnieć o prawidłowej ocenie konsekwencji działań podejmowanych dla zapewnienia poczucia bezpieczeństwa. Wspomniana wcześniej

³³³ M. Gębska, *Ekonomiczny wymiar bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego na przykładzie wielowymiarowego wskaźnika ubóstwa (MPI)*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), d. cyt., s. 258-259.

³³⁴ K. Kołodziejczyk, *Personalny wymiar bezpieczeństwa*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” Nr 1(4) 2010, s. 98.

³³⁵ D. Janicki, N. Dwurnik, *Złożoność i synkretyzm bezpieczeństwa personalnego w obliczu współczesnego terroryzmu – casus Francji*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), dz. cyt., s. 124.

autentyczność przekazu informacyjnego pełni istotne znaczenie. Przykładem są współczesne działania wojenne w Ukrainie, które zaburzają poczucie bezpieczeństwa ludzi, stanowią źródło zagrożenia fizycznego, medialnego i informacyjnego.

W tym ostatnim kluczową rolę pełnią celowe działania dezinformacyjne prowadzone między innymi w serwisach społecznościowych. Stanowią one przejaw wojny hybrydowej korzystającej z tak zwanych *farm trolli*³³⁶ (prowadzących do przestrzeni internetowej i promujących na masową skalę nieprawdziwe lub zniekształcone informacje) oraz tak zwanych *pożytecznych idiotów*³³⁷ (osoby powielające i wzmacniające nadesłany, wrogi przekaz wykreowany we własnym środowisku).

Celem takiego działania staje się wywołanie zamieszania i niepokoju w przestrzeni publicznej za sprawą manipulacji informacjami. W rezultacie umacnia się poczucie zagrożenia ze strony realnych i abstrakcyjnych zagrożeń.

W raporcie UNDP z 1994 roku podjęto próbę wskazania cech bezpieczeństwa osobistego człowieka. Założono, że to pojęcie dotyczy wszystkich ludzi (każdego człowieka z osobna) bez względu na jego cechy osobiste, przynależność etniczną czy państwową oraz miejsce zamieszkania. Uznano, że cechy tego zjawiska i jego elementy są od siebie zależne i wzajemnie powiązane. Zatem należy je razem badać i oceniać. Wskazano, że możliwe jest osiągnięcie zadowalającego poziomu bezpieczeństwa osobistego dzięki działaniom prewencyjnym. Zapewniają one lepsze rezultaty w zwalczaniu aktywnego zagrożenia i szansę późniejszej naprawy szkód, które powstały w wyniku naruszenia zasad ochrony. Uznano, że podmiotem badań i zainteresowania omawianej dziedziny bezpieczeństwa staje się człowiek³³⁸.

Autorzy raportu zwrócili również uwagę na rodzaje bezpieczeństwa z podziałem zależnym od punktu widzenia konkretnego człowieka. Wyróżnili bezpieczeństwo żywieniowe, zdrowotne i ekonomiczne ściśle związane z obawami egzystencjalnymi człowieka w odniesieniu do perspektywy *tu i teraz* oraz bezpieczeństwo fizyczne, społeczne, polityczne i ekologiczne związane z tworzeniem warunków bezpieczeństwa przez powołane w tym celu instytucje³³⁹.

³³⁶ http://eti.ur.edu.pl/static/img/k01/kwartalnik/2019/2_2019/Artyku%C5%82y/032%20ETI_No_2_28_Boty%2C%20trolle%20i%20fake%20news.pdf [dostęp: 1.08.2022].

³³⁷ https://www.wojsko-polskie.pl/awl/u/0c/94/0c94d382-638f-4cd4-bb22-5011d5a53d98/platforma_prze_ciw_dzialania_dezinformacji.pdf [dostęp: 01.08.2022].

³³⁸ S. Sulowski, M. Brzeziński, dz. cyt., s. 40-49.

³³⁹ Tamże.

Koncepcja *human security* kładzie nacisk na zapewnienie człowiekowi warunków dobrobytu. W szerszym ujęciu za ich pomocą jednostka zyskuje szansę samorealizacji, rozwoju, doskonalenia przy jednoczesnym niezagrażonym przetrwaniu i stabilizacji. Każde zakłócenie opisanego tego stanu powoduje więc wzrost poczucia zagrożenia³⁴⁰.

Cechy bezpieczeństwa osobistego wyróżnił również Marek Stefański. Wskazał on na konkretne aspekty bezpieczeństwa ogólnego i personalnego, które należy ze sobą powiązać. Według badacza bezpieczeństwo jest wielowymiarowym pojęciem odnoszącym się do różnych dziedzin życia oraz ma charakter podmiotowy. Dotyczy ono sytuacji egzystencjalnej człowieka, więc musi występować w jego relacji z otoczeniem. Zdaniem M. Stefańskiego, postrzeganie bezpieczeństwa personalnego powinno zachodzić w wymiarze zagrożeń rzeczywistych lub potencjalnych. Taka ochrona cechuje się zmiennością w czasie i stopniowalnością, więc można ją zwiększać lub zmniejszać. Ponadto zapobieganie zagrożeniom staje się możliwe w zależności od kontekstu, okoliczności, sytuacji, terenu i czasu, w których występuje. Bezpieczeństwo człowieka jest obiektywne i subiektywne³⁴¹.

Naukowych analiz cech i koordynat bezpieczeństwa indywidualnego człowieka podejmuje się także Marian Cieślarczyk. Badacz wskazał między innymi na istnienie obiektywnych czynników, które występują w otoczeniu jednostki. Oddziałują one na zmiany zachodzące w środowisku bezpieczeństwa oraz rolę, jaką pełni w nim człowiek³⁴². Opracował model (patrz: rysunek 3.1.), który ilustruje obiektywne i subiektywne uwarunkowania bezpieczeństwa personalnego. Uwzględnia wzajemne przenikanie się obiektywnej, subiektywnej i organizacyjnej sfery rzeczywistości środowiska bezpieczeństwa³⁴³.

Według M. Cieślarczyka na poczucie bezpieczeństwa personalnego w kontekście rozwojowym człowieka oddziałują takie zjawiska, jak: regionalizacja i globalizacja, a także tak zwane *megatrendy rozwojowe* (na przykład: rozwój techniczny czy ekspansja i znaczenie *social mediów*).

Obiektywne czynniki determinują subiektywną sferę rzeczywistości oraz wpływają na sferę organizacyjną, która pełni kluczową rolę. Przenikanie wymienionych sfer ilustruje realny model kultury bezpieczeństwa. Jego zdaniem bezpieczeństwo personalne

³⁴⁰ Tamże.

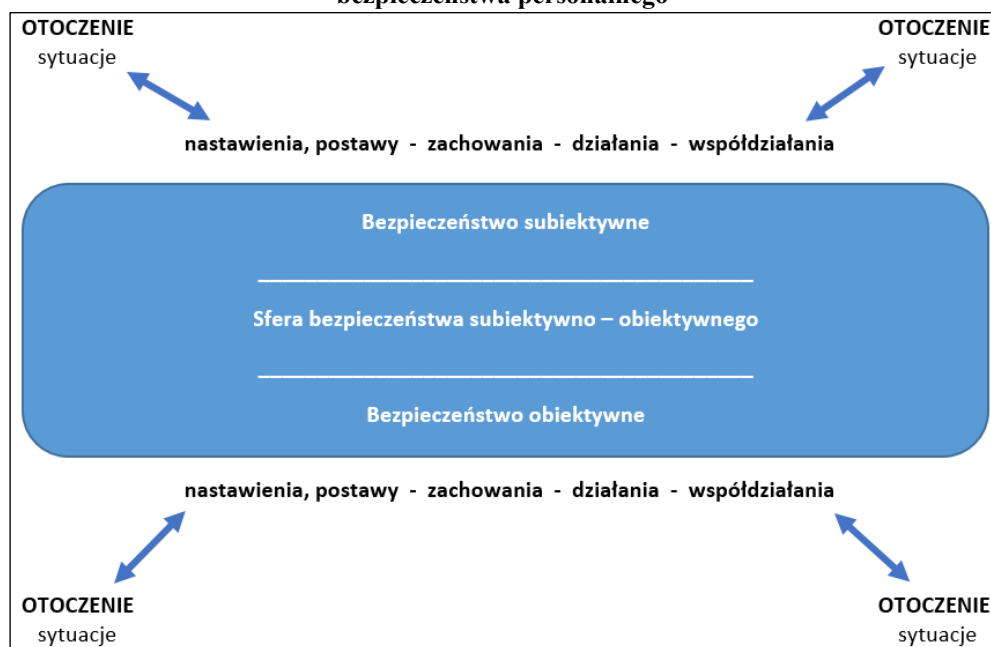
³⁴¹ M. Stefański, *Kształtowanie bezpieczeństwa publicznego jako priorytet funkcjonowania państwa*, [w:] A. Urbanek (red.), *Wybrane problemy...*, dz. cyt., s. 61.

³⁴² M. Cieślarczyk, *Niektóre psychospołeczne aspekty bezpieczeństwa (wyzwania, szanse i zagrożenia)*, [w:] „Zeszyty Naukowe AON” Nr 1 1999, s. 232-243.

³⁴³ M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, UPH, Siedlce 2011, s. 22-30.

to nie tylko brak zagrożeń dla istotnych wartości wewnętrznych, które napływają z otoczenia podmiotu i (lub) z jego wnętrza, ale również jest to stan tego podmiotu w jego relacjach z otoczeniem (środowiskiem) bliższym i dalszym oraz procesy, jakie zachodzą w tych relacjach i są efektem działań (*współdziałania*) w wielu sferach życia osobistego i społecznego³⁴⁴.

Rysunek 3.1. Model obiektywnego i subiektywnego uwarunkowania bezpieczeństwa personalnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Cieślarczyk, *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, wyd. UPH, Siedlce 2011, s. 205.

Liczne zagrożenia mogą zakłócać harmonijny rozwój człowieka. Stwarzają tym samym realne bądź potencjalne ryzyko dla jego trwania, przetrwania i rozwoju. Bezpieczeństwo personalne należy ulokować zarówno w sferze obiektywnej (*materialnej*), subiektywnej (*świadomościowej, duchowej*), jak i w sferze organizacyjnej, a te sfery wzajemnie przenikają się i oddziałują na siebie³⁴⁵.

Bezpieczeństwo osobiste jako element dyscypliny *nauki o bezpieczeństwie*, wymaga uwzględnienia cywilizacyjnych i naturalnych zagrożeń, jak również ustaleń innych nauk. Wykazuje ścisły związek z potrzebami człowieka, poziomem ich zaspokojenia i maksymalnym ograniczeniem zagrożeń.

W związku z powyższym koncepcja *human security* ulokowała w centrum zainteresowania człowieka (w podmiotowym ujęciu), jakość życia zależną

³⁴⁴ Tamże, s. 127.

³⁴⁵ M. Cieślarczyk, dz. cyt., s. 127.

od zaspokojenia potrzeb egzystencjalnych oraz zagwarantowanie dostępu do podstawowych dóbr publicznych (np. wymiaru sprawiedliwości, edukacji, służby zdrowia, infrastruktury, obrony narodowej, ekologii).

W przywoływanym już powyżej raporcie UNDP z 1994 roku wyróżniając zagrożenia dla bezpieczeństwa personalnego podkreślono: nadmierne migracje, brak kontroli nad przyrostem demograficznym, nierówny poziom rozwoju gospodarczego, terroryzm międzynarodowy, produktach i handel substancjami narkotycznymi. W kolejnym raporcie (z 1999 roku) wymieniono dodatkowo międzynarodową przestępczość, degradację środowiska naturalnego, konieczność zapewnienia wsparcia odmiennym kulturom³⁴⁶.

Do podstawowych zagrożeń bezpieczeństwa personalnego zaliczono wówczas problemy równościowe, demograficzne, socjalne, konflikty społeczne, przestępczość, brutalizację życia, nałogi, biedę, brak stabilizacji systemu politycznego i brak praworządności. Ryzyko pojawienia się takich zagrożeń ma źródło w zjawiskach, które odbierają lub naruszają godność człowieka, byt osobowy i należne mu prawa³⁴⁷.

Bezpieczeństwo personalne ma tytułowo wyróżniony charakter indywidualny. Zdaniem Krzysztofa Drabika poczucie bezpieczeństwa kształtowane jest przez pozytywne i negatywne czynniki. Określa ono warunki ciągłości trwania konkretnej jednostki³⁴⁸. Rozważania o bezpieczeństwie powinny uwzględnić uwarunkowania prawne, gwarantujące realizację praw człowieka jako jednostki oraz w odniesieniu do grup społecznych z uwzględnieniem roli przypisanej prawnie do organów państwa.

Poczucie bezpieczeństwa obywateli determinują czynniki obiektywne, które mają związek z aktualną sytuacją polityczną, gospodarczą i społeczną, jak również ze sprawnością instytucji publicznych w zaspokajaniu potrzeb społeczeństwa. Kluczowe znaczenie ma efektywność instytucji odpowiedzialnych za tą sferę (głównie Policji) oraz faktyczne występowanie zagrożeń dla bezpieczeństwa publicznego (z rodzajem zagrożeń, miejscem, czasem i skalą ich występowania oraz ich nasilenia itd.)³⁴⁹.

W rezultacie indywidualne i konkretne warunki bezpieczeństwa są określane z perspektywy danej osoby, jej kondycji fizycznej, psychicznej i duchowej. Determinują

³⁴⁶ A. Czubaj, dz. cyt., s. 67.

³⁴⁷ K. Kołodziejczyk, dz. cyt., s. 140.

³⁴⁸ K. Drabik, *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w perspektywie filozoficznej. Natura bezpieczeństwa w perspektywie personalnej i strukturalnej*, wyd. AON, Warszawa 2013, s. 38-39.

³⁴⁹ K. Łabędź, *Elementy świadomości politycznej współczesnego społeczeństwa polskiego*, [w:] P. Swoboda (red.), *Poczucie bezpieczeństwa obywateli w Polsce w okresie transformacji systemowej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012, s. 175.

one jej poczucie bezpieczeństwa, będące subiektywną konfiguracją jej warunków życia i pewności trwania czy zagrożenia³⁵⁰.

Zagrożenia w dziedzinach bezpieczeństwa: wojskowego, politycznego, ekonomicznego, ekologicznego i społecznego bezpośrednio oddziałują na poczucie bezpieczeństwa osobistego. Ograniczają możliwość samorealizacji jednostki.

Badacz tych zagadnień, Kazimierz Kołodziejczyk zauważył, że takim ryzykiem jest utrudnienie lub niemożność samorealizacji, czyli rozwijania podmiotowości człowieka. W rezultacie ich oddziaływania mogą pojawić się liczne symptomy naruszenia bądź zagrożenia ochrony personalnej. W roli ryzyka występują te wszystkie zjawiska społeczne, które powodują bezpośrednio bądź pośrednio degradację człowieczeństwa³⁵¹.

Takie zagrożenia wykraczają poza zjawiska materialne związane z przyrodą, posiadaniem, aspektami fizycznymi. Mogą również mieć postać niematerialną. Wśród nich znajdują się zagrożenia dla świadomości człowieka, do których zalicza się nielegalne, przestępcze manipulowanie informacją. Takimi technikami posługują się organizacje będące bezpośrednim zagrożeniem dla bezpieczeństwa człowieka. Należą do nich sekty, grupy terrorystyczne, agentura obcych państw czy grupy lobbujące.

Teresa Grabińska, wskazała na uniwersalne zagrożenia dla bezpieczeństwa personalnego. Zaliczyła do nich: przedmiotowe traktowanie człowieka (osoby i obywatela), wzrost przestępczości, w tym przeciwko życiu i mieniu obywateli, degradację środowiska naturalnego, działania terrorystyczne skierowane przeciwko ludności cywilnej, konsumpcyjny styl życia, ideologię utylitarną, stosowanie biomedycznych technologii³⁵². Wśród zagrożeń bezpieczeństwa osobistego T. Grabińska wymienia konsumpcyjne podejście do życia. Jest ono traktowane jako remedium na takie zjawiska społeczne i gospodarcze, jak stagnacja, bezrobocie, inflacja, przestępczość, ubóstwo, patologizacja społeczna czy wykluczenie społeczne³⁵³.

Zgodnie z tym podejściem byt materialny, zasadniczo poziom posiadania, stanowi wyznacznik pozostałych ocen, statusu społecznego człowieka i jego wartości. Na znaczeniu tracą więc pozycja społeczna, poziom wykształcenia, tradycje i historia rodziny, powiązania i znajomości oraz cechy osobiste, predyspozycje oraz charakter

³⁵⁰ K. Drabik, *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w perspektywie filozoficznej*, [w:] K. Drabik (red.), *Natura bezpieczeństwa w perspektywie personalnej i strukturalnej*, wyd. AON, Warszawa 2013, s. 38-39.

³⁵¹ K. Kołodziejczyk, *Bezpieczeństwo. Kontekst personalno-aksjologiczny*, „Zeszyty Naukowe WSOWL” Nr 1(151) 2009, s.142.

³⁵² T. Grabińska, *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego w ideologii transhumanizmu*, „Kultura Bezpieczeństwa Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 18 2015, s. 52-73.

³⁵³ Tamże.

człowieka. Współcześnie posiadanie dóbr stało się celem samym w sobie, zatem nastąpiło odejście od systemów wartości, jakie stworzyły cywilizacja *hellenistyczna*, *judeo-chrześcijańska* czy *wschodnia*.

Ten proces od lat postępuje także w Polsce, dlatego w swoich naukach papież Jan Paweł II wielokrotnie zwracał uwagę na wyższość bytu nad posiadaniem. Przypominał o konieczności podmiotowego traktowania człowieka i przeciwdziałania zagrożeniom zniewolenia przez chęć posiadania, która zastępuje racjonalne wykorzystanie zasobów dla dobra człowieka³⁵⁴.

Do zagrożeń dla bezpieczeństwa jednostki zalicza się również lęk i strach, czyli stany emocjonalne towarzyszące codziennie człowiekowi w życiu społecznym³⁵⁵.

Pojawiają się ryzyka o charakterze niemilitarnym, które obejmują zjawiska:

- polityczne (polityka wewnętrzna i międzynarodowa państwa, manipulacja, zaniechanie działania skutkujące obaleniem legalnych władz, naruszeniem racji stanu, interesów narodowych i praworządności, osłabienie pozycji międzynarodowej państwa);
- ekonomiczne (niskie tempo rozwoju gospodarczego, utrata rynków zbytu, niestabilność finansowa państwa, kryzys wydatków publicznych, przestępczość gospodarcza, pauperyzacja społeczeństwa, masowe bezrobocie, egoizm ekonomiczny koncernów);
- społeczne (socjalne, psychospołeczne);
- ekologiczne (naturalne i antropogeniczne)³⁵⁶.

W wyniku eliminowania zagrożeń bezpieczeństwa personalnego i dążenia do ich ograniczenia możliwe staje się zmniejszenie poziomu lęku jednostek o własną ochronę. Człowiek ma ograniczone możliwości uwolnienia się od lęku, negatywnych przeżyć i poczucia zagrożenia. Te stany towarzyszą ludzkości od zarania. Uczestnictwo w życiu społecznym czy rodzinnym nieustannie wywołuje obawy o zaistnienie negatywnych zmian. Osoby będące członkami rodzin czy związków są narażone na wystąpienie nieoczekiwanej zmiany, której źródłem może być konflikt, śmierć osoby z ich najbliższego otoczenia. Obawiają się oni także utraty źródła utrzymania, statusu społecznego, wolności czy wykluczenia społecznego.

³⁵⁴ Jan Paweł II, *Encyklika Redemptor hominis*, www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_04031979_redemptor-hominis.html [dostęp: 1.08.2022].

³⁵⁵ A. Czubaj, dz. cyt., s. 65.

³⁵⁶ Tamże, s. 67-70.

Bezpieczeństwo jednostki wiąże się z postrzeganiem człowieka jako bytu osobowego. Takie podejście wymusza jego podmiotowe traktowanie; ulokowanie go w centrum zainteresowania oraz pominięcie podejścia przedmiotowego.

Troska o godność ludzką jest obecna w aktach prawnych, wśród których znajdują się obowiązujące przepisy krajowe (na przykład *ustawa zasadnicza*³⁵⁷) i międzynarodowe (na przykład: *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*³⁵⁸).

Normy prawne zabezpieczają realizację zapewnienia bezpieczeństwa jednostki przez powołane do tego instytucje i organy z jednoczesnym poszanowaniem godności i praw człowieka.

W art. 1. *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka* przyjęto, że *wszyscy ludzie rodzą się równi pod względem swej godności i swych praw. Są oni obdarzeni rozumem i sumieniem winni odnosić się względem siebie w duchu braterstwa*³⁵⁹.

Szczególną kategorią, dla której bezpieczeństwo personalne jest niezwykle ważne, są osoby niepełnosprawne. Ich prawa w tym zakresie dodatkowo reguluje Konwencja z 13 grudnia 2006 roku – art. 14 stanowi, że *państwa strony mają zapewnić osobom niepełnosprawnym – na zasadzie równości z innymi osobami – korzystanie z prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego*³⁶⁰.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że problematykę niepełnosprawności podejmują badacze reprezentujący różne dziedziny i dyscypliny naukowe. Jej multidyscyplinarny charakter powoduje, że dotychczas sformułowano wiele stanowisk i wskazano jej liczne aspekty. Opracowano nowe modele niepełnosprawności, w tym model moralny, charytatywnej opieki i filantropijnej pomocy, medyczny, społeczny³⁶¹.

Ich właściwości prezentuje tabela 3.1.

³⁵⁷ Zobacz: (Dz. U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.).

³⁵⁸ Zobacz: https://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf [dostęp: 01.08.2022].

³⁵⁹ *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf [dostęp: 1.08.2022].

³⁶⁰ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.* (Dz. U. 2012 poz. 1169) - obowiązuje w Polsce od 25.10.2012 r.

³⁶¹ Zob. A. Wilmonska-Pietruszyńska, D. Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr 2(7) 2013, s. 10-11; W. Dykciak, *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, wyd. WNPTP, Poznań 2005, s. 18-20.

Tabela 3.1. Nowe modele niepełnosprawności

Model niepełnosprawności	Cechy modelu niepełnosprawności
Model moralny	Niepełnosprawność to rezultat czynów grzesznych i zła; osoby z ograniczoną sprawnością: potępione przez Boga, naznaczone piętnem dewianta, postrzegane jako wybryk natury.
Model charytatywnej opieki i filantropijnej pomocy	Ukształtowany pod wpływem nauki kościoła katolickiego; założenie, że każde istnienie ludzkie pochodzi od Boga, decydującego o czasie odebrania życia; według tego podejścia istnieje konieczność umieszczania osób niepełnosprawnych w domach opieki, schroniskach, przytułkach dla bezpiecznej ich separacji od zdrowej populacji społeczeństwa.
Model medyczny	Przekonanie o anormalności, antypatyczności, „wybrakowaniu”, niezdolności do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie jednostki niepełnosprawnej; konieczność wykluczenia takich osób ze społeczeństwa i nadzorowania przez lekarzy, skoncentrowanych na ich „usprawianiu”.
Model społeczny	Uznanie niepełnosprawności za indywidualny problem człowieka nią dotkniętego i sprawę całego społeczeństwa, powodującego jego marginalizację, wykluczenie z zasadniczych obszarów życia społecznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr 2(7) 2013, s. 10-11; W. Dykcik, *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, wyd. WNPTP, Poznań 2005, s. 18-20.

Nie ujęły one jednak kwestii niepełnosprawności w sposób holistyczny, czego dokonano dopiero w modelu biopsychospołecznym. Wskazano w nim fizyczne/biologiczne, psychiczne oraz społeczne aspekty tego zjawiska.

Takie podejście pojawiło się w dopiero w pracach Światowej Organizacji Zdrowia nad Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ang.ICF). Zgodnie z ową klasyfikacją, niepełnosprawność to złożony konstrukt służący do określenia poziomu zaburzenia funkcji czy czynności, będący wynikiem interakcji ludzi i ich fizyczno-społecznego otoczenia. Według ICF, niepełnosprawność nie stanowi swoistego uporządkowania poszczególnych osób, lecz pewnych cech i charakterystyk, które dotyczą ich zdrowia na tle uwarunkowań życiowych i wpływów środowiskowych. Zdaniem twórców ICF, to właśnie powiązanie stanu zdrowia z położeniem życiowym i osnową środowiskową stwarzają płaszczyznę do powstawania niepełnosprawności³⁶².

Grupy społeczne najsłabsze i najbardziej narażone na zagrożenia (dzieci, kobiety, osoby niepełnosprawne) wymagają podjęcia aktywności poza standardowymi działaniami

³⁶² A. Wilmowska-Pietruszyńska, D. Bilski, dz. cyt., s. 10-11.

instytucji takich jak: Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Praw Obywatelskich czy Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych. Inne podmioty władz publicznych i samorządowych zapewniają niepełnosprawnym wsparcia publicznego, które dotyczy obszaru ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, transportu publicznego oraz innych. Realizowana polityka publiczna dąży do szerszego i świadomego włączania ich do głównego nurtu życia społecznego³⁶³. W ten sposób powstają warunki zapewnienia osobom niepełnosprawnym bezpieczeństwa personalnego.

W przypadku osoby niepełnosprawnej indywidualne i konkretne warunki bezpieczeństwa determinują jej stan fizyczny, emocjonalny i duchowy. Te czynniki mają większe znaczenie niż w przypadku człowieka pełnosprawnego, ponieważ w większej mierze wzmocniają zagrożenia i wystąpienie ryzyka dla jego ochrony. Specyfika doświadczanego zaburzenia, w tym charakter niepełnosprawności i jej wpływ na funkcjonowanie, implikują poziom i zakres bezpieczeństwa osoby niepełnosprawnej.

Na największe zagrożenie i ryzyko dla bezpieczeństwa personalnego narażone są przede wszystkim osoby z niepełnosprawnością intelektualną, ponieważ trwale potrzebują pomocy innych podmiotów, aby funkcjonować³⁶⁴. Są one narażone na zagrożenia fizyczne (przemoc fizyczna: bicie, głodzenie, tortury), psychiczne (znęcanie się, upokarzanie, pozbawienie wolności) czy seksualne oraz mają ograniczoną zdolność, by samodzielnie zaspokoić własne potrzeby i skutecznie chronić się przed niebezpieczeństwem³⁶⁵

Do barier utrudniających niepełnosprawnym pełną inkluzję społeczną w skali mikro, obejmujących postawy i zachowania tych osób, można zaliczyć brak potrzeby podejmowania aktywności społeczno-zawodowej, brak lub słaby etos pracy. W skali *mezo* inkluzję społeczną utrudniają postawy rodziców osób niepełnosprawnych. Często nie postrzegają oni swoich dzieci jako pełnoprawnych uczestników życia społecznego

³⁶³ A. Dudzińska, *Niepełnosprawność jako obszar interwencji publicznej*, wyd. WUW, Warszawa 2021, s. 127.

³⁶⁴ Zob. „Bezpieczna Przyszłość”. *Model wsparcia środowiskowego osób z niepełnosprawnością intelektualną w społeczności lokalnej*, [w:] <https://kregiwsparcia.pl/wp-content/uploads/2019/02/Model-BEZPIECZNA-PRZYSZŁOŚĆ.pdf> [dostęp: 24.10.2022].

³⁶⁵ Zob. E. Żywucka-Kozłowska, dz. cyt., s. 256, 259; J. Słowińska, E. Sygit, *Zależności i osłabione możliwości obrony jako potencjalne źródła przemocy wobec osób niepełnosprawnych i starszych. Perspektywa psychologiczna i prawna*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 2(10) 2009; A.M. Kwiatkowska, *Moje bezpieczeństwo w Internecie. Jak osoba z niepełnosprawnością intelektualną może bezpiecznie korzystać z Internetu*, wyd. PSROzUU, Warszawa 2015.

i obawiają się usamodzielnienia niepełnosprawnego potomstwa, ponieważ ma to związek z utratą świadczeń³⁶⁶.

Dla osób niepełnosprawnych warunki, które zapewniają poczucie bezpieczeństwa są powiązane z występowaniem właściwej infrastruktury pozwalającej na korzystanie z obiektów i urządzeń oraz procesem znoszenia wszelkich barier. Instytucje powołane do stwarzania i pielęgnowania takich warunków pełnią ważną rolę w realizacji bezpieczeństwa osobistego człowieka, które zależy od poziomu realizacji zadań przez te podmioty oraz od cech indywidualnych jednostki, jej percepcji i predyspozycji osobistych. Odpowiadają one za udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym w ramach następujących dziedzin życia społecznego: zabezpieczenia egzystencji, przysposobienia do pracy i komunikacji społecznej³⁶⁷.

W pierwszym przypadku władze publiczne są zobowiązane do stworzenia odpowiednich mechanizmów, które zapewnią zabezpieczenie społeczne niepełnosprawnym³⁶⁸. Wśród osób z dysfunkcjami, które korzystają ze wsparcia opieki społecznej istnieje wysokie zagrożenie ubóstwem ustawowym i skrajnym, szczególnie wtedy, kiedy członkiem gospodarstwa domowego jest osoba niepełnosprawna, a przede wszystkim niepełnosprawne dziecko (patrz: wykresy 3.1. i 3.2.). Niepełnosprawność generuje bowiem wysokie koszty, najczęściej związane z leczeniem, rehabilitacją i innymi potrzebami, a przy tym utrudnia osiąganie dochodów, których źródłem jest praca zawodowa³⁶⁹.

W ramach przysposobienia osób z niepełnosprawnościami do pracy instytucje tworzą dedykowane programy szkoleniowe i przystosowawcze. Kreują przy tym system zachęt i ułatwień, które dotyczą zatrudniania niepełnosprawnych pracowników. Instytucjonalna pomoc w zakresie komunikacji społecznej dotyczy kreowania właściwej infrastruktury, która zapewnia niepełnosprawnym warunki do przemieszczania się i nawiązywania kontaktów z innymi członkami społeczeństwa³⁷⁰.

³⁶⁶ *Diagnoza potrzeb osób z niepełnosprawnością w kontekście modyfikacji istniejących i zaproponowania nowych instrumentów włączenia społecznego. Raport zbiorczy*, [w:] <https://psoni.org.pl/wp-content/uploads/2015/09/4.-Diagnoza-potrzeb-os%C3%B3b-z-niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85-.pdf> [dostęp: 23.10.2022], s. 74-75.

³⁶⁷ O. Jurgielewicz, dz. cyt., s. 121.

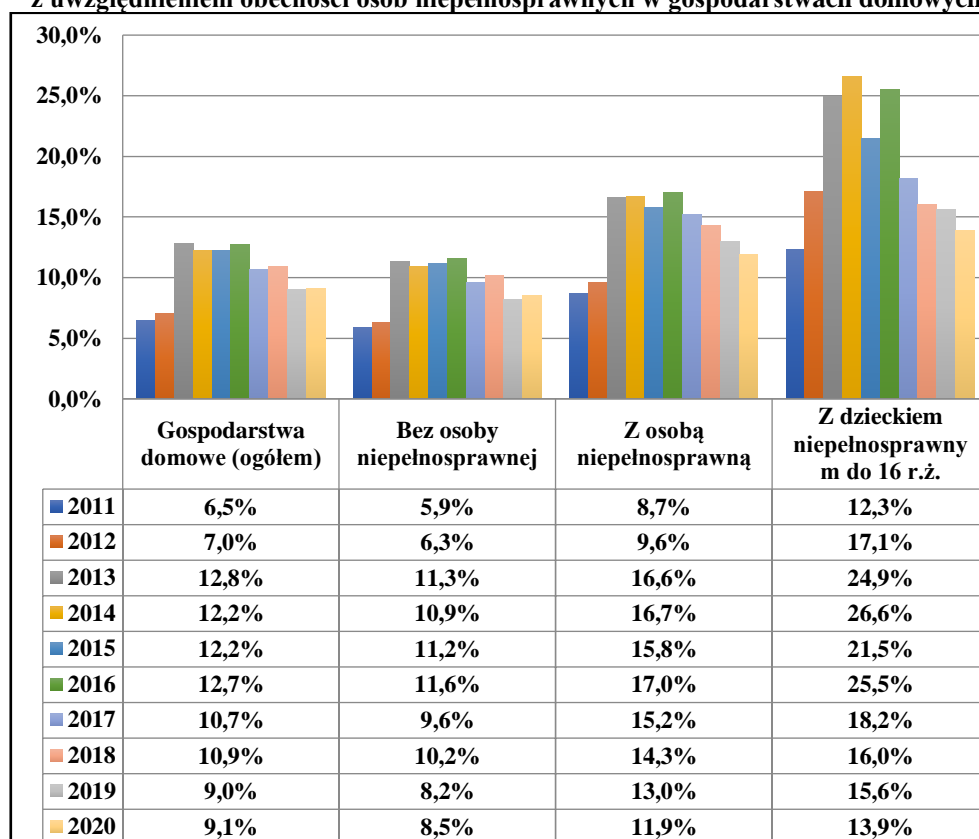
³⁶⁸ Zob. P. Rusak-Romanowska, *Bezpieczeństwo dzieci niepełnosprawnych na gruncie prawa polskiego*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 27, s. 184-188; A. Nowak, *Przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych” nr 2(19) 2014, s. 28.

³⁶⁹ A. Dudzińska, dz. cyt. s. 130.

³⁷⁰ O. Jurgielewicz, ., dz. cyt., s. 121.

Jednostka należąca do ogółu społeczeństwa (w skali makro) lub określonej grupy (w skali mikro) powinna mieć poczucie, że zagrożenia jej bezpieczeństwa będą ograniczane lub eliminowane przez właściwe organy lub instytucje stojące na straży bezpieczeństwa. W przypadku likwidacji barier odpowiadają one za wprowadzeniem niskopodłogowego taboru autobusowego z wyznaczonymi miejscami dla osób niepełnosprawnych na wózkach, organizację specjalnych przewozów czy zwiększenie dostępności przestrzeni publicznej dla niepełnosprawnej³⁷¹.

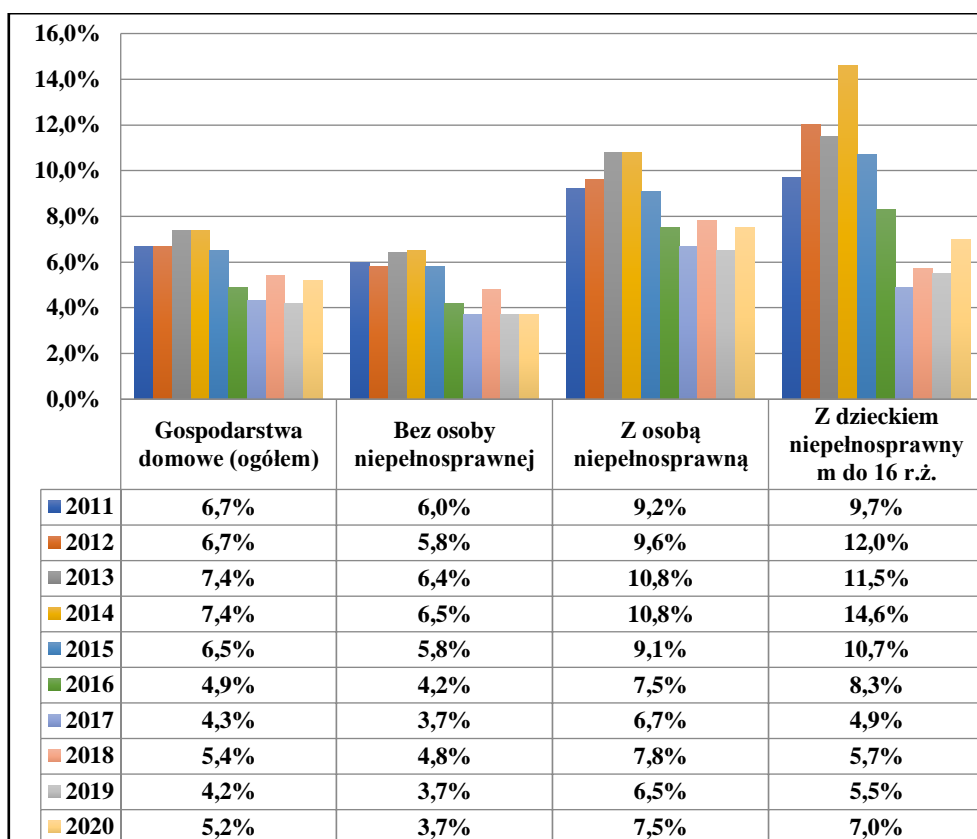
Wykres 3.1. Zasięg ustawowego ubóstwa w Polsce w latach 2011-2020 z uwzględnieniem obecności osób niepełnosprawnych w gospodarstwach domowych



Źródło: A. Dudzińska, *Niepełnosprawność jako obszar interwencji publicznej*, wyd. WUW, Warszawa 2021, s. 132.

³⁷¹ K. Mikołajów, *Przestrzeń publiczna osoby niepełnosprawnej*, [w:] M. Gielda, R. Raszevska-Skałeczka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015, s. 136.

Wykres 3.2. Zasięg skrajnego ubóstwa w Polsce w latach 2011-2022 z uwzględnieniem obecności osób niepełnosprawnych w gospodarstwach domowych



Źródło: A. Dudzińska, *Niepełnosprawność jako obszar interwencji publicznej*, wyd. WUW, Warszawa 2021, s. 133.

W przypadku osób niepełnosprawnych zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa indywidualnego bywa rozpatrywane na płaszczyźnie mieszkaniowej, komunikacyjnej, transportowej, zatrudnienia, wykluczenia i piętnowania społecznego, jak również uwzględnia się potrzeby integracji³⁷². Jest to bowiem powiązane z diagnozą barier, które utrudniają im codzienne funkcjonowanie. Mają one charakter fizyczny, mentalny, psychiczny, społeczno-kulturowy, ekonomiczny lub skumulowany³⁷³. Opisano je w tabeli 3.2.

Tabela 3.2. Bariery doświadczane przez osoby niepełnosprawne

Rodzaj bariery		Charakter bariery
Bariery fizyczne		Bariery: architektoniczne, urbanistyczne, transportowe, w komunikacji (fizyczne warunki przekazu i odbioru informacji).
Bariery mentalne	Intelektualne	Trudności w rozumieniu, uczeniu się (także w zakresie funkcjonowania społecznego), w komunikowaniu się (intelektualne warunki przekazywania i odbioru informacji).

³⁷² A. Dudzińska, dz. cyt. s. 129.

³⁷³ R. Szarfenberg, dz. cyt., s. 112-114.

	Psychiczne	Po stronie osoby niepełnosprawnej: zaburzona samoocena, wycofywanie się, nieśmiałość, trudności z radzeniem sobie ze stresem, zaburzony kontakt i komunikacja, zaburzone relacje osobowe.
Bariery społeczno-kulturowe		<p>W wymiarze ogólnospołecznym: kwestie norm prawnych (prawo: złe, źle realizowane i nierealizowane, brak prawa), wartości deklarowane w polityce społecznej (rozdzźwięk z wartościami realizowanymi w praktyce), brak woli politycznej, tradycja, niekorzystne postawy społeczne (kształtowane przez stereotypy dotyczące osób niepełnosprawnych, towarzyszące im emocje: lęk, skrupowanie, dystans, poczucie wyższości, unikanie, niechęć, brak akceptacji, nietolerancja, wrogość) oraz działania motywowane przez nie.</p> <p>W wymiarze instytucjonalnym: trwałość tradycyjnych struktur o charakterze segregacyjnym opiekuńczym na niekorzyść tworzenia nowych służb i struktur dla umożliwienia niepełnosprawnym podjęcie aktywności adekwatnej do ich wieku i prowadzenia życia w normalnym środowisku; „oszczędzanie” przez państwo na osobach niepełnosprawnych (pomijanie ich potrzeb w polityce społecznej w zakresie potrzeb indywidualnych i zbiorowych; niedostatki infrastruktury (utrudniony dostęp do informacji, rehabilitacji, edukacji, brak skutecznego pośrednictwa pracy, niedostateczne wspieranie niepełnosprawnych na rynku pracy, brak pracy, ograniczony dostęp do artykułów pomocniczych, urządzeń ortopedycznych, sprzętu rehabilitacyjnego, brak usług dla najciężej niepełnosprawnych świadczonych przez służby środowiskowe, brak form indywidualnego wsparcia niepełnosprawnych w niezależnym życiu, udziale w życiu społecznym; niedostateczne wsparcia dla rodzin; brak skoordynowania systemu orzekania o niepełnosprawności dla celów rentowych, zatrudnieniowych związanych z zapewnieniem pomocy w codziennym funkcjonowaniu; brak partnerskiego traktowania organizacji przedstawicielskich przez państwo; negatywne postawy wobec osób niepełnosprawnych (nierozumienie trudności doświadczanych przez niepełnosprawnych, brak akceptacji, tolerancji, piętno, dopuszczanie dyskryminacji); brak naukowych badań dotyczących uwarunkowań funkcjonowania osób niepełnosprawnych; braki profesjonalnych kadrowe, niewystarczająca liczba pracowników wobec nowych wyzwań.</p>
Bariery ekonomiczne		Brak pracy (brak samowystarczalności ekonomicznej), niskie świadczenia finansowe (głównie w przypadku osób bezradnych w życiu codziennym), zawieszenie świadczeń przy osiągnięciu zarobków na poziomie tych świadczeń, brak materialnych form wsparcia dla osób niepełnosprawnych wybierających się na samodzielność; brak obligatoryjności i terminowości wypłacanych świadczeń socjalnych; słabość przedstawicielskich organizacji osób

	niepełnosprawnych i ich rodzin.
Bariery skumulowane	Im cięższa niepełnosprawność (jej sprzężenia), tym doświadczenie liczniejszych barier każdego rodzaju i ich wzajemne stymulowanie się oraz większe trudności w ich pokonywaniu, mniej form wsparcia niepełnosprawnego i jego rodziny oraz silniejsze postawy eliminacyjne i segregacyjne stosowane przez instytucje; kumulacja barier równoznaczna ze skumulowaniem efektu pozbawiania szansy.

Źródło: R. Szarfenberg, *Osoby niepełnosprawne*, [w:] R. Szarfenberg (red.), *Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, wyd. WRZOS, Warszawa 2011, s. 112-114.

Zofia Kawczyńska-Butrym odnosząc się powyższego wyróżnia: przeszkody o charakterze psychologicznym, społecznym, prawnym oraz architektonicznym. Andrzej Barczyński wskazuje natomiast, że bariery doświadczane przez osoby niepełnosprawne są funkcjonalne (utrudnienia dotyczące korzystania przez człowieka z jego przestrzeni życiowej), architektoniczne (utrudnienia użytkowania z budynków oraz ich otoczenia), urbanistyczne (utrudnienia z korzystaniem z nieurbanizowanej przestrzeni publicznej), w komunikowaniu się (utrudnienia w porozumiewaniu się ludzi i w dostępie do informacji), transportowe (utrudnienia w korzystaniu ze środków transportu) i techniczne (utrudnione korzystanie przez człowieka z przestrzeni życiowej z powodu braku właściwie dostosowanych urządzeń technicznych). Zdaniem badacza niepełnosprawni napotykają również na bariery, których źródło stanowią normy prawne, utrudniony dostęp do edukacji oraz informacji, ograniczone możliwości finansowe państwa i jego instytucji oraz osoby niepełnosprawnej.

Źródłem problemu osoby niepełnosprawnej mogą być jej osobowość, bariery psychospołeczne i społeczne, które utrudniają zaspokajanie potrzeb w sferze bezpieczeństwa personalnego³⁷⁴. W ramach wsparcia niepieniężnego w sferze prywatnej zyskują one dostęp do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, mieszkań chronionych treningowych i wspieranych, rodzinnych domów pomocy, domów pomocy społecznej³⁷⁵. Aby zapobiec wykluczeniu społecznemu i kulturowemu osób niepełnosprawnych, należy zatem umożliwić dostęp do treści audiowizualnych za pomocą lektora czy napisów³⁷⁶.

³⁷⁴ A. Nowak, *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*, wyd. WUŚ, Katowice 2012, s. 98-99, 105.

³⁷⁵ A. Dudzińska, dz. cyt. s. 143.

³⁷⁶ M. Karcz-Kaczmarek, *Kultura bez barier – problematyka prawna ułatwień na rzecz osób z niepełnosprawnościami narządu wzroku i słuchu*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temina2, Białystok 2020, s. 227.

Dla osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym ważna jest aktywność zawodowa. Jej podjęcie wiąże się z zapewnieniem licznych dodatkowych uprawnień i przywilejów, a także z nałożeniem na ich pracodawców określonych obowiązków³⁷⁷.

W ramach ochrony niepełnosprawnego pracownika wprowadzono określone regulacje, między innymi: ograniczenie czasu pracy, zakaz wykonywania pracy w godzinach nocnych, obowiązek zapewniania urlopów wypoczynkowych oraz zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia³⁷⁸.

Bezpieczeństwu niepełnosprawnego pracownika zagrażają czynniki mające bezpośredni związek z jego dysfunkcjami, ponieważ doświadcza on dolegliwości, bólu i choroby³⁷⁹, dlatego ma trudności z realizacją określonych czynności. Poza tym częściej doświadcza zmęczenia, czasami także ograniczeń poznawczych, komunikacyjnych, większej wrażliwości na warunki, jakie panują w miejscu zatrudnienia (hałas, temperatura, zapylenie, wilgotność powietrza)³⁸⁰. Zagrożeniem dla niepełnosprawnych osób są także zachowania różnych grup społecznych w miejscu pracy oraz niski poziom społecznej świadomości o rzeczywistych korzyściach z zatrudniania osób niepełnosprawnych³⁸¹.

W analogiczny sposób należy postrzegać bariery ekonomiczne (dodatkowe koszty zatrudniania), prawno-organizacyjne (brak elastycznych godzin pracy, tempo i warunki pracy, normy prawne regulujące pracę zawodową niepełnosprawnych pracowników) i techniczne (bariery architektoniczne, dostosowanie stanowisk pracy do potrzeb niepełnosprawnego pracownika, jego problemy z dojazdem do miejsca pracy) utrudniające ich zatrudnienie³⁸².

Pracodawcy nie tylko obawiają się wyższych kosztów zatrudnienia niepełnosprawnego pracownika, ale także zewnętrznego i pozaekonomicznego nadzoru oraz kontroli przebiegu jego pracy. Poza tym jego niepokój mogą budzić prognozowane trudności z rozwiązaniem umowy o pracę z takim zatrudnionym, kiedy ten nie będzie się

³⁷⁷ Zob. K. Kowalski, *Zasady i przepisy BHP obowiązujące przy zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, [w:] https://lublin.eu/gfx/lublin/userfiles/_public/mieszkancy/on_lublin/niepelnosprawni_w_lublinie/wydawnictwa/vademecum/ii.i.4_zasady_i_przepisy_bhp_obowiazujace_przy_zatrudnianiu_osob_niepelnosprawnych.pdf [dostęp: 24.10.2022]; B. Nowak, *Niepelnosprawni. Wymagania techniczno-budowlane*, wyd. PIP, Warszawa 2021.

³⁷⁸ J. Mielczarek, K. Mikołajów, *Zatrudnianie osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Giełda, R. Raszewska-Skałeczka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015, s. 113-116.

³⁷⁹ Zob. I. Konieczna, *Ból jako doświadczenie towarzyszące chorobie przewlekłej (cz. II – badawcza)*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 2(10) 2009.

³⁸⁰ J. Mielczarek, K. Mikołajów, dz. cyt., s. 119.

³⁸¹ Tamże, s. 121-122.

³⁸² Tamże, s. 122-123.

wywiązywał ze swoich obowiązków. Pracodawca nie chce także ryzykować wizerunku swojej marki i związanych z nią profitów, ponieważ takie zagrożenie niesie powiązanie organizacji z działalnością pozabiznesową³⁸³.

Bezpieczeństwo personalne ma zagwarantować człowiekowi warunki, dzięki którym doświadczy samospelnienia. Wymaga to kierowania się wartościami zapewniającymi mu godność, należne i niezbywalne prawa, w tym wolność od lęku, ubóstwa oraz izolacji społecznej. Należy przy tym uwzględnić indywidualną percepcję i odczuwanie ochrony oraz zagrożenia, ponieważ czynniki te mogą być odmienne lub cechować się innym natężeniem dla każdego człowieka. Wskazane koordynaty i cechy bezpieczeństwa personalnego mają również kluczowe znaczenie dla osób niepełnosprawnych. W ich przypadku sposób postrzegania i doświadczania takiej ochrony są determinowane przez ich stan fizyczny, psychologiczny i duchowy, cechy otoczenia społecznego oraz instytucjonalnego (strukturalnego). Te ostatnie czynniki mają istotne znaczenie, ponieważ zapewniają im dodatkowe i potrzebne wsparcie, aby mogły doświadczyć samorealizacji dzięki zagwarantowanej ochronie.

3.2. Przekształcenia naturalnych i cywilizacyjnych zagrożeń natury personalnej

Bezpieczeństwo personalne ograniczają i uniemożliwiają różne wyzwania, sytuacje trudne, ryzyko i zagrożenia. Takim wyzwaniem jest *element zbioru prognozowanych zdarzeń, zjawisk, stanów i procesów*³⁸⁴, które należy uwzględnić w projektowaniu przyszłości. Mogą one mieć charakter pozytywny lub negatywny. Jednak podmiot bezpieczeństwa musi je uwzględnić i podjąć określone działania³⁸⁵. W nowej sytuacji, wobec nieoczekiwanych zdarzeń i okoliczności, musi on podjąć właściwą aktywność stanowiącą odpowiedź na pojawiające się problemy. Ich nierozwiązanie może ograniczyć jej bezpieczeństwo³⁸⁶.

Natomiast ryzykiem zagrożenia bezpieczeństwa podmiotu staje się *ocena i prawdopodobieństwo strat lub sukcesów związanych z podjęciem wyzwań – szans*

³⁸³ P. Rydzewski, *Niepełnosprawność i praca zawodowa*, [w:] P. Rydzewski, R. Maciejewska, J. Bielecka-Prus, A. Szkoła, *Osoby niepełnosprawne na rynku pracy Lubelszczyzny*, wyd. WWSPA, Lublin 2011, s. 16.

³⁸⁴ W. Sójka, *Współczesne zagrożenia Polski jako kategoria naukowa i element projekcji bezpieczeństwa państwa*. W: J. Zimny (red). *Współczesne zagrożenia naturalne i cywilizacyjne*. wyd. KULJPII, Stalowa Wola 2017, s. 25.

³⁸⁵ Tamże, s. 25.

³⁸⁶ Ł. Roman, *Istota współczesnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa*, „Journal of Modern Science” T. 4 2015, s. 215.

*i identyfikowanych zagrożeń*³⁸⁷. Takie ryzyko, występujące w różnych formach, może sprzyjać bezpieczeństwu lub w nie godzić³⁸⁸.

Natomiast zagrożenia są tożsame z brakiem bezpieczeństwa. Są zjawiskami powszechnie obecnymi w życiu człowieka i funkcjonowaniu społeczeństwa, a także nieuniknione, stale obecne w rzeczywistości³⁸⁹. Zagrożenia stanowią groźbę wystąpienia szkody, niebezpieczną sytuację mogącą powodować straty. Są one tożsame z niebezpieczeństwem i ryzykiem. Jest to bowiem sytuacja, którą cechuje prawdopodobieństwo zaistnienia stanu niebezpiecznego dla podmiotu: jednostki czy jej otoczenia³⁹⁰. Zagrożenia stanowią *potencjalne lub istniejące zjawiska, sytuacje lub działania (...) stwarzające niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia, warunków bytu, mienia i środowiska oraz destabilizacji życia społecznego i państwowego*³⁹¹. Stanowią one znacznie szersze zjawisko, którego specyfika jest determinowana przez zmiany zachodzące w funkcjonowaniu społeczeństwa oraz dynamiczne przemiany cywilizacji³⁹².

W innym ujęciu badane zjawisko opisywane jest, jako *zespoły czynników negatywnie oddziałujących na byt i rozwój określonego podmiotu*³⁹³. Uwzględnia ono również podmiotową, personalną perspektywę wobec zagrożeń. W rezultacie człowiek nie może osiągnąć swojego optimum. Niekiedy termin *zagrożenie* bywa też definiowane, jako *zbiór wyzwań, których wpływ na podstawowy, przebieg lub/i rezultaty podmiotu oceniamy jako negatywny i utrudniający*³⁹⁴.

Na badane zjawisko można spojrzeć również z perspektywy podmiotu. Takie ujęcie proponuje Stefan Korycki, według którego zagrożenie to pewien *stan psychiczny lub świadomościowy wywołany postrzeganiem zjawisk, subiektywnie ocenianych jako niekorzystne lub niebezpieczne oraz jako czynniki obiektywne powodujące stany niepewności i obaw*³⁹⁵.

³⁸⁷ W. Sójka, dz. cyt., s. 26.

³⁸⁸ Tamże, s. 26.

³⁸⁹ Ł. Roman, dz. cyt., s. 216.

³⁹⁰ Tamże, s. 215.

³⁹¹ M. Tyboń, I. Grabowska-Lepczak, M. Kwiatkowski, *Bezpieczeństwo człowieka w obliczu zagrożeń XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2011, s. 193.

³⁹² Ł. Roman, dz. cyt., s. 215.

³⁹³ W. Sójka, dz. cyt., s. 26.

³⁹⁴ Tamże, s. 26.

³⁹⁵ S. Korycki, *System bezpieczeństwa Polski*, wyd. AON, Warszawa 1994, s. 54.

Zagrożenia mogą spowodować szkody, straty, wypadki, chorobę lub śmierć³⁹⁶. W wyniku zagrożenia człowiek może utracić cenione wartości o charakterze materialnym i symbolicznym³⁹⁷. Takie ryzyko jest obecne w otoczeniu człowieka, także w jego miejscu pracy. W tym ostatnim przypadku można je podzielić na naturalne, techniczne, osobowe i organizacyjne³⁹⁸. Nie można zapomnieć, że zagrożenia mają charakter dynamiczny. Oznacza to, że zmienia się ich siła, zakres i charakter³⁹⁹.

Można je podzielić, stosując kryterium przedmiotowe, na: polityczne, militarne, gospodarcze, społeczne i ekologiczne (naturalne)⁴⁰⁰. Wymienione kategorie, poza ostatnim, są zaliczane do zagrożeń cywilizacyjnych. Zagrożenia można także sklasyfikować za pomocą kryterium przedmiotowego ze względu na źródło, środowisko, zasięg, skalę, skutki, miejsce, dynamikę rozwoju i charakterystykę stosunków społecznych⁴⁰¹. Wskazano je na rysunku 3.1. Mogą one negatywnie oddziaływać również na bezpieczeństwo personalne.

W licznych publikacjach Brunon Hołyst dokonał podziału zagrożeń dla bezpieczeństwa, także tego o charakterze personalnym, wskazując na czynniki naturalne i cywilizacyjne. Do tych pierwszych zaliczył zdarzenia wywołane siłami natury, epidemie czy zagrożenia kosmiczne. Natomiast zagrożenia cywilizacyjne są dziełem ludzi lub skutkiem ich aktywności. Do zagrożeń cywilizacyjnych zalicza się fale elektromagnetyczne, choroby cywilizacyjne, manipulacje genetyczne, sztuczną inteligencję, toksyczne właściwości żywności, niewłaściwą gospodarkę zasobami, skażenie gleby, powietrza i wody, złą gospodarkę odpadami, ambiwalentną rolę postępu technicznego, patologie genetyczne i zagrożenia mikrobiologiczne⁴⁰².

³⁹⁶ R. Ogrodnik, Z. Burtan, M. Kapusta, *Zagrożenia naturalne i techniczne wpływające na stan bezpieczeństwa pracy w polskich kopalniach odkrywkowych*, „Moder Management Review” Vol. 24, Nr 2(24) 2017, s. 106.

³⁹⁷ B. Łaskowska, *Zagrożenia współczesnego Polaka – perspektywa socjopsychologiczna*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Z. 3 2013, s. 88.

³⁹⁸ R. Ogrodnik, Z. Burtan, M. Kapusta, dz. cyt., s. 106.

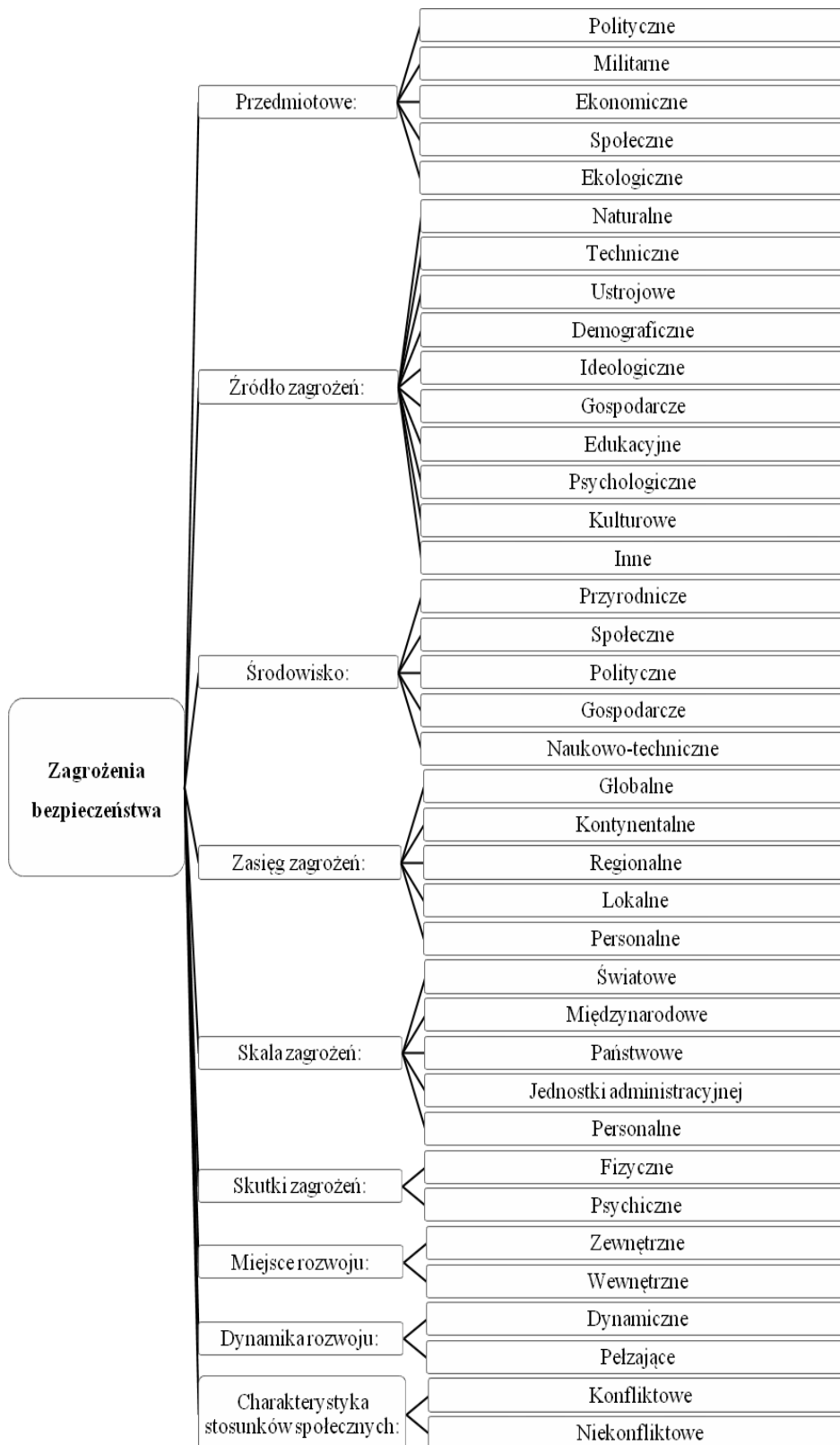
³⁹⁹ B. Kaczmarek, *Współczesny wymiar zagrożeń naturalnych*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 15 2014, s. 116.

⁴⁰⁰ Ł. Roman, dz. cyt., s. 216.

⁴⁰¹ Tamże, s. 217.

⁴⁰² B. Hołyst, *Perspektywy badawcze problematyki zagrożeń życia. Przeciwno życiu*, wyd. PWN, Warszawa 2017, s.22.

Rysunek 3.2. Typologia zagrożeń bezpieczeństwa



Źródło: Ł. Roman, *Istota współczesnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa*, *Journal of Modern Science* T. 4 .2015, s. 217.

Zagrożenia naturalne i cywilizacyjne mogą być ze sobą powiązane, zatem jeden rodzaj ryzyka może przyczynić się do wystąpienia innego jego typu. Ryszard Jakubczak dzieli je więc na pierwotne i wtórne, co przedstawiono w tabeli 3.3. Wyróżnione rodzaje ryzyka mają odniesienie do bezpieczeństwa personalnego⁴⁰³.

Tabela 3.3. Zagrożenia pierwotne i wtórne dla bezpieczeństwa personalnego

Typ zagrożenia	Rodzaj zagrożenia	Przykład zagrożenia	Zagrożenie dla bezpieczeństwa personalnego
Zagrożenia pierwotne	Naturalne	Woda, powietrze, ogień, ziemia, kosmos	Woda, powietrze, ogień, ziemia, kosmos
	Techniczne	Komunikacyjne, technologiczne, budowlane, komunalne	Komunikacyjne, technologiczne, budowlane, komunalne
	Militarne	Bezpośrednie użycie sił zbrojnych, akty terroru	Bezpośrednie użycie sił zbrojnych, akty terroru
	Nadzwyczajne zagrożenia środowiska	Niektóre zdarzenia o charakterze militarnym, technicznym, antropomorficznym	Niektóre zdarzenia o charakterze militarnym, technicznym, antropomorficznym
Zagrożenia wtórne	Egzystencji człowieka	Głód, epidemie i pandemia, masowe zgony	Głód, epidemie i pandemia, masowe zgony
	Społeczne	Patologie społeczne (przestępczość, narkomania, prostytutka, masowe bezrobocie)	Patologie społeczne (przestępczość, narkomania, prostytutka, masowe bezrobocie)
	Naruszenie równowagi biologicznej	Nadmierny przyrost fauny i flory	Nadmierny przyrost fauny i flory
	Masowe straty	Zniszczenia, długotrwałe skażenie środowiska naturalnego (klęska ekologiczna, pomór zwierząt, zniszczenie dóbr niezbędnych do przeżycia)	Zniszczenia, długotrwałe skażenie środowiska naturalnego (klęska ekologiczna, pomór zwierząt, zniszczenie dóbr niezbędnych do przeżycia)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Jakubczak, *Obrona narodowa w tworzeniu bezpieczeństwa III RP*, Bellona, Warszawa 2003, za: T. Bąk, B. Błażejewska, *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo państwa*, „Bezpieczeństwo Publiczne” Z. 12 2018, s. 11.

Zagrożenia naturalne mogą prowadzić do wystąpienia szkód materialnych i niematerialnych. Poza tym często cechują się one rozciągnięciem w czasie, więc ich skutki bywają odczuwane i dostrzegane po miesiącach lub/i latach⁴⁰⁴. Do zagrożeń

⁴⁰³ R. Jakubczak, *Obrona narodowa w tworzeniu bezpieczeństwa III RP*, Bellona, Warszawa 2003, za: T. Bąk, B. Błażejewska, *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo państwa*. : „Bezpieczeństwo Publiczne” Z. 12 2018, s. 11.

⁴⁰⁴ B. Łaskowska, dz. cyt., s. 91.

naturalnych należy zaliczyć katastrofy, które są wywoływane przez żywioły. To wynik występowania naturalnych procesów w atmosferze czy wewnątrz Ziemi⁴⁰⁵.

Katastrofy naturalne powodują trwałe zmiany w przyrodzie, których nie można odwrócić w naturalny sposób. W ich wyniku niekiedy dochodzi do zniszczenia ogromnych terenów, co zagraża funkcjonowaniu licznych ekosystemów. Do naturalnych zagrożeń zalicza się także epidemie i choroby⁴⁰⁶. Te rodzaje katastrof naturalnych będących skutkiem działania człowieka lub zjawisk naturalnych, oddziałują na stan zdrowia ludzkiej populacji, a także na kondycję upraw i hodowli (choroby i epidemie wśród roślin i zwierząt).

Wśród zagrożeń naturalnych są katastrofy naturalne (ang. *natural disasters*), czyli klęski spowodowane przez żywioły. Dochodzi do nich przede wszystkim w wyniku naturalnych procesów zachodzących w atmosferze i wewnątrz Ziemi, ale także za sprawą wpływu działalności człowieka na ich występowanie, intensywność i skalę.

Warto w tym miejscu zauważyć, że w art. 3 ust. 2 *ustawy o stanie klęski żywiołowej* zdefiniowano pojęcie *klęski żywiołowej*. Zaliczono do nich zdarzenia, które zostały wywołane przez działanie sił natury. Ich przejawy to *wylądowania atmosferyczne, wstrząsy sejsmiczne, silne wiatry, intensywne opady atmosferyczne, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, pożary, susze, powodzie, zjawiska lodowe na rzekach i morzu oraz jeziorach i zbiornikach wodnych, masowe występowanie szkodników, chorób roślin lub zwierząt albo chorób zakaźnych ludzi albo też działanie innego żywiołu*⁴⁰⁷. Wyliczone zagrożenia naturalne mogą występować razem lub następować po sobie. Cechują się one często odmienną częstotliwością, w cyklu rocznym, sezonowo lub rzadziej.

Występowanie katastrof naturalnych generuje zagrożenie, stanowiące liczne negatywne skutki dla całych społeczności. Do takiego ryzyka należą klęski żywiołowe. Według polskiego ustawodawcy katastrofa naturalna, ale również *awaria techniczna*, to sytuacja, które powodują zagrożenie dla życia lub zdrowia licznej grupy osób. Poza tym może na dużych obszarach odpowiadać za straty w mieniu i środowisku. W rezultacie pomoc ludności wymaga zaangażowania nadzwyczajnych środków, współdziałania różnych organów oraz instytucji, w tym specjalistycznych służb i formacji⁴⁰⁸.

⁴⁰⁵ J. Rokitowska, *Katastrofy naturalne*, [w:] O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopec (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*. Wydawnictwo Libron, Kraków 2018, s. 361-365.

⁴⁰⁶ J. Wróbel, J. Ziarko, dz. cyt., s. 115.

⁴⁰⁷ *Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej* (Dz. U. Nr 62 poz. 558 z późn. zm.).

⁴⁰⁸ Tamże.

W Polsce do okresowych zagrożeń – także dla bezpieczeństwa personalnego – można zaliczyć powodzie, osuwiska, wichury i trąby powietrzne, solne mrozy, zawieje i zamiecie śnieżne, susze, upały, pożary lasów, lawiny śnieżne, a także grypę oraz choroby roślin i zwierząt⁴⁰⁹.

Natomiast do zagrożeń cywilizacyjnych zalicza się te, które mają związek z działalnością człowieka⁴¹⁰. Nie bez znaczenia są wówczas czynniki dotyczące rozwoju techniki i nauki. Wpływają one na sposób funkcjonowania współczesnego człowieka, który często nie radzi sobie między innymi z nadmiernym tempem życia i stresem.⁴¹¹

Zagrożenia cywilizacyjne można podzielić ze względu na charakter antropogeniczny oraz na działania, które są konsekwencją ludzkich działań wywierających wpływ na stan środowiska naturalnego (patrz: rysunek 3.3).

Do tych pierwszych zalicza się awarie przemysłowe, konflikty militarne, terroryzm, choroby cywilizacyjne, przemiany społeczne i technologiczne. Natomiast do tych drugich należą zjawiska, takie jak zanieczyszczanie powietrza i wód, utrata bioróżnorodności, wylesianie, zużywanie zasobów naturalnych⁴¹².

Badacz problemu, Andrzej Chodubski, do współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych włączył degradację środowiska naturalnego, osłabienie więzi społecznych, dehumanizację środowiska pracy i stosunków międzyludzkich, obniżenie poziomu kreatywności intelektualnej w wyniku zastępowania licznych czynności przez urządzenia komputerowe, trudności związane ze zrozumieniem i adaptacją człowieka do coraz szybszego tempa życia, pogłębianie się podziału między rozwojem materialnym i duchowym, unifikację życia kulturowego, znaczną ingerencję urządzeń technicznych (informatycznych) w życie ludzi, warunki do wykorzystania urządzeń informatycznych do celów terrorystycznych oraz możliwość użycia broni atomowej do rozwiązania problemów o zasięgu międzynarodowym⁴¹³.

⁴⁰⁹ Zob. Z. Ciekankowski, *Rodzaje i źródła zagrożeń bezpieczeństwa*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza kwartalnik CNBOP”.:2010 Nr1, s.29-46; T. Chmielewski, J. Szer, *Ogólna ocena stopnia zagrożenia wichurami i trąbami powietrznymi w Polsce* [w:] <http://www.awarie.zut.edu.pl/files/ab2017/referaty/04/04-01%20-%20Chmielewski%20T,%20Szer%20J%20-%20Ogólna%20ocena%20stopnia%20zagrożenia%20wichurami%20i%20trąbami%20powietrznymi%20w%20Polsce.pdf> [dostęp: 10. 09.2022].

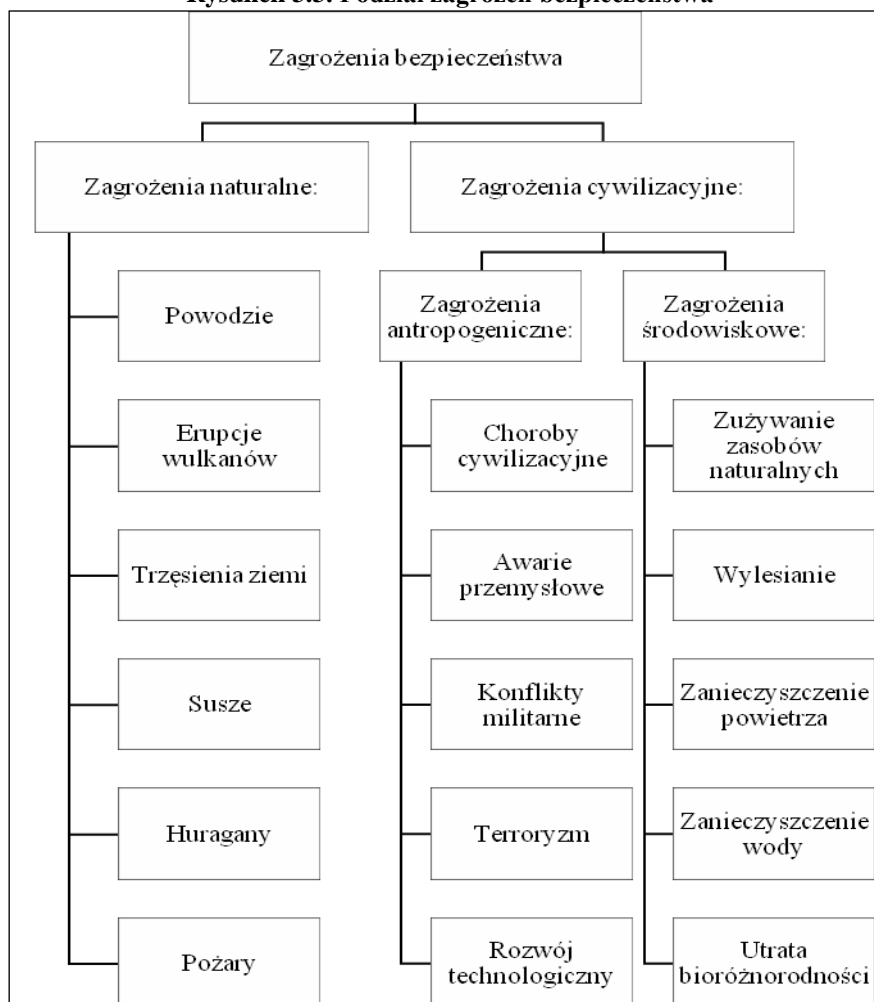
⁴¹⁰ T. Bąk, B. Błażejewska, *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo państwa*, „Bezpieczeństwo Publiczne” Z. 12 2018, s. 10.

⁴¹¹ B. Łaskowska, dz. cyt., s. 93.

⁴¹² A. Lewandowska, *Środowiskowe zagrożenia cywilizacyjne w kontekście bezpieczeństwa ekologicznego państw*. W: N.A. Fechner, A. Zduniak (red.). *Bezpieczeństwo z perspektywy środowisk i obszarów*. T. 3. WWSB, Poznań 2015, s. 3-4.

⁴¹³ A. Chodubski, *Zagrożenia cywilizacyjne współczesnego świata.*, „Przegląd Naukowo-Metodyczny „Edukacja dla Bezpieczeństwa” Nr 3(24) 2014, s. 331-334.

Rysunek 3.3. Podział zagrożeń bezpieczeństwa



Źródło: A. Lewandowska, *Środowiskowe zagrożenia cywilizacyjne w kontekście bezpieczeństwa ekologicznego państw*, [w:] N.A. Fechler, A. Zduniak (red.). *Bezpieczeństwo z perspektywy środowisk i obszarów*. T. 3. wyd. WSB, Poznań 2015, s. 4

Do zagrożeń cywilizacyjnych należą te o charakterze społecznym, w tym głód, ubóstwo, bezrobocie, przemoc, narkomania, handel ludźmi, konflikty zbrojne i wojna⁴¹⁴. Z kolei ryzyko społeczne może być wywołane przez bezrobocie, ubóstwo, migracje, terroryzm międzynarodowy, wywołujące niezadowolenie i niepokoje społeczne, a także – osłabienie więzi i norm społecznych⁴¹⁵. Wśród zagrożeń cywilizacyjnych znajdują się choroby cywilizacyjne i zakaźne, narkomania i inne uzależnienia.

Bezpieczeństwu personalnemu zagrażają zjawiska o charakterze militarnym typu: konflikt między państwami, napaść zbrojna grup nieformalnych czy konflikt lokalny,

⁴¹⁴ W. Sójka, dz. cyt., s. 31, 36.

⁴¹⁵ M. Tyboń, I. Grabowska-Lepczak, M. Kwiatkowski, dz. cyt., s. 194.

a także groźba lub użycie broni masowego rażenia czy biologicznej, walka informacyjna, prowadzona także w sferze opinii publicznej⁴¹⁶.

Ograniczenie tej ochrony może być skutkiem wpływu zjawisk ekonomicznych. Należą do nich: niskie tempo rozwoju gospodarczego odpowiadającego za dysproporcję rozwoju ekonomicznego państwa w stosunku do innych krajów; utrata rynków zbytu, egoizm ekonomiczny państw rozwiniętych i międzynarodowych korporacji; występowanie stref głodu i ubóstwa; niestabilność finansowa państwa i kryzys finansów publicznych; pauperyzacja społeczeństwa i występowanie masowego bezrobocia⁴¹⁷. Ponadto bezpieczeństwu personalnemu mogą zagrozić zagrożenia społeczne. Wśród nich należy wymienić: naruszanie praw i podstawowych wolności człowieka; występowanie uprzedzeń kulturowych, religijnych; dyskryminacja mniejszości i ze względu na płeć; wykorzystywanie mediów do manipulowania świadomością i psychiką; ograniczenie wolności mediów; występowanie patologii społecznych (przestępczości, struktur mafijnych, narkomanii, prostytucji, alkoholizmu, masowego bezrobocia, rodziny dysfunkcyjne; epidemii); masowe migracje; alienacje społeczne spowodowane przez: konsumeryzm, sekty, eskapizm; nadużywanie wiedzy przeciwko ludzkości; dewaluacja wartości humanitarnych i relatywizm etyczny; kult przemocy; katastrofy i kataklizmy skutkujące naruszeniem systemu społecznego; upadek systemu ochrony zdrowia ludności; kryzysy demograficzne; doświadczanie przez duże grupy społeczne ubożenia i głodu; degradacja infrastruktury: mieszkaniowej, komunikacyjnej i środków transportu⁴¹⁸.

Zagrożeniem dla bezpieczeństwa personalnego są wszystkie zagrożenia naturalne, jeżeli zachodzą one lub ich skutki na obszarze zamieszkania czy pracy danej grupy ludności. Zanieczyszczenie środowiska przyrodniczego i skutki naturalnych katastrof, liczne zagrożenia cywilizacyjne negatywnie wpływają bezpośrednio na poczucie bezpieczeństwa personalnego i zdrowotnego człowieka.

Niestety, zagrożenia naturalne i cywilizacyjne, w tym także te odnoszące się do bezpieczeństwa personalnego ewoluują. Zjawiska naturalne cechują się dynamicznością. Zmienia się ich charakter, siła, zakres czy częstotliwość występowania. Na ten proces mają wpływ różne czynniki, do których zalicza się ocieplanie się klimatu

⁴¹⁶ Ł. Roman, dz. cyt., s. 219-220.

⁴¹⁷ Tamże, s. 220-221.

⁴¹⁸ Tamże, s. 221-222.

(zmiany klimatyczne), zakłócenia naturalnego rytmu pór roku i występowania zjawisk klimatycznych, zmiany obserwowane na Słońcu, ruchy płyt tektonicznych⁴¹⁹.

Współcześnie ludzie dysponują coraz lepszymi urządzeniami, za pomocą których mogą badać ryzyko wystąpienia zagrożeń naturalnych, w tym trzęsień ziemi, wybuchów wulkanów, intensywnych opadów i burz, powodzi, upałów i mrozów, suszy i pożarów, silnych wiatrów.

Rozwój industrialny, infrastrukturalny, emisje gazów cieplarnianych czy skażenie środowiska przez ludzką działalność to tylko niektóre źródła zagrożeń cywilizacyjnych dla bezpieczeństwa, cechujące się różną intensywnością, skalą i zasięgiem. Dynamiczna urbanizacja i wzrost liczby ludności na świecie stanowi źródło licznych zagrożeń naturalnych, ponieważ kurczy się powierzchnia obszarów rolnych na rzecz ludzkich osiedli, cmentarzy, niezbędnej infrastruktury technicznej, składowisk śmieci i oczyszczalni ścieków, postępuje zanieczyszczanie środowiska naturalnego i wyczerpywanie naturalnych źródeł wody pitnej oraz innych surowców naturalnych. Do katastrof naturalnych zalicza się powódzie, susze, huragany (tropikalne cyklony), tornada, trzęsienia ziemi, erupcje wulkanów⁴²⁰.

Specyfika współczesnej cywilizacji powoduje, że nasilają się liczne zagrożenia i pojawiają się nowe, odpowiedzialne za różne kryzysy. Mogą one mieć charakter egzystencjalny, psychiczny, polityczny, prawny, duchowy, gospodarczy i ekonomiczny, moralny czy naukowy. Występują one również w instytucjach i cywilizacji, procesie wychowania i kształcenia. Kryzysom nie oparły się autorytety⁴²¹.

Dla bezpieczeństwa personalnego dużym wyzwaniem staje się pogłębiający się i szeroko pojęty kryzys moralny. Ksiądz profesor Janusz Mariański uważa, że moralność *obejmuje wszelkie istniejące wartości, normy i oceny regulujące zachowania ludzi oraz same zachowania, ujmowane z punktu widzenia dobra i zła, tego co szlachetne lub nieszlachetne, godne szacunku lub niegodne szacunku, godziwe lub niegodziwe*⁴²².

Postępujący, współczesny kryzys moralny jest determinowany przez zmiany cywilizacyjne, technologiczne oraz dominację kultury posiadania nad kulturą duchową. Współczesny człowiek skupia się na tej pierwszej, niewiele uwagi poświęcając na refleksje i rozwój wewnętrzny. W rezultacie traci szansę na pełne samospełnienie

⁴¹⁹ J. Wróbel, J. Ziarko, *Oddziaływanie zagrożeń naturalnych na środowisko człowieka i metody ich ograniczania*, [w:] M. Kwieciński (red.), *Bezpieczeństwo. Wymiar współczesny i perspektywy badań*, wyd. KTE, OW AFM. Kraków 2010, s. 105-106.

⁴²⁰ B. Łaskowska, dz. cyt., s. 91.

⁴²¹ K. Stachowicz, *Kryzys jako kategoria filozoficzna*, „Teologia i Moralność” T. 7 2010, s. 9.

⁴²² T. E. Olearczyk, *Czas a moralność - Czas na moralność*, „Państwo i Społeczeństwo” Nr 4 2004, s. 93.

i osiągnięcie pełni człowieczeństwa, ale także okazuje się podatny na ryzyko wystąpienia u niego problemów zdrowotnych o charakterze somatycznym lub/i psychicznym. Na ten stan może wpływać dynamiczny rozwój przemysłu, konsumpcji i wszechobecność sztucznych materiałów i składników, które stanowią zagrożenia nie tylko dla środowiska człowieka, ale – także i dla niego. Dostrzeżenie relacji między stanem natury i otoczenia a zdrowiem powoduje, że ludzie czują się zagrożeni. Podejmują liczne działania, aby zwiększyć swoje szanse zachowania dobrej kondycji zdrowotnej, sprawności i atrakcyjności fizycznej. To tłumaczy współczesną modę na stosowanie naturalnych składników, nawiązania kontaktu z przyrodą i przyjmowanie postaw proekologicznych⁴²³.

Mają one tłumić poczucie zagrożenia, którego źródłem jest konflikt między naturą a kulturą (cywilizacją). Ludzie świadomi ryzyka zmian klimatycznych, za które odpowiada niekontrolowany rozwój współczesnych technologii i kultury konsumpcji, podejmują działania, aby odwrócić widmo globalnej katastrofy ekonomicznej.

José Ortega y Gasset wskazuje na zagrożenia, które odnoszą się wobec personalnego bezpieczeństwa człowieka, kreując wizję europejskiego kryzysu. Zgodnie z nią, *wszystkie (...) zasady, z których europejska kultura czerpie soki życiowe, takie jak: polityka, prawo, sztuka, moralność, religia, same przeżywają kryzys, znajdując się – przynajmniej przejściowo – w upadku*⁴²⁴.

Według przywołanego powyżej badacza, postęp cywilizacyjny i etyczny ludzkości posiadają różne prędkości, dlatego rozwój moralny nie nadąza za zmianami cywilizacyjnymi. Podobne stanowisko zajęli także inni naukowcy. Ich zdaniem, społeczeństwa są moralnie rozedrgane i cierpią na *chroniczne poczucie kryzysu moralnego, niedojrzałości moralnej i niedorastania do norm moralnych i do ideałów*⁴²⁵.

W wyniku pogłębiającego się kryzysu moralnego degradowane są podstawy życia społecznego i relacja obywatel – państwo⁴²⁶. Obserwuje się bowiem coraz większy spadek zaufania do instytucji życia publicznego, systemów prawnych czy wartości zasad współżycia społecznego, co godzi w podstawowe prawa i godność człowieka.

Według części naukowców, postępuje *zachwianie stałego porządku moralnego. Skoro nie istnieją absolutne kryteria dobra i zła, każdy może poszukiwać moralności*

⁴²³ A. Górecki, K. Nieszporek, A. Ostruszka, *Świadomość ekologiczna młodzieży zamieszkującej okolice wybranych parków narodowych*, „Roczniki Bieszczadzkie” Nr 15 2007, s. 286.

⁴²⁴ N. Michna, *Kryzys Europy w filozofii A. Hercena i J. Ortegi y Gasset*, „Kultura i Wartości”, 2015 Nr 14, s.112-125

⁴²⁵ Tamże.

⁴²⁶ R. Tokarczyk, *Komparatystyka prawnicza*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s.128.

na własną rękę według zindywidualizowanych kryteriów i wyznaczników⁴²⁷. W rezultacie bezpieczeństwu personalnemu zagraża odejście (pod pozorem wolności, indywidualizmu) od uniwersalnych zasad i norm.

Według Jana Szmyda, wspomniany kryzys moralności dotyczy *instytucjonalnych i dyskursywnych (...) przejawów: tradycyjnych systemów normatywnych, obyczajowo i społecznie utrwalonych deontologii, różnych kodeksów i zbiorów, praw, etycznych, klasycznych odmian moralistyki*⁴²⁸.

Dynamiczny rozwój cywilizacji przyczynił się do zwiększenia zagrożenia bezpieczeństwa personalnego. Człowiek może bowiem odczuwać trudności adaptacyjne do zachodzących zmian technologicznych, odczuwać problemy z przystosowaniem się do coraz szybszego tempa życia. Wyzwaniem dla niego okazuje się konieczność dokonywania ciągłych wyborów. Człowiek zмага się ze wszechobecnym stresem, niepewnością jutra. Funkcjonuje w warunkach, w wyniku których coraz bardziej izoluje się od społeczeństwa⁴²⁹.

B. Hołyst zaliczył choroby cywilizacyjne do zagrożeń cywilizacyjnych. Mają one istotne znaczenia dla bezpieczeństwa jednostki. Choroby cywilizacyjne podlegają także zmianom⁴³⁰. Choroby cywilizacyjne odpowiadają za większość przypadków długotrwałych schorzeń i przedwczesnych zgonów. W ich przypadku kluczowej roli nie pełni czynnik zakaźny, ale mimo to szybko się rozprzestrzeniają. Według naukowców są dwie główne przyczyny: bezpośrednie i pośrednie występowania chorób cywilizacyjnych. Pierwsza z nich obejmuje zjawiska typu: niewłaściwy, głównie siedzący tryb życia pozbawiony aktywności fizycznej, niebilansowana dieta, alkohol, brak odpoczynku, stres i postęp cywilizacyjny. Natomiast pośrednie przyczyny występowania chorób cywilizacyjnych tworzą okoliczności w dużej mierze niezależne, a zalicza się do nich uprzemysłowienie, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, hałas, promieniowanie jonizujące czy działania fal elektromagnetycznych⁴³¹. Do chorób cywilizacyjnych kwalifikuje się cukrzycę, otyłość, choroby nowotworowe, nadciśnienie tętnicze krwi i depresję.

⁴²⁷ J. Mariański, *Wartości moralne w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, „Edukacja Humanistyczna” Nr 1 (24) 2011, s. 22.

⁴²⁸ J. Szmyd, *Odczytywanie współczesności*, wyd. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2011, s. 227.

⁴²⁹ M. Tyboń, I. Grabowska-Lepczak, M. Kwiatkowski, dz. cyt., s. 195.

⁴³⁰ B. Hołyst, dz. cyt., s. 78.

⁴³¹ pem.itl.waw.pl/artykiuly/energia-elektromagnetyczna/, [dostęp: 2.08.2022].

Zagrożeniem dla bezpieczeństwa personalnego są współczesne technologie komunikacyjne i informatyczne⁴³². Globalna sieć internetowa i urządzenia stały się narzędziem codziennej pracy, nauki i rozrywki. Internet przyczynił się do powstania i rozpowszechnienia nowych kanałów komunikacji, nowych form kultury, norm, postaw i zachowań internautów. Liczne badania nad wpływem technologii informatycznej na użytkowników prowadzą do wniosku, że młodzież i ludzie młodzi oraz coraz częściej ludzie starsi angażują się w życie wirtualne w mediach społecznościowych. Skutkuje to zmianami w aktywnościach społecznych, a ludzie w większym stopniu mogą wykazywać symptomy uzależnień behawioralnych. Należy do nich infoholizm. Osoby uzależnione odczuwają niepokój i wahania nastroju, miewają problemy w związkach, przyjaźniach i relacjach rodzinnych oraz mają problemy w życiu społecznym, szkolnym i zawodowym, ponieważ nadużywają telefonów komórkowych lub/i Internetu⁴³³. To uzależnienie bywa wzmocnione przez cechy współczesnej cywilizacji, która wywołuje u ludzi poczucie izolacji społecznej. Na tę zależność wskazuje Scott E. Caplan, opisując rolę samotności w rozwoju patologicznego używania Internetu. Jego użytkownicy, zdaniem badacza, odczuwają lęk społeczny. Ten z kolei powoduje, że taka osoba wybiera kontakty online. Ta zależność okazuje się znacząca, kiedy internauta cechuje się niskim poziomem kompetencji społecznych⁴³⁴. Wśród nich kluczową rolę odgrywają samokontrola i autoprezentacja.

Zagrożenia naturalne i cywilizacyjne bezpieczeństwa personalnego mają charakter uniwersalny, dotyczą całego społeczeństwa. Jednak jego słabsi członkowie są bardziej podatni na ich negatywne oddziaływanie. W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się osoby niepełnosprawne i długotrwale chore, ale także dzieci, kobiety ciężarne, osoby w podeszłym wieku. Ich zapotrzebowanie na szczególną ochronę w przypadku kryzysu i zagrożenia bezpieczeństwa uwzględnia się w czasie planowania oraz przeprowadzania ewakuacji z zagrożonego obszaru, organizacji ich przewozu za pomocą dostosowanych i dostępnych środków transportu oraz wskazuje miejsce czasowego pobytu⁴³⁵.

⁴³² stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/1800.pojecie.html, [dostęp: 02.08.2022].

⁴³³ www.uzaleznieniabehawioralne.pl/sieciholizm/zjawisko-uzaleznienia-multimedialnego/ [dostęp: 02.08.2022].

⁴³⁴ S.E. Caplan, A.C. High, *Beyond excessive use: The interaction between cognitive and behavioral symptoms of problematic Internet use*, „Communication Research Reports” 2007.

⁴³⁵ J. Filaber, *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, WSP im. H.Chodakowskiej, Wrocław 2015, s. 96.

W przypadku powodzi zachodzi konieczność nagłego działania w warunkach kryzysowych, którego celem staje się ewakuacja ludności, w tym osób niepełnosprawnych z zagrożonych terenów oraz konieczność działań naprawczych niwelujących wyrządzone przez powódź szkody.

Osoby niepełnosprawne, poza środkami pomocowymi dostępnymi wszystkim poszkodowanym i świadczeniami odszkodowawczymi, mogą liczyć na wsparcie systemowe udzielane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych⁴³⁶. W 2010 roku zapewniał on wsparcie w formie świadczenia z projektu *Powódź 2010*, które były realizowane na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Potrzeba zapewnienia bezpieczeństwa, pomimo naturalnych i cywilizacyjnych zagrożeń, jest znacznie wyższa u osób młodych, sprawnych i mobilnych, a znacznie niższa w przypadku ludzi starszych, chorych i niepełnosprawnych ruchowo. Ci ostatni w obliczu nagłego zewnętrznego zagrożenia nie są w stanie przemieszczać się w miejsca bezpieczne bez pomocy innych osób lub właściwej infrastruktury.

W przypadku katastrofy naturalnej czy klęski żywiołowej na danym obszarze może dojść do zagrożenia bezpieczeństwa personalnego mieszkańców, dlatego bywają oni ewakuowani na tereny bezpieczne. Za to zadanie odpowiadają organy państwa, które opracowują i wdrażają procedury działania w sytuacji kryzysowej⁴³⁷. Uwzględniają w nich szczególne potrzeby osób niepełnosprawnych.

Wśród cywilizacyjnych zagrożeń dla tych osób jest współczesny kryzys moralności. Stanowi on czynnik ograniczający poziom bezpieczeństwa personalnego osób niepełnosprawnych. Społeczeństwo bowiem często nie dostrzega lub nie chce zobaczyć tych ludzi i ich potrzeb. Osoby niepełnosprawne nadal są stygmatyzowane i wykluczane z życia społecznego. Na ten proces oddziałują zakorzenione stereotypy i uprzedzenia wobec niepełnosprawności. Stanowią one *silnie zakorzenione twierdzenia na temat różnych osób czy grup społecznych*⁴³⁸.

Ich zwalczenie okazuje się trudne, ponieważ stanowią ważny element ludzkiej, społecznej świadomości, za pomocą którego ludzie szybko radzą sobie z tym, czego nie znają. W rezultacie osoba niepełnosprawna jest postrzegana przez większość

⁴³⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123 poz. 776 z późn. zm.).

⁴³⁷ J. Filaber, dz. cyt., s. 97.

⁴³⁸ J. Kisielewska-Meller, *Wykluczenie społeczne wczoraj i dziś*, wyd. WUAM, Poznań 2012, s. 27.

społeczeństwa jako *osoba chora, kulturowo odmienna czy inna*⁴³⁹. Jej odmienność (inność) w społecznym odbiorze sprowadza się do różnych form funkcjonowania, postrzegania, możliwości podejmowania określonych ról i aktywności w sferze społecznej⁴⁴⁰.

Do cywilizacyjnych zagrożeń bezpieczeństwa personalnego osób niepełnosprawnych należy naruszanie i nieprzestrzeganie ich praw, stosowanie wobec nich przemocy. Ma to związek ze stereotypami i uprzedzeniami wobec niepełnosprawności. W rezultacie osoby niepełnosprawne często nie mają równych szans z osobami zdrowymi we wszystkich sferach życia społecznego i zawodowego⁴⁴¹.

Rozwój nauk medycznych zapewnia ludziom szansę na utrzymanie i zachowanie zdrowia, ale także niesie ryzyko ograniczenia dostępu do drogich usług medycznych przez uboższą część populacji i poddawania bogatszych osób niepotrzebnym badaniom, zabiegom i terapiom. Według Beaty Laskowskiej współczesna ingerencja w strukturę genomu, tworzenie organów transgenicznych może prowadzić do wypaczenia istoty człowieczeństwa, ryzyka zdrowotnego oraz równowagi społecznej i ekologicznej⁴⁴².

W wyniku rozwoju technologii komunikacyjnej zwiększył się ich negatywnych wpływ na bezpieczeństwo społeczne i personalne, ponieważ spowodowały one osłabienie więzi społecznych. Urządzenia techniczne i informatyczne zmniejszyły liczbę bezpośrednich kontaktów ludzi w środowisku rodzinnym, lokalnym i zawodowym⁴⁴³.

Bezpieczeństwo personalne ograniczają liczne zagrożenia naturalne i cywilizacyjne, których siła, zakres i charakter zmieniają się. W rezultacie jednostka staje wobec licznych wyzwań, z których tylko część może być zależna od jej zachowań i postaw. Na jej indywidualną ochronę oddziałują liczne uniwersalne zagrożenia. Ich znaczenie i wpływ okazują się istotniejsze dla osób niepełnosprawnych. Mają one mniejsze szanse od osób zdrowych do uporania się z zagrożeniami dla ich bezpieczeństwa personalnego.

3.3. Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego

Zdrowie i bezpieczeństwo zdrowotne w ujęciu indywidualnym i zbiorowym należy do podstawowych wartości człowieka i zbiorowości. Aby je zapewnić, ludzie muszą mieć

⁴³⁹ Tamże.

⁴⁴⁰ Tamże.

⁴⁴¹ B. Jamrogiewicz, *Nieprzestrzeganie praw człowieka – przemoc wobec osób z niepełnosprawnościami*. W: J. Zimny (red). *Współczesne zagrożenia naturalne i cywilizacyjne*, wyd. KULJPII, Stalowa Wola 2017, s. 47, 49.

⁴⁴² B. Łaskowska, dz. cyt., s. 93.

⁴⁴³ M. Tyboń, I. Grabowska-Lepczak, M. Kwiatkowski, dz. cyt., s. 195.

możliwość zaspokojenia obu tych potrzeb. W pierwszej kolejności należy wyjaśnić ich charakter. W szerokim rozumieniu obejmują one potrzeby, które dotyczą bycia zdrowym i życia w zdrowiu, zatem wykraczają poza dążenie do niedoświadczania choroby, obejmując także oczekiwanie uzyskania stanu pełnego dobrostanu (dobrego samopoczucia w sferze fizycznej, emocjonalnej, społecznej i duchowej). Ich zaspokojenie pozwala człowiekowi doświadczyć pełni swojego istnienia, ponieważ może się rozwijać i realizować we wszystkich sferach życia oraz zaspokajać inne swoje potrzeby⁴⁴⁴.

W wąskim rozumieniu potrzeby zdrowotne to zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, usługi zdrowotne, działania pomagające zachować zdrowie⁴⁴⁵.

John Bradshaw dokonał klasyfikacji potrzeb zdrowotnych. Wyróżnił potrzebę normatywną, odczuwaną i wyrażoną. Pierwsza z nich jest stosowana w czasie porównywania sytuacji pożądanej z faktyczną. Druga z wyróżnionych potrzeb zdrowotnych bywa utożsamiana z życiem uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego⁴⁴⁶. Natomiast trzeci ich rodzaj to potrzeba odczuwana i porównawcza przekształcona w działanie. Może być ona pomocna w czasie planowania zasobów opieki zdrowotnej⁴⁴⁷. Na podstawie tego podziału potrzeb zdrowotnych staje się możliwe ustalenie wskaźników obiektywnych (np. wskaźnik umieralności, chorobowości, zapadalności), subiektywnych (np. samopoczucie, zakorzenienie społeczne i wsparcie społeczne, satysfakcja życiowa i morale), badających potrzeby wyrażane (np. odsetek osób oczekujących na wykonanie procedury medycznej) i zrealizowane (np. odsetek osób poddanych określonej procedurze medycznej)⁴⁴⁸.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) potrzeby zdrowotne bywają także uznawane za przejawy odchylenia w stanie zdrowia pacjenta lub jego środowiska. Z powodu takich zaburzeń należy podjąć niezbędne działania interwencyjne (lecnicze, rehabilitacyjne, zapobiegawcze, pomocy społecznej), aby nie wystąpiły negatywne skutki zdrowotne⁴⁴⁹. Na tej podstawie można wskazać potrzeby zdrowotne typu: zapobieganie

⁴⁴⁴ *Strategia potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu gnieźnieńskiego na lata 2016-2020. Wersja robocza*, załącznik-1-strategia-2-11-2016.pdf [dostęp: 11.10.2022], s. 9.

⁴⁴⁵ Tamże, s. 9.

⁴⁴⁶ A. Sobieszczańska, J. Sobieszczański, H. Pieciewicz-Szczęсна, A. Słopiecka, W. Zukow, I.D. Karwat, *Najważniejsze czynniki modelujące stan zdrowia jednostki i populacji. Cz. 1*, „Journal of Education, Health and Sport” Nr 6(13) 2016, s. 253.

⁴⁴⁷ Z. Kubasińska, *Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych przez aktywność fizyczną w całościowej edukacji zdrowotnej*, „Polish Journal of Continuing Education” Nr 3 2017, s. 130.

⁴⁴⁸ R. Topór-Mądry, A. Gilis-Januszewska, J. Kurkiewicz, A. Pająk, *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, wyd. UWM „Vesalius”, Kraków 2002, s. 16-17.

⁴⁴⁹ Zob. M. Zarzeczna-Baran, *Potrzeby zdrowotne*, [w:] http://ptpz.home.pl/bazaprogramow.zdrowie.dlapomorzan.pl/public_html/upload/Potrzeby%20zdrowotne.pdf [dostęp: 11.10.2022]; R. Topór-Mądry,

chorobom układu krążenia i cukrzycy, ograniczenie zapadalności na choroby nowotworowe, układu oddechowego i choroby odkleszczowe, zmniejszenie częstotliwości występowania urazów i zatruc w następstwie wypadków, popularyzacja świadomości potrzeby zachowania prawidłowej masy ciała, ograniczenie występowania zaburzeń psychospołecznych, zapobieganie rozwojowi próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, problemów zdrowotnych związanych z nieprawidłowym funkcjonowaniem tarczycy u kobiet powyżej 20 roku życia, negatywnym skutkiem schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, zwiększenie skuteczności wykrywania chorób zawodowych w rolnictwie⁴⁵⁰.

WHO zdefiniowało termin *potrzeby zdrowotne*, wykorzystując klasyfikację, która umożliwiła wskazanie cech potrzeby zdrowotnej, świadomej potrzeby zdrowotnej, potrzeb zdrowotnych wskazanych przez specjalistów oraz potrzeb zdrowotnych potwierdzonych naukowo. W ujęciu tym są to *obiektywnie określone niedoskonałości w zdrowiu, które wymagają opieki zdrowotnej, począwszy od promocji do uśmierzania bólu*⁴⁵¹. Tymczasem świadome potrzeby zdrowotne obejmują świadczenie usług zdrowotnych dla osoby gotowej do skorzystania z niej. Natomiast potrzeby zdrowotne zdefiniowane przez profesjonalistów to świadczenia usług uznane przez pracowników ochrony zdrowia ze względu na zapewniane przez nie korzyści, których źródłem stały się porady, środki zapobiegawcze, sposoby zarządzania czy wskazana metoda leczenia. Tymczasem potrzeby zdrowotne potwierdzone naukowo zostają udowodnione za pomocą obiektywnych mierników dla wybranych czynników (biologicznych, antropometrycznych, psychicznych), opinii ekspertów czy przez upływ czasu⁴⁵².

Pojęcie *potrzeby zdrowotne* wykazuje powiązania z terminami *potrzeby medyczne (potrzeby opieki zdrowotnej)* i *usługi zdrowotne (usługi medyczne)*⁴⁵³.

Według WHO, ludzkie zdrowie wykracza poza sferę fizyczną, obejmując także zdrowie emocjonalne (psychiczne), społeczne i duchowe. W rezultacie zachowanie tak rozumianego dobrostanu człowieka wymaga realizacji działań o charakterze prewencyjnym, diagnostycznym i edukacyjnym. Zdaniem WHO, dostępność świadczeń

A. Gilis-Januszewska, J. Kurkiewicz, A. Pająk, dz. cyt., s. 15.

⁴⁵⁰ M. Florek-Luczki i in., *Ocena stanu zdrowia oraz określenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016-2021*, Ocena. pdf [dostęp: 17.10.2022] s. 20-25.

⁴⁵¹ M. Jewczak, K. Twardowska, *Potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego a skłonność do płacenia za świadczenia zdrowotne*, „Problemy Zarządzania” Nr 1 (15/3), s. 164.

⁴⁵² M. Jewczak, K. Twardowska, dz. cyt., s. 164.

⁴⁵³ R. Topór-Mądry, A. Gilis-Januszewska, J. Kurkiewicz, A. Pająk, , dz. cyt., s. 15.

medycznych nie gwarantuje prawidłowej realizacji zadań ochrony zdrowia, zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego w ujęciu personalnym, jak i strukturalnym. Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego to złożone zjawisko, ponieważ zdrowie stanowi wartość indywidualną, społeczną i kulturową⁴⁵⁴, a ponadto jego zachowanie i utrzymanie staje się celem działalności państwa, samorządów terytorialnych i organizacji pozarządowych. Ponadto zdrowie człowieka jest ściśle związane z jego potencjałem fizycznym i warunkami, w jakich żyje. Na jego kondycję zdrowotną oddziałuje indywidualna charakterystyka osobnicza, na którą składają się jednostkowe zachowania, zadatki genetyczne oraz cechy demograficzno-społeczne (płeć, wiek, umiejętności)⁴⁵⁵. Ten czynnik pełni równie ważną rolę jak determinanty społeczne i ekonomiczne (równy start życiowy począwszy od dzieciństwa, status społeczny, dochód, edukacja, świadczenia zdrowotne, ochrona socjalna) i właściwości środowiska fizycznego⁴⁵⁶.

Powyżej wskazane czynniki determinujące personalne bezpieczeństwo zdrowotne ilustrują, w jak szczególnej sytuacji znajduje się osoba niepełnosprawna – w tym z dysfunkcją aparatu ruchu. Jej niepełnosprawność odciska piętno na jej indywidualnej charakterystyce osobniczej, często negatywnie oddziałując na jej umiejętności, zachowania i potencjał zdrowotny. Występująca dysfunkcja stanowi bowiem czynnik ryzyka wystąpienia także innych problemów zdrowotnych w sferze somatycznej, emocjonalnej czy społecznej⁴⁵⁷.

Potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego osoby niepełnosprawnej bywają determinowane przez ograniczenia rozwojowe, które często nie umożliwiają jej równego startu życiowego od dzieciństwa, jeżeli doświadcza niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej w dzieciństwie. Poza tym osoba niepełnosprawna często cechuje się niższym statusem społecznym niż ludzie pełnosprawni, a także doświadcza trudności

⁴⁵⁴ M. Kowalski, *Kultura zdrowotna – wymiary edukacyjne (w kierunku odpowiedzialności za zdrowie)*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Kultura Fizyczna” Z. 8 2009, s. 207.

⁴⁵⁵ Zob. B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” Nr 1 2016, s. 35; A. Sobieszcańska, J. Sobieszcański, H. Pieciewicz-Szczęśna, A. Słopiecka, W. Zukow, I.D. Karwat, dz. cyt., s. 250-251.

⁴⁵⁶ Zob. B. Bober, dz. cyt., s. 35; M. Janiak, *Bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością ruchową jako zadanie dla władz samorządowych. Przykład powiatu gnieźnieńskiego*, [w:] <https://rocznikbezpieczenstwa.pl/ojs/index.php/rbm/article/view/506/455>, [dostęp: 20.10.2022]; E.M. Guzik-Makaruk, E. Jurgielewicz-Delegacz, *Badania nad bezpieczeństwem osób z niepełnosprawnościami, w tym osób niewidomych i słabo widzących, uczestniczących w ruchu drogowym*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 1(18) 2016; M. Ucińska, B. Stasiak-Cieślak, *Niepełnosprawni kierowcy w ruchu drogowym – kompleksowe wspieranie mobilności*, „Autobusy” Nr 12 2016.

⁴⁵⁷ P. Wolski, *Niepełnosprawność ruchowa. Między diagnozą a działaniem*, wyd. CRZZL, Warszawa 2013, s. 10, 19-39.

ze zdobyciem wykształcenia wykraczającym poza to obowiązkowe. W rezultacie ma problemy z funkcjonowaniem na rynku pracy, często podejmuje pracę w charakterze niezwiązanym z wyuczonym zawodem, co w konsekwencji negatywnie wpływa na jej motywację do pracy i wykonywanie przez nią obowiązków zawodowych w mniejszym wymiarze czasu. Niekiedy osoby niepełnosprawne pracują w Zakładach Pracy Chronionej, mając również szansę na pracę na stanowiskach samodzielnych czy kierowniczych. Jednak ich potencjał na rynku pracy ograniczają ich właściwości (częsty pogarszający się stan zdrowia, konieczność stałej lub czasowej rehabilitacji, mała mobilność, niezdolność do pracy fizycznej) i umiejętności (niski poziom kompetencji twardych i miękkich)⁴⁵⁸.

Aby zaspokoić swoje podstawowe potrzeby, między innymi te dotyczące zdrowia, niepełnosprawny potrzebuje dostępu do świadczeń zdrowotnych, w tym dostosowanych do kondycji zdrowotnej osoby niepełnosprawnej⁴⁵⁹ oraz świadczeń socjalnych. Należy przy tym wspomnieć o konieczności zapewnienia osobie niepełnosprawnej stałej opieki, jeżeli bez niej nie jest ona w stanie funkcjonować. Takim opiekunem może być członek rodziny, co nie pozostaje bez wpływu na jego aktywność zawodową i styl życia, lub pracownik socjalny albo świadczący odpłatnie usługi opiekuńcze.

Na personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego można spojrzeć z perspektywy kryteriów zdrowia zaproponowanych przez M. Sygita. Wyróżnia on ujęcie subiektywne, obiektywne i społeczne. W pierwszym przypadku personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego są kształtowane przez odczucia człowieka, które dotyczą stanu zdrowia i samopoczucia. Mogą one cechować się skrajnym zindywidualizowaniem, zbieżnością lub całkowitą rozbieżnością z obiektywną oceną jego stanu zdrowia. W przypadku ujęcia obiektywnego personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego są determinowane przez stan fizjologiczny człowieka, który można zweryfikować. Za sprawą pozyskanych informacji o swojej kondycji zdrowotnej mogą u niego wystąpić potrzeby zdrowotne, których zaspokojenie zapewni mu zachowanie życia czy zdrowia lub poprawę stanu zdrowia. Ich zaspokojenie staje się więc warunkiem zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego. W przypadku ujęcia społecznego personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego są kształtowane przez społeczny obraz stanu bycia zdrowym i sposobów,

⁴⁵⁸ Tamże, s. 14-15.

⁴⁵⁹ Zob. A. Fiedoruk, J. Śmigielska-Kuzia, E. Krajewska-Kułak, *Metody rehabilitacji ruchowej dzieci niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem metody NDT*, [w:] 0000065496-wcag.pdf, [dostęp: 17.10.2022]; B. Kurkus-Rozowska, *Wpływ rehabilitacji na poprawę wydolności fizycznej osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Bezpieczeństwo pracy” Nr 3 2002.

jakie należy podjąć, aby go osiągnąć i zachować. Człowiek zyskuje zatem dostęp do wzorów zachowań zdrowotnych i wizerunku zdrowej jednostki, które mogą wywołać u niego potrzebę dostosowania się do norm zdrowotnych⁴⁶⁰.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego mają charakter dynamiczny. Są determinowane przez wiek i potrzeby rozwojowe człowieka, jego kondycję zdrowotną, występujące problemy zdrowotne, wykonywany zawód i związane z nim ryzyko zawodowe, uwarunkowania środowiskowe, w tym zmiany społeczne, gospodarcze, kulturowe i technologiczne. Zmieniają się także doświadczenia, wiedza i praktyki zdrowotne człowieka. Adaptują się do nowych wyzwań i warunków. Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego towarzyszą człowiekowi na każdym etapie istnienia. Ich rodzaj, liczba i zakres zmieniają się zasadniczo w sytuacjach kryzysowych, nieprzewidywanych i nagłych. Ich zakres i charakter zmieniają się, kiedy jednostka cechuje się niepełnosprawnością. Ten mechanizm w równym stopniu dotyczy osób z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą. W ich przypadku specyficzne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego występują w odmiennych okresach życia. Jednak za każdym razem wiążą się z większym zapotrzebowaniem na dostęp do świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i socjalnych. Ponadto występuje u nich duże zapotrzebowanie na wzmożone wsparcie społeczne. Konieczne staje się dostosowanie środowiska życia i funkcjonowania społecznego do ich możliwości, ograniczonych przez dysfunkcje mające źródło w niepełnosprawności⁴⁶¹.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego obejmują dążenie do ochrony przed zagrożeniami dla zdrowia. Działania w tym zakresie podejmują różne podmioty, jednostka, państwo, organy administracji rządowej, samorządy terytorialne. Ich aktywność ma służyć zabezpieczeniu przed zagrożeniami odnoszącymi się do bezpieczeństwa zdrowotnego.

B. Hołyst dokonał ich podziału na zagrożenia naturalne, cywilizacyjne, społeczne i psychiczne. Pierwsze z nich powodują utratę lub ryzyko utraty zdrowia w wyniku działania sił niezależnych od człowieka (kataklizmy, epidemie). Zagrożenia cywilizacyjne mają związek z rozwojem technologicznym, natomiast te społeczne obejmują działania terrorystyczne, wojny, problemy demograficzne, konsumpcjonizm, brak aktywności fizycznej itp. Tymczasem zagrożenia psychiczne to stres, zmęczenie,

⁴⁶⁰ M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 23.

⁴⁶¹ Tamże.

zaburzenie rytmów biologicznych, depresje⁴⁶². Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego dotyczą zatem działań zapobiegawczych, jakie może podjąć jednostka i zbiorowość, aby ograniczyć ryzyko. Jednocześnie musi ono uwzględniać realizację zadań z zakresu bezpieczeństwa, które realizuje państwo i jego instytucje.

Aby ograniczyć czy wyeliminować zagrożenia naturalne dla zdrowia, człowiek może odczuwać potrzebę uzyskania ochrony dla swoich zasobów socjalno-bytowych, aby nie utracić ich w wyniku kataklizmów, czemu służą temu także ubezpieczenia. Kolejnym elementem jest motywacja do podjęcia działań ochronnych swojego zdrowia za pomocą szczepień, aby zyskać odporność na choroby zakaźne. W Polsce osoby niepełnosprawne i nieaktywne zawodowo są objęte ubezpieczeniem społecznym opłacanym z budżetu państwa. Mogą one, o ile dysponują środkami finansowymi, skorzystać z potencjału dodatkowego ubezpieczenia.

Zdaniem M. Sygita czynniki wpływające na zdrowie człowieka, a tym samym na jego poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego to: zdrowy styl życia, zdrowe otoczenie, funkcjonowanie służb realizujących zadania ochrony zdrowia, kompetencje społeczeństwa umożliwiające zachowanie zdrowia, indywidualny rozwój psychospołeczny, polityka zdrowotna i promocja zdrowia⁴⁶³.

Wskazane czynniki można uznać za przykłady personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego, które są determinowane przez jednostkowe zachowania zdrowotne. Powinny one obejmować racjonalną dietę, podejmowanie regularnej aktywności fizycznej o właściwej intensywności, zapewnienie organizmowi odpowiedniego wypoczynku i rekreacji, działania higieniczne, cykliczne badania kontrolne, aktywność społeczną, rozwój zainteresowań i hobby. Należy także pamiętać o unikaniu ryzykownych zachowań zdrowotnych, np. nadmiernego spożywania alkoholu, używania tytoniu czy przebywania w pobliżu osób palących papierosy⁴⁶⁴.

Według badania CBOS z 2016 roku, respondenci zaliczyli do działań przyczyniających się w największym stopniu do poprawy zdrowia: zdrowe odżywianie się (48%), czyli spożywanie owoców i warzyw, ograniczenie tłuszczu zwierzęcych. Ponadto według badanych należy odbywać regularne wizyty u lekarza (30%), unikać sytuacji stresowych i nerwowych (30%), spędzać czas wolny na aktywnym wypoczynku

⁴⁶² B. Hołyst, dz. cyt. s. 36.

⁴⁶³ M. Sygit, dz. cyt., s. 24.

⁴⁶⁴ Według badania CBOS z 2019 roku, 74% respondentów nie paliło papierosów. Równocześnie w latach 2008-2019 od 74% do 90% pytanym osobom opowiadało się za wprowadzeniem zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych (K. Świerczewski, *Palenie papierosów – Komunikat z badań CBOS Nr 104/2019*, s. 2).

(27%), np. spacerować czy robić wycieczki rowerowe itp. Do działań przyczyniających się w największym stopniu do poprawy zdrowia zaliczono także regularne uprawianie gimnastyki, bieganie (24%), niepalenie papierosów (23%), niespożywanie alkoholu (11%)⁴⁶⁵. Te zachowania prozdrowotne mają szczególne znaczenie dla osób niepełnosprawnych, ponieważ są one bardziej podatne na negatywny wpływ czynników obniżających kondycję zdrowotną i zagrażających ich zdrowiu.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego obejmują zbilansowaną i racjonalną dietę, aby dzięki niej człowiek dostarczał swojemu organizmowi właściwe składniki odżywcze oraz pokarm o odpowiedniej wartości energetycznej. W ten sposób może utrzymać zdrowie i kontrolować masę ciała. Według badania CBOS z 2019 roku, w latach 2010-2019 od 52% do 59% respondentów miało problem ze zbyt dużą masą ciała. Wystąpiła u nich nadwaga lub otyłość⁴⁶⁶. Tymczasem według badań CBOS z 2017 roku, w latach 2003-2017 dla od 87% do 90% Polaków istotne były własny wygląd i prezencja⁴⁶⁷.

Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga od człowieka nie tylko posiadania wiedzy o zdrowym sposobie odżywiania się, umiejętności kulinarnych, czasu na przygotowanie dań i ich spożycie, dostępu do zdrowych produktów żywnościowych, środków na ich zakup⁴⁶⁸, ale także podejmowania świadomych i celowych działań prozdrowotnych. Poza tym ważną rolę pełnią także wzory spożywania posiłków, które ograniczają tendencję do przejadania się⁴⁶⁹. Ten problem ma istotne znaczenie dla osób niepełnosprawnych, ponieważ racjonalna dieta i regularność posiłków to nie tylko sposób na zachowanie optymalnej kondycji fizycznej, ale także ochrona przed niedowagą, nadwagą i otyłością. Zaburzenia masy ciała to znaczące zagrożenie zdrowotne.

Wśród potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego są te związane z możliwością podejmowania aktywności fizycznej, będącej jednym z czynników zachowania lub/i poprawy kondycji zdrowotnej człowieka. Za pomocą wspomnianej aktywności realizowane są różne potrzeby zdrowotne, które mogą być zaspokajane w sferze społecznej oraz indywidualnej (patrz: tabela 3.4).

⁴⁶⁵ R. Boguszewski, dz. cyt., s. 5.

⁴⁶⁶ M. Rutkowska, *Czy Polacy mają problem z nadwagą?* – Komunikat z badań CBOS Nr 103/2019, s. 1.

⁴⁶⁷ A. Cybulska, *Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu?* – Komunikat z badań CBOS Nr 104/2017, s. 1-2.

⁴⁶⁸ Według badania CBOS z 2014 roku 11% Polaków nie zaspokajało głodu z powodów finansowych. M. Omyła-Rudzka, *Czy Polacy jedzą za dużo?* – Komunikat z badań CBOS Nr 122/2014, s. 10.

⁴⁶⁹ W Polsce święta religijne, uroczystości rodzinne i towarzyskie stwarzają okazję do przejadania się. Analogiczne zachowanie Polacy podejmują, odpoczywając przed telewizorem, przy piwie czy drinku, w sytuacjach stresujących. Zobacz: M. Omyła-Rudzka, dz. cyt., s. 5.

Tabela 3.4. Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych za pomocą aktywności fizycznej

Nazwa potrzeby	Rodzaj aktywności fizycznej	Sprzyjające cechy, kompetencje	Korzyści zdrowotne
Potrzeba aktywności turystycznej	Dobrowolne wędrowki piesze, rowerowe, nizinne, górskie, aktywne pielgrzymowanie	Posiadanie zainteresowań turystycznych, rozwinięta ciekawość i potrzeba ruchu	Budowanie odporności, wydolności, potencjału zdrowotnego, kulturowego, duchowego
Potrzeba aktywności niepełnosprawności	Ćwiczenia zalecane i dostosowane przez lekarza do rodzaju i stopnia niepełnosprawności, turnusy rehabilitacyjne	Chęć podtrzymania potencjału zdrowotnego, integracji społecznej, akceptacji własnych ograniczeń	Utrzymanie aktualnego stanu zdrowia, możliwość integracji
Potrzeba antyinwolucyjna	Dobrowolne ćwiczenia wytrzymałościowe, siłowe, równoważne, gibkościowe	Determinacja uczestniczenia w systematycznej aktywności fizycznej	Opóźnianie degeneracji starczej, utrzymanie kontaktów społecznych, pomyślne starzenie
Potrzeba funkcjonalno-czynnościowa	Aktywność fizyczna zalecona przez lekarza, fizjoterapeutę	Chęć powrotu do zdrowia, wiara w skuteczność aktywności fizycznej	Uzyskanie nadziei, poprawy zdrowia
Potrzeba medyczna	Zalecony przez lekarza umiarkowana aktywność fizyczna, spacerowanie, marszobiegi, pływanie, gimnastyka	Zdyscyplinowanie wobec zaleceń lekarskich	Satysfakcja z realizacji zaleceń lekarza, poprawa stanu zdrowia
Potrzeba profilaktyczna	Dobrowolnie podejmowane wysiłki fizyczne, wytrzymałościowe, ogólnorozwojowe, siłowe i relaksacyjne	Świadomość zagrożeń cywilizacyjnych i związków aktywności fizycznej ze zdrowiem	Eliminowanie czynników ryzyka, wspomaganie potencjału zdrowotnego, wydolności, sprawności, jakości i satysfakcji życia
Potrzeba prorodzinna	Dobrowolne, wspólne spacerowanie, zabawy na działce, aktywność w lesie, gry i zabawy ruchowe na obiektach, w plenerze, wyprawy krajoznawcze	Istniejąca więź rodzinna, chęć spotykania się, wzajemna motywacja i zainteresowania	Eliminacja samotności, depresji, izolacji społecznej, uzyskiwanie wsparcia, poprawa samopoczucia

Potrzeba rehabilitacyjna	Aktywność fizyczna zalecona przez lekarza, fizjoterapeutę	Automatyzacja, cierpliwość	Uzyskanie nadziei, poprawa samopoczucia
Potrzeba rekreacji ruchowej	Dobrowolnie podejmowana aktywność fizyczna dostarczająca przyjemnych doznań, relaksu, wypoczynku	Chęć aktywnego zagospodarowania czasu wolnego zgodnie z zainteresowaniami i oczekiwaniami	Poprawa samopoczucia, odczuwanie satysfakcji, redukcja zmęczenia
Potrzeba ruchu	Dobrowolnie, świadomie podejmowany każdy rodzaj aktywności ruchowej	Wiedza prozdrowotna, odczuwanie potrzeby ruchu	Poczucie wartościowo zagospodarowanego czasu, poprawa jakości życia
Potrzeba rewitalizacji	Dobrowolna, zróżnicowana aktywność fizyczna, spacerowanie, bieganie, relaksacja, gimnastykowanie się, taniec, pływanie	Włączenie nowych wyzwań życiowych, podjęcie aktywności fizycznej	Zwiększenie żywotności, dynamiki ustroju, odczuwanie usprawnienia procesów życiowych, dodanie życia do lat

Źródło: Z. Kubasińska, *Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych przez aktywność fizyczną w całościowej edukacji zdrowotnej*, „Polish Journal of Continuing Education” Nr 3 2017, s. 131.

Należą do nich aktywność turystyczna, potrzeby: ruchu, antyinwolucyjna, funkcjonalno-czynnościowa, medyczna, profilaktyczna, prorodzinna, rehabilitacyjna, rekreacji ruchowej, rewitalizacji i aktywnej niepełnosprawności⁴⁷⁰.

Dla niepełnosprawnych, także z dysfunkcjami aparatu ruchu, istotne znaczenie ma zaspokojenie potrzeb związanych z aktywnością fizyczną. Wymaga to dostępu do niezbędnej infrastruktury, zajęć oraz możliwości osób niepełnosprawnych, przygotowanej kadry trenerskiej czy usług transportowych. Aby jednostka mogła w pełni cieszyć się zdrowiem fizyczny, emocjonalnym i społecznym, musi funkcjonować w środowisku, które wspiera jej zachowania zdrowotne i aspiracje życiowe. Do personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego należy stworzenie jednostce optymalnych warunków do życia i rozwoju, czyli bezpiecznego, przyjaznego otoczenia społecznego. Dzięki niemu harmonijnie może rozwijać się społeczność lokalna i jej członkowie. Zatem w trosce o zdrowie populacji należy zapewnić jej warunki do podjęcia pozytywnej aktywności społecznej. Ten czynnik ma istotne znaczenie także dla osób

⁴⁷⁰ Z. Kubasińska, dz. cyt., s. 131.

niepełnosprawnych, ponieważ pozwala im na integrację z lokalną zbiorowością, adaptację do warunków społecznych, budowanie więzi społecznych i podjęcie aktywności społecznej oraz dążenie do samospelnienia. W ich przypadku do personalnych potrzeb bezpieczeństwa należy zaliczyć eliminowanie barier architektonicznych, społecznych i kulturowych. Z kolei do ich likwidacji – nie tylko w odniesieniu do pierwszego rodzaju trudności, jakich doświadczają niepełnosprawni, zobowiązują polskie normy prawne⁴⁷¹.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego w dużej mierze dotyczą bezpiecznego otoczenia, w którym żyje, funkcjonuje, pracuje i odpoczywa człowiek. Na poziom tego bezpieczeństwa ma on wpływ tylko w ograniczonym zakresie, sprowadzają się one do konsumowania dóbr: produktów i usług, które nie zagrażają jego kondycji zdrowotnej. Jednak zasadniczo nie ma on wpływu na to, jakie dobra konsumpcyjne są dla niego dostępne.

W niewielkim zakresie może oddziaływać na ich skład, a tym samym – na jego organizm lub/i środowisko naturalne. Zabezpieczenie potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego w zakresie dostępu do wartościowych produktów i usług stanowi zadanie państwa i jego organów. Odpowiadają one za dopuszczenie dóbr konsumpcyjnych na rynek, ale także za stosowanie się do norm zdrowotnych, ekologicznych. Dotyczy to także produktów medycznych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego obejmują warunki mieszkaniowe oraz infrastrukturalne w jego najbliższym otoczeniu. Ważną rolę pełnią także warunki zapewniane człowiekowi w miejscu pracy⁴⁷². W każdym z tych przypadków istotne znaczenie dla osób niepełnosprawnych ma dostosowanie ich miejsca życia, pracy, rekreacji do ich możliwości, potrzeb i bezpieczeństwa.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego są kształtowane przez społeczne kompetencje, które dotyczą zachowania zdrowia. Istotną rolę pełni kultura zdrowotna w takiej zbiorowości. Stanowi szeroko rozumiany system informacyjny, cechujący się zróżnicowanym poziomem szczegółowości. Składają się na nią mikrosystemy kultury zdrowotnej (np. sposoby przyrządzania danego dania), idee zdrowotne oraz

⁴⁷¹ M. Janiak, *Bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością ruchową jako zadanie władz samorządowych. Przykład Powiatu Gnieźnieńskiego*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” Vol. 12, Nr 2 2018, s. 268.

⁴⁷² Zob. J. Bugajska, J. Kamińska, W.M. Zawieska, *Przystosowanie środowiska pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem Ramowych wytycznych*, [w:] <https://www.ciop.pl> CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl/?_nfpb=true&_pageLabel=P31200123251443541514096&html_tresc_root_id=11518&html_tresc_id=11520&html_klucz=11518&html_klucz_spis= [dostęp: 20.10.2022].

makrosystemy, które odnoszą się do działań zbiorowości: wspólnot społecznych i społeczeństw. W skład tej kultury wchodzi także plany wobec życia, schematy myślenia i oceny, realizacja określonych zadań, jak również – wiedza o zdrowiu i możliwość jej wykorzystania w praktyce⁴⁷³.

Dążenie jednostki do zapewnienia sobie optymalnej kondycji zdrowotnej, powrót do możliwie najlepszego stanu po chorobie lub/i urazie zachodzi również poza sferą prywatną (indywidualną) w przestrzeni publicznej: społecznej, kulturowej, zawodowej, instytucjonalnej. W czasie procesu wychowania i socjalizacji człowiek poznaje wartość zdrowia⁴⁷⁴, dowiaduje się o konieczności jej ochrony za pomocą określonych postaw i zachowań. Postrzega znaczenie kondycji zdrowotnej, widząc w niej podstawę wartościowego i spełnionego ludzkiego życia. Jednak uzyskanie takiego światopoglądu przez jednostkę może być utrudnione, ponieważ polskie społeczeństwo cechuje się niską kulturą zdrowotną. Jego świadomość i wiedza zdrowotna nadal pozostaje ograniczona, zatem nie pozwala na podejmowanie właściwych, prozdrowotnych wyborów i zachowań⁴⁷⁵. Taka wiedza musi być dostępna dla osób niepełnosprawnych, aby aktywnie dbały o swoje zdrowie.

W wyniku wychowania i socjalizacji następuje transmisja wiedzy, przekonań i praktyk zdrowotnych, które składają się na jednostkowe zachowania prozdrowotne. Te są początkowo kształtowane przez środowisko rodzinne⁴⁷⁶, następnie przez szkolne, rówieśnicze, lokalne i dalsze⁴⁷⁷, a także – medialne. Personalne bezpieczeństwo zdrowotne jest determinowane przez wiedzę o zdrowiu i sposobach dbania o nie, jakie człowiek poznaje i stosuje w czasie swojego życia, a także modyfikuje zachowania zdrowotne w przypadku pojawienia się określonych schorzeń. W przypadku osób niepełnosprawnych kluczowe znaczenie ma stała troska o stan zdrowia i szybkie wdrażanie zmian, aby je poprawić czy utrzymać na optymalnym poziomie.

Aby zachować zdrowie, człowiek musi je cenić i znać praktyki prozdrowotne. Zatem personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego obejmują transmisję wiedzy, wzorów dbania o zdrowie w ramach procesów wychowania i socjalizacji w dzieciństwie

⁴⁷³ M. Kowalski, dz. cyt., s. 209.

⁴⁷⁴ A. Gardocka-Jałowicz, K. Szalonka, *Wybrane aspekty stylu życia w perspektywie odpowiedzialności za zdrowie*, [w:] <https://repozytorium.uni.wroc.pl/publication/107891> [dostęp: 17.11.2022], s. 14-15.

⁴⁷⁵ Zob. A. Gardocka-Jałowicz, K. Szalonka, dz. cyt., s. 25-26.

⁴⁷⁶ Zob. A. Głowacka-Rębała, *Zachowania zdrowotne w rodzinie a problem otyłości u dzieci. Rozprawa doktorska*, wyd. WNoZ UM, Poznań 2013.

⁴⁷⁷ H. Mruk, *Odpowiedzialność osobista za zdrowie a długość i jakość życia*, [w:] http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/118599/PDF/03_01_H_Mruk_Odpowiedzialnosc_osobista_za_zdrowie.pdf [dostęp: 17.11.2022], s. 200.

i młodości oraz edukacji zdrowotnej przez całe życie jednostki.

W 2014 roku 49% respondentów CBOS uznało zdrowie za podstawę udanego życia. W 2006 roku w ten sposób odpowiedziało 51% pytanych osób⁴⁷⁸. Zaliczano zdrowie do najważniejszych rzeczy, które stanowią o sensie ludzkiego istnienia. W badaniu CBOS z 2017 roku w ten sposób myślało 54% uczestników badania. W 1997 roku ich udział wyniósł 53% pytanych osób⁴⁷⁹. Zdrowie znalazło się zaraz za rodziną wśród najważniejszych zjawisk nadających sens ludzkiej egzystencji. Zatem duża część polskiego społeczeństwa postrzegala tę wartość jako kluczową w życiu człowieka, która pozwala mu zaznać samospełnienia i sensu istnienia. W latach 2015-2022 tej satysfakcji doświadczało blisko 60% respondentów CBOS, w 1999 roku ich udział wynosił zaledwie 49% pytanych osób⁴⁸⁰. W 2007 roku 59% uczestników badania CBOS zachowanie dobrego zdrowia zaliczyło do wartości najważniejszych w ich codziennym życiu. W 2016 roku w ten sposób odpowiedziało 57% osób. Respondenci wymienili tę wartość zaraz po szczęściu rodzinnym, które znalazło się na szczycie listy priorytetów⁴⁸¹.

Dla osób niepełnosprawnych kondycja zdrowotna jest zapewne równie ważna, ponieważ determinuje ich możliwości związane z codziennym funkcjonowaniem i korzystaniem z dostępnego, osobistego potencjału.

Edukacja prozdrowotna powinna ukształtować u człowieka przekonanie, że jest on odpowiedzialny za swoje życie i kondycję fizyczną. Personalne bezpieczeństwo zdrowotne wymaga świadomości dotyczącej tego, kto odpowiada za stan zdrowotny jednostki. Człowiek musi być świadomy, że ta odpowiedzialność spoczywa także na nim⁴⁸². Stanowi ona *formę zobowiązania moralnego i prawnego w wymiarze indywidualnym i zbiorowym*⁴⁸³.

⁴⁷⁸ R. Boguszewski, *Co stanowi o udanym życiu?* – Komunikat z badań CBOS Nr 167/ 2014, s. 2 i 3.

⁴⁷⁹ M. Feliksiak, *Sens życia – wczoraj i dzisiaj* – Komunikat z badań CBOS Nr 41/2017, s. 5.

⁴⁸⁰ Zob. K. Kowalczyk, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 167/2015, s. 2, 5; B. Badora, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 4/2016, s. 2; B. Badora, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 3/2017, s. 2; M. Feliksiak, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 5/2018, s. 2; M. Feliksiak, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 6/2019, s. 2; M. Feliksiak, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 2/ 2020, s. 2; M. Feliksiak, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 5/2021, s. 2; M. Steszyńska, *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 8/2022, s. 2.

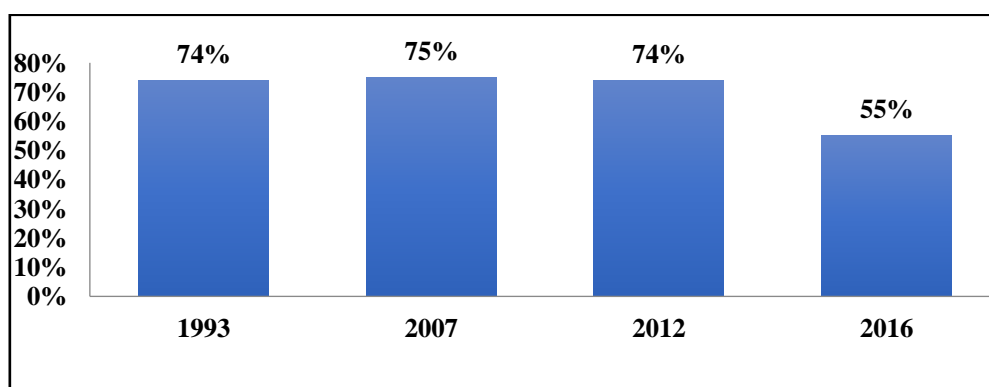
⁴⁸¹ R. Boguszewski, *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 138/2015, s. 2.

⁴⁸² Zob. A. Gardocka-Jałowiec, K. Szalotka, *Wybrane aspekty stylu życia w perspektywie odpowiedzialności za zdrowie*, [w:] https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/99733/PDF/01_01_A_Gardocka-Jalowiec_K_Szalotka_Wyb_rane_aspekty stylu_zycia.pdf [dostęp: 20.10.2022].

⁴⁸³ Tamże, s. 16.

Według badania CBOS z 2016 roku, w latach 1993-2016 od 55% do 75% respondentów było przekonanych (wykres 3.3), że ochrona zdrowia to obowiązek każdego człowieka, który sam musi dbać o swoje zdrowie. Część respondentów była przekonana, że ochrona zdrowia obywateli to obowiązek państwa. W ten sposób odpowiedziało od 18% do 41% respondentów⁴⁸⁴. Taka postawa nie powinna być przyjmowana przez osoby niepełnosprawne, które muszą same zaangażować się w troskę o swoje zdrowie.

Wykres 3.3. Zmiana przekonań o obowiązku ochrony zdrowia wśród Polaków na przełomie XX i XXI wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Boguszewski, *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 138/2015, s. 8.

W czasie życia człowiek jest narażony na różne zdarzenia i czynniki, które mogą wywołać u niego problemy zdrowotne i choroby. Zatem musi on sam poznać, kiedy w ramach troski o własne zdrowie wystarczy zdać się na samoleczenie, a kiedy należy skorzystać z usług medycznych świadczonych przez specjalistyczny personel. Jednak w tym ostatnim przypadku kluczowe znaczenie ma dostępność do świadczeń medycznych.

W Polsce wiele osób wciąż nie jest zadowolonych z tego obszaru funkcjonowania państwa. W latach 2014-2016 od 54,9% do 61,3% skarg, jakie polscy pacjenci wnieśli do NZF, dotyczyło ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych⁴⁸⁵. W latach 2016_2020 od 55% do 88% respondentów korzystało ze świadczeń zdrowotnych⁴⁸⁶; w tym z usług lekarza ogólnego, laboratorium analitycznego lub

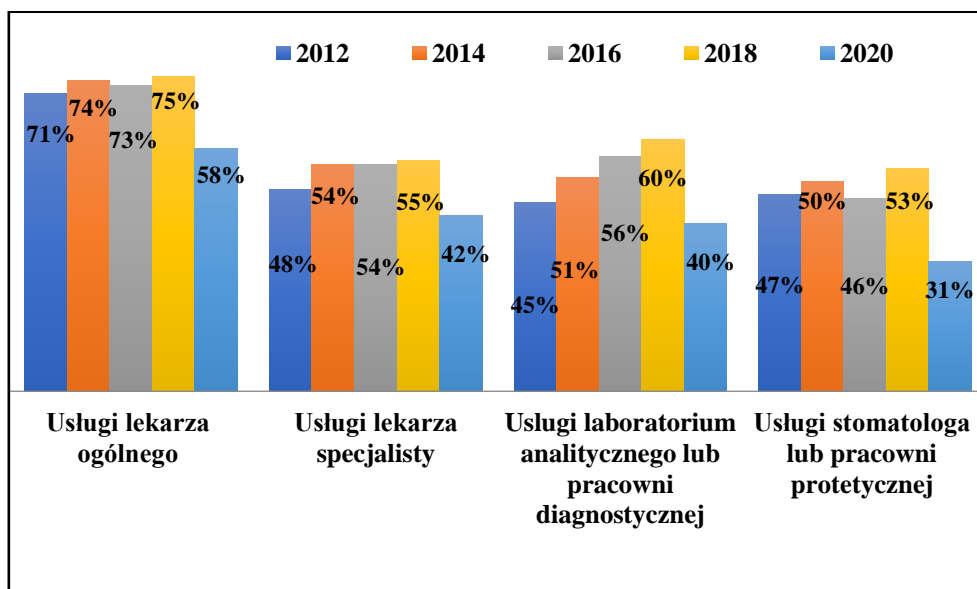
⁴⁸⁴ R. Boguszewski, dz. cyt., s. 8.

⁴⁸⁵ G. Kanownik, *Bezpieczeństwo pacjenta a dostępność do usług zdrowotnych*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, Nr 1(85) 2017, s. 626.

⁴⁸⁶ A. Cybulska, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 112/2016, s. 1; A. Cybulska, K. Pankowski, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 97/2018, s. 1; M. Omyła-Rudzka, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 96/2020, s. 1.

pracowni diagnostycznej, lekarza specjalisty i stomatologa lub pracowni protetycznej (patrz: wykres 3.4.)⁴⁸⁷. W przypadku choroby korzystali oni z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z usług lekarza ogólnego POZ, lekarza specjalisty, laboratorium analitycznego, pracowni diagnostycznej, stomatologa lub pracowni protetycznej⁴⁸⁸.

Wykres 3.4. Korzystanie z usług medycznych w latach 2012-2020 przez ludność w Polsce



Źródło: A. Cybulska, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* –Komunikat z badań CBOS Nr 112/ 2016, s. 2; A. Cybulska, K. Pankowski, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* –Komunikat z badań CBOS Nr 97/2018, s. 2; M. Omyła-Rudzka, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 96 2020, s. 3.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego są warunkowane przez wiedzę człowieka o dostępnym systemie opieki zdrowotnej, jej placówkach, trybie przyjmowania, dostępie do specjalistycznych porad, leczenia i diagnoz. Równie istotny jest przy tym sposób, w jaki człowiek postrzega ten system i placówki medyczne oraz jego pracowników.

Personalne bezpieczeństwo zdrowotne jest determinowane przez działania państwa, które gwarantuje ludziom prawo do ochrony zdrowia, czemu służą przyjęte w nim rozwiązania prawno-instytucjonalne. Zapewnienie społeczeństwu prawa do życia i zdrowia sprawia, że każdy z jego członków jest objęty ochroną.

⁴⁸⁷ A. Cybulska, dz. cyt., s. 4; M. Omyła-Rudzka, dz. cyt., s. 3.

⁴⁸⁸ A. Cybulska, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń...*, dz. cyt., s. 4; A. Cybulska, K. Pankowski, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń...*, dz. cyt., s. 3; M. Omyła-Rudzka, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń...*, dz. cyt., s. 4.

Zaspokojenie personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego jest determinowane przez dostępność do świadczeń medycznych, ich skuteczność i sprawnie działający system organizacyjno-prawny, który reguluje działania ochrony zdrowia. Ten proces okazuje się tym skuteczniejszy, im jego użytkownicy mają poczucie, że system opieki zdrowotnej funkcjonuje ciągle, racjonalnie i skutecznie.

Zaspokojenie personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego gwarantuje państwo, czemu służą także normy prawne. W Polsce wspomnianą gwarancję daje art. 68 Konstytucji RP, który zapewnia każdej osobie podmiotowe prawo do ochrony zdrowia, zakazując jakichkolwiek przejawów dyskryminacji czy wyłączeń podmiotowych. Ustawa zasadnicza gwarantuje równe traktowanie i deleguje obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej na instytucje rządowe i samorządowe. Podstawą dostępu ludności do publicznego systemu opieki zdrowotnej jest bycie beneficjentem publicznego systemu ubezpieczeń społecznych⁴⁸⁹.

Polski ustawodawca nie poprzestaje na zapewnieniu osobom uprawnionym, posiadającym ubezpieczenie społeczne, dostępu do świadczeń zdrowotnych. Zapewnia je także określonym grupom osób nieubezpieczonych, szczególnie potrzebującym pomocy w sytuacji kryzysowej. Ponadto podjął działania, aby zapewnić wszystkim członkom społeczeństwa dostęp do bezpiecznej żywności, produktów przemysłowych, środków transportu, infrastruktury architektonicznej, technicznej itd., dzięki czemu mogą oni bezpiecznie zaspokajać personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego. Polski ustawodawca dostrzegł także szczególne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego grup społecznych, które są szczególnie narażone na ryzyko zdrowotne z racji fazy rozwojowej czy stanu zdrowia. Zaliczył do nich dzieci i młodzież (w tym nieletnich pracowników), kobiety w ciąży i osoby niepełnosprawne. W rezultacie polskie prawo wymaga zapewnienia im optymalnych warunków bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej, w miejscu nauki i pracy.

Zaspokojenie personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego przez pojedynczą osobę wymaga określenia minimum ochrony zdrowotnej niezależnie od okoliczności, jaką zapewnia jej system ochrony zdrowia. To ma szczególne znaczenie w przypadku osób niepełnosprawnych, którym należy zapewnić dostęp do świadczeń medycznych i zdrowotnych dostosowanych do ich kondycji, determinowanej przez występujące dysfunkcje. Ponadto należy uwzględniać obiektywne ograniczenia finansowe oraz

⁴⁸⁹ P. Romaniuk, K. Brukało, *Ochrona zdrowia jako obowiązek państwa*, „Roczniki Nauk Społecznych” T. 7(43), Nr 1 2015, s. 118-120.

infrastrukturalne organów państwa odpowiedzialnych za realizację zadania ochrony zdrowia, a także ich działania na rzecz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych za pomocą systemu ratownictwa medycznego⁴⁹⁰.

Zauważyć w tym miejscu należy, że każde państwo poszukuje systemowych rozwiązań problemów z finansowaniem ochrony zdrowia i świadczeń medycznych. Do jednych z nich należy przeniesienie części obciążeń na prywatne budżety obywateli, czemu służy system tzw. koszyków świadczeń gwarantowanych, które nie obejmują świadczeń finansowanych albo współfinansowanych prywatnie. Inne rozwiązanie promują WHO i Bank Światowy. Państwo ma ponosić wszystkie obciążenia związane z ochroną zdrowia i zapewnić indywidualne bezpieczeństwo zdrowotne obywatelom⁴⁹¹. Powinno ono także zapewnić co najmniej minimalny poziom zaspokojenia personalnych potrzeb zdrowotnych.

Państwo polskie partycypuje w kosztach zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osobom niepełnosprawnym, które bywają wyższe niż te gwarantujące ochronę ludności pełnosprawnej. Poza tym kluczowe znaczenie ma zabezpieczenie równego i nieograniczonego w miarę możliwości dostępu do świadczeń. Dla zaspokojenia personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego niekiedy jest konieczne zapewnienie osobom z niepełnosprawnościami wsparcia finansowego, aby mogły skorzystać ze świadczeń zdrowotnych.

Wzrost wydatków na opiekę zdrowotną, profilaktykę i edukację wpływa na poprawę dobrostanu zdrowotnego jednostki i społeczeństwa. Zwiększenie skuteczności wydatkowania środków publicznych wymaga uszczelnienia i zwiększenia kontroli ponoszonych kosztów, wprowadzanie zasady dotyczącej podążania pieniędzy za świadczeniobiorcą i konkurencyjności na rynku świadczeń medycznych. Pomimo systematycznego wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia w Polsce, wydatki te są nadal zbyt niskie oraz nie wystarczają na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i jego członków.

Osoby uprawnione do publicznej opieki zdrowotnej mają świadomość ograniczeń tej ochrony, dlatego muszą być gotowe do partycypowania w niektóre koszty zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego uwzględniają dostęp do ubezpieczeń zdrowotnych – obowiązkowych i dodatkowych.

⁴⁹⁰ Zob. *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. Nr 191 poz. 1410 z późn. zm.).

⁴⁹¹ www.documents1.worldbank.org/curated/en/931311505312864622/pdf/119683-REPL-OUO-9-model-3-PL.pdf [dostęp: 03.08.2022], s. 78-85.

W 2016 roku według badania CBOS, 81% respondentów nie posiadało dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Dysponowało nim jedynie 19% osób, ponieważ same opłacały to ubezpieczenie lub korzystały ze wsparcia członka rodziny (13%) lub pracodawcy (6%)⁴⁹².

Zaspokojenie personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego jest powiązane z bezpieczeństwem publicznym, społecznym i socjalnym. Pierwsze z nich zapewnia ochronę życia i zdrowia oraz mienia obywateli⁴⁹³. Stanowi ono gwarancję, dzięki której obywatele mogą korzystać z przysługujących im praw i swobód gwarantowanych konstytucyjnie lub na mocy innych przepisów⁴⁹⁴. Bezpieczeństwo publiczne, podobnie jak życie i zdrowie obywateli, to wartość konstytucyjna. Wskazuje stan, w którym ogółowi obywateli, jak również innym podmiotom, w tym państwu i instytucjom publicznym, nie zagraża żadne niebezpieczeństwo czy zakłócenia normalnego toku życia społecznego i funkcjonowania instytucji i urzędów publicznych⁴⁹⁵. Nie występują zagrożenia mogące wpływać na funkcjonowanie organizacji państwowej, na realizację jej interesów oraz na jej szanse na normalny, swobodny rozwój.

Pojęcie *bezpieczeństwo publiczne* opisuje również zjawisko, którym jest *szeroko rozumiane bezpieczeństwo ogółu obywateli państwa, zarówno bezpieczeństwo każdego człowieka, jego życia, zdrowia, mienia, realizacji praw podmiotowych, jak i wszelkich form życia zbiorowego w organizacji państwowej, w której żyją ludzie (bezpieczeństwo różnych instytucji publicznych, organizacji społecznych i prywatnych itp.)*⁴⁹⁶. Należy je uznać za stan pożądany w państwie, ponieważ ma związek z brakiem zagrożenia w życiu całego społeczeństwa i jego poszczególnych członków. Takie bezpieczeństwo to rezultat przeciwdziałania zagrożeniom przez urzędnika państwowe, inne podmioty, które zwalczają determinanty ryzyka i zagrożeń w ramach ustawowych i pozaustawowych oraz realizują zadania. Ich celem jest zapobieganie *czynom wymierzonym w dobro państwa, jego porządek publiczny, życie, zdrowie i mienie obywateli*⁴⁹⁷. Bez właściwego poziomu

⁴⁹² A. Cybulska, dz. cyt., s. 8.

⁴⁹³ T. Góra, *Bezpieczeństwo publiczne w samorządzie gminnym – wybrane zagadnienia*, „Studia Ekonomiczne Prawne i Administracyjne” Nr 2 2015, s. 4.

⁴⁹⁴ P. Łabuz, *Rola polskiej Policji w bezpieczeństwie wewnętrznym*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka - Praktyka - Refleksje” T. 15 2014, s.162.

⁴⁹⁵ B. Bonisławska, *Współczesne zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego*, „Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Administracja” Nr 1 2012, s. 115.

⁴⁹⁶ Tamże, s. 115.

⁴⁹⁷ A. Czop, *System bezpieczeństwa publicznego Rzeczypospolitej Polskiej ze szczególnym uwzględnieniem prywatnego sektora ochrony. Podręcznik akademicki*, wyd. WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2016, s. 16.

bezpieczeństwa publicznego jednostka nie może zaznać bezpieczeństwa zdrowotnego, a tym samym zaspokoić swoich potrzeb determinowanych przez tę ochronę.

Polityka społeczna państwa odpowiada za przeciwdziałanie zagrożeniom i zagwarantowanie wsparcia, dzięki któremu zapewnia się obywatelom poczucie bezpieczeństwa i odpowiednią jakość życia⁴⁹⁸. Zaspokojenie personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego może wiązać się z reakcją państwa, w sytuacjach zagrożenia stanu zdrowotnego społeczeństwa. Wówczas kształt i zakres ochrony jest determinowany przez ustawodawcę, który w normach prawnych wskazuje nowe zagrożenia, sposoby ich ograniczenia czy wyeliminowania⁴⁹⁹. Bezpieczeństwo publiczne rozumiane jest zatem jako dobro wspólne i realizacja ochrony życia i zdrowia (zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego). W sytuacji nagłego zagrożenia nie może stawać się towarem czy usługą komercyjną oraz podlegać wyłącznie weryfikacji wolnego rynku.

Zauważyć trzeba, że według Karola Kiczki, *sytuacja kryzysowa* stanowi następstwo zdarzenia prowadzącego do zerwania lub znacznego naruszenia więzów społecznych (wzajemnej aprobaty, przychylności czy przyjaźni). Takie zakłócenie musi okazać się na tyle istotne, aby zdeorganizowało funkcjonowanie instytucji publicznych. W takich okolicznościach staje się dopuszczalne zastosowanie rygorów *ustawy o zarządzaniu kryzysowym*⁵⁰⁰. Taka działalność zarządcza jest podejmowana przez organy państwa, kiedy zachodzi ryzyko zaistnienia sytuacji kryzysowych. Ich przygotowane działania mają zapobiec skutkom kryzysu. Wykorzystują do tego celu przygotowane plany i programy, wskazujące metody działań w zakresie zapobiegania i *przejmowania kontroli* nad sytuacjami kryzysowymi. Dzięki nim organy państwowe zapewniają bezpieczeństwo narodowe. Ponadto wspomniane podmioty są zobowiązane do odpowiedniego reagowania w przypadku zaistnienia dynamicznie rozwijającego się zagrożenia. Ich działania mogą mieć charakter prewencyjny, organizatorski lub/i porządkowy. Poza tym ich aktywność często prowadzi do *odtworzenia infrastruktury* i zapewnienia jej prawidłowego funkcjonowania. Realizacja ochrony zdrowia i zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego musi stanowić konkretną i sprecyzowaną przestrzeń działań organów władzy publicznej. Dzięki temu możliwe staje się zaspokojenie personalnych

⁴⁹⁸ R. Jakubczak, R. Kalinowski, K. Loranty. *Bezpieczeństwo społeczne w erze globalizacji*, wyd. WAP, Siedlce 2008, s. 62-63.

⁴⁹⁹ J. Widacki, J. Czapska, *Bezpieczny obywatel – bezpieczne państwo*, wyd. KUL, Lublin 1998, s. 82-83.

⁵⁰⁰ *Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym* (Dz. U. Nr 89 poz. 590 z późn. zm.).

potrzeb bezpieczeństwa obywatelom, w czym kluczową rolę pełni bezpieczeństwo strukturalne państwa⁵⁰¹.

Równie ważny dla zaspokojenia personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego jest właściwy poziom bezpieczeństwa społecznego i socjalnego. Pierwsze z nich, według Marka Leszczyńskiego, to *całokształt działań prawnych, organizacyjnych realizowanych przez podmioty rządowe (krajowe i międzynarodowe), pozarządowe i samych obywateli, które mają na celu zapewnienie pewnego poziomu życia osobom, rodzinom i grupom społecznym oraz niedopuszczenie do ich marginalizacji i wykluczenia społecznego*⁵⁰². Ta ochrona obejmuje swoim zakresem jednostki, grupy społeczne i państwo. Jego celem jest spokój społeczny, który wymaga społecznej akceptacji wobec działań organów władzy publicznej oraz istniejącej struktury społecznej. Na bezpieczeństwo społeczne składa się bezpieczeństwo: socjalne, wspólnotowe i rozwojowe⁵⁰³. Pierwsze z nich dotyczy ochrony egzystencjalnych podstaw życia ludzkie. Bezpieczeństwo socjalne zapewnia możliwości zaspokajania zindywidualizowanych potrzeb o charakterze materialnym i duchowym, aspiracji życiowych za pomocą stworzenia warunków do pracy i nauki oraz ochrony zdrowia i gwarancji emerytalnych. Obejmuje również zapewnienie minimalnych dochodów i transferów socjalnych⁵⁰⁴. W rezultacie występuje gwarancja *zaspokojenia potrzeb socjalnych jednostek i rodzin, dzięki czemu doświadczają oni stanu wolności od niedostatku bądź obniżenia poziomu życia spowodowanego głównie tzw. ryzykiem socjalnym (...) lub innymi zdarzeniami losowymi*⁵⁰⁵.

Wspomniane ryzyko obejmuje chorobę, utratę możliwości zarobkowania, starość, zwiększone obciążenia rodzinne, bezradność czy niepełnosprawność⁵⁰⁶. Zatem osoby niepełnosprawne należą do tej grupy społecznej, której należna jest ochrona socjalna. Jednak zapewnienie jej warunków do pełnego rozwoju i wykorzystania posiadanych zasobów wymaga nie tylko otoczenia jej opieką i pomocą państwa, ale także zmiany postawy społecznej wobec ludzi niepełnosprawnych. Społeczeństwo musi zaakceptować

⁵⁰¹ K. Kiczka, *Aspekty prawne bezpieczeństwa publicznego*, „Przegląd Prawa i Administracji”, Wrocław 2016, s. 36

⁵⁰² M. Leszczyński, *Wybrane aspekty bezpieczeństwa społecznego*, wyd. WSPiB, Ostrowiec Świętokrzyski 2011, s. 57.

⁵⁰³ Tamże, s. 58.

⁵⁰⁴ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne Polaków wobec wyzwań XXI wieku*, wyd. Difin, Warszawa 2011, s. 57.

⁵⁰⁵ Cyt. za: J. Żuk, M. Walczuk, *Bezpieczeństwo socjalne osób niepełnosprawnych*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i rozprawy” Nr 17(10) 2017, s. 30.

⁵⁰⁶ Tamże, s. 30.

to, że nie tylko niepełnosprawni potrzebują opieki i edukacji, ale także dostępu do określonych, dodatkowych świadczeń⁵⁰⁷.

Zapewnienie ludności bezpieczeństwa socjalnego umożliwia jej funkcjonowanie, w tym powrót do zdrowia i pełni aktywności, w trakcie trwania choroby. Bezpieczeństwo społeczne zapewnia pomoc ludziom czasowo lub trwale niezdolnym do pracy zawodowej. Otacza się opieką osoby w trudnej sytuacji życiowej w wyniku własnej bezradności lub z powodu zdarzeń losowych (niezależnych od jednostki lub/i grupy), np. pożaru, powodzi, innych klęsk żywiołowych. Wspomniana ochrona akcentuje konieczność wzmacniania odpowiedzialności obywateli za los własny i stan środowiska rodzinnego, aby zapobiegać rozwojowi syndromu wyuczonej bezradności. Podejmuje się ponadto działania na rzecz budowania i wzmacniania poczucia wspólnoty, kreowania więzi społecznych, których podstawę stanowi zaufanie⁵⁰⁸.

Chorzy lub/i niepełnosprawni członkowie społeczeństwa potrzebują bowiem środków, aby zaspokoić swoje personalne potrzeby bezpieczeństwa za pomocą zakupu produktów i usług zdrowotnych oraz innych dóbr konsumpcyjnych. W 2016 roku w Polsce gospodarstwa domowe wydały średnio w czasie kwartału 807,15 zł. Najwięcej z nich przeznaczono na zakup leków, a mniej na leczenie stomatologiczne i ogólne oraz na sprzęt medyczny lub rehabilitacyjny⁵⁰⁹. W 2016 roku nieliczne gospodarstwa domowe nie doświadczyły problemów finansowych, które nie pozwoliłyby im wykupić leków czy innych środków medycznych zalecanych przez lekarza (7%), skorzystać z leczenia zębów i wizyty u stomatologa (6%), wizyty u lekarza: specjalisty (5%), ogólnego (3%), zabiegów rehabilitacyjnych (3%), przeprowadzenia analiz i badań diagnostycznych (2%), zakupu środków czy przyrządów rehabilitacyjnych czy korekcyjnych (2%), wyjazdu do sanatorium lub leczenia sanatoryjnego (2%), leczenia szpitalnego (1%), operacji i zabiegów chirurgicznych (1%)⁵¹⁰.

Personalne bezpieczeństwo zdrowotne wymaga sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który zapewnia świadczenia medyczne potrzebne społeczeństwu, jej członkom dla ochrony życia, zachowania zdrowia lub/i jego poprawy. Ten system wykracza poza działania diagnostyczne, lecznicze czy rehabilitacyjne, obejmując swoim zakresem edukację zdrowotną zbiorowości w ramach profilaktyki, prewencji i promocji

⁵⁰⁷ Tamże, s. 34.

⁵⁰⁸ M. Leszczyński, dz. cyt., s. 57-58.

⁵⁰⁹ A. Piekut, *Wydatki gospodarstw domowych na leki i leczenie* – Komunikat z badań CBOS Nr 114/2016, s. 3, 6.

⁵¹⁰ A. Cybulska, *Oszczędzanie na zdrowiu* – Komunikat z badań CBOS Nr 118/2016, s. 3.

zdrowotnej. System opieki zdrowotnej powinien być narzędziem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego i właściwie kształtowany przez politykę zdrowotną, powiązaną z polityką finansową państwa, aby pogodzić proces profesjonalizacji świadczeń medycznych, stały rozwój techniki i technologii medycznej z możliwościami budżetowymi państwa⁵¹¹.

Aby system opieki zdrowotnej zaspokajał potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego także w wymiarze personalnym, konieczna jest właściwa *polityka zdrowotna*. Determinuje ją poziom bezpieczeństwa państwa. Taka polityka stanowi *zespół zaleceń oraz dyrektywy i określone regulacje, a także rozwiązania organizacyjno-prawne kształtujące aspekty zdrowotne jednostek i populacji*⁵¹².

Stanowi ona więc przejaw aktywności w ramach form ochrony zdrowia, kreowania podstaw bezpieczeństwa zdrowotnego dzięki podejmowaniu współpracy ze wszystkimi podmiotami, które działają w sferach bezpośrednio lub pośrednio wpływających na *warunki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczenia usług zaspokajających potrzeby zdrowotne*⁵¹³.

Politykę zdrowotną kształtują potrzeby i oczekiwania oraz potencjał posiadany przez daną społeczność; aktualny stan wiedzy medycznej i stosowane standardy leczenia; dostępne zasoby oraz praktykowane modele partycypacji i kooperacji. Do celów tej polityki zalicza się: eliminowanie lub ograniczenie zagrożeń zdrowotnych i ich skutków za pomocą rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia (łącznie z opieką długoterminową i hospicyjną, powiązanie reguł gospodarności i skuteczności ze stosowanymi czy wdrażanymi procedurami i standardami medycznymi), tworzenie infrastruktury (prawno-instytucjonalnej, organizacyjnej, finansowej i badawczo-dydaktycznej) oraz harmonizowanie polityki zdrowotnej z działaniami innych sektorów, które są współodpowiedzialne za kreowanie warunków oraz infrastruktury potrzebnych do prowadzenia edukacji prozdrowotnej wspierających tworzenia prozdrowotnych zachowań społeczeństwa⁵¹⁴. Ponadto kluczowe znaczenie ma zapobieganie społecznemu wykluczeniu osób mających problemy zdrowotne, które uniemożliwiają im podjęcie ról społecznych, nawiązywanie odpowiednich więzi społecznych. W rezultacie doświadczają

⁵¹¹ C. Włodarczyk, *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 57.

⁵¹² B. Bober, dz. cyt., s. 39.

⁵¹³ Tamże, s. 39.

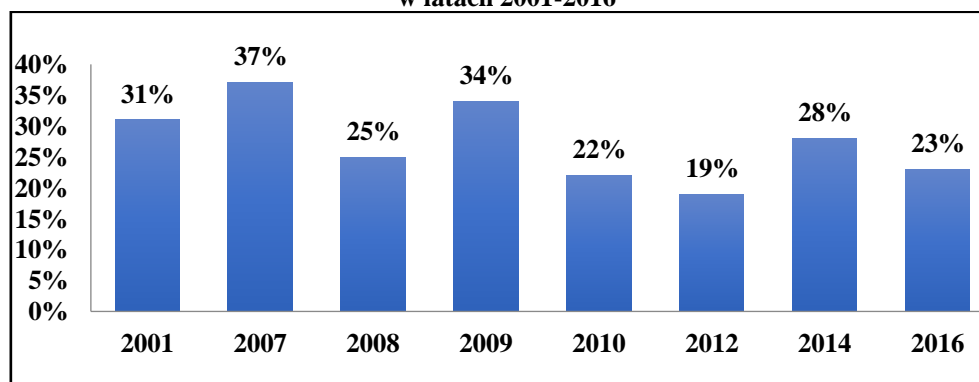
⁵¹⁴ Tamże, s. 39.

oni odrzucenia formalnie lub nieformalnie w wyniku mechanizmu ostracyzmu większościowego⁵¹⁵.

Aby zaspokoić personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego, człowiek musi mieć dostęp do opieki zdrowotnej. Poza tym użytkownik tych usług zdrowotnych musi być usatysfakcjonowany ich jakością, ponieważ wówczas dochodzi do zaspokojenia jego potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego.

Wysoki poziom zadowolenia pacjenta z opieki zdrowotnej wspierają nadane mu prawa, które nakładają na placówki medyczne i ich pracowników podjęcie wszelkich możliwych dostępnych rozwiązań, aby w wyniku świadczeń medycznych nie nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia lub utrata życia. W Polsce w latach 2001-2016 w ten sposób tę opiekę oceniało łącznie od 19% do 37% uczestników badania CBOS⁵¹⁶. Ci respondenci przyznali, że byli zdecydowanie lub raczej zadowoleni (patrz: wykres 3.5.).

Wykres 3.5. Zadowolenie Polaków z funkcjonowania opieki zdrowotnej w latach 2001-2016



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Omyła-Rudzka, *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej* – Komunikat z badań CBOS Nr 113/2016, s. 2.

Według badania CBOS z 2016 roku, respondenci zaliczyli do mocnych stron publicznej opieki zdrowotnej kompetencje lekarzy (67%) oraz ich zaangażowanie w pracę (60%), możliwość dotarcia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bez trudności (65%), stosowanie nowoczesnej aparatury medycznej (61%) i nowoczesnych rozwiązań (np. Internetu) (57%), dostęp do natychmiastowej pomocy lekarskiej także w nocy (59%), traktowanie pacjentów z życzliwością i troską (49%), dobre warunki leczenia (46%), możliwość uzyskania pomocy medycznej także poza miejscem zamieszkania (42%) oraz bezpłatne leczenie (40%). Na dalszych miejscach respondenci

⁵¹⁵ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” Nr 2(21) 2013, s. 87.

⁵¹⁶ M. Omyła-Rudzka, *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej* – Komunikat z badań CBOS Nr 113/2016, s. 2.

umieścili szybką i skuteczną obsługę pacjentów przez administrację placówek (39%), dogodną lokalizację miejsc świadczenia usług medycznych przez lekarzy specjalistów i pracownie diagnostyczne (38%), równe traktowanie wszystkich pacjentów (różnicowanie jedynie ze względu na stan zdrowia) –37%, możliwość wyboru dogodnej godziny wizyty (32%), szybkie i bez większych trudności wykonanie badań diagnostycznych (24%)⁵¹⁷.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego obejmuje także dostęp do publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. W 2016 roku respondenci wybrali dostęp do niepublicznych usług medycznych, ponieważ zapewniono im krótszy czas oczekiwania na umówioną wizytę (70%), dostęp do lepszych specjalistów (25%) cechujących się większym zaangażowaniem (16%), możliwość zaspokojenia wszystkich potrzeb zdrowotnych w czasie jednej wizyty (17%), na miejscu, przy mniejszym opóźnieniu i krótszych kolejkach (16%). Poza tym ważne okazały się dogodniejsze godziny przyjęć (14%), bardziej życzliwy stosunek personelu medycznego i miła atmosfera (11%), brak refundowania danej usługi medycznej przez NFZ (11%), dogodniejsza lokalizacja (8%), większy komfort leczenia (7%)⁵¹⁸.

Dla osób niepełnosprawnych kluczowe znaczenie ma łatwy dostęp do publicznej opieki zdrowotnej, ponieważ umożliwia utrzymanie lub poprawę kondycji zdrowotnej i zapobiega wystąpieniu poważnych problemów zdrowotnych.

Personalne potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego osób pełno- i niepełnosprawnych cechują się zatem dużą dynamiką i zróżnicowaniem. Są odmienne w okresach dobrego i złego samopoczucia. Jednak jednostka pełno- i niepełnosprawna stale doświadcza indywidualnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego, które tylko w pewnym ograniczonym zakresie mogą zaspokoić samodzielnie i we własnym zakresie. Zdrowie jest zjawiskiem złożonym, jego percepcja, ocena i troska o nie jest warunkowana kulturowo oraz za sprawą dostępnego zaplecza ideowego, infrastrukturalnego i usługowego. Kluczowe znaczenie ma system opieki zdrowotnej, który nie tylko zaspokaja część personalnych potrzeb bezpieczeństwa zdrowotnego, ale również je kreuje za pomocą edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Jednak to właściwości jednostki i jej potencjał zdrowotny determinują zakres i liczbę takich potrzeb, a także możliwości ich zaspokojenia.

⁵¹⁷ Tamże, s. 4.

⁵¹⁸ A. Cybulska, dz. cyt., s. 10.

3.4. Obiektywne i subiektywne diagnozowanie bezpieczeństwa indywidualnego

Bezpieczeństwo indywidualne to ogół okoliczności i działań, które mają na celu trwanie jednostki i jej rozwój. Poczucie bezpieczeństwa personalnego jest zapewniane za pomocą tworzenia okoliczności i warunków egzystencji gwarantujących jej pełny rozwój i samorealizację⁵¹⁹.

Badacz tego zagadnienia, Kazimierz Kołodziejczyk zauważył, że bezpieczeństwo personalne osiąga się przez ograniczenie do minimum przeżyć negatywnych jednostki wynikających z jej uczestnictwa w życiu społecznym, które przejawiają się w lęku lub strachu⁵²⁰. Stan bezpieczeństwa personalnego może być opisywany i oceniany za pomocą różnych metod badawczych, z jakich korzystają nauki o bezpieczeństwie. Należą do nich przede wszystkim metoda indukcyjno-dedukcyjna, ale także analiza porównawcza, analiza dokumentów, poznanie opinii publicznej, obserwacja, metody matematyczne, intuicyjno-logiczne lub kombinowane, metoda scenariuszy i projektu, metoda delficka, metoda gier symulacyjnych czy eksperyment⁵²¹. Stan bezpieczeństwa personalnego bywa także ustalany za pomocą obiektywnej lub/i subiektywnej diagnozy.

Pojęcie *diagnoza* wywodzi się z greki, w której słowo *diágnōsis* oznacza *osądzanie, opiniowanie czy rozróżnianie*⁵²². Rozwinięciem terminu *diágnōsis* jest sformułowanie *diagnōstikē téchnē*. Oznacza ono sztukę stawiania (trafnej) diagnozy. Synonimem dla słowa *diagnoza* są wyrazy *szacowanie (oszacowywanie), otaksowanie, kwalifikacja, ewaluacja czy rozpoznawanie*. Wskazuje zatem *rozpoznanie, opis jakiegoś zjawiska*⁵²³.

Diagnoza stanowi zatem *rozpoznanie stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie zaobserwowanych objawów, poddanych rozumowej analizie*⁵²⁴. Diagnostyka znalazła więc zastosowanie w wielu obszarach zainteresowania. Obejmuje bowiem analizę cech zjawisk i symptomów, które podlegają ocenie, co pozwala formułować wnioski⁵²⁵. Tak rozumiana diagnostyka stanowi także dziedzinę nauki.

⁵¹⁹ K. Kołodziejczyk, *Bezpieczeństwo. Kontekst personalno-aksjologiczny*, „Zeszyty Naukowe WOSWL” Nr 1 2009, s. 140.

⁵²⁰ Tamże, s. 97-98.

⁵²¹ A. Pieczywok, *Bezpieczeństwo jako wartość edukacyjna i badawcza*, [w:] <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/67849/edition/66148/content> [dostęp: 15.10.2022], s. 477-479.

⁵²² S. Ziemiński, *Problemy dobrej diagnozy*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1973, s. 15.

⁵²³ T. Schimanek, *Diagnozowanie problemów społecznych*, wyd. FISE, Warszawa 2015, s. 3.

⁵²⁴ R. Bielicki, *Wybrane aspekty interpretowania problematyki diagnoz*, „Studia Gdańskie. Wizje rzeczywistości” T. 8 2011, s. 176.

⁵²⁵ sjp.pwn.pl/sjp/diagnostyka;2555031 [dostęp: 01.07.2022].

Wówczas skupia się ona na rozpoznaniu, rozróżnianiu metod, technik i narzędzi. Bywa także uważana za sztukę oceniania sądów⁵²⁶.

Trafność wyników diagnozy bezpieczeństwa determinuje adekwatny wybór metody badawczej. Tadeusz Kotarbiński wskazał na konieczność pochylenia się nad działaniem i zmianami w poszczególnych stadiach badanego zjawiska, a *przez stadium danego zdarzenia rozumiemy jakikolwiek jego odcinek czasowy*⁵²⁷.

W badaniach nad bezpieczeństwem, także bezpieczeństwem indywidualnym, należy zatem poddać analizie to, co zostanie poddane ocenie, ponieważ jej rezultat oddziałuje na formułowane wnioski. Na tej podstawie podejmowane są działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa. Taką aktywność podejmują organy państwowe powołane do zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa obywatela, członka społeczeństwa.

Należy jednocześnie pamiętać, że pojęcie *diagnoza* funkcjonuje w dwóch znaczeniach jako *proces diagnostyczny* oraz jego *efekt*. W pierwszym przypadku ten termin wskazuje *złożoną czynność diagnozowania* (ang. *assessment*) *obejmującą: formułowanie pytań diagnostycznych, wybór odpowiednich narzędzi, zbieranie danych, ich ocenę i integrację*⁵²⁸. W skład procesu diagnostycznego wchodzi proces decyzyjny, rozwiązywania problemów i testowania hipotez diagnostycznych, aby uzyskać odpowiedzi na sformułowane pytanie diagnostyczne, co pozwala określić kierunek dalszego postępowania⁵²⁹. Kiedy pojęcie *diagnoza* oznacza efekt procesu diagnostycznego, wówczas opisuje jego końcowy rezultat. Obejmuje on poznanie, zrozumienie natury badanego zjawiska⁵³⁰.

Z perspektywy humanistyki diagnoza wymaga zindywidualizowania *opisu ludzkiego bytu i biografii jednostki*⁵³¹. Wiąże się bezpośrednio z procesem schematyzowania podmiotu i przedmiotu poznania, ustalenia problemów, jakich doświadcza dana osoba. Prawdliwość diagnozy jest determinowana przez relatywność poznania (związanego

⁵²⁶ M. Foryś, *Diagnoza w pracy nauczyciela-terapeuty*, [w:] http://www.ptde.org/pluginfile.php/1424/mod_page/content/9/PTDE_2019_26.09_301_.pdf [dostęp: 15.10.2022], s. 301.

⁵²⁷ T. Kotarbiński, *O pojęciu metody*, wyd. PWN, Warszawa 1957, s. 3.

⁵²⁸ G. Krasowicz-Kupis, K. Wiejak, K. Gruszczyńska, *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, T. 1 – narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach*, wyd. IBE, Warszawa 2015, s. 7.

⁵²⁹ Tamże.

⁵³⁰ Tamże.

⁵³¹ E. Wysocka, *Diagnoza pozytywna w działalności pedagoga resocjalizacyjnego – założenia teoretyczne i metodologiczne identyfikacji zaburzeń w przystosowaniu*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. 35 Z. 2 2016, s. 197.

z życiem dialogowej formy poznania) i wielorakie odczytanie (interpretację) rzeczywistości⁵³².

Diagnoza społeczna odnosi się bezpośrednio lub *pośrednio do stanu i sposobu zaspokajania potrzeb społecznych*⁵³³. Należy do nich także potrzeba bezpieczeństwa. W tym przypadku diagnoza społeczna skupia się na identyfikacji i opisie zjawisk ograniczających jej zaspokajanie dotyczące wielu osób lub stwarzających zagrożenie dla takiego ograniczenia⁵³⁴.

Diagnozowanie jest wykorzystywane w naukach o bezpieczeństwie. Diagnoza bezpieczeństwa pozwala na *określenie celów (opis), diagnozę, projekcję przyszłości do przedstawienia propozycji rozwiązań pragmatycznych, mających usprawnić funkcjonowanie bezpieczeństwa jako systemu działania*⁵³⁵. Ma zastosowanie w przypadku badania różnych typów ochrony, w tym – indywidualnego. Badanie i diagnoza bezpieczeństwa personalnego koncentrują się na jednostce, ale należy uwzględnić uniwersalność ludzkiego bezpieczeństwa, które nie zależy od miejsca zamieszkania. Wymiary tej ochrony są współzależne. Zakres diagnozowania bezpieczeństwa personalnego musi więc odnosić się do diagnozy bezpieczeństwa strukturalnego.

W procesie diagnozowania bezpieczeństwa stosowane są metody diagnoz pełnych, szczytkowych: genetycznych, przyporządkowujących czy fazy. Pierwsza z nich składa się z zagadnień cząstkowych, które *stanowią etapy, stadia rozwiniętej diagnozy*⁵³⁶. Natomiast analiza szczytkowa wiąże się ze skupieniem uwagi na wybranym etapie czy stadium rozwiniętej diagnozy. Możliwe jest również zastosowanie diagnozy przyporządkowującej (typologicznej). Za jej pomocą dokonuje się opisu struktury badanego procesu i wskazuje się zadania podmiotu zapewniającego bezpieczeństwo indywidualne. Natomiast metoda diagnozy genetycznej umożliwi opis działań służących uzyskaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa. Metoda diagnozy ilustruje także zmiany w systemie bezpieczeństwa. Tymczasem metoda diagnozy fazy opisuje rozwój działań ukierunkowanych na zapewnienie bezpieczeństwa⁵³⁷. Wymienione cząstkowe metody wspólnie lub w korelacji tworzą właściwą diagnozę bezpieczeństwa indywidualnego. Zatem w takiej konfiguracji czy całości należy je rozpatrywać.

⁵³² Tamże, s. 197-198.

⁵³³ T. Schimanek, dz. cyt., s. 3.

⁵³⁴ Tamże, s. 4.

⁵³⁵ J. Buczyński, *Teoria bezpieczeństwa: procedury i metody badawcze*, „Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa” Nr 2 2011, s. 59.

⁵³⁶ Tamże, s. 70.

⁵³⁷ M. Malikowski, *Diagnozowanie sytuacji i potrzeb kulturalnych*, wyd. WWSP, Rzeszów 1984, s. 67.

Diagnozowanie poczucia bezpieczeństwa w aspekcie subiektywnym i obiektywnym jest determinowane przez przyjęte kryteria. Wielopłaszczyznowość i interdyscyplinarność bezpieczeństwa indywidualnego wpływają na sposób ich ustalenia oraz zwiększają ryzyko wystąpienia błędów badawczych. Poza tym zachodzi zagrożenie pominięcia konkretnych symptomów, błędnej atrybucji (przypisania jednostce diagnozowanej nieposiadanych przez nią cech), skutkującej zaszeregowaniem określonego stanu rzeczy do niewłaściwej jednostki. Złożoność bezpieczeństwa indywidualnego powoduje, że w czasie diagnozy zachodzi ryzyko zaistnienia błędu zbagatelizowania lub nadinterpretacji określonych cech. Może dojść do błędu diagnostycznego z powodu wadliwej obserwacji lub braku zrozumienia uzyskanych wyników. Wspomniane zakłócenia procesu badawczego oraz błędy diagnozy nie zawsze można wyeliminować, kiedy pominięto jedną lub kilka alternatyw, różnicowanie oparto na niedostatecznej liczbie przesłanek oraz doszło do błędów rozumowania ukierunkowujących badanie na błąd fałszywej przyczyny. Analiza wyników diagnozy bezpieczeństwa pozwala na podstawie kryterium intencji wyróżnić dwa typy badania: ogólne oraz jednostkowe. Pierwsze z nich wskazuje na cechy oraz ogólne, generalne prawidłowości, natomiast te drugie skupiają się na rozpoznaniu indywidualnych przedmiotów⁵³⁸.

Dla prawidłowego rozeznania problematyki diagnozowania bezpieczeństwa indywidualnego należy ustalić cechy diagnozowanego bezpieczeństwa. Taka właściwość charakteryzuje bezpieczeństwo pod określonym względem. Dotyczy ona tylko diagnozowania bezpieczeństwa w ujęciu obiektywnym, ponieważ odnosi się do rzeczywistości. Nie uwzględnia jej subiektywnej oceny.

Z właściwością obiektywnej cechy bezpieczeństwa indywidualnego, zdaniem Jana Zieleniewskiego, należy połączyć pojęcia *stanu rzeczy* i *sytuacji rzeczy*. Według badacza pierwszy z terminów pozwala nazwać *ogół cech danej rzeczy w danej chwili lub w danym okresie czasu, w którym cechy te się nie zmieniają. Stany ogółu rzeczy oddziałujących lub mogących oddziaływać na daną rzecz nazwiemy sytuacją tej rzeczy*⁵³⁹.

Diagnozowanie bezpieczeństwa personalnego wymaga podjęcia czynności nacechowanych elementami niezależnymi. Zalicza się do nich prawidłowość, dokładność, aktualność czy precyzyjność oraz zależnymi, wśród których możemy wyróżnić wiarygodność, powtarzalność, uszczegółowienie czy elastyczność. Uwzględniająca cechy zjawiska bezpieczeństwa indywidualnego diagnoza należy do szerokiego wachlarza

⁵³⁸ S. Ziemiński, dz. cyt., s. 72.

⁵³⁹ J. Zieleniewski, *Organizacja zespołów ludzkich*, wyd. PWN, Warszawa 1982, s. 41.

działań badawczych właściwych dla nauk empirycznych. Nie można poczucia bezpieczeństwa indywidualnego rozpatrywać na gruncie teoretycznym, nie mniej teoria obecna w interdyscyplinarnej nauce o bezpieczeństwie przychodzi badaczom z pomocą.

Diagnoza służy stwierdzeniu występowania problemu dotyczącego danej jednostki, konkretnego przypadku. Uzyskane za jej pomocą jednostkowe wyniki mogą stanowić podstawę do uogólnień. W ujęciu obiektywnym diagnoza bezpieczeństwa indywidualnego wykorzystuje analizę dostępnych (zauważalnych) faktów, które podlegają ocenie z uwzględnieniem cech wykorzystanych danych. Podstawę poznania diagnostycznego tworzą doświadczenie i rozumowanie. W ujęciu subiektywnym diagnozowanie bezpieczeństwa koncentruje się na okolicznościach, które mają wpływ na jednostkowe odczuwanie ochrony, jej postrzeganie i percepcję. Zatem przedmiotem tej diagnozy nie są cechy czy objawy, które świadczą o poziomie bezpieczeństwa indywidualnego. Tymczasem oszacowanie zagrożeń obiektywnych dla tej ochrony wiąże się z uwzględnieniem cech, objawów, które towarzyszą poczuciu bezpieczeństwa. Warunkiem koniecznym stają się wnikliwa obserwacja, przeprowadzenie badań i eksperymentów. Dzięki nim możliwe jest zebranie danych, bez których nie można sformułować wniosków.

Diagnozowanie potrzeb i stanu bezpieczeństwa dotyczy także osób niepełnosprawnych. Ich indywidualne bezpieczeństwo należy rozpatrywać na kilku obszarach funkcjonowania. Każda aktywność osób z niepełnosprawnościami wiąże się z koniecznością zapewniania bezpieczeństwa.

Według badań Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z 2017 roku, potrzeby osób niepełnosprawnych oddziałują na ich poczucie indywidualnego bezpieczeństwa i obejmują: mieszkalnictwo i samodzielność egzystencji, infrastrukturę i technologie, transport i przemieszczanie się, rehabilitację fizyczną, obszar komunikacji, pracę, opiekę zdrowotną i integrację społeczną. Zgodnie z ustaleniami, główną potrzebą osób niepełnosprawnych jest odpowiednia sytuacja materialno-bytowa. Następne ich potrzeby to praca, przyrzędy pomagające w niepełnosprawności, zdrowie, rehabilitacja fizyczna i przystosowanie mieszkania do ich indywidualnych potrzeb, integracja, edukacja. Na uniwersalny zestaw potrzeb osób niepełnosprawnych, bez

wglądu na przynależność do grupy wiekowej, składają się praca i zdrowie, sytuacja materialno-bytowa, rehabilitacja fizyczna, integracja, transport i edukacja⁵⁴⁰.

Diagnozowanie bezpieczeństwa indywidualnego w ujęciu obiektywnym skupia się na odzwierciedleniu rzeczywistego stanu zagrożeń, tymczasem w ujęciu subiektywnym – na indywidualnej percepcji warunkowanej przez strukturę osobowości człowieka. Za każdym razem działania diagnostyczne obejmują obecność i ograniczenie lub wzmocnienie okoliczności, które pozytywnie i negatywnie wpływających na poziom bezpieczeństwa danego człowieka. Ocenie podlegają zagrożenia związane z codzienną egzystencją danej osoby, które mają charakter fizyczny, ekonomiczny (żywnościowy), zdrowotny, społeczny i polityczny.

Obiektywny, rzeczywisty stan bezpieczeństwa i perspektywa zagrożeń oraz subiektywne, ściśle związane z możliwościami percepcji i postrzegania danej jednostki, oceny tej ochrony stały się podstawą wyróżnienia przez Daniela Freida czterech stanów bezpieczeństwa⁵⁴¹. Według tego badacza tworzą one korelację realnych i rzeczywistych zagrożeń bezpieczeństwa indywidualnego z poziomem jego postrzegania i percepcją danej jednostki. Niewłaściwa percepcja implikuje sytuację, w której zagrożenia są niedoceniane (rzeczywisty jego/ich poziom jest wysoki, np. przeświadczenie jednostki o braku lub niskim zagrożeniu) lub wyolbrzymiane (w sytuacji odwrotnej do poprzedniej).

R. Zięba uznaje, że przyczyny ewentualnej *mispercepcji* stanu środowiska bezpieczeństwa są wielorakie. Obejmują one od natury tego środowiska w postaci znacznej złożoności poprzez problem z dostępem do wiarygodnych czy zweryfikowanych informacji o ograniczeniach poznawczych do zwykłych ułomności obserwatorów⁵⁴². Tadeusz Terlikowski wskazuje, iż: *nawet jeśli obiektywnie nie istnieją czynniki zagrażające podstawowym dla danego podmiotu wartościom, to może on funkcjonować w przeświadczeniu ciągłego zagrożenia i odwrotnie – obiektywne zagrożenia mogą nie być dostrzegane przez podmiot*⁵⁴³.

Obiektywne sposoby diagnozowania bezpieczeństwa indywidualnego mogą wiązać się z wykorzystaniem historycznego lub kompleksowego podejścia metodologicznego. Pierwsze z nich wiąże się z zastosowaniem zasady determinizmu historycznego. Zgodnie

⁵⁴⁰ M. Sochańska-Kawiecka, *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*, PFRON, Warszawa 2017, s. 6-7.

⁵⁴¹ W. Pokruszyński, *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa*, wyd. WSGE, Józefów 2010, s. 9.

⁵⁴² R. Zięba, dz. cyt., s. 10.

⁵⁴³ T. Terlikowski, dz. cyt., s. 36.

z nią zakłada się, że wszystkie zjawiska i zagrożenia obecne w środowisku bezpieczeństwa charakteryzują się powtarzalnością i uniwersalnością. Zatem cechują się one niezależnością od woli i zachowań podmiotów bezpieczeństwa oraz relacji, jakie zachodzą między nimi. Zatem badania wymagają perspektywy retrospekcyjnej, aby na podstawie analizy minionych (historycznych) zdarzeń opracować wizję przyszłości.

Historyczne podejście metodologiczne do bezpieczeństwa, także tego personalnego, wiąże się z zastosowaniem różnych metod badawczych⁵⁴⁴. Należą do nich analiza (porównawcza, systemowa, ilościowa, elementarna), synteza, dedukcja⁵⁴⁵, abstrahowanie, klasyfikacja, hierarchizacja, systematyzacja, obserwacja i opis⁵⁴⁶.

Tymczasem kompleksowe podejście metodologiczne wymaga uwzględnienia całej złożoności zjawisk, procesów, relacji w procesie badawczym. Zatem należy prowadzić badania całościowe, aby uwzględnić więzi przyczynowo-skutkowe między poszczególnymi podmiotami i przedmiotami bezpieczeństwa. Ponadto trzeba wziąć pod uwagę wymiar przestrzenny i czasowy przedmiotu badania⁵⁴⁷.

Kompleksowe ujęcie diagnozy bezpieczeństwa wymaga wyjaśnienia przyczyn danego zjawiska, opisu jego przebiegu w poszczególnych, wcześniej fazach, oceny skutków i określenie perspektywy rozwoju zjawiska lub okoliczności, które są przedmiotem badania⁵⁴⁸. Kompleksowe podejście metodologiczne umożliwia zastosowanie metod badawczych typu: analiza systemowa, metody decyzyjne, empiryczne, ilościowe (statystyczne), porównawcze i behawioralne⁵⁴⁹.

Ponadto w ramach obiektywnej diagnozy bezpieczeństwa personalnego można zastosować różne metody badawcze. Należą do nich: analiza zawartości treści, obserwacja, panele eksperckie, eksperyment badawczy czy modelowanie.

Analiza treści to badanie, którego przedmiotem są zarejestrowane przekazy stworzone przez człowieka⁵⁵⁰. Stanowi ona zespół technik, dzięki którym możliwe jest

⁵⁴⁴ J. Buczyński, dz. cyt., s. 59-60.

⁵⁴⁵ Zob. A. Babiński, P. Lubniewski, A. Łuźniak, *Współużyteczność metod oraz technik i narzędzi w badaniu bezpieczeństwa*, [w:] A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina (red.), *Nauki o bezpieczeństwie. Wybrane problemy badań*, wyd. CNBOP-PIB, Józefów 2017, s. 70-72; W. Pokruszyński, *Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka*, wyd. WWSGE, Józefów 2012, s. 244, 246, 248-249.

⁵⁴⁶ J. Buczyński, dz. cyt., s. 60.

⁵⁴⁷ Tamże, s. 60.

⁵⁴⁸ Tamże.

⁵⁴⁹ J. Buczyński, dz. cyt., s. 60.

⁵⁵⁰ A. Babiński, P. Lubniewski, A. Łuźniak, dz. cyt., s. 75.

obiektywne, systematyczne i ilościowe opisanie przejawów ludzkich zachowań. Na jego podstawie opracowuje się wnioski o cechach autorów⁵⁵¹.

Obserwacja to uzupełniająca metoda postrzegania badanego przedmiotu, procesu lub zjawiska, która jest świadomym, ukierunkowaniem i systematycznym działaniem⁵⁵². W czasie obserwacji dochodzi do sprzężenia zwrotnego, obejmującego obserwatora (osobę przeprowadzającą badanie), obserwowany przedmiot (ludzie, ich zachowania, wytwory, zeznania umożliwiające obserwację ich przeżyć, dana kultura i jej symbole), warunki (panujące w czasie obserwacji) oraz środki i narzędzia wykorzystywane w czasie badania⁵⁵³. Za pomocą tej metody staje się możliwe zrozumienie procesów, zjawisk, zachowań jednostek i zbiorowości. Obserwacja umożliwia zebranie materiału naukowego⁵⁵⁴.

Panele eksperckie to badanie, którego główną funkcją jest zidentyfikowanie kluczowych warunków rozwoju oraz ich opis dla stworzenia płaszczyzny debaty publicznej, dzięki której zostanie wypracowane porozumienie dotyczące celów społecznie pożądanych i metod ich uzyskania⁵⁵⁵. Takie panele przypominają wywiad fokusowy, ale biorą w nim udział przedstawiciele wybranej branży czy sektora reprezentującej opinie różnych grup. Opracowano także metody oceny zgodności opinii ekspertów⁵⁵⁶. Panele eksperckie umożliwiają pozyskanie pożądanych informacji, rozwiązanie problemów, ocenę programu czy przedsięwzięcia, opracowanie nowej strategii. Jej uczestnicy podejmują współpracę w nielicznych zespołach w czasie spotkań zamkniętych⁵⁵⁷.

Eksperyment badawczy, powiązany z metodą obserwacji bywa stosowany, kiedy naukowa obserwacja nie pozwala zbadać specyfiki i podstawowych właściwości wybranego zjawiska czy procesu⁵⁵⁸. Eksperyment badawczy to metoda badawcza dotycząca wybranego wycinka rzeczywistości dzięki wywołaniu lub zmianie przebiegu procesów za pomocą wprowadzenia do nich jakiegoś czynnika. Następnie są

⁵⁵¹ A. Skowrońska, *Badania w pomocy społecznej. Zastosowanie, metody i narzędzia*, wyd. CRZL, Warszawa 2013, s. 56.

⁵⁵² Zob. A. Skowrońska, dz. cyt., s. 51; W.W. Skarbek, *Wybrane zagadnienia metodologii nauk społecznych*, wyd. NWP, Piotrków Trybunalski 2013, s. 67.

⁵⁵³ K. Górka, A. Rożej, *Wybrane metody empiryczne w naukach o bezpieczeństwie*, „BiTP” Vol. 30 Nr 2 2013, s. 13.

⁵⁵⁴ Tamże, s. 13.

⁵⁵⁵ P. Kopyciński, L. Macica, *Optimalizacja metodologii badań foresight*, wyd. MSAPAE, Kraków 2006, s. 5.

⁵⁵⁶ Zob. M. Wójciak, *Metody oceny zgodności opinii ekspertów na potrzeby badania foresight*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2015 Nr 220.

⁵⁵⁷ K. Górka, A. Rożej, dz. cyt., s. 15.

⁵⁵⁸ A. Babiński, P. Lubniewski, A. Łuzniak, dz. cyt., s. 75.

obserwowane zmiany, jakie zostały wywołane za jego sprawą, i które należy zauważyć i poddać wnioskowaniu⁵⁵⁹.

Obiektywne sposoby diagnozowania bezpieczeństwa indywidualnego uwzględniają określenie i szacowanie ryzyka zagrożeń dla tej ochrony. Ten drugi czynnik może być prowadzony za pomocą różnych metod, z których większość ma zastosowanie w przypadku państwa, zbiorowości czy organizacji, stanowiąc podstawę zarządzania ryzykiem⁵⁶⁰. Można się nimi posłużyć w ramach obiektywnej diagnozy bezpieczeństwa indywidualnego. Dla oceny ryzyk warto zatem wykorzystać wstępną analizę zagrożeń PHA, metodę HAZOP, SWIFT, analizy drzewa błędów FTA czy analizy drzewa zdarzeń ETA⁵⁶¹. Ich opis zaprezentowano w tabeli 3.5.

Tabela 3.5. Zestawienie metod identyfikacji zagrożeń

Opis metody	Metoda			
	Wstępna analiza zagrożeń PHA	HAZOP/SWIFT	Analiza drzewa błędów FTA	Analiza drzewa zdarzeń ETA
Rodzaj metody	Metoda jakościowo-ilościowa	Metoda jakościowo-ilościowa	Metoda jakościowa	Metoda jakościowo-ilościowa
Zespołowość	Tak	Tak	Tak	Tak
Indywidualność pracy	Tak	Nie	Tak	Tak
Przedmiot metody badawczej	Identyfikacja zagrożeń (zdarzeń) / scenariuszy zbudowanych z kilku zagrożeń	Identyfikacja zagrożeń (zdarzeń)	Analiza <i>top-down</i>	Analiza <i>top-down</i>
Określenie podatności	Tak	Tak	Tak	Nie
Określenie środków kontroli	Tak	Tak	Nie	Nie
Określenie skutku	Tak	Tak	Nie	Nie
Określenie prawdopodobieństwa	Tak	Tak	Nie	Nie
Kategoryzacja zagrożeń	Tak	Nie	Nie	Tak
Prezentacja wyników	Tabela/graf	Tabela	Graf	Graf

Źródło: J.W. Tociska, *Metodyka typowania i szacowania ryzyka zagrożeń dla bezpieczeństwa państwa*, [w:] T. Kośmider, L. Kołtun (red.), *Współczesny wymiar bezpieczeństwa publicznego. Kształtowanie bezpiecznych przestrzeni. Działania praktyczne*, wyd. WSKiP, Warszawa 2019, s. 22.

⁵⁵⁹ K. Górka, A. Rożej, dz. cyt., s. 14.

⁵⁶⁰ Zob. Norma ISO 31000:2009, norma PKN-ISO Guide 73:2012 P, norma PN-ISO 31000:2012, norma PN-EN 31000:2010E czy norma PN-ISO/IEC 27005:2010P (J.W. Tociska, *Metodyka typowania i szacowania ryzyka zagrożeń dla bezpieczeństwa państwa*, [w:] T. Kośmider, L. Kołtun (red.), *Współczesny wymiar bezpieczeństwa publicznego. Kształtowanie bezpiecznych przestrzeni. Działania praktyczne*, wyd. WSKiP, Warszawa 2019, s. 16).

⁵⁶¹ J.W. Tociska, dz. cyt., s. 21-22.

Narzędziem diagnozowania bezpieczeństwa jednostki może być modelowanie. Rezultatem tej metody badawczej jest model, który opisuje układ elementów odwzorowanych za pomocą oryginalnego układu. Wspomniane składowe obejmują kluczowe właściwości badanego zjawiska. Układ to uproszczony obraz rzeczywistości, który otacza podmiot badający (badacza). Model cechuje się prostotą, dzięki czemu możliwe jest przeprowadzenie badania i uzyskaniu celów badawczych. Ten stan osiąga się za pomocą zmniejszenia lub powiększenia badanego obiektu, analizie procesów trudnych do uchwycenia ze względu na ich tempo (zbyt szybkie lub bardzo wolne) lub skupieniu się na wybranym aspekcie badanego zjawiska przy pominięciu innych⁵⁶².

Według Anny Rychły-Lipińskiej, każdą sytuację problemową, problemy badawcze, w tym diagnozowanie bezpieczeństwa, można przedstawić w następującej postaci:

$$V = f(X_i, Y_j),$$

gdzie:

V – oznacza miarę wykonania lub spełnienia czegoś, co chcemy zmaksymalizować lub zminimalizować,

X_i – oznacza zmienne „decyzyjne” (sterowanie),

Y_j – oznacza konspekt zewnętrzny problemu (aspekty sytuacji, którymi nie możemy sterować)⁵⁶³.

Autorka, w ramach studiów nad bezpieczeństwem, stworzyła model bezpieczeństwa jednostki (J). Uznała modelowanie za *główną konstrukcję myślową systemowego podejścia, które można uznać za jedno z największych osiągnięć metodycznych nauki zarówno na polu badań podstawowych, jak i stosowanych*. Modelowanie jest *jedynym skutecznym narzędziem poznawczym współczesnych zjawisk społecznych i gospodarczych*⁵⁶⁴. W tym modelu rozwiązanie problemu za pomocą powyżej przedstawionego wzoru polega na znalezieniu takich wartości zmiennych X_i, wyrażonych jako funkcja Y_j, które maksymalizują lub minimalizują V.

Obok obiektywnych sposobów diagnozowania bezpieczeństwa indywidualnego osób niepełnosprawnych występują także subiektywne. Każdy człowiek charakteryzuje się indywidualnymi cechami, odróżniającymi go od innych ludzi. Wspomniane odmienności

⁵⁶² K. Górka, A. Rożej, dz. cyt., s. 16.

⁵⁶³ A. Rychły-Lipińska, *Model bezpieczeństwa jednostki we współczesnym zmieniającym się otoczeniu – wstępne rozważania*, „Studia nad bezpieczeństwem” Nr 2 2017, s. 37.

⁵⁶⁴ J. Habr, J. Vepřek (tłum. A. Kusto), *Systemowa analiza i synteza*, wyd. PWN, Warszawa 1976, s. 304-305; A.D. Rychły-Lipińska, *System zarządzania jakością w jednostkach administracji publicznej*, wyd. WWSliE TWP, Olsztyn 2007, s. 75.

obejmują możliwości poznawcze, osobowość, styl działania, przyzwyczajenia, inteligencję, zasób wiedzy i umiejętność jej zastosowania. Ludzie, pomimo wspomnianych różnic, funkcjonują w danym środowisku, więc podlegają tym samym prawom i mechanizmom. Ponadto członkowie zbiorowości oddziałują na siebie, a także wywierany jest na nich wpływ przez rezultaty działań organizacji odpowiedzialnych za ich bezpieczeństwo.

Na potrzeby subiektywnego diagnozowania bezpieczeństwa indywidualnego wykorzystywane są badania sondażowe (ilościowe lub/i jakościowe) wykorzystujące technikę ankiety lub wywiadu⁵⁶⁵.

Sondaż diagnostyczny umożliwia gromadzenie wiedzy uczestników badania o cechach strukturalnych i funkcjonalnych, dynamice badanego zjawiska społecznego, poglądach i opiniach wybranych zbiorowości⁵⁶⁶. Jest używany w projektach badawczych, analizujących pojedynczego człowieka⁵⁶⁷. Za pomocą sondażu diagnostycznego dokonuje się zbadania wiedzy uczestników o procesie nasilania i kierunkach rozwoju badanego zjawiska⁵⁶⁸. Pozwala on ustalić (opisać, udokumentować) obecne warunki czy postawy w określonym momencie (sondaż opisowy) lub opisać czy wyjaśnić występujące obecnie sytuacje (sondaż analityczny)⁵⁶⁹. Aby uzyskać potrzebne dane, należy przeprowadzić badania w celowo dobranej grupie, która reprezentuje grupę generalną⁵⁷⁰.

Sondaż diagnostyczny umożliwia gromadzenie faktów i danych, które dotyczą badanego zjawiska. Na ich podstawie dochodzi do ustalenia jego cech, zasięgu, dynamiki i poziomu. Za pomocą tej metody dokonuje się badania opinii, postaw, wartości, norm społecznych, aspiracji i odczuć. Do zalet sondażu diagnostycznego zaliczają się m.in. możliwość objęcia badaniem w krótkim czasie znacznej liczby osób znajdujących na dużym obszarze, bycie podstawą do uogólnienia uzyskanych wyników na całą populację (dzięki właściwemu doborowi próby badawczej), prosta organizacja pomiaru, anonimowość, możliwość użycia pytań, na które respondent niechętnie odpowiada. Do jego ograniczeń należą powierzchowny opis badanego zjawiska, wysoki koszt, niski

⁵⁶⁵ A. Babiński, P. Lubniewski, A. Łuźniak, dz. cyt., s. 74.

⁵⁶⁶ A. Guzek, *Sondaże opinii publicznej jako samowiedza współczesnych społeczeństw*, [w:] https://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/handle/11716/3061/02_sondaże_opinii_publicznej_a_guzik.pdf?sequence=1 [dostęp: 12.10.2022], s. 32-33.

⁵⁶⁷ A. Pasek, *Badania sondażowe – technika badania opinii społecznej. Analiza przypadków*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych SGH w Warszawie” T. 1 Nr 23 2019, s. 50.

⁵⁶⁸ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995, s. 51.

⁵⁶⁹ A. Pasek, dz. cyt., s. 50.

⁵⁷⁰ T. Pilch, dz. cyt., s. 51.

poziom kontroli także nad kolejnością udzielania odpowiedzi i pomijanie pytań⁵⁷¹, jak również uzyskanie deklarowanych poglądów i myśli uczestników badania, które nie muszą pokrywać się z ich rzeczywistymi przekonaniem⁵⁷².

Sondaże diagnostyczne bazujące na ankietowaniu umożliwiają poznanie opinii publicznej, czyli ocen i poglądów przedstawicieli społeczeństwa na dany temat. Mogą one dotyczyć poczucia bezpieczeństwa indywidualnego. Przykłady jego zastosowania przez CBOS w czasie badania poczucia bezpieczeństwa polskiego społeczeństwa i jego uwarunkowań wskazano w podrozdziale 2.2.

Badanie ankietowe (technika ankiety) jest powiązane z sondażem diagnostycznym, więc umożliwia uzyskanie informacji o zjawisku czy wydarzeniu dzięki poznaniu poglądów, opinii grupy badawczej. Wymaga to wykorzystania narzędzia badawczego, którym jest kwestionariusz ankiety. W jego skład wchodzi właściwie skonstruowane pytania⁵⁷³.

Wywiad to bezpośrednia lub pośrednia rozmowa prowadzona w neutralnej sytuacji społecznej, w czasie której osoba prowadząca wywiad kontroluje jego przebieg, aby osiągnąć wyznaczony cel badania⁵⁷⁴. Za pomocą wywiadu możliwe staje się poznanie faktów, opinii i postaw, indywidualnych sytuacji. Pozwala pozyskać pogłębioną wiedzę o badanym zjawisku społecznym. Wywiad można przeprowadzić z wykorzystaniem techniki CATI (ang. *Computer Assisted Telephone Interview*), która umożliwia telefoniczną rozmowę ankietera z respondentem. Jej podstawą jest lista pytań. Stosowane jest wsparcie specjalnego oprogramowania komputerowego⁵⁷⁵. Posłużono się tą techniką w czasie badania poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Krakowa w 2016 roku⁵⁷⁶ czy w krakowskich parkach miejskich⁵⁷⁷.

W takim stanie rzeczy należy stwierdzić, że diagnozowanie indywidualnego poczucia bezpieczeństwa w aspekcie subiektywnym i obiektywnym wymaga od badacza namysłu, staranności i zaangażowania. Ma on do dyspozycji liczne i zróżnicowane metody

⁵⁷¹ A. Pasek, dz. cyt., s. 50-51.

⁵⁷² Zob. Z. Szyjewski, *Metody badania zachowań społecznych*, „Studia i Prace WNEIZ US” Nr 54(2) 2018.

⁵⁷³ K. Górka, A. Rożej, dz. cyt., s. 14.

⁵⁷⁴ W.W. Skarbek, dz. cyt., s. 69.

⁵⁷⁵ *Badanie dotyczące poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Krakowa. Raport z badania*, MRW, UMK, Kraków 2017, [w:] <http://www.ksp.wpia.uj.edu.pl/documents/33170217/112071295/2017+Bezpieczenstwo+raport+z+badan+czerwiec+2017.pdf/bbfdbc32-8798-46f0-a888-eae2296cf8ce>, [dostęp: 14.10.2022], s. 5.

⁵⁷⁶ Tamże.

⁵⁷⁷ Zob. M. Kędziński, *Poczucie bezpieczeństwa w parkach miejskich. Przykład badań jakościowych przeprowadzonych wśród mieszkańców Krakowa*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis” Nr 13 2019.

badawcze, opracowane procedury postępowania, natomiast jego postępowanie badawcze jest również obciążone dużym ryzykiem uzyskania nieadekwatnych wyników lub błędnej ich interpretacji.

3.5. Wnioski

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *W jakim stopniu identyfikacja najbardziej prawdopodobnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa przekłada się na jego diagnozowanie na poziomie indywidualnym?*

Priorytetem dla badań zaprezentowanych powyżej było zatem zweryfikowanie części przyjętej hipotezy głównej, że *personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną i szczegółowej hipotezy H.2. stanowiącej przypuszczenie, że charakter istniejących wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego nie przekłada się na istniejące w tym zakresie oczekiwania o charakterze indywidualnym.*

Na podstawie przeprowadzonych badań w ramach zaprezentowanej powyżej części rozważań sformułowano następujące wnioski:

- dzięki *bezpieczeństwu personalnemu* człowiek może doświadczyć samospełnienia. To wymaga ochrony jego godności, warunków umożliwiających samorealizację i uwzględnienia jego indywidualnej perspektywy (percepcji, odczuć, potrzeb), postrzegania i doświadczania ochrony. Optymalny poziom bezpieczeństwa kształtują determinanty o charakterze fizycznym, emocjonalnym, duchowym, społecznym i strukturalnym. Składają się one również na warunki dla ochrony bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych;
- zajęcie się tym przedmiotem badania może uwzględnić diagnozę subiektywnego lub/i obiektywnego indywidualnego poczucia bezpieczeństwa. Badacz zyskuje warunki do namysłu, staranności i zaangażowania, posłużenia się zróżnicowanym instrumentarium badawczym i opracowaniem procedury postępowania. Jednak jego postępowanie badawcze nie jest wolne od wysokiego ryzyka otrzymania nieadekwatnych wyników lub dokonania niewłaściwej interpretacji danych. Jednak jego starania mogą przyczynić się do poszerzenia wiedzy o indywidualnym poczuciu bezpieczeństwa osób z dysfunkcjami ruchu. Uzyskanie nowych danych, nowej perspektywy powinno przyczynić się

do wzbudzenia zainteresowania ich potrzebami w zakresie bezpieczeństwa. Warto podjąć trud, popełnić błędy, jeżeli wzbudzone zainteresowanie czy kontrowersje dotyczące metodyki, wyników czy wniosków zainteresują środowisko naukowe, opiniodawcze i podmioty odpowiedzialne za ochronę bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych – w tym z dysfunkcjami ruchu;

- bezpieczeństwo personalne jednostki ograniczają zagrożenia naturalne i cywilizacyjne, których wpływ zależy także od jej zachowań i postaw. Ten proces ma bardzo istotne znaczenie dla osób niepełnosprawnych ze względu na ich ograniczone możliwości i szanse przezwyciężenia trudności i przeszkód w dążeniu do zapewnienia sobie optymalnej ochrony. Charakter istniejących wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego nie przekłada się zatem na istniejące w tym zakresie oczekiwania i potrzeby.

Rozdział 4.

ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ RUCHU

Dysfunkcje narządów ruchu utrudniają normalne funkcjonowanie, realizowanie planów i aspiracji życiowych. Przyczyniają się do obniżenia jakości życia i bezpieczeństwa. Na poczucie bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo w dużej mierze oddziałuje charakter, zakres niepełnosprawności oraz jej powiązanie z elementami stanu zdrowotnego i stylem życia, a także innymi czynnikami personalnymi. Równie duży wpływ wywierają zjawiska o charakterze społecznym, systemowym i technologicznym, ponieważ mogą znacząco ograniczać zaspokojenie potrzeb przez ludzi z niepełnosprawnościami ruchowymi.

W tym kontekście kluczowego znaczenia nabiera dostrzeganie związku pomiędzy niepełnosprawnością ruchową i jej następstwami oraz zagrożeniami dla bezpieczeństwa osób z określonymi dysfunkcjami. Trudno jednoznacznie określić znaczenie czynników społecznych i personalnych, które wpływają na obniżenie poziomu ochrony osób niepełnosprawnych ruchowo. Zapewne istotną rolę pełnią te pierwsze, ponieważ niepełnosprawność jest zjawiskiem społecznym. Osoba niepełnosprawna zostaje ukształtowana przez procesy socjalizacyjne, kulturowe i społeczne, które określają jej status, możliwości i role społeczne. Determinują one zakres bezpieczeństwa, jakie może ona sobie zapewnić, oraz te, które jest w stanie uzyskać wyłącznie dzięki instytucjom i innym ludziom, co wymaga od niej zaakceptowania własnej podległości i uzależnienia od otoczenia społecznego oraz instytucjonalnego.

Celem niniejszego rozdziału było *zbadanie aktualnie występujących tendencji w przedmiocie ograniczeń zdrowotnych i możliwości wsparcia osób dysfunkcyjnych ruchowo* i rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *Jakie czynniki determinują bezpieczeństwo osób z dysfunkcją ruchu i od czego są uzależnione?*

Powyższe pytanie powiązано z założeniem realizowania części hipotezy głównej, stanowiącej przypuszczenie autora, że *personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną. Zadania te będą realizowane w warunkach zróżnicowanych zagrożeń* i szczegółowej hipotezy H.3. stanowiącej, że *czynniki determinujące bezpieczeństwo osób z dysfunkcją ruchu są wielopostaciowe,*

a sposoby odnoszące się do zarządzania tą problematyką nie przystają do oczekiwań środowiska.

W celu rozwiązania w ten sposób postawionego problemu badawczego oraz weryfikacji powyżej przywołanej hipotezy – w niniejszym rozdziale zastosowano następujące metody badawcze: analizę, syntezę, porównanie, abstrahowanie i uogólnienie oraz sondaż diagnostyczny.

4.1. Czynniki ryzyka zdrowotnego i następstwa braku aktywności fizycznej osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się

Zdrowiu zagraża szereg czynników. Ich charakter bywa różnie opisywany, ponieważ uwzględnia się inne perspektywy, np. państwa, społeczeństwa czy osoby. Jednak w przypadku każdej z tych kategorii podmiotowych ryzyko zdrowotne może być zewnętrzne i wewnętrzne, chociaż często ma ono odmienny charakter. W pierwszej kolejności zostaną omówione zewnętrzne zagrożenia zdrowotne dla państwa i społeczeństwa, ponieważ determinują one ryzyko zdrowotne o wymiarze personalnym. W rezultacie w dalszej kolejności analiza skupi się na czynnikach wewnętrznych zagrażających zdrowiu człowieka.

Zagrożenia i ryzyko bezpieczeństwa zdrowotnego państwa dzieli się na zewnętrzne i wewnętrzne. Do tych pierwszych zalicza się zagrożenia o charakterze biologicznym (bakterie, wirusy, toksyny), chemicznym (toksyczne środki przemysłowe lub trujące), środowiskowym (katastrofy naturalne lub związane z działalnością człowieka) lub nieznanym⁵⁷⁸.

Wewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego mogą stanowić wynik braku zapewnienia przez państwo opieki medycznej cechującej się wysoką jakością, w rezultacie niezdolnej do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa dotyczących profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji⁵⁷⁹.

Zatem ryzyko zdrowotne ma źródło w niedostatecznym wypełnianiu zadań ustawowych i pozaustawowych przez władze publiczne⁵⁸⁰. Ów stan może mieć swoje

⁵⁷⁸ P. M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego*, „Studia BAS” Nr 4(56) 2018, s. 108-109.

⁵⁷⁹ Tamże, s. 111.

⁵⁸⁰ Zob. M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, wyd. E-WPAiEUW, Wrocław 2020, s. 124-130.

źródło nie tylko w niskiej jakości ochronie zdrowia i dostępności świadczeń medycznych, ale również w aspekcie nakładów na ochronę zdrowia czy też profilaktykę⁵⁸¹.

Kluczowe znaczenia ma także funkcjonowanie systemu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, obejmujących osoby zdrowe i obciążone chorobami⁵⁸². Nie można zapomnieć o niekorzystnych procesach demograficznych odpowiedzialnych za wzrost popytu na świadczenia i opiekę medyczną. Ryzyko zdrowotne stanowi bowiem dynamiczny proces starzenia się populacji, który przyczynia się do wzrostu liczby osób niepełnosprawnych biologicznie⁵⁸³.

Do zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego należą te o charakterze naturalnym, cywilizacyjnym, społecznym oraz zaburzenia psychiczne człowieka. Pierwsze z nich to katastrofy naturalne, czyli kataklizmy, epidemie, pandemie czy zagrożenia kosmiczne. Do zagrożeń cywilizacyjnych zalicza się: *fale elektromagnetyczne, choroby cywilizacyjne, manipulacje genetyczne, sztuczną inteligencję, toksyczne właściwości żywności, niewłaściwą gospodarkę zasobami Ziemi i odpadami, skażenie gleby, powietrza i wody, ambiwalentną rolę postępu technicznego, patologie genetyczne, zagrożenia mikrobiologiczne*. Natomiast na zagrożenia społeczne składają się działania wojenne, konflikty społeczne, nasilająca i nadmierna rywalizacja, zagrożenia o charakterze demograficznym, masowe migracje, wykluczenia. Należą do nich także postawy fundamentalistyczne, konsumpcjonizm, wypadki, katastrofy inżynierskie i technologiczne, niewłaściwa dieta i brak aktywności fizycznej. Zagrożeniem dla bezpieczeństwa zdrowotnego są także zaburzenia psychiczne człowieka⁵⁸⁴. Zalicza się do nich długotrwały (permanentny) stres, doświadczanie chronicznego zmęczenia lub/i zakłócenia rytmów biologicznych, utratę tożsamości (z jej licznymi skutkami, na przykład: depresją)⁵⁸⁵.

Kluczowym problemem zdrowotnym stał się stres. Jego źródłem jest codzienna praca lub i nauka (w szkole, na uczelni), relacje i sprawy, problemy finansowe lub/i zdrowotne, pośpiech i nieustanne doświadczanie presji czasu, trudy budowania kariery zawodowej

⁵⁸¹ A. Ameljańczyk, T. Ameljańczyk, *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego w państwie i jego zagrożenia*, [w:] https://rocznikikae.sgh.waw.pl/p/roczniki_kae_z25_01.pdf [dostęp: 14.10.2022], s. 11.

⁵⁸² Zob. B. Więckowska, *Systemy wyrównywania szkodliwości funkcjonujące w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego z konkurencją pomiędzy płatnikami trzeciej strony*, „Problemy Zarządzania” Nr 11/1(2) 2013.

⁵⁸³ K. Czerwińska, I. Kucharczyk, *Niepełnosprawność wzroku nabyta w późnej dorosłości a aktywność fizyczna seniorów*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej” Nr 34 2019, s. 100.

⁵⁸⁴ M. Glin, *Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa ochrony zdrowia w Polsce*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Res Polticae” T. 8 2016, s. 113.

⁵⁸⁵ E. Włodarczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne*, [w:] O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopec (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, wyd. INoB, UPKEN, Kraków 2018, s. 173-174.

oraz sytuacje życiowe⁵⁸⁶. Stres i frustracja odczuwane przez członków społeczeństwa mogą być także wywołane przez dynamiczne zmiany społeczne, gospodarcze, technologiczne, jak również przez napięcia w środowisku pracy, bezrobocie, przemoc (w szkole, sieci, domu⁵⁸⁷, miejscu pracy – mobbing), wzrost spożycia używek psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków, leków)⁵⁸⁸.

Do ryzyka dla zdrowia psychicznego należy także zaliczyć zaniechania władzy publicznej, w wyniku których nie zapewnia się ludności dostępu do leczenia w pierwszym kontakcie, nie udostępnia się leków wszystkim chorym, nie zapewnia się im opieki ze strony społeczeństwa. Zaniechanie władzy publicznej prowadzi także do braku polityki narodowej, legislacji i programów dotyczących zdrowia psychicznego oraz monitorowania tego zdrowia, braku edukacji społeczeństwa, braku zaangażowania rodziny i społeczeństwa w pomoc osobom z problemami psychicznymi⁵⁸⁹.

Do wewnętrznego ryzyka zdrowia, kiedy uwzględnia się państwo i społeczeństwo, a także pojedyncze osoby, należy zapadalność na choroby. Największe zagrożenie powodują choroby cywilizacyjne i zakaźne, w tym epidemie i pandemie. Społecznym i globalnym wyzwaniem są coraz częściej choroby cywilizacyjne. Zalicza się do nich otyłość, cukrzycę, zespół metaboliczny, choroby nowotworowe, choroby układu krążenia⁵⁹⁰.

Nie można także pominąć chorób społecznych, do których należą alkoholizm⁵⁹¹, choroby psychiczne⁵⁹², narkomania⁵⁹³ czy nikotynizm. Dużym problemem społecznym

⁵⁸⁶ A. Florczak, *Psychologiczne mechanizmy bezpieczeństwa zdrowotnego*, „desecuritate.uph.edu.pl” Nr 2(2) 2016, s. 101

⁵⁸⁷ Zob. *Przemoc w rodzinie w 2012-2021*, [w:] <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h74tOf70n3AJ;https://statystyka.policja.pl/download/20/361533/przemoc-w-rodzinie-2012-2021.pdf> [dostęp: 6.11.2022].

⁵⁸⁸ M. Glin, dz. cyt., s. 113.

⁵⁸⁹ A. Florczak, dz. cyt., s. 101.

⁵⁹⁰ M. Glin, dz. cyt., s. 112.

⁵⁹¹ Zob. W. Szczodry, P.M. Kaczor-Szczodry, *Wybrane aspekty zachowań ryzykownych wśród młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” Nr 4(24) 2018; J. Szymanowska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012; *Postawy młodzieży wobec alkoholu. Wynik badań*, CBOS 2016 – *Młodzież 2016 raport badania.pdf* [dostęp: 6.11.2022]; A. Dzielska, A. Kowalewska, *Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu*, „Studia BAS” 2014 Nr 2; M. Makara-Studzińska, J. Motylowska, *Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży*, „Roczniki Teologiczne” Nr 10 2007; D. Góra, *Częstość spożywania alkoholu i zażywania narkotyków przez gimnazjalistów szkół oświecimskich*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2019 Nr 4; K. Okulicz-Kozaryn, *Założenia do wdrażania skutecznych strategii profilaktycznych*, [w:] *Rekomendacje do realizowania i finansowania gimnazjalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 r.*, Warszawa 2008; A. Malczewski, *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] *Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, Warszawa 2016, za: *Młodzież 2016 raport z badania.pdf* [dostęp: 6.11.2022]; M. Gromadecka-Sutkiewicz, A. Dziwak, J. Kłós, *Młodzież licealna i alkohol*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” Nr 2 2008; A. Zapała-Wiecheć, *Zjawisko alkoholizmu*

stały się także uzależnienia behawioralne (uzależnienie od hazardu, seksu, technologii⁵⁹⁴, zakupów).

Różne ryzyka mogą zatem prowadzić do utraty zdrowia. Z perspektywy pojedynczej osoby obejmują one niezdrowe otoczenie, niewłaściwe funkcjonowanie służb realizujących zadania ochrony zdrowia, nieadekwatną politykę zdrowotną, nieskuteczną promocję zdrowia, zakłócony indywidualny rozwój psychospołeczny, brak kompetencji społeczeństwa umożliwiających zachowanie zdrowia oraz niezdrowy styl życia⁵⁹⁵. Nie można także pominąć złych warunków pracy w przypadku osób aktywnych zawodowo⁵⁹⁶, oraz czynników genetycznych, które mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia choroby u osoby obciążonej genetycznymi mutacjami i aberracjami.

Wśród czynników ryzyka zdrowotnego o największym znaczeniu dla kondycji zdrowotnej pojedynczej osoby znajduje się styl życia. Według WHO to sposób życia, który jest specyficzny dla danego człowieka, a jego podstawą są określone wzory zachowań. Stanowią one rezultat wzajemnego wpływu cech osobowościowych, determinant społecznych i społeczno-ekonomicznych i środowiskowych warunków egzystencjalnych danej osoby. Styl życia, zdaniem Barbary Woynarowskiej, to złożony konstrukt odnoszący się do jednostki i grupy społecznej. Obejmuje on standardowe reakcje i wzory zachowań, które zostają ukształtowane w ramach socjalizacji. Ten proces determinują cechy poznawcze i emocjonalne jednostki oraz czynniki obecne w jej środowisku społecznym. W skład stylu życia wchodzi zachowania zdrowotne, można je podzielić na prozdrowotne (sprzyjające zdrowiu) i antyzdrowotne. Do tych ostatnich

w opinii młodzieży uczęszczającej do Zespołu Szkół nr 3 w Ostrowcu Świętokrzyskim, „Scientific Bulletin of Chełm – Section of Pedagogy” Nr 1 2012.

⁵⁹² A. Ameljańczyk, T. Ameljańczyk, dz. cyt., s. 11-12.

⁵⁹³ Zob. A. Malczewski, *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] M. Grabowska, M. Gwiazda (red.), *Młodzież 2018*, Warszawa 2019, za: RAPORT_MŁODZIEŻ_2018.pdf [dostęp: 6.11.2022]; J. Sierosławski, *Używalnie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.*, Warszawa 2015, za: Raport_ESPAD_2015.pdf [dostęp: 6.11.2022]; A. Pisarska, *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z ryzykownymi i problemowymi zachowaniami młodzieży – kilka wskazówek*, [w:] D. Mocabder (red.), *Ryzyko używania narkotyków przez młodzież. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Warszawa 2014, za: ryzyko_uzywania_narkotykow_26.01.2015_1.pdf [dostęp: 6.11.2022]; P. Sroczyński, *Przyczyny narkomanii wśród młodzieży szkolnej*, „Perspectiva. Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne” Nr 2 2007; K. Borzucka-Sitkiewicz, K. Sas-Nowosielski, *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich – zasięg, skutki, przeciwdziałanie*, Impuls, Kraków 2007; B. Zięba-Kołodziej, *Uwarunkowania zażywania przez młodzież substancji uzależniających. Opinie uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/5185> [dostęp: 6.11.2022].

⁵⁹⁴ Zob. L. Węgrzyn-Odzioba, *Zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego związane z technologiami informatyczno-komunikacyjnymi*, „Teki of Political Science and International Relations – UMCS” Nr 1(14) 2019.

⁵⁹⁵ E. Włodarczyk, dz. cyt., s. 173.

⁵⁹⁶ A. Ameljańczyk, T. Ameljańczyk, dz. cyt., s. 12.

zalicza się zachowania, które zagrażają zdrowiu. Obejmują one stosowanie używek (nadużywanie tytoniu, alkoholu lub/i sięganie po substancje narkotyczne), niewłaściwą dietę, brak aktywności ruchowej, uzależnienia behawioralne, przypadkowe kontakty płciowe⁵⁹⁷. Na niezdrowy styl życia składają się także niepoddawanie się cyklicznym badaniom lekarskim, nieregularny i niedostateczny czas snu.

Wskazane czynniki ryzyka zdrowotnego zagrażają kondycji zdrowotnej społeczeństwa. W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się osoby niepełnosprawne, w tym te z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się, ponieważ do tej czynności potrzebują pomocy technicznej. Używają do tego takich narzędzi, jak balkoniki, laski, kule, wózki inwalidzkie, protezy⁵⁹⁸. Jednak, tak jak osoby pełnosprawne, mają te same potrzeby, ale potrzebują większego wsparcia i pomocy, aby móc zachować możliwie wysoki poziom samodzielności i doświadczać bezpieczeństwa⁵⁹⁹.

Wśród osób niepełnosprawnych wyróżnia się te z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. W odbiorze społecznym są one kojarzone niemal wyłącznie z ludźmi poruszającymi się na wózkach inwalidzkich lub przy pomocy sprzętu ortopedycznego. W polskim prawie niepełnosprawność ruchową zaliczono do typów niepełnosprawności w *rozporządzeniu Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności*⁶⁰⁰.

Ograniczenia w przemieszczaniu się bywają skutkiem niepełnosprawności fizycznej, sensorycznej (zmysłowej) czy umysłowej. Kluczową rolę pełni najczęściej pierwsza z nich. Niepełnosprawność fizyczna jest zjawiskiem wielowymiarowym i wielopłaszczyznowym, dlatego dotychczas nie opracowano jednoznacznych kryteriów definiujących tę niepełnosprawność oraz uniwersalnej wykładni tego pojęcia⁶⁰¹.

⁵⁹⁷ A. Bochenek, A. Grabowiec, *Odżywianie i aktywność fizyczna jako element stylu życia młodzieży licealnej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. 32 2013, s. 203.

⁵⁹⁸ Zob. E. Malinowska, *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników instytucji i organizacji pomocowych wspierających osoby zaangażowane wykluczeniem*, https://www.aktywizacja.org.pl/images/Publikacje/pdf/Aktywizacja_zawodowa.pdf [5.09.2022], s. 16; J. Rzempowska, M. Zysnarska, B. Stawińska-Witoszyńska, J. Kłós, M. Gromadecka-Sutnickiewicz, A. Krzyżaniak, *Niepełnosprawna młodość w środowisku wiejskim – diagnoza problemów*, „Hugeia and Public Health” Nr 4 (51) 2016, s. 359.

⁵⁹⁹ K. Heinrich, J.K. Pytel, *Osoba niepełnosprawna fizycznie – potrzeby fizyczne i społeczne, cz. 2*, [w:] <http://wydawnictwo.wseit.edu.pl/wp-content/uploads/2020/06/Osoba-niepe%C5%82nosprawna-fizycznie-%E2%80%93-potrzeby-fizyczne-i-spo%C5%82eczne-II.pdf> [dostęp: 6.10.2022], s. 21.

⁶⁰⁰ *Rozporządzenie Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 857).

⁶⁰¹ E. Szyszka, *Poczucie niesprawiedliwości w perspektywie jakości życia u osób niepełnosprawnych ruchowo*, [w:] I. Sikorska, K. Gerc, L. Pawłowski (red.), *Sportowcy z niepełnosprawnością. Aspekty psychologiczne i społeczne*, wyd. OW AFM, Kraków 2017, s. 38.

Wśród bogatej terminologii można wskazać, że niepełnosprawność fizyczna opisuje *trwale, morfologiczne lub funkcjonalne uszkodzenie aparatu ruchu (kośćca, mięśni, stawów, mechanizmów sterowania ruchem), które ze względu na swoją specyfikę i wielkość w różnym stopniu utrudnia lub uniemożliwia wykorzystywanie tego aparatu w podejmowaniu aktywności życiowej*⁶⁰².

Skutki i zakres niepełnosprawności fizycznej nie ograniczają się wyłącznie do morfologicznych uszkodzeń organizmu czy sprawności funkcjonowania narządów ruchu. Jednak do jej głównych cech zalicza się *trwale uszkodzenie i obniżenie sprawności aparatu ruchu, które w znacznym stopniu uniemożliwiają*⁶⁰³.

Niepełnosprawność fizyczna obejmuje duże zróżnicowanie urazów i schorzeń, a także przypadki amputacji, wrodzonych ubytków kończyn, porażenia i niedowładów kończyn, których źródłem stały się urazy czy choroby rdzenia kręgowego, różne postacię dziecięcego porażenia mózgowego, choroby mięśni lub/i stawów. Do niepełnosprawności fizycznej może dojść w wyniku nabycia trwałej dysfunkcji narządu ruchu. Za ten stan nie odpowiada wyłącznie zaburzenie określonych funkcji aparatu ruchu, ale także – może być on wynikiem zaburzeń psychicznych i społecznych doświadczanych przez osobę niepełnosprawną w jej otoczeniu społecznym⁶⁰⁴.

Niepełnosprawność fizyczna jest dzielona na motoryczną i spowodowaną przez przewlekłe schorzenie narządów wewnętrznych. W ich wyniku może nastąpić znaczące obniżenie sprawności fizycznej człowieka, co przejawia się spadkiem odporności na wysiłek, ograniczeniem siły mięśniowej (niedowład, atrofia mięśni), ograniczenie zakresu ruchów (po amputacji, w bezwładach) oraz funkcji (zesztywnienie stawów), całkowite lub częściowe jej zniesienie (chwyt w kończynie górnej po amputacji), zaburzenie zachowania równowagi w czasie chodzenia, stania, siedzenia (wysokie amputacje), amputacje, odmienny wzorzec reakcji na bodźce zewnętrzne (wynik uszkodzenia wzroku, słuchu, porażenia spastycznego). Niepełnosprawność motoryczna powstaje w wyniku uszkodzenia narządów ruchu⁶⁰⁵. Do ograniczeń w przemieszczaniu się może dojść w różnych okresach życia człowieka. Zatem niepełnosprawność ruchowa występuje już od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa albo jest nabyta. W tym ostatnim

⁶⁰² M. Koper, T. Tasiemski, *Miejsce sportu w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 3(8) 2013, s. 112.

⁶⁰³ E. Szyszka, dz. cyt., s. 38.

⁶⁰⁴ M. Koper, T. Tasiemski, dz. cyt., s. 112.

⁶⁰⁵ J. Rudzik, J. Chrzanowski, *Aktywność fizyczna jako forma rewalidacji niepełnosprawnych. Akcent: dzieci i młodzież*, [w:] <https://swfis.wum.edu.pl/sites/swfis.wum.edu.pl/files/Aktywnosc-fizyczna-jako-forma-rewalidacji-niepelnospr.pdf> [dostęp: 10.10.2022], s. 2-3.

przypadku może do tego dojść w wyniku różnych chorób, obejmujących także choroby zawodowe, wypadków przy pracy i pozazawodowych, działań wojennych, postępowania procesu starzenia się organizmu i rozwoju schorzeń wieku starczego⁶⁰⁶.

W grupie osób niepełnosprawnych z ograniczeniami w przemieszczaniu znajdują się te, u których przeprowadzono amputację kończyn, doszło do uszkodzenia kręgosłupa, występują choroby reumatyczne⁶⁰⁷ Powyższe prezentuje tabela 4.1.

Tabela 4.1. Wybrane grupy osób z dysfunkcją ruchu – ze względu na przyczynę niepełnosprawności motorycznej

Wyróżniona grupa osób niepełnosprawnych ruchowo	Charakterystyka wyróżnionej grupy osób niepełnosprawnych ruchowo	
Osoby po przebytej amputacji kończyn	Przyczyny niepełnosprawności	Wypadki komunikacyjne i przemysłowe, zmiany nowotworowe, schorzenia obwodowych naczyń krwionośnych
	Skutki niepełnosprawności	Znacząca zmiana w życiu człowieka, konieczność przebycia długiej i kompleksowej rehabilitacji (leczenie usprawniające przed zaprotegowaniem, dopasowanie protezy, usprawnienie po zaprotezowaniu)
Osoby z uszkodzeniem kręgosłupa	Przyczyny niepełnosprawności	Uraz rdzenia kręgowego: tetraplegia (porażenie wszystkich kończyn), paraplegia (niedowład nóg), uszkodzenie całkowite lub częściowe rdzenia kręgowego
	Skutki niepełnosprawności	Znacząca zmiana w życiu człowieka, dzięki procesowi adaptacji możliwość podjęcia normalnej aktywności i pracy
Osoby z chorobami reumatycznymi	Przyczyny niepełnosprawności	Niewyjaśnione przyczyny (osobnicze, środowiskowe), choroby reumatyczne prowadzące do niepełnosprawności, reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa
	Skutki niepełnosprawności	Dolegliwości bólowe, poczucie zmęczenia i wyczerpania, trudności dotyczące samoobsługi, wykonywania codziennych czynności, pracy zawodowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Malinowska, *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników instytucji i organizacji pomocowych wspierających osoby zaangażowane wykluczeniem*, [w:] https://www.aktywizacja.org.pl/images/Publikacje/pdf/Aktywizacja_zawodowa.pdf [5.09.2022], s. 16-18.

Niepełnosprawność ruchowa bywa także wywołana przez inne schorzenia, stany wypadkowe i urazy. Przyczynia się ona także do wystąpienia zakłócenia funkcjonalnego,

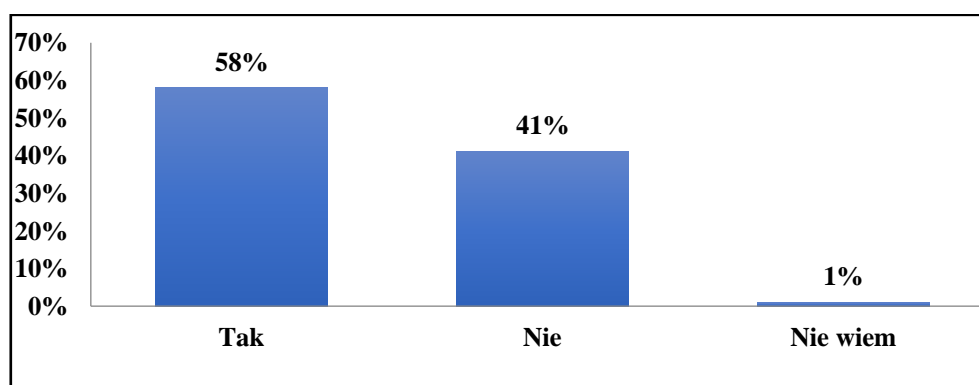
⁶⁰⁶ H. Misiewicz, *Niepełnosprawność jako problem społeczny*, „Chowanna” Nr 1 2004, s. 12.

⁶⁰⁷ E. Malinowska, dz. cyt., s. 16-18.

które może negatywnie oddziaływać na osobowość człowieka. Jest to czynnik, który stanowi źródło obniżonej samooceny, braku wiary we własne możliwości, zahamowania twórczej inicjatywy oraz innych form aktywności, zarzucania niepodjęcia trudnych zadań⁶⁰⁸.

W badaniu własnym, przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy, 58% uczestników badania doświadczyło stanu ograniczenia ruchowego w wyniku choroby, wypadku, złamania kończyny czy innych podobnych okoliczności, które uniemożliwiały im samodzielne poruszanie się (patrz: wykres 4.1). Takich doświadczeń nie miało 41% respondentów. 1% osób wybrało opcję *nie wiem*.

Wykres 4.1. Doświadczenie stanu ograniczenia ruchowego przez respondentów w wyniku choroby, wypadku, złamania kończyny czy innych podobnych okoliczności, które uniemożliwiały im samodzielne poruszanie się

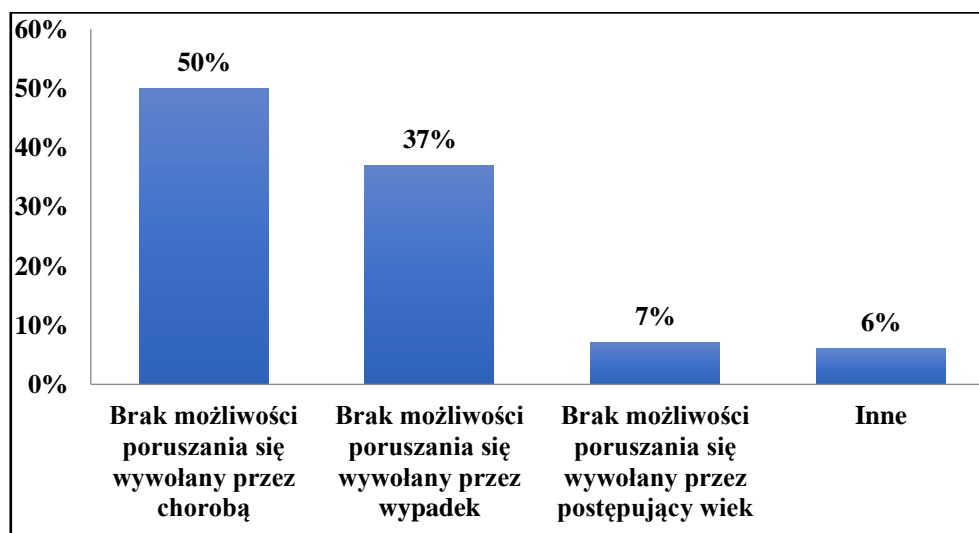


Źródło: badanie własne.

Uczestnicy badania mogli wskazać przyczyny (aspekty) doświadczanego stanu ograniczenia ruchowego, które uniemożliwiło im samodzielne poruszanie się (patrz: wykres 4.2.). W przypadku połowy osób takie unieruchomienie było spowodowane przez chorobę. Respondenci wskazali także inne źródło tego stanu, czyli wypadek (37%) oraz postępujący wiek (7%). Nieliczne osoby przyznały, że ich ograniczenia ruchowe odpowiadały inne czynniki (6%). Wśród nich wymieniono zabieg chirurgiczny (operację), kuśtykanie oraz ograniczenie możliwości poruszania się.

⁶⁰⁸ E. Sendencka, E. Wiśniewska, E. Krajewska-Kułaj, W. Kułak, *Funkcjonowanie społeczne rodzin...*, dz. cyt., s. 68.

Wykres 4.2. Aspekty doświadczanego przez respondentów stanu ograniczenia ruchowego, uniemożliwiającego im samodzielne poruszanie się



Źródło: badanie własne.

W wyniku niepełnosprawności fizycznej osoby nią dotknięte mają problemy z podejmowaniem określonych aktów ruchowych, co utrudnia im codzienne funkcjonowanie. Niepełnosprawność zwiększa ryzyko braku zdolności do *utrzymywania prawidłowej postawy ciała, właściwej koordynacji ruchów, precyzji ruchów rąk, lokomocji*⁶⁰⁹.

Osoby niepełnosprawne fizycznie są także narażone na powikłania pourazowe i skutki braku aktywności, do czego można zaliczyć m.in. zaburzenia termoregulacji, skrzywienia i skręcenia kręgosłupa, przykurcze, osteoporozę, spastyczność, zmęczenie i osłabienie siły mięśni na przestrzeni lat, atrofię mięśni oraz uszkodzenia skóry i odleżyny⁶¹⁰. Mogą u nich wystąpić problemy wtórne o charakterze psychologicznym i społecznym dotyczące na przykład: zaakceptowania swojej niepełnosprawności, podejmowania ról społecznych i spełniania oczekiwań społecznych⁶¹¹.

Osoby z ograniczoną możliwością poruszania lub jej brakiem należą do jednostek niepełnosprawnych najbardziej zagrożonych dyskryminacją i wykluczeniem społecznym. Ich dysfunkcja powoduje, że potrzebują znacznego zaangażowania osób trzecich oraz intensywnego wsparcia⁶¹². Bez względu na stopień niepełnosprawności mierzą się z przeszkodami, które utrudniają im korzystanie z należnych praw (prawa do swobody

⁶⁰⁹ M. Koper, T. Tasiemski, dz. cyt., s. 112-113.

⁶¹⁰ Tamże, s. 113.

⁶¹¹ Tamże.

⁶¹² Zalecenie nr Rec(2006)5 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie 2006-2015 (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 5 kwietnia 2006 podczas 961 posiedzenia zastępców ministrów).

przemieszczania się, wyboru miejsca i stylu życia, pełnego dostępu do edukacji, kultury, rekreacji i sportu) czy udziału w życiu społecznym na równych prawach z osobami pełnosprawnymi⁶¹³.

Konieczne jest więc znoszenie barier utrudniających osobom niepełnosprawnym aktywność ruchową, co wiąże się z wypełnianiem normy prawnej zapewniającej im prawo do życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych, w tym: (...) swobodnego przemieszczania się i powszechnego korzystania ze środków transportu⁶¹⁴. Pomimo wdrożenia prawa, osoby niepełnosprawne nadal napotykają na przeszkody w transporcie zbiorowym, budynkach z powodu braku wind czy jej niedostosowania do jej potrzeb, na parkingach⁶¹⁵.

W przypadku osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się ich zdrowiu zagrażają ryzyka obniżające poziom bezpieczeństwa zdrowotnego pełnosprawnej części społeczeństwa. Jednak w ich przypadku siła tego zagrożenia może okazać się znacznie większa z uwagi na skutki, jakie niesie ich niepełnosprawność. Dotyczy to w równej mierze ryzyka zewnętrznego i wewnętrznego. W pierwszym przypadku każde zagrożenie zewnętrzne powoduje, że osoba niepełnosprawna musi otrzymać niezbędną pomoc i wsparcie ze strony innych ludzi. Szczególne ryzyko zdrowotne stanowi dla nich niewydolny system opieki zdrowotnej.

Osoby niepełnosprawne, w tym te z niepełnosprawnością fizyczną, doświadczają barier w opiece zdrowotnej, które ograniczają im dostęp do świadczeń medycznych z powodu ich wysokich kosztów obejmujących usługi medyczne, transportowe, codzienną opiekę zdrowotną. Do czynników ryzyka zdrowotnego w kontekście ograniczeń w opiece zdrowotnej należą także bariery architektoniczne obejmujące niedostosowany dostęp do placówek medycznych, brak sprzętu medycznego dostosowanego do osób niepełnosprawnych (np. mammografu), niedostateczne oznakowanie i za wąskie drzwi, schody wewnętrzne, nieprzystosowane łazienki, parkingi, windy. Poza tym źródłem problemów bywają niedostateczne kwalifikacje i umiejętności personelu medycznego, który nie jest zdolny do udzielenia świadczenia osobie

⁶¹³ Komunikat komisji do parlamentu europejskiego, rady, europejskiego komitetu ekonomiczno-społecznego i komitetu regionów, *Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010-2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier*, s. 6.

⁶¹⁴ *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych* (M.P. z 1997 r. Nr 50 poz. 475).

⁶¹⁵ M. Żejmis, *Uwarunkowania integracji osób niepełnosprawnych w Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] G. Firlit-Fesnak E. Jaroszevska, H. Oberloskamp (red.), *Integracja społeczna jako wyzwanie dla polityki społecznej i pracy socjalnej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2012, s. 180-181.

niepełnosprawnej lub ich świadczenie cechuje niska jakość⁶¹⁶. Do zewnętrznych zagrożeń ich zdrowia należy także zaliczyć czynniki społeczne, w tym nadal niechętną postawę społeczeństwa wobec ludzi niepełnosprawnych, niski poziom integracji i aktywizacji społecznej tych osób.

W przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo kluczową rolę pełni także wewnętrzne ryzyko zdrowotne, którego źródłem jest nie tylko ich niepełnosprawność, ale także współistniejące choroby lub/i niezdrowy styl życia. Skutki niepełnosprawności ograniczają możliwość normalnego, codziennego funkcjonowania i podejmowania aktywności ruchowej. W rezultacie może to prowadzić do licznych problemów zdrowotnych, w tym do rozwoju chorób cywilizacyjnych. Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą mieć problem z utrzymaniem właściwej masy ciała, a także wykazywać skłonność do biernego wypoczynku i podejmowania zachowań ryzykownych (sięganie po używki, uzależnienia behawioralne). W ich przypadku z większą mocą oddziałują cechy współczesnego stylu życia, warunkowanego przez obecną cywilizację i kulturę.

Współczesna cywilizacja stworzyła warunki, w których człowiek coraz rzadziej doświadcza wysiłku fizycznego⁶¹⁷. W rezultacie musi on podejmować celową aktywność fizyczną, aby utrzymać dobrą kondycję⁶¹⁸. Tymczasem znaczna część społeczeństwa prowadzi siedzący styl życia, a także doświadcza hipokinezji oraz jej skutków.

Ruch wiąże się ze zmianą miejsca organizmu za sprawą ruchu lokomocyjnego, mięśniowego. Ponadto istotną rolę pełni przemieszczenie elementów ciała, jego części względem siebie lub w przestrzeni. W wyniku ruchu organizm doświadcza mniejszego lub większego wysiłku fizycznego. W rezultacie oddziałuje on na kondycję zdrowotną ludzkiego organizmu, o ile cechuje się systematycznością i wielokrotnym powtarzaniem. Staje się ćwiczeniem fizycznym, które stanowi element aktywności fizycznej⁶¹⁹. Jest to aktywność, która cechuje się ukierunkowanym celem i jest aktem świadomości człowieka; wiąże się z obciążeniem, wysiłkiem fizycznym i wydatkowaniem energii. Wysiłek fizyczny jest ściśle połączony z pracą mięśni szkieletowych, co prowadzi do zmian czynnościowych, jakie zachodzą w ludzkim organizmie. Aktywność jest

⁶¹⁶ *Niepełnosprawność i zdrowie*. WHO, Genewa 2020, [w:] https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IqwNpWBPkS0J; https://kn.pfron.org.pl/download/5/1237/PFRONkwartalniknr36-37caloscWCA_G12bNiepelnosprawno_scPL.pdf&cd=2&hl=pl&ct=clnk&gl=pl [dostęp: 11.10.2022], s. 80-81.

⁶¹⁷ P. Ławniczak, *Uwarunkowania ludzkiej motoryczności w perspektywie przemian cywilizacyjnych w dobie Internetu*, „Aktywność Ruchowa Ludzi w Różnym Wieku” Nr 4(36) 2017, s. 24.

⁶¹⁸ A. Knapik, E. Saulicz, J. Rottermund, A. Myśliwiec, T. Wolny, M. Saulicz, J. Witanowska, A. Warmuz-Wancisiewicz, *Wiek jako determinanta aktywności fizycznej i jej barier – kinezyfobii mieszkańców południowej Polski*, Knapikpraca-Ukraina.pdf [dostęp: 5.10.2022], s. 2.

⁶¹⁹ J. Drabik, *Ruch i wysiłek fizyczny*, „Antropomotoryka” Nr 34 2006, s. 118.

podejmowana w ramach czynnego wypoczynku, aby doświadczyć przyjemności, rekreacji i dać wyraz troski o zdrowie, zdobycia umiejętności i sprawności fizycznych⁶²⁰.

W szerokim rozumieniu aktywność fizyczna to liczne i zróżnicowane formy aktywności człowieka. Można je podzielić na ćwiczenia fizyczne (zaplanowane, powtarzalne ruchy ciała służące poprawie lub utrzymaniu różnych komponentów sprawności fizycznej) oraz wysiłki, które mają związek z licznymi codziennymi zajęciami i czynnościami⁶²¹.

Aktywność fizyczna pełni funkcję biologiczną, rozwojową, zdrowotną, uprawniającą oraz higieniczno-pielęgnacyjną, samorealizacyjną, tożsamościową, autokreacyjną, utylitarną, statusu społecznego⁶²².

Józef Drabik uważa, że aktywność fizyczna stanowi *ukierunkowaną ruchową aktywność człowieka, biologicznie i społecznie zdeterminowaną potrzebę podtrzymania homeostazy, zapewnieniem morfologicznych, fizjologicznych, biologicznych i psychologicznych warunków realizacji genetycznych i socjokulturowych programów ich rozwoju w ontogenezie*⁶²³.

Aktywność fizyczna jest uważana za czynnik, który wspomaga procesy prewencyjne ochrony zdrowia i minimalizuje ryzyko rozwoju niektórych chorób i przedwczesnych zgonów⁶²⁴. Umożliwia ona także zachowanie zdrowia w wieku senioralnym⁶²⁵. Systematyczna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego krwi, innych chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy typu 2 czy przedwczesnej śmierci, a także zmniejsza ryzyko wystąpienia innych dysfunkcji organizmu, np. seksualnych⁶²⁶. Ponadto korzystnie wpływa ona także na zdrowie

⁶²⁰ P. Ławniczak, dz. cyt., s. 25-26.

⁶²¹ A. Bochenek, A. Grabowiec, dz. cyt., s. 204.

⁶²² P. Ławniczak, dz. cyt., s. 31.

⁶²³ Cyt. za: P. Ławniczak, dz. cyt., s. 25.

⁶²⁴ Zob. W. Drygas, R. Głowczyńska, A. Turska-Kmieć, A. Folga, *Aktywność fizyczna jako kluczowy czynnik w promocji zdrowia i profilaktyce chorób przewlekłych*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf [dostęp: 05.10.2022].

⁶²⁵ Zob. J. Mazurek, J. Szczygieł, A. Blaszkowska, K. Zgajewska, W. Richter, J. Opara, *Aktualne zalecenia dotyczące aktywności fizycznej osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska” Nr 2 2014, s. 71; A. Dąbrowski, R. Rowiński, W. Osiński, *Aktywność fizyczna osób starszych z Wielkopolskie w świetle ogólnopolskich badań PolSenior*, „Gerontologia Polska” Nr 3 2013, s. 114.

⁶²⁶ Zob. G. Jarząbek-Bielecka, J. Buks, M. Mizgier, M. Bielecki, M. Pisarska-Krawczyk, M. Wilczak, A. Potasińska-Sobkowska, W. Kędzia, *Rola aktywności fizycznej i diety w zapobieganiu dysfunkcjom seksualnym związanym z problemem cukrzycy, zespołu metabolicznego, zespołu policystycznych jajników*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” Nr 3(48) 2016.

psychiczne (ograniczenie objawów lęku i depresji)⁶²⁷, funkcje poznawcze i sen⁶²⁸. Wzrost aktywności fizycznej bywa powiązany z innymi, prozdrowotnymi zachowaniami człowieka, czyli troską o zdrową dietę, rezygnacją z zachowań ryzykownych (rzadkie stosowanie używek).

Współczesne warunki życia, jego tempo i specyfika wpływają na brak lub ograniczenie aktywności fizycznej człowieka, któremu brakuje ruchu, kontaktu z przyrodą, możliwości spontanicznych zachowań, aktywnych i bezpośrednich relacji z innymi ludźmi poza najbliższą rodziną. Większość osób czuje się przeciążona psychicznie i fizycznie funkcjonowaniem w ciągłym stresie i wymuszonym pędem życia, niehigienicznym trybie, na który składa się, poza złą dietą, również deficyt ruchu. Następstwami braku aktywności fizycznej jako czynnika ryzyka zdrowotnego są choroby cywilizacyjne, przedwczesne choroby, niepełnosprawność i przedwczesne zgony. Utrzymując właściwą grupie wiekowej aktywność fizyczną, człowiek może kompensować brak ruchu, minimalizować skutki stresu i przeciążenia psychicznego, zapobiegać występowaniu szeregu chorób i dolegliwości, regenerować (odnawiać) siły fizyczne i psychiczne oraz kształtować ciało i kondycję psychiczną, a nawet charakter. Stwarza możliwość kontaktu z osobami o podobnych zainteresowaniach i zaspokaja różne potrzeby zgodnie z piramidą A. Masłowa. Należy zwrócić uwagę na psychospołeczne efekty aktywności fizycznej człowieka, które obejmują powstawanie i pielęgnowanie więzi i relacji międzyludzkich, integrację społeczną i wzmacnianie więzi rodzinnych czy towarzyskich. Dla osób niepełnosprawnych aktywność fizyczna, w tym uprawianie sportu, pełni funkcję usprawniającą. Umożliwia im przełamywać występujące bariery, stwarza możliwość wyrównania społecznych szans. Uprawiają one sport także z tych samych motywów, co osoby pełnosprawne. Pragną podjąć rywalizację, osiągać coraz lepsze wyniki i realizować swoje aspiracje⁶²⁹. Sport zapewnia im wyzwania, radość i pozytywne doświadczenia⁶³⁰. Uprawianie sportu przez osoby niepełnosprawne wiąże się z dążeniem do realizacji celu leczniczego, biologicznego, anatomiczno-fizjologicznego,

⁶²⁷ Zob. Z. Jethon, *Aktywność ruchowa jako dystres*, „Hygeia and Public Health” nr 2(48) 2013.

⁶²⁸ Zob. B. Gieroba, *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” T. 9, Nr 3 2019.

⁶²⁹ E. Bolach, B. Bolach, J. Trzonkowski, *Motywacja osób niepełnosprawnych do uprawiania sportu*, „Mołodaja Sportivnaja Nauka Ukrainy” T. 2 2007, s. 29.

⁶³⁰ J. Niedbalski, *Sport jako narzędzie aktywizacji i społecznej integracji osób z niepełnosprawnością fizyczną*, „Problemy Polityki Społecznej” Vol. 28 2015, s. 106.

hedonistycznego, higieniczno-zdrowotnego, wychowawczo-psychologicznego i społecznego⁶³¹ (patrz: tabela 4.2.).

Tabela 4.2. Cele aktywności fizycznej (sportowej) osób niepełnosprawnych

Cel aktywności fizycznej	Opis
Cel leczniczy	Aktywność fizyczna to kontynuacja leczenia i rehabilitacji; wymóg uwzględniania działania tych układów i narządów ruchu koniecznych do utrzymania w niezbędnej sprawności; zastosowanie zasady o braku szkodliwości ruchu (ruch nie powinien prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia i sprawności)
Cel biologiczny	Aktywność fizyczna i ruch to niezbędne elementy ludzkiego życia; konieczna systematyczność dla uzyskania kompensacji ubytków morfologicznych sprawności fizycznej; wpływ ruchu na zmniejszenie skutków starzenia się osób niepełnosprawnych
Cel anatomiczno-fizjologiczny	Aktywność fizyczna umożliwiająca utrzymanie właściwych stosunków anatomicznych w obrębie stawów, mięśni (zapobieganie przykurczom i zanikom); uzyskanie oszczędności energetycznej ważnej dla osób niepełnosprawnych, wykonujących codzienne czynności z większym wydatkiem energetycznym
Cel higieniczno-zdrowotny	Aktywność fizyczna bardzo ważna dla ludzkiego zdrowia, w przypadku osób niepełnosprawnych to obowiązek; aktywność sportowa to sposób na hartowanie organizmu, zwiększenia oporności na ponoszone trudy i niewygody, kontrolę nad stanem zdrowia i sprawnością fizyczną
Cel wychowawczo-psychologiczny	Aktywność fizyczna wspierająca rozwój pozytywnych cech osobowości człowieka; aktywność sportowa zapobiegająca występowaniem postaw egocentrycznych, agresji, apatii (innych przejawów nieprzystosowania społecznego)
Cel hedonistyczny	Aktywność fizyczna umożliwiająca uczestnictwo w kulturze sportowej, pozytywnie oddziałującej na człowieka i jego organizm; ruch to źródło radości i zadowolenia, co ważne w czasie monotonnego procesu rehabilitacji (trudności z utrzymaniem motywacji)
Cel społeczny	Aktywność fizyczna powiązana ze współczesnymi koncepcjami rehabilitacji, uwzględniających dążenie do powrotu do zdrowia (przywrócenia funkcji ruchowych) jako środka do podjęcia przez osobę niepełnosprawną aktywności społecznej w sferze towarzyskiej, zawodowej, kulturalnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Zawadziński, M. Napierała, M. Pezala, W. Zukow, *Aktywność ludzi niepełnosprawnych w Przedsiębiorstwie Wielobranżowym „Łuczniczka” w Tucholi*, „Journal of Health Sciences” Nr 4(14) 2014, s. 14.

Aktywność ruchowa ma zatem istotne znaczenie dla osób niepełnosprawnych, ponieważ wspiera ich zdrowie w sferze fizycznej, emocjonalnej i społecznej, a także stanowi narzędzie ich rehabilitacji. W pierwszym przypadku podejmowanie aktywności fizycznej zapobiega kumulacji biologicznych skutków niepełnosprawności, a przy tym przyspiesza i wspomaga procesy odnowy biologicznej, regeneracji organizmu.

⁶³¹ A. Zawadziński, M. Napierała, M. Pezala, W. Zukow, *Aktywność ludzi niepełnosprawnych w Przedsiębiorstwie Wielobranżowym „Łuczniczka” w Tucholi*, „Journal of Health Sciences” Nr 4(14) 2014, s. 13.

Aktywność fizyczna może także przyczynić się do kompensacji funkcji uszkodzonego organizmu, zapobiega hipokinezji oraz stanowi motywację do podejmowania kolejnych wyzwań i szerszej aktywności⁶³²; wspiera integrację i adaptację społeczną⁶³³.

Regularne ćwiczenia i uprawianie sportu przez osoby niepełnosprawne zmniejszają ich fizyczne ograniczenia oraz wspierają mechanizmy kompensacyjne, przyspieszają powrót funkcji uszkodzonych części ciała (np. poprawa stabilizacji tułowia czy powrót czucia mięśni). W efekcie treningu sportowego osoba niepełnosprawna uzyskuje większą sprawność, co prowadzi do lepszych efektów związanych z wykonywaniem codziennych czynności (przemieszczanie się, toaletę, ubieranie, gotowanie, jazdę samochodem, pracę), pokonywanie barier architektonicznych (chodników, wysokich krawężników, schodów i progów w budynkach, wąskich drzwi). Takie osoby niepełnosprawne stają się bardziej zaradne, skłonne do pozytywnego myślenia. Często posiadają również większą motywację do działania oraz integracji społecznej⁶³⁴.

Czynnikiem ryzyka zdrowotnego jest więc brak aktywności ruchowej (hipokinezja)⁶³⁵. Niedobór tej aktywności przyczynia się do regresu wydolności i sprawności fizycznej populacji⁶³⁶. Bezczynność ruchowa może być głównym czynnikiem ryzyka niepełnosprawności i przedwczesnego zgonu. Konsekwencje hipokinezji i jej skutki są widoczne w funkcjonowaniu układu krążenia, ruchu, oddechowego czy nerwowego. Występują one u osób z różnych grup wiekowych od dzieci po seniorów. Hipokinezja to czynnik ryzyka rozwoju licznych chorób. W powiązaniu z innymi cechami niezdrowego stylu życia (złe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu oraz nadużywanie alkoholu) tworzy korzystne warunki do rozwoju poważnych schorzeń i przedwczesnych zgonów (patrz: rysunek 4.1.).

⁶³² Tamże, s. 13.

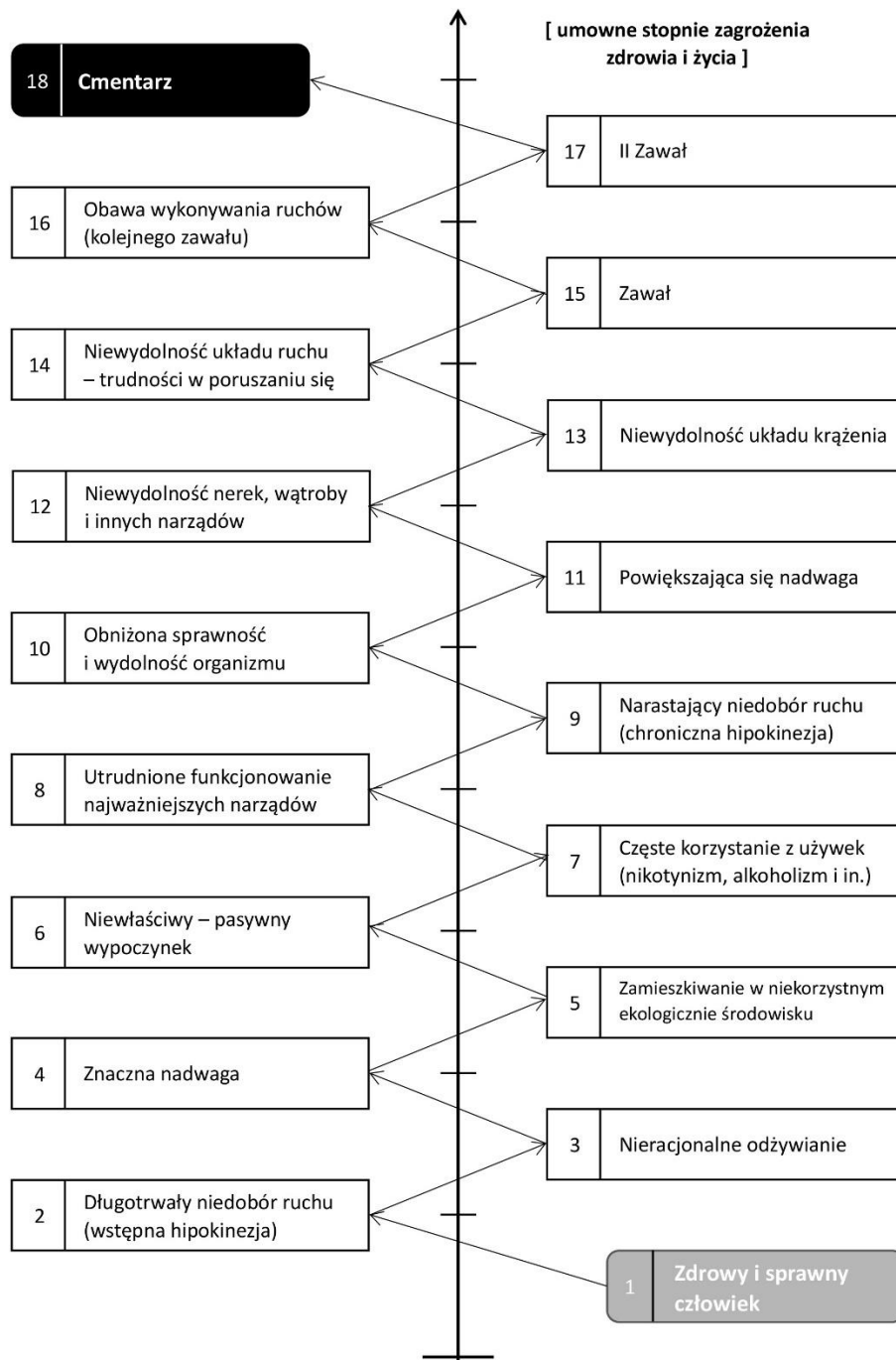
⁶³³ J. Niedbalski, dz. cyt., s. 106.

⁶³⁴ <https://rampa.net.pl/problemy-osob-z-niepelnosprawnoscia-jak-je-rozwiazac-poprzez-sport/> [dostęp: 3.08.2022].

⁶³⁵ J. Grobelna, *Pandemia COVID-19 a zmiany w aktywności fizycznej – tendencje i zalecenia prewencyjne*, [w:] M. Sobera (red.), *Hipokinezja – efekt pandemii COVID-19*, wyd. WAWF, Wrocław 2021, s. 18.

⁶³⁶ E. Antos, E. Stasiak, *Ocena aktywności fizycznej młodzieży ponadgimnazjalnej*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” Nr 1(42) 2015, s. 22.

Rysunek 4.1. Brak aktywności ruchowej człowieka i jej konsekwencje dla zdrowia – spirala śmierci



Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Starosta, *Motoryczne zdolności koordynacyjne*, wyd. WIS, Warszawa 2003, s. 18

Brak ruchu w połączeniu z innymi czynnikami ryzyka zdrowotnego może przyczyniać się do występowania chorób cywilizacyjnych, takich jak nadciśnienie krwi, nadwaga, zwyrodnienia kręgosłupa, płaskostopie i inne. Nawarstwienie występowania wyżej wymienionych czynników może prowadzić do nieodwracalnych zmian dla zdrowia

człowieka. Niedobór ruchu odpowiada za upośledzone stany sercowego i obwodowego krążenia krwi, zmniejszenie siły mięśniowej oraz odporności na trudności codziennego życia, zwiększenie ryzyka uszkodzenia stanów. Ponadto hipokinezja utrudnia racjonalne wykorzystywanie spożywanych posiłków, może prowadzić do otyłości oraz utrudnić jej leczenie⁶³⁷.

Hipokinezja stanowi element, który negatywnie oddziałuje na zdrowie somatyczne i samopoczucie człowieka, podnosząc ryzyko przedwczesnej śmierci. Według szacunków, w związku z hipokinezją i brakiem ruchu w Polsce w 2006 roku zmarło aż 16,4 tys. osób. Stanowiły one 4,2% wszystkich zgonów⁶³⁸.

Brak aktywności fizycznej to czynnik ryzyka zdrowotnego, który przyczynia się do rozwoju chorób niezakaźnych⁶³⁹. Są to często choroby przewlekłe⁶⁴⁰. Należą do nich: otyłość, cukrzyca, choroby układu krążenia oraz płuc, choroby nowotworowe. Ponadto brak ruchu wpływa na zmiany w obrębie stawów i kręgosłupa⁶⁴¹. Hipokinezja stanowi również czynnik ryzyka w zakresie zdrowia psychicznego. Człowiek nieaktywny ruchowo cechuje się większą podatnością na stres, który negatywnie oddziałuje na jego zdrowie w sferze somatycznej i emocjonalnej, a także społecznej.

Na świecie, w tym w Polsce, coraz większym problemem społecznym staje się plaga hipokinezji. Według danych Komisji Europejskiej z 2018 roku 56% Polaków nie podejmowało aktywności fizycznej, a tendencja ta ma charakter wzrostowy. W 2004 beczynnością cechowało się bowiem 46% Polaków (patrz: wykres 4.3.)⁶⁴².

⁶³⁷ A. Zawadziński, M. Napierała, M. Pezala, W. Zukow, dz. cyt., s. 13.

⁶³⁸ K. Plewka, *Hipokinezja jakie są skutki braku aktywności fizycznej?* [w:] <https://wylecz.to/kosci-i-stawy/zapalenie-stawu-kolanowego> [dostęp: 5.10.2022].

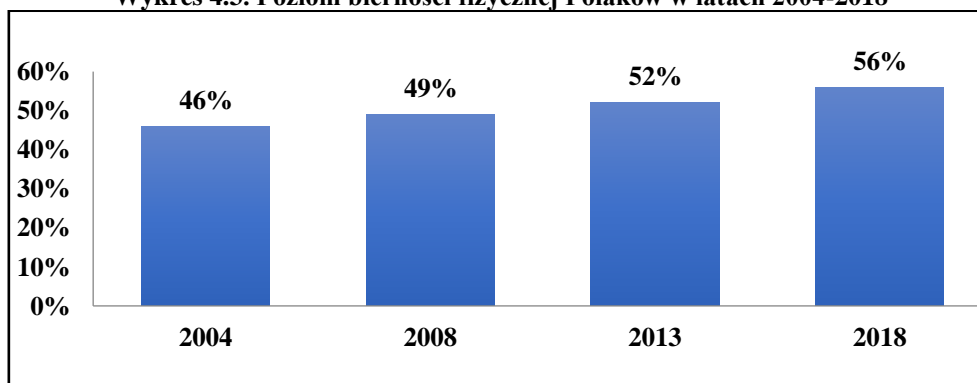
⁶³⁹ Z. Żukowska, *Aktywność fizyczna w prozdrowotnym stylu życia współczesnego człowieka*, [w:] A. Kaźmierczak, A. Maszorek-Szymała (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka. Teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje*, wyd. WUŁ, Łódź 2008, s. 10.

⁶⁴⁰ W. Siwiński, R. Rasińska, *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie” Nr 2 (56) 2016, s. 186.

⁶⁴¹ A.M. Krzyżanowska, *Formy aktywności ruchowej preferowane przez studentów uczelni warszawskich*, „Turystyka i Rozwój Regionalny” Nr 10 2018, s. 43.

⁶⁴² E. Biernat, W. Drygas, *Ekonomiczne i społeczne koszty niedostatecznej aktywności fizycznej Polaków*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, NIZP – PZH, Warszawa 2021*, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf [dostęp: 5.10.2022], s. 331.

Wykres 4.3. Poziom bierności fizycznej Polaków w latach 2004-2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Biernat, W. Drygas, *Ekonomiczne i społeczne koszty niedostatecznej aktywności fizycznej Polaków*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf [dostęp: 5.10.2022], s. 331.

Według innych badań z 2018 roku, 72% Polaków nie było aktywnych fizycznie chociaż raz w tygodniu⁶⁴³. Aż 60% pytanych uczestników nie podjęło intensywnej aktywności ruchowej w ciągu ostatniego tygodnia⁶⁴⁴. Z kolei 39% respondentów nie jeździło na rowerze, nie tańczyło lub nie wykonywało prac ogrodowych, a 21% osób rzadko podejmowało te formy aktywności⁶⁴⁵. Według badania CBOS z 2018 roku, 39% respondentów nie uprawiało sportu⁶⁴⁶. W 2013 roku ich udział był niższy o 5 punktów procentowych (34%)⁶⁴⁷.

W 2016 roku Elżbieta Biernat i Sonia Buchholtz zaprezentowały rezultaty analizy czynników społeczno-ekonomicznych, które powiązano z brakiem aktywności fizycznej Polaków lub jej niewystarczającym poziomem w latach 2014-2015. Badaniem objęto respondentów w wieku od 15 do 69 lat.

Autorki ustaliły, że bierność fizyczna z najwyższą częstotliwością cechowała osoby mające ponad 40 lat (patrz: wykres 4.4), a także legitymujące się wykształceniem niższym niż średnie (patrz: wykres 4.5), przynależące do niższej klasy społecznej (patrz: wykres 4.6) i mieszkające na wsi lub w małym mieście (patrz: wykres 4.7)⁶⁴⁸.

⁶⁴³ W. Śmigieński, *Aktywność fizyczna Polaków na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), dz. cyt., s. 108.

⁶⁴⁴ Tamże, s. 110.

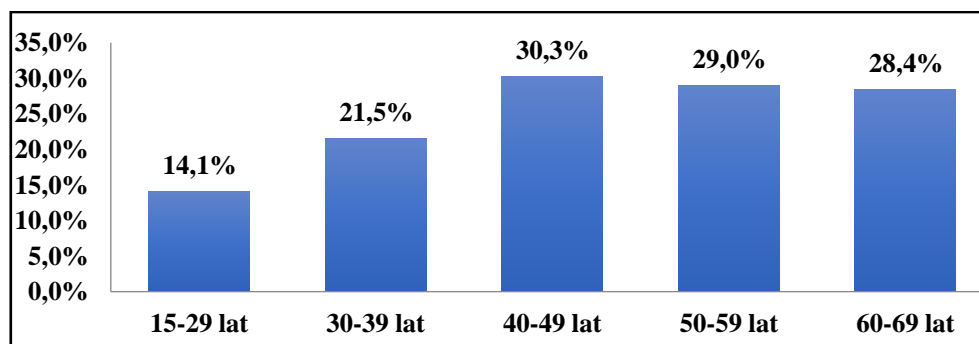
⁶⁴⁵ Tamże.

⁶⁴⁶ M. Omyła-Rudzka, *Aktywność fizyczna Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 125/2018, s. 3.

⁶⁴⁷ M. Omyła-Rudzka, *Aktywność fizyczna Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 129/2013, s. 3.

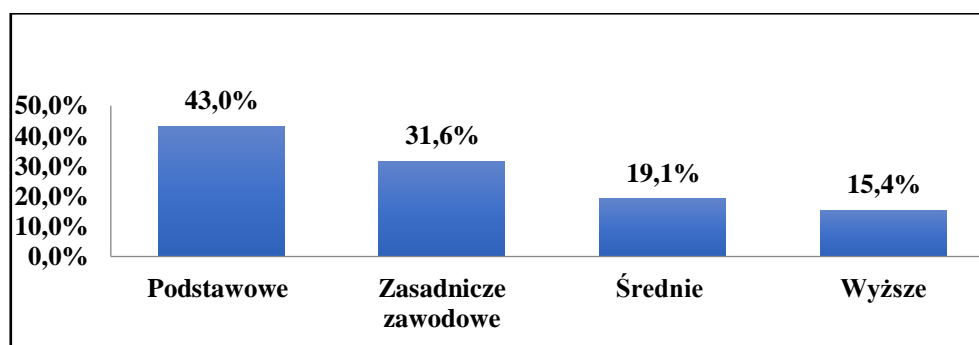
⁶⁴⁸ W. Śmigieński, dz. cyt., s. 112.

Wykres 4.4. Poziom bierności fizycznej a wiek respondentów



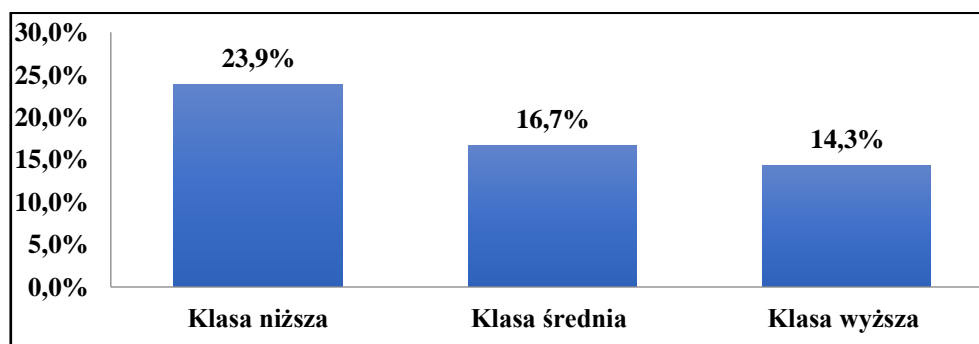
Źródło: W. Śmigielski, *Aktywność fizyczna Polaków na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf [dostęp: 05.10.2022], s. 112.

Wykres 4.5. Poziom bierności fizycznej a wykształcenie respondentów



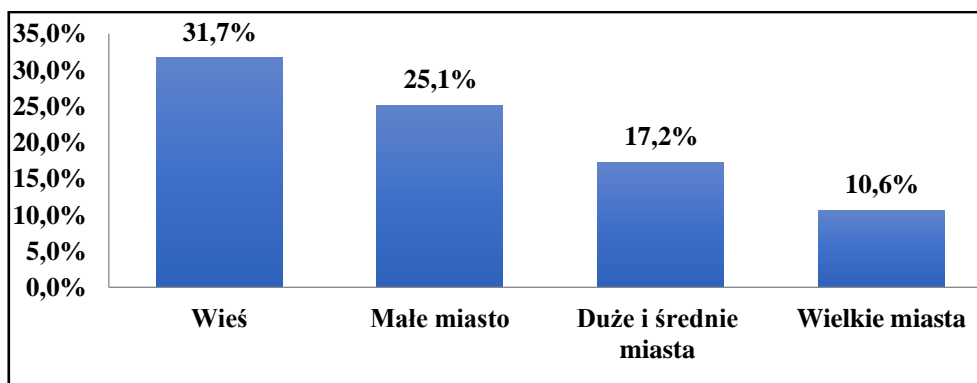
Źródło: W. Śmigielski, *Aktywność fizyczna Polaków na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf [dostęp: 05.10.2022], s. 112.

Wykres 4.6. Poziom bierności fizycznej a przynależność do klasy społecznej respondentów



Źródło: W. Śmigielski, *Aktywność fizyczna Polaków na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf [dostęp: 5.10.2022], s. 112.

Wykres 4.7. Poziom bierności fizycznej a miejsce zamieszkania respondentów



Źródło: W. Śmigieński, *Aktywność fizyczna Polaków na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktyw_nosc_fizyczna.pdf [dostęp: 5.10.2022], s. 112.

Polskie społeczeństwo cechuje wysoki poziom beczynności ruchowej. Ta tendencja jest znacznie silniejsza w przypadku osób niepełnosprawnych. Dwie trzecie z nich nie bierze udziału w wydarzeniach sportowych, co należy wiązać z cechami ich funkcjonowania. Nie mają dość czasu wolnego, sił, aby poza codziennymi czynnościami lub/i pracą, nauką podejmować aktywność fizyczną. Poza tym często dysponują mniejszymi zasobami finansowymi, aby uprawiać te dyscypliny sportowe, które są dla nich atrakcyjne⁶⁴⁹.

Ponadto osoby niepełnosprawne często zarzucają aktywność ruchową, ponieważ przyjmują bierną postawę wobec konieczności poprawy własnej kondycji zdrowotnej. Doświadczają konsekwencji choroby, dolegliwości bólowych, dlatego mogą obawiać się podjęcia aktywności fizycznej⁶⁵⁰. Nie korzystają z potencjału tej aktywności, które wykraczają poza sfery somatyczną i emocjonalną, ale obejmują także sfery poznawczą i społeczną⁶⁵¹, jak również wspierają proces integracji i adaptacji osoby niepełnosprawnej do jej środowiska społecznego⁶⁵².

Według badania GUS z 2004 roku, w Polsce 97,7% osób niepełnosprawnych wybierało bierne formy spędzania czasu wolnego, czym nie różniły się od osób pełnosprawnych. Jednak 61% niepełnosprawnych sięgało także po aktywne formy

⁶⁴⁹ A. Tikhonov, *Znaczenie organizacji pozarządowych jako instytucji zapewniających uczestnictwo osób z niepełnosprawnością wzrokową w aktywności fizycznej*, [w:] <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/128156/edition/118609/content?&meta-lang=pl> [dostęp: 7.10.2022], s. 363.

⁶⁵⁰ E. Bolach, B. Bolach, J. Trzonkowski, dz. cyt., s. 29.

⁶⁵¹ A. Gorący, M. Bluszcz, M. Beecker, *Wpływ aktywności ruchowej na rozwój zachowań prospołecznych osób dorosłych z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną*, „Aktywność Fizyczna i Zdrowia” Nr 12 2017, s. 48.

⁶⁵² J. Niedbalski, *Rola sportu w procesie urzeczywistniania idei integracji osób z niepełnosprawnościami*, „Pedagogika Społeczna” Nr 1-2(79-80) 2021, s. 225.

spędzania czasu wolnego. Spacerowali, uprawiali gimnastykę, jeździli na rowerze, deskorolce lub podejmowali inny nieintensywny ruch. Z kolei 19% osób niepełnosprawnych wybierało bardziej intensywne formy aktywności ruchowej. Obejmowały one bieganie, pływanie, aerobik lub inny sport rekreacyjny, a także sezonową pracę na działce czy w ogrodzie⁶⁵³. W Polsce tylko jedna na tysiąc osób niepełnosprawnych podejmuje aktywność sportową w ramach klubów zrzeszonych w Polskim Związku Sportu Niepełnosprawnych *START*.

Niski poziom aktywności ruchowej osób niepełnosprawnych spowodowany przez dominację biernego stylu życia pod względem fizycznym to źródło zagrożenia rozwoju lub pogłębiania się chorób i pogarszania się samopoczucia. W ich przypadku zwiększa się ryzyko wystąpienia otyłości, sztywności mięśni, chorób układu krążenia.

Brak aktywności fizycznej negatywnie oddziałuje na stan emocjonalny osób niepełnosprawnych, ponieważ nie mogą dzięki ruchowi załagodzić odczuwanego stresu wynikającego z ich ograniczeń⁶⁵⁴. Są oni narażeni na obniżenie poziomu oksytocyny, dopaminy i serotoniny, tzw. hormonów szczęścia uwalnianych w czasie aktywności fizycznej. W rezultacie nie odczuwają oni w dostatecznej mierze własnej autonomii i sprawstwa⁶⁵⁵. Ponadto mogą wystąpić także inne utrudnienia obejmujące problemy z uzyskaniem transportu, wysoki koszt uczestnictwa w ćwiczeniach, poczucie bezbronności, mniejszą wydolność organizmu spowodowana przez występowanie schorzeń towarzyszących, niską asertywność czy obniżony poziom energii⁶⁵⁶.

Niski poziom aktywności fizycznej czy sportowej osób niepełnosprawnych może mieć źródło w barierach o charakterze społecznym i psychologicznym, osobistym, architektonicznym, zdrowotnym, edukacyjnym, finansowym, a także w brakach w wyposażeniu i niewystarczającym propagowaniu uprawiania sportu⁶⁵⁷. Ich właściwości wskazano w tabeli 4.3.

Hipokinezja osób niepełnosprawnych może być rezultatem braku infrastruktury, która umożliwiłaby im podjęcie aktywności fizycznej. Często nie mają one dostępu do dostosowanych programów aktywności. W dostępnych klubach czy pływalniach

⁶⁵³ B. Cytowska, *Spędzanie czasu wolnego przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011, s. 363.

⁶⁵⁴ A. Tikhonov, dz. cyt., s. 364.

⁶⁵⁵ A. Nowak, *Rola aktywności ruchowej w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Zbliżenia Cywilizacyjne” Nr 3(12) 2016, s. 47.

⁶⁵⁶ K. Czerwińska, I. Kucharczyk, dz. cyt., s. 105.

⁶⁵⁷ A. Danecka, *Sport osób z niepełnosprawnością – przelamywanie barier*, „Rocznik Lubuski” T. 40 Cz. 2, s. 230-232.

brakuje odpowiedniego wyposażenia, przygotowanej kadry instruktorów i trenerów, którzy są przygotowani do prowadzenia zajęć odpowiednich dla poszczególnych grup osób niepełnosprawnych. Aktywność fizyczną utrudniają bariery społeczne, dotyczące bezpieczeństwa oraz wewnętrzne. Te pierwsze zachodzą, kiedy osoba niepełnosprawna potrzebuje partnera do ćwiczeń ruchowych lub zdrowego przewodnika. Bariery dotyczące bezpieczeństwa mają związek z obawami niepełnosprawnego dotyczącymi poruszania się. Często jego zachowanie to rezultat asekuracyjnego zachowania otoczenia. Osoba niepełnosprawna musi także zmierzyć się z barierami wewnętrznymi, aby podjąć aktywność fizyczną. W tym przypadku kluczowym czynnikiem ograniczającym tę aktywność są jej cechy osobowości, brak wiedzy o danej formie aktywności ruchowej⁶⁵⁸.

Tabela 4.3. Bariery uprawiania sportu przez osoby niepełnosprawne

Rodzaj barier	Opis
Bariery społeczne i psychologiczne	Niski poziom świadomości osób niepełnosprawnych o przydatności aktywności sportowej w ich życiu; brak zainteresowania do przełamywania barier społecznych przez niepełnosprawnych i ich opiekunów; brak motywacji osoby niepełnosprawnej do podejmowania aktywności fizycznej (sportowej).
Bariery osobiste	Brak chęci, czasu i zainteresowania aktywnością fizyczną, lenistwo; z kolei barierami u trenerów, nauczycieli, instruktorów, wolontariuszy są brak niezbędnych kwalifikacji, brak zainteresowania prowadzenie zajęć dla osób niepełnosprawnych.
Bariery architektoniczne	Problemy osób niepełnosprawnych z dostaniem się do licznych, starych obiektów (przed wprowadzeniem prawa zakazującego stosowania barier architektonicznych).
Bariery zdrowotne	Bariery spowodowane przez rodzaj dysfunkcji organizmu, poziom sprawności fizycznej osoby niepełnosprawnej, opinie i zalecenia lekarza dotyczące podjęcia przez nią aktywności ruchowej; konieczność dostosowania aktywności fizycznej do indywidualnych możliwości osoby niepełnosprawnej (skutkujące konieczności stworzenia adekwatnego, zindywidualizowanego programu treningowego, prowadzenie nielicznych grup złożonych z osób o podobnej sprawności i dysfunkcji organizmu)
Bariery edukacyjne	Wąska oferta programów szkoleniowych, brak materiałów metodycznych do ćwiczeń, długotrwałe przygotowanie sportowe; sport osób niepełnosprawnych nadal dziedziną wymagającą pomocy i wsparcia dla jego dynamiczniejszego rozwoju
Braki w wyposażeniu	Nadal ograniczony dostęp osób niepełnosprawnych do sprzętów i przyrządów specjalnych typu: wózki, protezy, pomoce wizualne i naukowe, piłki, ekspandery itd.
Bariery finansowe	Zbyt mała część budżetu publicznego przeznaczana na sport integracyjny, brak zainteresowania sponsorów i fundacji wspierających

⁶⁵⁸ D. Umiastowska, K. Nowak, *Preferowane formy aktywności fizycznej przez osoby z dysfunkcją wzroku na przykładzie mieszkańców Szczecina*, „Sport i Turystyka. Środkowoeuropejskie Czasopismo Naukowe. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie” T. 1 Nr 1 2018, s. 109-110.

	sport integracyjny, zbyt wysokie koszty dostępu do obiektów sportowych i rekreacyjnych
Brak dostatecznej promocji sportu	Niski poziom informowania społeczeństwa o pozytywnym wpływie ruchu na zdrowie i kondycję fizyczną; małe zaangażowanie mediów w promocję sportu dla osób niepełnosprawnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Danecka, *Sport osób z niepełnosprawnością – przelamywanie barier*, „Rocznik Lubuski” T. 40 Cz. 2, s. 230-232.

Niewielka aktywność fizyczna osób z niepełnosprawnością skutkuje wieloma problemami zdrowotnymi, do których zalicza się zmniejszenie ogólnej siły mięśni. W rezultacie tracą one często zdolność wykonywania podstawowych codziennych czynności, co sprawia, że są uzależnione od pomocy i wsparcia innych ludzi, wpływając na obniżenie poziomu ich samodzielności i samooceny. W Polsce od lat obserwuje się wzrost popytu na uzyskanie opiekunów osób niepełnosprawnych oraz nakładów budżetowych na ten cel.

Aby ograniczyć zagrożenie zdrowotne, którego źródłem jest hipokinezja, podejmowane są różne działania na szczeblu międzynarodowym, regionalnym, lokalnym i indywidualnym. Organizacje międzynarodowe zaangażowane w promocję zdrowia, zwracają uwagę na zagrożenia wynikające z hipokinezji. Na świecie podejmowane są próby ustalenia potencjalnego poziomu aktywności fizycznej, która zapewni człowiekowi utrzymanie lub poprawę kondycji zdrowotnej. To sposób na zapobieganie skutkom powszechnej tendencji do zarzucania aktywności ruchowej. W tę działalność od lat angażuje się WHO, która w listopadzie 2020 roku opublikowała nowe rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej populacji od dzieciństwa po wiek senioralny⁶⁵⁹. Wskazano w nich również grupy zagrożone dodatkowymi czynnikami ryzyka zdrowotnego i zaliczono do nich kobiety w ciąży i w okresie połogu, osoby z przewlekłymi schorzeniami i niepełnosprawnościami.

Zgodnie z rekomendacją WHO cenny jest każdy przejaw aktywności ruchowej, ponieważ źródłem problemów zdrowotnych pozostaje jej brak. Zalecono ograniczenie siedzącego trybu życia oraz regularne wykonywanie ćwiczeń aerobowych i wzmacniających mięśnie, a także – optymalne przedziały czasowe oraz poziom intensywności aktywności fizycznej dla poszczególnych grup wiekowych. Osoby dorosłe w wieku od 16 do 64 lat powinni podejmować umiarkowaną aktywność fizyczną przez 150 do 300 minut tygodniowo lub intensywną aktywność fizyczną przez 75 do 150 minut

⁶⁵⁹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341120/WHO-EURO-2021-1204-40953-58211-pol.pdf> [dostęp: 3.08.2022].

tygodniowo⁶⁶⁰. Ponadto dwa razy w tygodniu z umiarkowanym lub intensywnym natężeniem mają wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie. Natomiast dzieci i młodzież powinny codziennie poświęcać godzinę na aktywność ruchową, a trzy razy w tygodniu wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie. Osobom wcześniej nieaktywnym fizycznie rekomenduje się stopniowe rozwijanie swojej aktywności ruchowej⁶⁶¹. Eksperti WHO określili minimalną, niezbędną dzienną porcję ruchu dorosłego człowieka wykonującego pracę fizyczną na 10 tysięcy kroków, a 15 tysięcy dla pracujących umysłowo⁶⁶².

W rekomendacji WHO uwzględniono także osoby w wieku powyżej 65 lat, z chorobami przewlekłymi oraz osoby niepełnosprawne. Powinny one podejmować aktywność ruchową po konsultacji z lekarzem. Zasadniczo mają wykonywać ćwiczenia fizyczne z umiarkowaną intensywnością co najmniej trzy razy w tygodniu⁶⁶³. Osoby z niepełnosprawnościami lub chorobami przewlekłymi mają podejmować wysiłek aerobowy cechujący się umiarkowaną intensywnością przez okres od 150 do 300 minut w ciągu tygodnia lub dużą intensywnością w okresie od 75 do 150 minut tygodniowo. Jedno z kluczowych zaleceń to równomierne rozłożenie aktywności. Zgodnie z nim, osoby z niepełnosprawnościami lub chorobami przewlekłymi, o ile są w stanie, powinny wykonywać co najmniej przez dwa dni w tygodniu ćwiczenia oporowe. Ich cel to wzmocnienie głównych grup mięśni. Takie ćwiczenia cechują się umiarkowanym natężeniem. W przypadku, kiedy te osoby nie są w stanie podjąć aktywności ruchowej na umiarkowanym poziomie, wówczas muszą się zaangażować w aktywność fizyczną dostosowaną do ich możliwości⁶⁶⁴.

Wytyczne WHO z 2020 roku, zgodnie z *WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030*, należy zaimplementować do krajowych polityk zdrowotnych krajów zrzeszonych w tej organizacji⁶⁶⁵.

W Polsce polityka zdrowotna uwzględnia konieczność podnoszenia aktywności fizycznej społeczeństwa. Podejmowano różne działania, a w ich ramach Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk (KZP PAN) powołał w marcu 2019 roku

⁶⁶⁰ A. Marchewka, M. Kurcz, *Aktywność ruchowa osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011, s. 390.

⁶⁶¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf> [dostęp: 3.08.2022].

⁶⁶² W. Starosta, *Motoryczne zdolności koordynacyjne*, wyd. WIS, Warszawa 2003, s. 19.

⁶⁶³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf> [dostęp: 3.08.2022].

⁶⁶⁴ A. Kubica, *Aktualne rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, J. Zdrojewski (red.), dz. cyt., s. 62.

⁶⁶⁵ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf> [dostęp: 3.08.2022].

Komisję ds. opracowania wytycznych dotyczących poprawy aktywności fizycznej w Polsce, ponieważ zaobserwowano wzrost zachorowań i przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski. Interdyscyplinarny Zespół Ekspertów wskazał trzy zadania oraz kierunki działania społeczeństwa polskiego, które mają związek z zapobieganiem skutkom braku aktywności fizycznej. Objęły one opracowanie i upowszechnienie raportu KZP PAN o aktywności fizycznej Polaków; opracowanie, upowszechnienie i wdrożenie narodowych rekomendacji dotyczących aktywności fizycznej oraz przygotowanie założeń dla nowej strategii promocji powszechnej aktywności fizycznej jako kluczowego czynnika determinującego stan zdrowia somatycznego i psychicznego dla różnych grup społeczeństwa polskiego. Powstał raport KZP PAN pt. *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego*⁶⁶⁶.

W ramach polityki zdrowotnej promowana jest aktywność fizyczna, aby zachęcić społeczeństwo do większej troski o zdrowie także za sprawą tej aktywności.

W Polsce opracowano dokumenty strategiczne, które wspierają upowszechnienie aktywności fizycznej. Należą do nich: *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030. Fala Nowoczesności*, *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, *Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020*⁶⁶⁷.

Stosowane są kampanie interwencyjne, aby uświadomić jakie skutki wywołuje siedzący styl życia i brak aktywności ruchowej. W tym celu prowadzone są programy edukacyjne, interwencyjne czy kampanie zdrowotne o zasięgu populacyjnym⁶⁶⁸.

Aby zachęcić osoby niepełnosprawne ruchowo do zwiększenia aktywności fizycznej, warto wdrożyć programy interwencyjne, ponieważ umożliwiają one skupienie uwagi na działaniach dostosowanych do określonej grupy ludności. Zatem można go dostosować do możliwości, potrzeb i oczekiwań osób niepełnosprawnych ruchowo. Ponadto takie programy uwzględniają działania środowiskowe obejmujące tereny zielone, miejsca pracy i nauki, dzięki czemu zyskają one infrastrukturę, która umożliwi kontynuowanie aktywności fizycznej po zakończeniu programu⁶⁶⁹.

⁶⁶⁶ <https://www.pzh.gov.pl/niedostateczny-poziom-aktywnosci-fizycznej-w-polsce-jako-zagrozenie-i-wyzwanie-dla-zdrowia-publicznego-raport-komitetu-zdrowia-publicznego-polskiej-akademii-nauk/> [dostęp: 03.08.2022].

⁶⁶⁷ M. Gajewska, K. Lewtak, E. Urban, *Działania na rzecz upowszechnienia aktywności fizycznej – skala ogólnopolska*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), dz. cyt., s. 145-146.

⁶⁶⁸ J. Ruszkowska, M. Kwaśniewska, *Interwencje z zakresu zdrowia publicznego wspierające aktywność fizyczną*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), dz. cyt., s. 135-139.

⁶⁶⁹ Tamże, s. 137.

Działania interwencyjne dla osób niepełnosprawnych bywają opracowywane i wdrażane nie tylko przez organy ogólnopolskie⁶⁷⁰ i organizacje samorządowe⁶⁷¹, ale także pozarządowe⁶⁷². Wdrażane są programy różnych fundacji, które wspierają aktywność ruchową osób niepełnosprawnych. Stanowią one przy tym element lokalnej turystyki rekreacyjnej czy zdrowotnej⁶⁷³.

W Polsce od połowy XX wieku podejmowano działania, których celem było społeczne wsparcie aktywności fizycznej i sportowej osób niepełnosprawnych. Tworzono im warunki, aby stali się aktywnymi kibicami lub/i sportowcami. W latach 50. XX w. powstały instytucje wspierające, w tym *Zrzeszenie Sportowe START*, działające obecnie pod nazwą *Zrzeszenie Sportowe Niepełnosprawnych START*. Wśród jego celów znajduje się działalność w zakresie sportu osób niepełnosprawnych na terenie całego kraju. W XXI w. powstały także liczne inicjatywy społeczne wspierające aktywność sportową niepełnosprawnych; należy do nich stowarzyszenie *Klub Kibiców Niepełnosprawnych*, który za cel stawia sobie aktywizację społeczną i sportową osób niepełnosprawnych⁶⁷⁴.

Ponadto w ostatnich latach powstawało wiele inwestycji samorządowych i centralnych ukierunkowanych na tworzenie infrastruktury pozwalającej na uprawianie amatorskich sportów lub aktywne spędzanie wolnego czasu. Część z nich dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Zdrowie współczesnego człowieka jest zagrożone przez liczne zróżnicowane czynniki. Ta zależność, ale z większą mocą, oddziałuje na kondycję osoby niepełnosprawnej fizycznie, ponieważ jej ograniczenia często uniemożliwiają skuteczne

⁶⁷⁰ Zob. *Rozwój sportu osób niepełnosprawnych*, [w:] Informacja o wynikach kontroli NIK Nr ewid. 194/2016/P/16/023/KNO.

⁶⁷¹ Zob. *Program sportowo blisko domu do 2025 roku* przyjęty w ramach #Warszawa 2030. *Strategia*. W opracowanym i przyjętym *Katalogu form aktywności fizycznych blisko domu* z lipca 2020 roku uwzględniono osoby z niepełnosprawnościami. Celem działania adresowanego do tej grupy stało się zapewnienie im dostępu do aktywności fizycznej i rekreacyjnej, stworzenie grup o zbliżonych potrzebach, opracowanie programu zajęć i aktywności dostosowanych do określonych grup osób niepełnosprawnych, dzielnicy; zabezpieczenie tych zajęć w wykwalifikowaną kadrę i asekurację wolontariuszy, zapewnienie transportu dla uczestników zajęć, promocja tych zajęć na terenie wybranych dzielnic, na terenie których planowano organizować zajęcia. Założono, że osoby niepełnosprawne zyskają dostęp do zajęć na pływalni, ogólnorozwojowych, siłowych, wydolnościowych (na ergonometriach wioślarskiej), ogólnorozwojowych z elementami samoobrony (boks i kravmaga), a także zajęcia z tenisa stołowego i szermierki oraz nauki jazdy na wózku z elementami samoobsługi (*Katalog form aktywności fizycznych blisko domu*, AZS, Warszawa 2020, s. 78-81).

⁶⁷² Zob. A. Tikhonov, *Znaczenie organizacji pozarządowych jako instytucji zapewniających uczestnictwo osób z niepełnosprawnością wzrokową w aktywności fizycznej*, <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/128156/edition/118609/content?&meta-lang=pl> [dostęp: 07.10.2022].

⁶⁷³ Zob. A. Łapko, M. Kamińska, *Rejsy i szkolenia żeglarskie dla osób niepełnosprawnych jako modyfikacja produktu turystycznego służąca intensyfikacji ruchu turystycznego w tym segmencie konsumentów*, „Ekonomiczne Problemy Turystyki” Nr 2(34) 2016.

⁶⁷⁴ R. Bartoszewicz, N. Nahajowska, *Aktywność ruchowa osób niepełnosprawnych objętych wsparciem społecznym*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” Nr 47 2014, s. 118.

minimalizowanie zagrożeń. Ma to związek z jej zależnością od pomocy innych ludzi, dostępem do placówek medycznych i świadczeń zdrowotnych, a także z niską aktywnością społeczną. W rezultacie osoba niepełnosprawna fizycznie jest narażona na silne oddziaływanie skutków niepełnosprawności w sferze somatycznej, emocjonalnej i społecznej, których negatywny wpływ tworzą warunki dla wzmocnienia zewnętrznego i wewnętrznego ryzyka zdrowotnego. W przypadku niepełnosprawności fizycznej dużym problemem zdrowotnym jest niski poziom aktywności fizycznej lub jej brak. Społeczna kultura fizyczna nadal stoi na niskim poziomie, a w przypadku osób niepełnosprawnych ten negatywny trend jest często wyraźnie większy. Powoduje przy tym co najmniej równie duże szkody zdrowotne, jak w przypadku pełnosprawnej populacji. Osoby niepełnosprawne często nie mają dostatecznego wsparcia i pomocy, a niekiedy i motywacji, aby podjąć aktywność fizyczną. Problemem jest nie tylko ich niepełnosprawność, ale także uwarunkowania społeczne, w tym nieliczne programy adresowane do niepełnosprawnych, którzy chcą zmienić swój styl życia na zdrowszy, także za sprawą zwiększenia aktywności ruchowej.

4.2. Społeczna i personalna akceleracja zagrożeń bezpieczeństwa osób dysfunkcyjnych ruchowo

Bezpieczeństwu osób z dysfunkcjami ruchu zagrażają zjawiska o charakterze społecznym i personalnym. Do tych pierwszych zalicza się świadomość społeczną, ustawodawstwo, koszty, istniejące luki wsparcia społecznego oraz trudności w komunikacji. Są one powiązane z występowaniem barier strukturalnych, ponieważ przyczyniają się do niedostosowania środowiska fizycznego, infrastruktury techniczno-organizacyjnej, wzornictwa produkcyjnego i planowania zagospodarowania przestrzennego do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo⁶⁷⁵.

Do społecznych zagrożeń bezpieczeństwa osób dysfunkcyjnych ruchowo należy zaliczyć stosunek społeczeństwa wobec ich potrzeb. Po drugiej wojnie światowej w wielu krajach dostrzegano potrzeby osób niepełnosprawnych dotyczące ich rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia⁶⁷⁶. W Polsce ten proces nie trwał zbyt długo, dlatego że w okresie reżimu komunistycznego utrwalono przekonanie, że niepełnosprawni żyją

⁶⁷⁵ A. Klimczuk, *Współczesna polityka społeczna wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych*, „Pogranicze. Studia Społeczne” T. 22 2013, s. 192.

⁶⁷⁶ Szerzej: M. Bartnik, *Złagodzić ból niepełnosprawności. O sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo w Polsce w latach 1944-1970*, „Ethos” Nr 4(120).

na koszt społeczeństwa⁶⁷⁷. W rezultacie doszło do utrwalenia stereotypów i uprzedzeń wobec tej grupy społecznej. W społecznej świadomości osoba niepełnosprawna cechuje się wadami ciała lub/i umysłu oraz pozostaje przykuta do wózka inwalidzkiego⁶⁷⁸. Bez względu na charakter jej niepełnosprawności bywa postrzegana jako jednostka, która dysponuje niższym potencjałem poznawczym i psychicznym, dlatego należy ją izolować od reszty społeczeństwa. W dalszym ciągu widoczny jest proces stygmatyzacji osób z niepełnosprawnościami⁶⁷⁹. Negatywne nastawienie społeczne wobec nich tworzy niekorzystne warunki prowadzące do pogłębiania się dystansu społecznego. Członkowie społeczności unikają kontaktów z niepełnosprawnymi, blokują im dostęp do pewnych form aktywności oraz uniemożliwiają im udział w życiu zawodowym i społecznym⁶⁸⁰.

Dopiero w latach 90. XX wieku polskie społeczeństwo zaczęło zwracać uwagę na tę grupę społeczną. W wyniku kampanii społecznych oraz podejmowanych inicjatyw dokonywała się przemiana świadomości społecznej⁶⁸¹. W Polsce w 1994 roku respondenci CBOS byli przekonani, że pomocy najbardziej potrzebowali seniorzy, którzy byli chorzy i samotni (52%), a także osoby niepełnosprawne (37%) oraz chore i upośledzone dzieci (25%)⁶⁸². Cztery lata później, w 1998 roku, uczestnicy badania CBOS wskazali, że wsparcie powinno być skierowane w stronę dorosłych inwalidów i osób niepełnosprawnych (24%), następnie – niepełnosprawnych i chorych dzieci (12%) oraz niedołączonych, chorych i samotnych seniorów (3%)⁶⁸³. Dostrzegano grupy społeczne dotknięte niepełnosprawnością lub ryzykiem jej wystąpienia, co wiązało się ze zmianą społecznej wiedzy o utrudnieniach, których doświadczają one w codziennym życiu.

Z kolei w 2017 roku uczestnicy badania CBOS uważali, że osoby niepełnosprawne najczęściej doświadczają problemów finansowych (48%) oraz niewystarczającego

⁶⁷⁷ E. Jurgielewicz-Delegacz, dz. cyt. s. 131-132.

⁶⁷⁸ Zob. M. Florek-Łuszczki, S. Lachowski, *Działanie instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” T. 19 Nr 4 2013, s. 480; A. Bień, W. Dobrowolski, *Raport na temat interaktywnych modeli niepełnosprawności i możliwości ich adaptacji w warunkach polskich*, [w:] http://www.glusiwpracy.dobrekadry.pl/dokumenty/Raport-interaktywne_modelle.pdf [dostęp: 10.11.2022], s. 55-56.

⁶⁷⁹ Szerzej: K. Biel-Ziółek, *Wpływ barier mentalnych, społecznych i zawodowych na jakość życia chorych i niepełnosprawnych*, „Rozprawy i Artykuły Naukowe. NiS” Nr 63(3) 2017; M. Lejzerowicz, *Włączanie i integracja a stygmatyzacja osób niepełnosprawnych w polskiej edukacji*, Forum Oświatowe” Nr 1(28) 2016.

⁶⁸⁰ *Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych na lata 2021-2027. Powiat policki*, [w:] <https://policki.pl/wp-content/uploads/2021/04/Zalacznik-do-Uchwaly-Nr-21-2021-Powiatowej-Rady-Dzialal-nosci-Pozytku-Publicznego-z-dnia-2-kwietnia-2021-r..pdf> [dostęp: 7.11.2022], s. 16-17.

⁶⁸¹ M. Preisner, *Turystyka osób niepełnosprawnych*, „Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu” Nr 6 2011, s. 27.

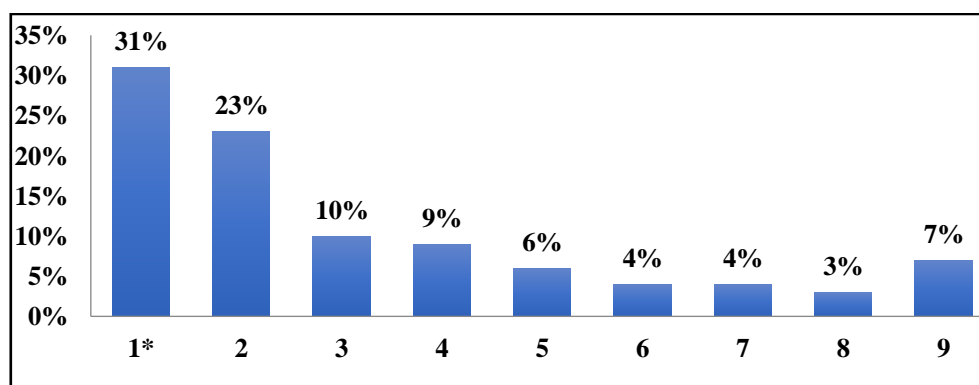
⁶⁸² *Dobroczytność i działalność charytatywna* – Komunikat z badań CBOS Nr 24/1994, s. 2.

⁶⁸³ *Działalność charytatywna – cele i zakres społeczny* – Komunikat z badań CBOS Nr 22/1998, s. 6.

dostępu do opieki zdrowotnej i rehabilitacji (33%), mierzą się z brakiem pracy (23%), barierami architektonicznymi (22%), izolacją społeczną, ograniczeniami kontaktów społecznych i towarzyskich (20%). Według respondentów niepełnosprawni doświadczają również braku akceptacji i nietolerancji (20%), zbyt małej dostępności zorganizowanych form wsparcia (17%)⁶⁸⁴.

Do analogicznych wniosków prowadziły także badania własne, przeprowadzone przez autora niniejszej pracy. 31% uczestników badania nie miało problemów z zaspokajaniem swoich potrzeb. Takich trudności doświadczało więc łącznie 69% osób. Respondenci, którzy doznali ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się wskazali, że dla nich największym problemem było przemieszczanie się (23%). Dla uczestników części badania równie istotny okazał się ograniczony dostęp do rehabilitacji (10%) i opieki medycznej (9%), natomiast w mniejszym stopniu – brak możliwości finansowania lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego z uwagi na tymczasowe ograniczenie ruchu (4%). 6% respondentów uznało, że ograniczenia ruchu uniemożliwiły wykonywanie pracy zawodowej. 4% osób doświadczyło trudności w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, kontaktach z ludźmi i robieniem zakupów. 7% osób wymieniło inne niezaspokojone potrzeby, do których należały: podejmowanie aktywności fizycznej, akceptacja innych ludzi, wsparcie psychiczne, intymność oraz zdobycie karty postojowej (patrz: wykres 4.8.).

Wykres 4.8. Niezaspokojone potrzeby respondentów z powodu ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się



Legenda: 1* – brak niezaspokojonych potrzeb, 2 – poruszanie się, 3 – rehabilitacja, 4 – konsultacja z lekarzem w krótkim czasie, 5 – praca zawodowa, 6 – potrzeby fizjologiczne, 7 – finansowanie lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego, 8 – zakupy, 9 – inne.

Źródło: badania własne.

⁶⁸⁴ M. Omyła-Rudzka, *Niepełnosprawni wśród nas* – Komunikat z badań CBOS Nr 169/2017, s. 3.

Polskie społeczeństwo uznało w 1997 roku, że wśród osób ubogich znajdują się ludzie skrzywdzeni przez los (27%). Zaliczono do nich seniorów, ludzi chorych, niepełnosprawnych i pozbawionych rodziny. Ich ubóstwo wiązano z sytuacją losową, w jakiej się znajdowali (25%). Zauważono, że nie mogą się oni wydostać z biedy przez chorobę czy kalectwo (41%), niezaradność życiową, bezradność w załatwianiu swoich spraw (40%)⁶⁸⁵. W 2013 roku 28% uczestników badania CBOS uznało osoby niepełnosprawne oraz seniorów za ludzi, którzy znajdują się w najgorszej sytuacji, doświadczają największych trudności i ograniczeń w polskim społeczeństwie. W ocenie pytanych, ryzyko tych zakłóceń najczęściej występowały w życiu ludzi niepełnosprawnych i chorych (20%) oraz w podeszłym wieku (14%), ponieważ napotykają większych trudności i ograniczeń w życiu społecznym niż inne osoby. Respondenci uważali, że taki los dotykał osoby chore psychicznie (89%), niepełnosprawne (88%) i starsze (85%)⁶⁸⁶.

W 2018 roku, według badania CBOS, Polacy uznali, że ze względu na stan zdrowia najbardziej pomocy potrzebują osoby przewlekle i nieuleczalnie chore, niepełnosprawne fizycznie i psychicznie (44%), w tym – renciści (5%)⁶⁸⁷. Dokonywała się zmiana światopoglądowa, w 2008 roku do najbardziej potrzebujących, na co wskazały badania CBOS, rzadziej zaliczono osoby z pierwszej ze wskazanych wcześniej kategorii (20%), a częściej – z drugiej kategorii (10%)⁶⁸⁸. W 2018 roku w opinii respondentów, pomocy potrzebują także ludzie starsi i emeryci (43%)⁶⁸⁹.

W Polsce zaczęto z czasem dostrzegać ludzi niepełnosprawnych oraz ich potrzeby. Jest to jednak powolny proces, dlatego nadal podejmowane są ogólnopolskie i lokalne inicjatywy, których celem pozostaje kształtowanie i umacnianie pozytywnych postaw społeczeństwa (lokalnej społeczności) wobec osób niepełnosprawnych i pogłębianie jego wiedzy o potrzebach i prawach niepełnosprawnych⁶⁹⁰.

Wspomniana pozytywna postawa wobec osób niepełnosprawnych nie jest typowa dla całego społeczeństwa. Nadal część Polaków nie ma bezpośrednich kontaktów

⁶⁸⁵ *Społeczna definicja biedy, jej zasięg i przyczyny* – Komunikat z badań CBOS Nr 33/1997, s. 5, 6.

⁶⁸⁶ K. Kowalczyk, *Komu w Polsce żyje się najtrudniej?* – Komunikat z badań CBOS Nr 139/2013, s. 2-7.

⁶⁸⁷ A. Głowacki, *Komu i jak pomagać? Pomoc społeczne w opinii Polaków?* – Komunikat z badań CBOS Nr 118/2018, s. 3.

⁶⁸⁸ J. Szczepańska, *Komu i jak pomagać? Pomoc społeczne w opinii Polaków?* – Komunikat z badań CBOS Nr 140/2008, s. 3.

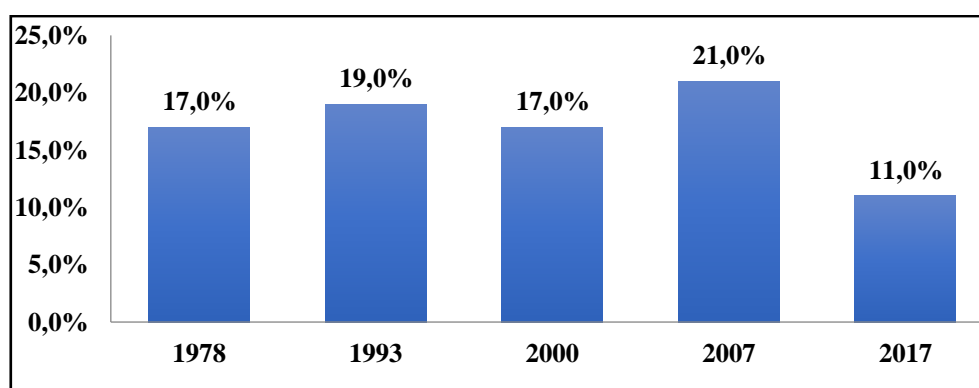
⁶⁸⁹ A. Głowacki, dz. cyt., s. 3.

⁶⁹⁰ Zob. *Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych na lata 2021-2027. Powiat policki*, dz. cyt., s. 16-17.

z niepełnosprawnymi, w tym z tymi z osobami z dysfunkcjami ruchu. W latach 1978-2000 stanowiły one od 11% do 21% uczestników badania CBOS⁶⁹¹ (patrz: wykres 4.9).

Ten stan rzeczy należy wiązać również z system edukacji osób niepełnosprawnych w Polsce, który pomimo zmian, nadal utrzymuje system segregacyjny oraz indywidualne nauczanie, a także odracza obowiązek szkolny. W rezultacie nie dochodzi do integracji zdrowych i niepełnosprawnych uczniów, dochodzi natomiast do uzyskiwania przez tych ostatnich gorszego wykształcenia⁶⁹², utrudniającego im odnalezienie się w dorosłym życiu na rynku pracy i w sferze publicznej.

Wykres 4.9. Brak kontaktu Polaków z osobami niepełnosprawnymi w latach 1978-2017



Źródło: W. Derczyński, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 85/2000, s. 2; E. Chwajda, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 169/2007, s. 2; M. Omyła-Rudzka, *Niepełnosprawni wśród nas* – Komunikat z badań CBOS Nr 169/2017, s. 1.

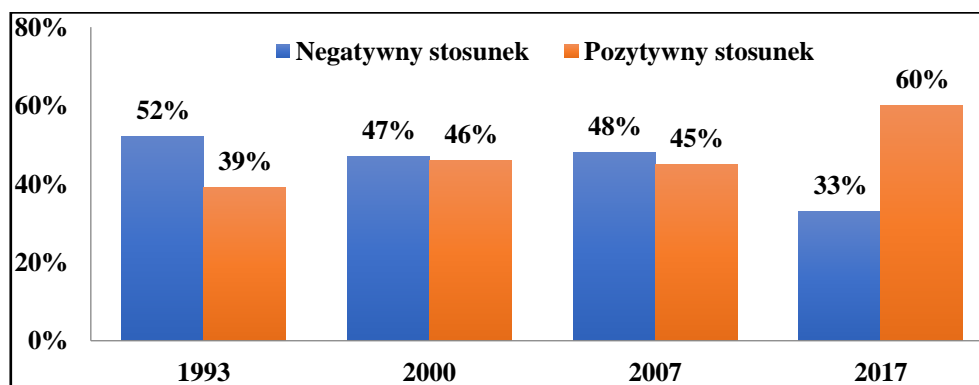
W Polsce nadal występują zachowania społeczne charakteryzujące się brakiem wrażliwości na potrzeby osób niepełnosprawnych i mogą być potencjalnym zagrożeniem dla ich bezpieczeństwa. W latach 1993-2017 roku, od 39% do 60% uczestników badania CBOS było zdania, że polskie społeczeństwo dobrze odnosiło się do inwalidów. W tym okresie przeciwną opinię wyrażało od 33% do 52% respondentów (patrz: wykres 4.10.)⁶⁹³.

⁶⁹¹ Zob. W. Derczyński, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 85/2000, s. 2; E. Chwajda, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikaty z badań CBOS Nr 169/2007, s. 2; M. Omyła-Rudzka, dz. cyt., s. 1.

⁶⁹² B. Szostek, *Wykluczenie społeczne niepełnosprawnych. Rys problematyki z perspektywy pastora listy*, „Warszawskie Studia Pastoralne UKSW” Nr 2(35) 2017, s. 192.

⁶⁹³ Zob. W. Derczyński, dz. cyt., s. 2; M. Omyła-Rudzka, dz. cyt., s. 10.

Wykres 4.10. Pozytywny i negatywny stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych w latach 1993-2017



Źródło: W. Derczyński, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 85/2000, s. 2; M. Omyła-Rudzka, *Niepełnosprawni wśród nas* – Komunikat z badań CBOS Nr 169/2017, s. 9.

W odniesieniu do niepełnosprawnych ruchowo zachowania części społeczeństwa nadal cechuje niechęć (20,3%), wrogość (17,6%) czy obojętność (27,1%). Do takiego wniosku prowadzą badania z 2013 roku, które przeprowadzono na terenie województwa podkarpackiego⁶⁹⁴. Ponadto Polacy sporadycznie kierowali mową nienawiści wobec seniorów i starości (0,2%), niepełnosprawności i choroby (0,1%)⁶⁹⁵. Jednak 11% respondentów przyznało, że adresatami mowy nienawiści bywają osoby niepełnosprawne⁶⁹⁶. Wskazane zjawiska powodują, że pomimo procesu integracji dzieci i młodzieży zdrowej oraz niepełnosprawnej, zdrowi uczniowie szkół średnich odczuwają ambiwalentne uczucia wobec rówieśników niepełnosprawnych ruchowo. Według badań Katarzyny Nowak doświadczają litości, obojętności, skrępowania i ulgi, że są zdrowi. Kontakt z niepełnosprawnym rówieśnikiem wywoływał u nich stres, dlatego nie byli zadowoleni z ich sąsiedztwa. Licealiści przypisywali im skrytość, brak samodzielności i małomówność. Uważali, że osoby niepełnosprawne ruchowo nie powinny zakładać rodziny⁶⁹⁷. Ponadto pomimo wdrażanych programów integracyjnych, w polskich szkołach młode pokolenie Polaków przejawia często bardziej negatywną postawę wobec osób niepełnosprawnych niż przedstawiciele starszych generacji⁶⁹⁸.

⁶⁹⁴ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, ROPS, Rzeszów 2014, [w:] https://www.rops.rzeszow.pl/dokumenty/badania/5_niepełnosprawni.pdf [dostęp: 9.11.2022], s. 28.

⁶⁹⁵ M. Feliksiak, *Mowa nienawiści* – Komunikat z badań CBOS Nr 139/2019, s. 3.

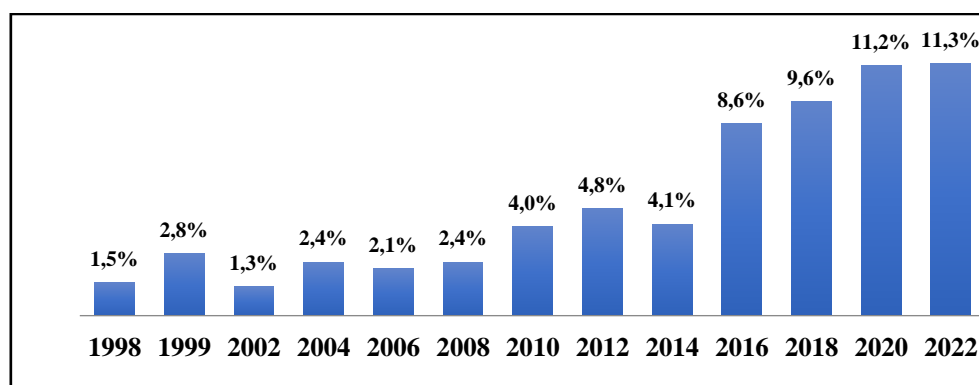
⁶⁹⁶ Tamże, s. 8.

⁶⁹⁷ K. Nowak, *Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych*, „Roczniki Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sekcja J” T. 28 Z. 1 2018, s. 79-80.

⁶⁹⁸ Z. Kazanowska, *Postawy wobec integracji społecznej osób z niepełnosprawnością w kontekście zmiany pokoleniowej*, „Edukacja – Technika – Informatyka” Nr 1(27) 2019, s. 260.

Społecznym zagrożeniem dla bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych, w tym tych z dysfunkcjami ruchu, jest nie tylko niedostateczny poziom wiedzy o ich funkcjonowaniu. Równie istotne znaczenie ma niska gotowość Polaków do podjęcia aktywności, aby niepełnosprawni mieli szanse zaspokajać swoje potrzeby. W 2000 roku 69% uczestników badania CBOS deklarowało gotowość niesienia pomocy niepełnosprawnemu sąsiadowi, a 6% uczestników badania już brało udział w takiej pomocy⁶⁹⁹.

Wykres 4.11. Udział Polaków w działalności organizacji charytatywnych wspierających osoby potrzebujące – w tym niepełnosprawnych w latach 1998-2022



Źródło: M. Feliksiak, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 41/2022, s. 2; M. Bożewicz, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 37/2020, s. 2; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 29/2018, s. 2; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS” Nr 13/2016, s. 2; B. Badora, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 60/2014, s. 10; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikaty z badań CBOS Nr 18/2012, s. 3; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich w latach 1998-2010* – Komunikat z badań CBOS Nr 16/2010, s. 3.

W Polsce w latach 1998-2022 zaledwie od 1,3% do 11,3% respondentów uczestniczących w badaniu CBOS (patrz: wykres 4.11) było zaangażowanych w działania organizacji charytatywnych, których beneficjentami były także osoby niepełnosprawne, oprócz seniorów, ludzi ubogich i bezdomnych, chorych oraz poszkodowanych przez klęski żywiołowe czy wojny⁷⁰⁰. W 1998 roku pytani przez CBOS Polacy deklarowali

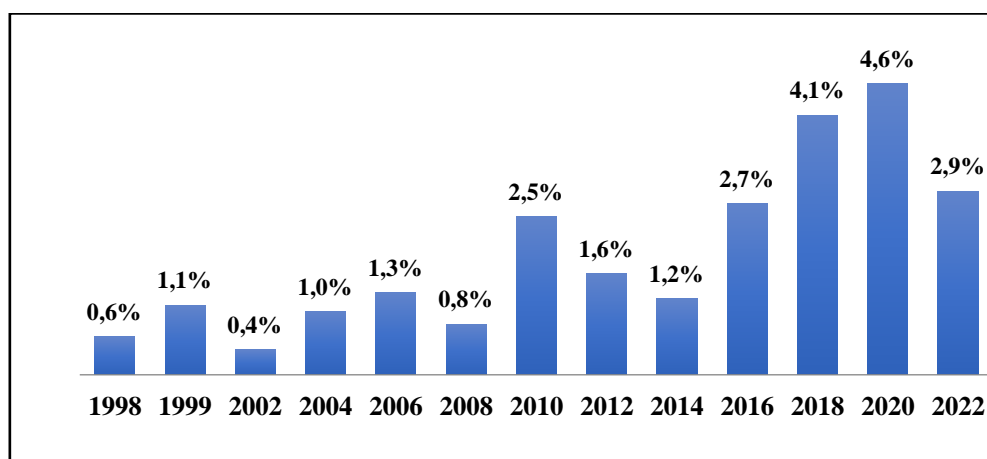
⁶⁹⁹ W. Derczyński, dz. cyt., s. 2.

⁷⁰⁰ Zob. M. Feliksiak, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 41/2022, s. 2; M. Bożewicz, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 37/2020, s. 2; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 29/2018, s. 2; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikaty z badań CBOS Nr 13/2016, s. 2; B. Badora, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 60/2014, s. 10; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 18/2012, s. 3; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich w latach 1998-2010* – Komunikat

gotowość finansowego wspierania działań dobroczynnych na rzecz chorych i upośledzonych dzieci (61%), osób niepełnosprawnych (48%) i samotnych oraz seniorów (40%).

W latach 1998-2016 w Polsce w działalność organizacji samopomocowych, do których zalicza się także stowarzyszenia osób niepełnosprawnych, jak również samotnych ojców, anonimowych alkoholików czy osób bezdomnych, wspierało od 0,4% do 4,6% uczestników badania CBOS (patrz: wykres 4.12.)⁷⁰¹.

Wykres 4.12. Udział Polaków w działalności organizacjach samopomocowych wspierających różne grupy ludzi – w tym osoby niepełnosprawne w latach 1998-2022



Źródło: M. Feliksiak, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 41/2022, s. 3; M. Bożewicz, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 37/2020, s. 2; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikaty z badań CBOS Nr 29/2018, s. 2; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 13/2016, s. 2; B. Badora, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 60/2014, s. 10; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 18/2012, s. 3; R. Boguszewski, *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich w latach 1998-2010* – Komunikat z badań CBOS Nr 16/2010, s. 3.

Nie wszyscy niepełnosprawni, w tym z dysfunkcjami ruchu, mogą liczyć na dostateczne wsparcie ze strony organizacji społecznych. Ma to także negatywny wpływ na stan wiedzy i postawy społeczne wobec ludzi niepełnosprawnych ruchowo.

Społecznym zagrożeniem dla bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych jest przyzwolenie na różne formy przemocy wobec nich⁷⁰², w tym na stosowanie aborcji, kiedy zachodzi ryzyko, że dziecko urodzi się upośledzone. W 2016 roku takie stanowisko

z badań CBOS Nr 16/2010, s. 3.

⁷⁰¹ Zob. M. Feliksiak, dz. cyt., s. 3; M. Bożewicz, dz. cyt., s. 2; R. Boguszewski, dz. cyt., s. 2; R. Boguszewski, dz. cyt., s. 2; B. Badora, dz. cyt., s. 10; R. Boguszewski, dz. cyt., s. 3; R. Boguszewski, dz. cyt., s. 3.

⁷⁰² M. Jurezyk, *Przemoc seksualna wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną – wymiary i oblicza*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej” Nr 34 2019.

przyjęło łącznie 53% respondentów biorących udział w badaniu CBOS. Przeciwnego zdania było 30% badanych. Ponadto polskie społeczeństwo rzadziej akceptuje aborcję (20%), kiedy rodzice są niepełnosprawni, więc okazują się niezdolni do sprawowania opieki nad dzieckiem. Przeciwnego zdania była połowa respondentów (50%)⁷⁰³.

Polskie społeczeństwo cechuje się ambiwalentną postawą wobec aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo. W rezultacie napotyka ją one na liczne przeszkody na rynku pracy, uniemożliwiają jej podjęcie. Należą do nich ograniczona liczba miejsc pracy adekwatnych do możliwości i kompetencji osób z niepełnosprawnościami ruchowymi, negatywne nastawienie ich społecznego otoczenia (opiekunów, rodziców, społeczności lokalnej, pracodawców i współpracowników) do procesu aktywizacji zawodowej, przekonanie pracodawców o niskich kompetencjach zawodowych niepełnosprawnych pracowników oraz wysokich kosztach ich zatrudnienia czy brak wsparcia instytucji samorządowych⁷⁰⁴.

Do podobnych wniosków prowadziły badania Pentor pt. *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*. Liczni przedstawiciele instytucji i firm pozytywnie odnosili się do aktywności zawodowej niepełnosprawnych pracowników, wiedzieli o istotnej roli pracy w ich życiu. Bywa ona ważniejsza niż w przypadku osób zdrowych. Jednak respondenci często byli przekonani, że niepełnosprawni ruchowo powinni pracować wyłącznie na chronionym rynku pracy, nie mają praktycznie żadnych możliwości i wyboru na rynku, nie są w stanie pracować bez dużej pomocy i wsparcia ze strony innych (patrz: wykres 4.13).

Uważali ponadto, że niepełnosprawni ruchowo pracownicy mają największe szanse znaleźć prostą i niewymagającą kwalifikacji pracę, są oni narażeni na ogromny stres, a także doświadczają złego traktowania i dyskryminacji. Niektórzy przedstawiciele instytucji i firm stali na stanowisku, że osoby niepełnosprawne ruchowo nie nadają się do pracy, nie potrafią w niej bowiem funkcjonować oraz w ogóle nie powinny podejmować pracy zawodowej⁷⁰⁵.

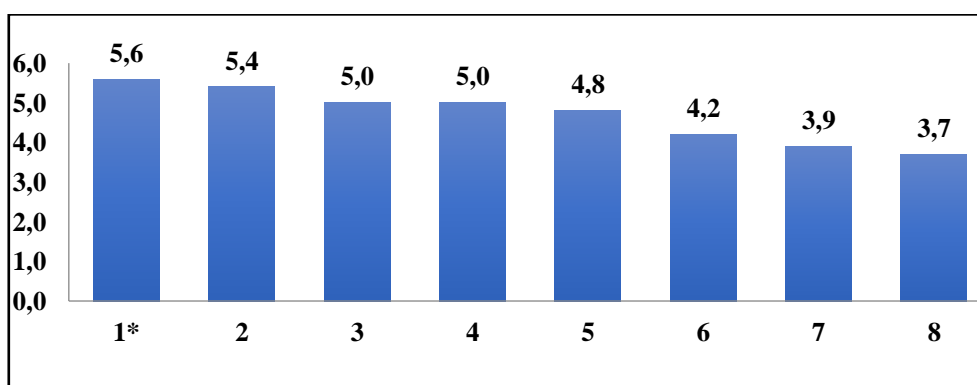
⁷⁰³ M. Bożewicz, *Dopuszczalność aborcji w różnych sytuacjach* –Komunikat z badań CBOS Nr 71/2016, s. 2, 6.

⁷⁰⁴ I. Wolińska, *Raport z badania warsztatów terapii zajęciowej. Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych*, [w:] *Raport-z-badania-warsztatow-terapii-zajeciowej.pdf* [dostęp: 10.11.2022], s. 64-65.

⁷⁰⁵ *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, [w:] *7780_Raport_CZESC_4z6_N_ruchowa_final.pdf* [dostęp: 7.01.2022], s. 11.

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2019 roku prowadzi do wniosku, że niekorzystna sytuacja niepełnosprawnych pracowników na rynku pracy stanowi także rezultat zaniechania ze strony jednostek administracji publicznej i państwowych osób prawnych. Nie zaangażowały się one dostatecznie w usuwanie barier zatrudniania osób niepełnosprawnych. Na stwierdzone niepowodzenia wpływały postawy pracodawców i niepełnosprawnych pracowników. Ci pierwsi ograniczyli się do realizacji podstawowych obowiązków, nie byli zainteresowani zwiększeniem zatrudnienia osób niepełnosprawnych oraz współpracą z organizacjami pozarządowymi dla upowszechnienia informacji o możliwości zatrudniania niepełnosprawnych, nie publikowali dedykowanych ofert zatrudniania w Internecie⁷⁰⁶.

Wykres 4.13. Postawy przedstawicieli instytucji i firm wobec aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo*



Legenda: * - respondenci wykorzystali skalę ocen od 1 do 9, w której 1 – oznaczało zupełnie się nie zgadzam, a 9 – całkowicie się zgadzam; 1* – powinny pracować na chronionym rynku pracy, 2 – nie mają praktycznie żadnych możliwości i wyboru na rynku, 3 – mają największe szanse znaleźć prostą i nie wymagającą kwalifikacji pracę, 4 – nie są w stanie pracować bez dużej pomocy i wsparcia innych, 5 – są narażone w pracy tylko na ogromny stres i nic więcej, 6 – są źle traktowane i dyskryminowane w miejscu pracy, 7 – nie nadają się do pracy, nie są w stanie w niej funkcjonować, 8 – w ogóle nie powinny pracować, to nie ma to sensu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, [w:] 7780_Raport_CZESC_4z6_N_ruchowa_final.pdf [dostęp: 7.01.2022], s. 12.

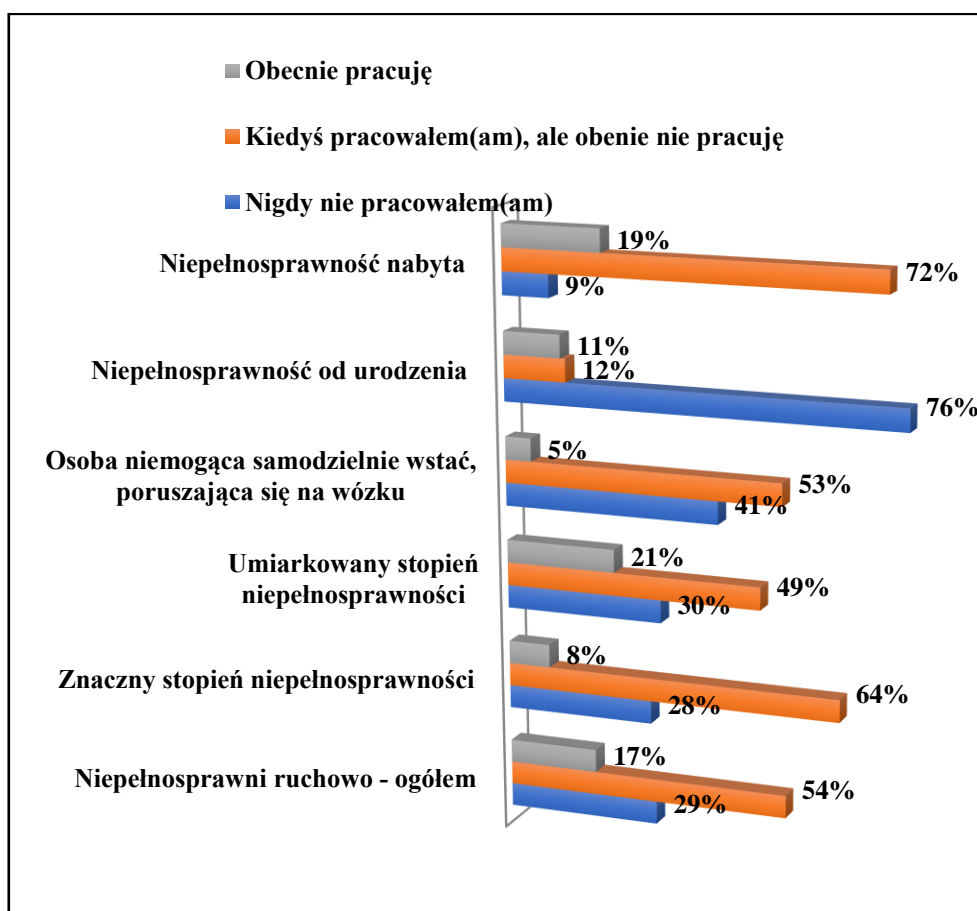
Do tej pory nie zostały zapewnione warunki, aby osoby niepełnosprawne ruchowo, w wieku produkcyjnym i zdolne do pracy, nie były narażone na bierność zawodową. W 2009 roku doświadczało jej w Polsce 85% niepełnosprawnych, zatem dwukrotnie częściej niż osoby zdrowe⁷⁰⁷. W tym okresie od 9% do 76% osób niepełnosprawnych

⁷⁰⁶ *Zatrudnianie osób niepełnosprawnych przez administrację publiczną i państwowe osoby prawne – Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 4/2019*, s. 10.

⁷⁰⁷ *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, dz. cyt., s. 15.

ruchowo nigdy nie pracowało zawodowo, a od 12% do 72% z nich wykonywało przez pewien czas pracę zawodową, ale obecnie nie byli zatrudnieni, wśród nich najliczniejsi byli niepełnosprawni od urodzenia, a najmniej liczni ci z niepełnosprawnością nabytą (wykres 4.14).

Wykres 4.14. Status osób niepełnosprawnych ruchowo na rynku pracy



Źródło: *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, 7780_Raport_CZESC_4z6_N_ruchowa_final.pdf [dostęp: 7.01.2022], s. 15.

Aktywnych zawodowo było od 5% do 21% niepełnosprawnych, wśród nich najliczniejsze okazały się osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością, a najmniej liczni byli niepełnosprawni, którzy nie mogli samodzielnie wstać i poruszali się na wózku⁷⁰⁸.

Polskie społeczeństwo według badań CBOS z lat 1993-2017 uważało, że za wspieranie codziennego funkcjonowania osób niepełnosprawnych odpowiada przede wszystkim ich bliższa rodzina (od 90% do 94%) lub/i dalsza (27%) (patrz: tabela 4.4.).

⁷⁰⁸ Tamże, s. 15.

Tabela 4.4. Opinie Polaków w latach 1993-2017 o podmiotach, które powinny opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi i wspierać ich w codziennym funkcjonowaniu (w %)

Wyszczególnienie	Lata			
	1993	2000	2007	2017
Rodzina	94	93	94	90
Służba zdrowia	72	74	75	----
Pracownicy pomocy lub opieki społecznej (pomoc społeczna)	62	71	56	73
Organizacje religijne	19	14	9	----
Przyjaciele, znajomi	17	25	23	25
Inne osoby niepełnosprawne (grupy samopomocy)	10	7	6	----
Fundacje, organizacje pozarządowe	----	----	----	45
Wolontariusze	----	----	----	33
Dalsza rodzina	----	----	----	27
Sąsiedzi	----	----	----	16
Odpłatna pomoc	----	----	----	9
Ktoś inny	2	5	3	2
Trudno powiedzieć	0	1	1	4

Źródło: W. Derczyński, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 85/2000, s. 12; E. Chajda, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 169/2007, s. 9; M. Omyła-Rudzka, *Niepełnosprawni są wśród nas* – Komunikat z badań CBOS Nr 169/2017, s. 7.

Badani uznali, że osoby z niepełnosprawnościami powinny być otoczone instytucjonalnym wsparciem. Według Polaków było to zadanie służby zdrowia (od 72% do 75%) oraz pracowników pomocy społecznej i opieki społecznej (od 62% do 73%). Badani w latach 2000-2007 uważali, że we wsparcie niepełnosprawnych w codziennym funkcjonowaniu powinny angażować się także inne podmioty. Zaliczyli do nich państwo, rząd, różne organizacje pozarządowe i zrzeszające osoby niepełnosprawne, PCK⁷⁰⁹, organizacja charytatywne i samopomocowe, funkcje i stowarzyszenia, ośrodki opieki i Kościół⁷¹⁰.

W 2017 roku Polacy byli zdania, że wsparcie osób niepełnosprawnych powinny zapewniać także fundacje i organizacje pozarządowe (45%) oraz wolontariusze (33%). Ponadto niepełnosprawni mogli korzystać również z odpłatnej pomocy (9%)⁷¹¹. Polskie społeczeństwo z czasem zaczęło zdawać sobie sprawę z tego, że środowisko rodzinne osób niepełnosprawnych nie jest w stanie zaspokajać ich wszystkich potrzeb. Zatem dostrzeżono konieczność otoczenia ich szerszym wsparciem instytucjonalnym i społecznym. Część społeczeństwa zaprezentowała stanowisko, że jest to zadanie

⁷⁰⁹ W. Derczyński, dz. cyt., s. 12.

⁷¹⁰ E. Chajda, dz. cyt., s. 9.

⁷¹¹ Zob. W. Derczyński, dz. cyt., s. 12; E. Chajda, dz. cyt., s. 9; M. Omyła-Rudzka, dz. cyt., s. 7.

bliższego otoczenia osób niepełnosprawnych, w tym dalszej rodziny, sąsiadów, wolontariuszy i organizacji społecznych.

Niepełnosprawność członka rodziny negatywnie wpływa na funkcjonowanie środowiska rodzinnego, w którym muszą wystąpić zamiany. To rezultat adaptacji do nowego wyzwania. Ma to miejsce, kiedy niepełnosprawność jest wrodzona i nabyta. Szczególnie w pierwszym przypadku niepełnosprawność dziecka okazuje się dużym wyzwaniem dla rodziców, ponieważ każe im zrewidować swoje oczekiwania wobec potomka oraz wymaga znacznie szerszego zakresu kompetencji rodzicielskich i wychowawczych⁷¹².

Współcześnie środowiska rodzinne często cechują się niskim poziomem takich umiejętności⁷¹³, ich stan okazuje się niedostateczny w przypadku opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem. Rodzice muszą więc nabyć potrzebne kompetencje, co wymaga od nich zaangażowania, a od ich otoczenia – zapewnienia niezbędnej pomocy

⁷¹² Szerzej: M. Grabiec, *Dylematy rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, za: GrabiecM-Dylematy.pdf [dostęp: 3.11.2022]; M. Zdanowska-Serzysko, *Postawy rodzicielskie wobec dzieci z upośledzeniem umysłowym*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” Nr 1 2008; P. Gołaska, *Postawy rodzicielskie a refleksyjność matek dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozprawa doktorska*, wyd. WSE UAM, Poznań 2015; M. Serzysko-Zdanowska, *Postawy rodzicielskie wobec dzieci z upośledzeniem umysłowym*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” Nr 8 2008.

⁷¹³ Szerzej: A. Błasiak, (*Nowy*) *wymiar rodzicielstwa – wybrane aspekty*, [w:] D. Opozda, M. Leśniak (red.), *Rodzicielstwo w wybranych zagadnieniach pedagogicznych*, wyd. KPR IP KUL, Lublin 2017; D. Opozda, *Zróżnicowanie rodzicielstwa – zarys refleksji*, [w:] D. Opozda, M. Leśniak (red.), *Rodzicielstwo w wybranych zagadnieniach pedagogicznych*, wyd. KPR IP KUL, Lublin 2017; L. Bakiera, *Styl realizacji rodzicielstwa a społeczny kontekst funkcjonowania współczesnych rodziców*, [w:] B. Harwas-Napierała, L. Bakiera (red.), *Oblicza współczesnej rodziny. Wybrane aspekty*, WN UAM, Poznań 2018; D. Budecka-Marciniak, *Rodzicielstwo „do-it-ypuself”, czyli refleksyjność współczesnego rodzicielstwa*, „Pogranicze. Studia Społeczne” Nr 14 2014; Ż. Stelter, *Sposób realizacji roli rodzicielskiej wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, „Polskie Forum Psychologiczne” Nr 1 2014; H. Liberska, *Co to znaczy udane rodzicielstwo? Koszty i zyski wejście w rolę rodzica*, [w:] L. Bakiera (red.), *Rodzicielstwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, wyd. WN UAM, Poznań 2020; M. Święcicka, *Dlaczego rodzice angażują się w wychowanie swoich dzieci? O kontrolowanej i autonomicznej motywacji rodzicielskiej w ujęciu teorii samostanowienia*, [w:] L. Bakiera (red.), *Rodzicielstwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, wyd. WN UAM, Poznań 2020; A.S. Piasecka, *Kompetencje rodziców dzieci uczęszczających na socjoterapię*, [w:] L. Bakiera (red.), *Rodzicielstwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, wyd. WN UAM, Poznań 2020; P. Ziółkowski, *Pedagogizacja rodziców. Potrzeby i uwarunkowania*, Studio Grafiki WSG, Bydgoszcz 2016; J. Herberger, *Atmosfera wychowawcza w rodzinach zróżnicowanych typologicznie*, [w:] J. Cichła, J. Herberger, B. Skrawek (red.), *Kultura pedagogiczna współczesnej rodziny*, Wydawnictwo Druk-Ar, Głogów 2010; A. Czeredemska, *Behawioralne wyznaczniki kompetencji wychowawczych*, [w:] J.M. Stanik (red), *Psychologiczno-pedagogiczne problemy trudności i zaniedbań opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie oraz sposoby ich rozwiązywania*, wyd. Comandor, Warszawa 2009; M. Netczuk-Gwoździwicz, *Psychospołeczne funkcjonowanie ofiar przemocy*, wyd. WSOWL, Wrocław 2011; L.W. Coyne, A.R. Murrell, *Radość z rodzicielstwa. Jak odnaleźć równowagę, spokój i szczęście. Terapia akceptacji i zaangażowania*, tłum. S. Pikiel, wyd. GWP, Sopot 2020; M. Jackiewicz, M. Białecka-Pikul, *Kompetencja rodzicielska. Użyteczny konstrukt w badaniach nad rolą rodzicielskich oddziaływań w rozwoju dziecka*, „Psychologia Rozwojowa” T. 24, Nr 1 2019; R.W. Firestone, *Nietoksyczne rodzicielstwo. Jak mądrze wychować dzieci*, tłum. I. Szyszkowska-Andruszko, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza Warszawa 2007.

i wsparcia⁷¹⁴.

Niepełnoprawność często negatywnie oddziałuje na jakość i warunki życia rodziny. Ta nie zawsze skutecznie radzi sobie z wyzwaniem, dlatego dochodzi do zmian funkcji rodziny, relacji pomiędzy jej członkami lub rozpadu więzi⁷¹⁵. Zdarza się, że najbliższe otoczenie jest niezdolne do wspierania niepełnosprawnego, aby ten rozwijał swój potencjał i zyskał niezależność⁷¹⁶. Postawy rodziców czy partnerów determinują poziom akceptacji niepełnosprawności oraz samoocenę osoby niepełnosprawnej. Ich niski poziom przyczynia się do jej izolacji społecznej⁷¹⁷.

Obecność niepełnosprawnego członka w środowisku rodzinnym oddziałuje na jego specyficzne funkcjonowanie, co nie zawsze jest akceptowane przez wszystkich domowników. Niepełnosprawność bowiem zaburza rytm dobowy i krótkoterminowe plany, powoduje problemy finansowe, konieczność zmiany miejsca zatrudnienia, przerwania nauki czy pracy zawodowej przez zdrowego członka rodziny. Niekiedy występuje utrata bliskości pomiędzy rodzicami niepełnosprawnego dziecka czy między dorosłym niepełnosprawnym i jego partnerem. W przypadku niepełnosprawności nabytej niepełnosprawny może odczuwać wstyd, lęk, obniżoną samoocenę. Rodzina doświadcza konfliktów i zaburzeń komunikacji, braku szczerości i porozumiewania się we wzajemnych kontaktach. Problemy środowiska rodzinnego z niepełnosprawnym członkiem rodziny są wzmacniane poprzez ograniczony dostęp do opieki medycznej – głównie tej specjalistycznej, narastające problemy finansowe, trudności z finansowaniem drogich leków i urządzeń pomocniczych⁷¹⁸.

Według badań CBOS z 2017 roku, rodziny z niepełnosprawnymi członkami są narażone na liczne trudności, w tym na problemy finansowe (52%) oraz związane z koniecznością godzenia pracy zawodowej z opieką nad niepełnosprawnym członkiem rodziny (44%), wypalenie, przemęczenie i brak sił (29%), niewystarczający dostęp do opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej (25%), za małą dostępność

⁷¹⁴ G. Baja, A. Kulak, E. Sobolewska, *Wybrane aspekty wsparcia dzieci niepełnosprawnych*, 0000052820-wcag.pdf [dostęp: 8.11.2022], s. 1328.

⁷¹⁵ Szerzej: B. Michalak, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie – zmiany podstawowej funkcji i więzi rodzinnych*, [w:] P. Dobrowolski, I. Mądry (red.), *Ubodzy i bezdomni*, wyd. WUŚ, Katowice 1998.

⁷¹⁶ G. Mikołajczyk-Lerman, *Warunki i jakość życia w gospodarstwach domowych z dzieckiem niepełnosprawnym*, [w:] <https://dSPACE.uni.lodz.pl/handle/11089/28846> [dostęp: 7.11.2022], s. 149.

⁷¹⁷ P. Borowiecki, *Jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej – przegląd wybranych badań*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 3(20) 2016, s. 84.

⁷¹⁸ Tamże, s. 86-87.

do zorganizowanych form wsparcia (15%), konflikty w rodzinie i rozpad więzi rodzinnych (8%), izolacja społeczna oraz ograniczenie kontaktów społecznych i towarzyskich (7%)⁷¹⁹.

Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą doświadczać przemocy domowej. W rezultacie powstają warunki do stosowania przemocy wobec osób z dysfunkcjami ruchu. Wśród nich są seniorzy⁷²⁰ i niepełnosprawni⁷²¹ ruchowo – dzieci⁷²², kobiety⁷²³ i mężczyźni⁷²⁴.

Wśród społecznych i prawnych zagrożeń bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo są liczne zmiany norm prawnych, które regulują ich uprawnienia i przywileje. Stanowią one przejaw coraz większej świadomości polskiego społeczeństwa oraz rezultat wpływu norm prawa unijnego⁷²⁵.

Polskie organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne w niedostatecznym stopniu wywierają nacisk na polskiego ustawodawcę. Pomimo ich lobbingu podejmuje on decyzje o charakterze politycznym, które nie zawsze dostatecznie służą beneficjentom. Niestabilność polskiego prawa, w tym prawa podatkowego, utrudnia funkcjonowanie osób niepełnosprawnych ruchowo. Aby mogły one skorzystać ze swoich uprawnień, muszą dysponować wiedzą o nowych rozwiązaniach, co może stanowić dla nich duże wyzwanie⁷²⁶.

Osoby niepełnosprawne ruchowo doświadczają ograniczeń w obszarze barier architektonicznych i infrastrukturalnych, które w Polsce nadal zbyt wolno są

⁷¹⁹ M. Omyła-Rudzka, dz. cyt., s. 4.

⁷²⁰ Szerzej: S. Bedyńska, A. Brzezička, K. Korzeniowski, P. Radkiewicz, K. Skarżyńska, *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych*, wyd. PAN IP, Warszawa 2009, s. 9-37; J. Mordawska, *Zjawisko przemocy wobec osób starszych – skala problemu, czynniki ryzyka, metody przeciwdziałania*, [w:] <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/41797> [dostęp: 10.11.2022]; T. Różański, *Przemoc wobec ludzi starszych w rodzinie. Zarys problematyki*, „Teologia i człowiek. Kwartalnik Wydziału Teologicznego UMK” Nr 4(54) 2020.

⁷²¹ Szerzej: A. Staręga, *Przemoc wobec osób niepełnosprawnych*, „Niebieska Linia” Nr 4 2003; S. Bedyńska, A. Brzezička, K. Korzeniowski, P. Radkiewicz, K. Skarżyńska, dz. cyt., s. 38-66.

⁷²² Szerzej: J. Helios, W. Jedlečka, *Współczesne oblicza przemocy. Zagadnienia wybrane*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2017, s. 87-90.

⁷²³ Szerzej: A. Staręga, *Przemoc wobec osób niepełnosprawnych*, „Niebieska Linia” Nr 4 2003.

⁷²⁴ Szerzej: M. Makara-Studzińska, A. Madej, *Przemoc wobec mężczyzn*, „Hygeia Public Health” Nr 4(50) 2015, s. 585-587.

⁷²⁵ M. Olczak-Winiarska, *Problematyka jakości życia niepełnosprawnych w wybranych krajach europejskich (Niemczech, Norwegii i Polsce) w kontekście uregulowań prawnych*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. 37 Z 3 2018, s. 90.

⁷²⁶ O problemach podatkowych tej grupy społecznej świadczy m.in. dostrzeże nie potrzeby zapewnienia im wsparcia informacyjnego za pomocą wydania e-broszurki pt. „Krajowa Informacja Skarbowa wyjaśnia: Ulga rehabilitacyjna. Roczne rozliczenie podatku dochodowego od osób fizycznych za 2020 r.” (<https://www.kis.gov.pl/documents/6609173/10425091/9.+Broszura+ulga+rehabilitacyjna.pdf>, [dostęp: 7.11.2022]).

likwidowane⁷²⁷. W rezultacie nie mogą zaspokajać swoich potrzeb społecznych, kulturalnych, turystycznych, komunikacyjnych oraz sprawnie funkcjonować⁷²⁸. Nadal mają problemy, aby skorzystać z oferty licznych punktów gastronomicznych, teatrów, muzeów, sklepów, toalet i środków komunikacji publicznej⁷²⁹, parków i terenów rekreacyjnych. Osoby niepełnosprawne ruchowo napotykają także na bariery fizyczne w postaci nierównej nawierzchni chodników, bruku, ulic czy architektury budynków, w których zastosowano schody i ręcznie otwierane drzwi⁷³⁰. Codzienne funkcjonowanie utrudnia im również zbyt mała liczba miejsc parkingowych dla niepełnosprawnych oraz częsta praktyka zajmowania ich przez osoby nieuprawnione⁷³¹.

Źródłem problemów jest również niedostosowanie środków transportu zbiorowego do potrzeb osób niepełnosprawnych⁷³² oraz wind (lub ich brak), brak podjazdów, poręczy, uchwytów w podjazdach czy toaletach. Źródłem problemów pozostają zbyt wąskie drzwi i przejścia oraz mała powierzchnia toalet. Osoby niepełnosprawne z województwa podkarpackiego, jako uczestnicy badania z 2013 roku, doświadczały największych trudności podczas przemieszczania się poza domem. Wśród nich znalazła się połowa uczestników badania z niepełnosprawnością ruchową⁷³³.

Niepokoić musi fakt, że pomimo zmian norm prawa budowlanego, uwzględniania potrzeb niepełnosprawnych osób i licznych działań samorządów terytorialnych, bariery architektoniczne stanowią utrudnienie w przemieszczaniu się osób niepełnosprawnych⁷³⁴. Nadal nie każdy środek transportu publicznego dostosowano do ich potrzeb, mimo że zostały one ustalone⁷³⁵.

⁷²⁷ B. Szluz, *Integracja czy stygmatyzacja osób niepełnosprawnych*, [w:] https://repozytorium.ur.edu.pl/bitstream/handle/item/2294/Szluz_Integracja.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp: 7.11.2022], s. 532.

⁷²⁸ 60% respondentów niepełnosprawnych ruchowo uznało bariery architektoniczne za czynnik, który najbardziej utrudniał im codzienne funkcjonowanie (L. Ścisło, G. Puto, A. Ptak, E. Walewska, A. Czupryna, *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Hygeia and Public Health” Nr 3(49), s. 598).

⁷²⁹ M. Preisner, dz. cyt., s. 28-29.

⁷³⁰ J. Szoltysek, *Miasto dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych – przykład działań Częstochowy i Gliwic*, „Studia Ekonomiczne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach” Nr 175 2013, s. 164.

⁷³¹ R. Wolniak, B. Skotnicka-Zasadzień, M. Zasadzień, *Zdefiniowanie poziomu oczekiwań osób niepełnosprawnych w zakresie barier architektonicznych w administracji publicznej*, [w:] http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2016/T2/t2_0514.pdf [10.11.2022], s. 521.

⁷³² Szerzej: *Dostępność publicznego transportu zbiorowego dla osób niepełnosprawnych w miastach na prawach powiatu* – Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 6/2016.

⁷³³ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, dz. cyt., s. 27, 15.

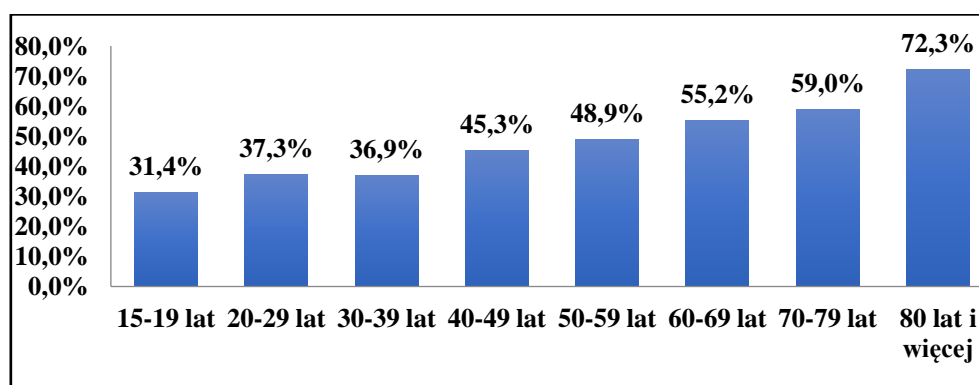
⁷³⁴ J. Szoltysek, dz. cyt., s. 176.

⁷³⁵ Szerzej: E. Raczyńska-Buława, *Osoby niepełnosprawne w systemie transportu zbiorowego*, „TTS” Nr 5 2017.

Bariery utrudniają osobom niepełnosprawnym ruchowo pełne korzystanie z przynależnych im praw obywatelskich, w tym z prawa wyborczego. W rezultacie często tracą wpływ na wybór reprezentantów mogących zainicjować działania w celu poprawy warunków ich funkcjonowania. Większość niepełnosprawnych respondentów (77%) preferowała bezpośredni udział w wyborach, czyli oddanie głosu w lokalu wyborczym, ale te muszą być dostosowane do ich możliwości i potrzeb. Co piąty niepełnosprawny uczestnik przyznał, że jego niepełnosprawność czy dysfunkcja ruchowa niekiedy utrudniała udział w wyborach, a dla wielu z nich korzystanie z prawa wyborczego pozostało trudne, mimo że ustawodawca przewidział liczne udogodnienia⁷³⁶.

Zagrożenia bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo tkwią także w nich samych. Te czynniki najczęściej oddziałują wraz z wiekiem niepełnosprawnych, ponieważ wówczas, szczególnie podczas procesu starzenia się, pojawiają się coraz liczniejsze utrudnienia i problemy. W 2016 roku w Polsce osoby niepełnosprawne ruchowo stanowiły 53,8% wszystkich niepełnosprawnych. Dysfunkcjami ruchu najczęściej dotknięte są osoby mające co najmniej 50 lat⁷³⁷ (wykres 4.15).

Wykres 4.15. Struktura wiekowa osób niepełnosprawnych z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu w 2016 roku



Źródło: P. Kubicki, *Wyzwania polityki publicznej wobec osób z niepełnosprawnościami*, wyd. PIE, Warszawa 2019, s. 17.

W rezultacie wiek, ale także odczuwane dolegliwości bólowe, płęć i stan cywilny oddziałują na funkcjonowanie, jakość życia, a pośrednio również na bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo. Podobną rolę pełnią inne czynniki, do których zalicza się wielkość miejsca zamieszkania, poziom wykształcenia, okres występowania i wiek rozpoznania niepełnosprawności, dobrostan psychiczny, niezależność, sytuacja

⁷³⁶ J. Zbieranek, *Ułatwienia w głosowaniu – opinie i oczekiwania* – Komunikat z badań CBOS Nr 50/2019, s. 7.

⁷³⁷ P. Kubicki, *Wyzwania polityki publicznej wobec osób z niepełnosprawnościami*, wyd. PIE, Warszawa 2019, s. 17.

finansowa, poczucie stygmatyzacji, samopoczucie fizyczne czy dostępność środowiska fizycznego i społecznego⁷³⁸.

Personalnymi źródłami zagrożeń dla bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych są bariery psychiczne. Niepełnoprawni mogą czuć się niepotrzebni innym ludziom⁷³⁹. Ich odczucia mają swoje źródła w procesie wychowania i socjalizacji, kiedy wpojono im potrzebę poddania się woli opiekunów czy innych osób trzecich. W rezultacie dochodzi do ukształtowania i umocnienia u nich biernej postawy społecznej i niechęci do uczestnictwa w życiu społecznym⁷⁴⁰, co negatywnie oddziałuje na ich własny obraz i przekonanie o posiadaniu woli i możliwości działania. Osoby niepełnosprawne ruchowo doświadczają konfliktu egzystencjalnego, wstydlivej odmienności, poczucia niższości i bezradności, ponieważ otoczenie postrzega ich jako osoby niezdolne trawle lub okresowo do zaspakajania własnych potrzeb. Wiedzą, że przynależą do mniejszości ze względu na swoje cechy fizyczne⁷⁴¹.

Pod wpływem barier psychicznych osoba niepełnosprawna ruchowo rezygnuje z podejmowania aktywności, które mogłyby zapewnić jej dostateczną ochronę. Nie jest zainteresowana aktywnością społeczną, ponieważ polskie społeczeństwo bowiem nadal przyjmuje ambiwalentne postawy wobec niepełnosprawnych. Dla osoby niepełnosprawnej ruchowo dużym obciążeniem psychicznym są negatywne uczucia przejawiane i objawiane przez członków jej otoczenia, jak również okazywanie im współczucia. W kontakcie ze swoim otoczeniem muszą liczyć się z różnymi, nieprzyjemnymi incydentami, do których należą natrętne spojrzenia, drwiny i śmiech czy nadmierne okazywanie litości⁷⁴².

Negatywne reakcje innych ludzi przyczyniają się do umocnienia u niepełnosprawnych poczucia wyizolowania, a niekiedy wykluczenia społecznego. Bywają oni narażeni na zaburzenia w sferze emocjonalnej: obniżony nastrój, stany depresyjne, podwyższona wrażliwość na zewnętrzne bodźce⁷⁴³, co utrudnia im codzienne

⁷³⁸ K. Pawłowska-Cyprysiak, M. Konarska, D. Żołnierczyk-Zreda, *Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Medycyna Pracy” Nr 2(64) 2013, s. 235-237.

⁷³⁹ K. Biel-Ziółek, dz. cyt., s. 17.

⁷⁴⁰ J. Ostenda, *Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] <http://www.pulib.sk/web/kniznica/el/pub/dokument/Bernatova10/subor/Ostenda.pdf> [dostęp: 10.11.2022], s. 206-207.

⁷⁴¹ J. Głodkowska, *Podmiotowość a doświadczenie zależności przez osoby z niepełnosprawnością – normalizacja jako „narzędzie ideowe” rehabilitacji podmiotowej*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 3(25) 2014, s. 96.

⁷⁴² M. Preisner, dz. cyt., s. 28.

⁷⁴³ K. Biel-Ziółek, dz. cyt., s. 21.

funkcjonowanie i podejmowanie różnych aktywności. W rezultacie wyjście z domu i kontakt z ludźmi jest dla nich znacznym wyzwaniem i źródłem stresu⁷⁴⁴.

Opisane powyżej czynniki bywają wzmacniane przez przekonanie niepełnosprawnych o braku dostosowania przestrzeni publicznej, placówek publicznych (szpitali, szkół, restauracji) do ich specyficznych potrzeb. W rezultacie część z nich rezygnuje z samodzielnych zakupów⁷⁴⁵. Wybór izolacji społecznej zapewnia im tylko pozorną ochronę przed nieprzyjemnościami, powodując, że dla otoczenia osoby te stają się niewidoczne. W rezultacie nie uwzględnia się ich potrzeb, nie rozumie wyzwań, z jakimi muszą się mierzyć każdego dnia.

Charakter niepełnosprawności ruchowej powoduje, że osoby nią dotknięte mają różnego rodzaju trudności o charakterze zdrowotnym lub są związane z zakłóceniem codziennego funkcjonowania. Te czynniki są najczęściej rezultatem ich niepełnosprawności, a skala problemu zależy od jej stopnia⁷⁴⁶. Osoby te mogą doświadczać pogarszania się nastroju, niepokoju, braku zainteresowania i przyjemności, wahań masy ciała, bezsenności, nadaktywności lub opóźnień psychomotorycznych, braku energii, trudności z koncentracją czy nawet mieć myśli samobójcze⁷⁴⁷.

Problemy z codziennym funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych ruchowo najczęściej dotyczą trudności z przemieszczaniem się i transportem. Występują u nich również utrudnienia, które uniemożliwiają samodzielne mycie i ubieranie, poruszanie w obrębie mieszkania czy przygotowanie posiłków. W rezultacie często muszą oni liczyć na pomoc rodziny, znajomych, sąsiadów czy kolegów z pracy⁷⁴⁸. To uzależnienie negatywnie oddziałuje na ich samopoczucie i samodzielność. Stanowi także czynnik, który utrudnia im codzienne funkcjonowanie, obniżając tym samym poczucie bezpieczeństwa⁷⁴⁹.

Dla osób niepełnosprawnych aktywność zawodowa zapewnia nie tylko źródło dochodu, ale także pozwala im zdystansować się wobec problemów, rozwijać się

⁷⁴⁴ M. Preisner, dz. cyt., s. 28.

⁷⁴⁵ J. Dębicka, E. Mazurek, *Postrzeganie jakości życia przez osoby niepełnosprawne*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” Nr 483 2017, s. 33.

⁷⁴⁶ 60% respondentów niepełnosprawnych ruchowo uznało dolegliwości zdrowotne za czynnik, który najbardziej utrudniał im codzienne funkcjonowanie (L. Ścisło, G. Puto, A. Ptak, E. Walewska, A. Czupryna, dz. cyt., s. 136).

⁷⁴⁷ D. Wolska, *Umiejętności życiowe jako wyznacznik aktywności zawodowej dorosłych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, wyd. WNUP, Kraków 2015, s. 23.

⁷⁴⁸ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, dz. cyt., s. 15, 16.

⁷⁴⁹ 10% uczestników badania niepełnosprawnych ruchowo uznało uzależnienie od innych ludzi za czynnik, który najbardziej utrudniał im codzienne funkcjonowanie (L. Ścisło, G. Puto, A. Ptak, E. Walewska, A. Czupryna, dz. cyt., s. 136).

zawodowo, doświadczają satysfakcji i zwiększenia poczucia własnej wartości. Praca zawodowa tworzy warunki, dzięki którym zdobywają umiejętności i doświadczenia, mają częsty kontakt z innymi ludźmi. Dzięki aktywności zawodowej niepełnosprawni pracownicy doświadczają poczucia niezależności, poprawy stanu zdrowia i samopoczucia, a także zyskują środki na dodatkową rehabilitację, swoje pasje i marzenia.

Jednak dla części niepełnosprawnych praca nie wywiera pozytywnych zmian w ich życiu. Ponadto obowiązki zawodowe nie zapewniają poczucia zadowolenia, stanowią bowiem źródło dodatkowych problemów, stresu, niepokoju i lęków⁷⁵⁰. Te negatywne skutki wykonywania pracy zawodowej mogą być powiązane z lukami kompetencyjnymi niepełnosprawnych pracowników, którzy potrzebują szkoleń, aby dostosować się do wymogów stawianych przez pracodawców. W ich ocenie niezbędne są szkolenia podnoszące poziom lub zmianę posiadanych kwalifikacji zawodowych, zapewniające umiejętności związane z obsługą komputera, pracą zespołową, posługiwaniem się językami obcymi, radzeniem sobie ze stresem, komunikacją, organizacją czasu i autoprezentacją⁷⁵¹.

Często niskie czy niedostosowanie kompetencje zawodowe oraz inne czynniki powodują, że osoby niepełnosprawne ruchowo rezygnują z pracy zawodowej. Na ten stan wpływają także polskie normy prawne. Tworzą one warunki, które zniechęcają osoby niepełnosprawne ruchowo do podjęcia pracy zawodowej, ponieważ mogą stracić uprawnienia do renty i innych świadczeń, jeżeli uzyskają dochody wyższe niż przewidują przepisy (patrz: wykres 4.16.)⁷⁵². Takie wynagrodzenie nie zaspokaja ich potrzeb, zatrudnienie bywa nietrwałe, więc niepełnosprawni stają przed licznymi dylematami, a dążenie do zapewnienia sobie ochrony socjalnej skłania ich do bierności zawodowej i bycia beneficjentem pomocy społecznej.

Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą wykazywać brak zainteresowania aktywnością społeczną czy zawodową. Według badania *Pentor* pracownicy instytucji rynku pracy zwracali uwagę na różne motywy podjęcia pracy zawodowej przez osoby z niepełnosprawnościami. Niekiedy szukali pracy, aby zrealizować swoje cele poboczne, w tym wypełnić oczekiwania rodziny. Tylko część z nich wyrażała gotowość podjęcia pracy zawodowej, pozostali uchylali się przed jej poszukiwaniem ze względu na obecny

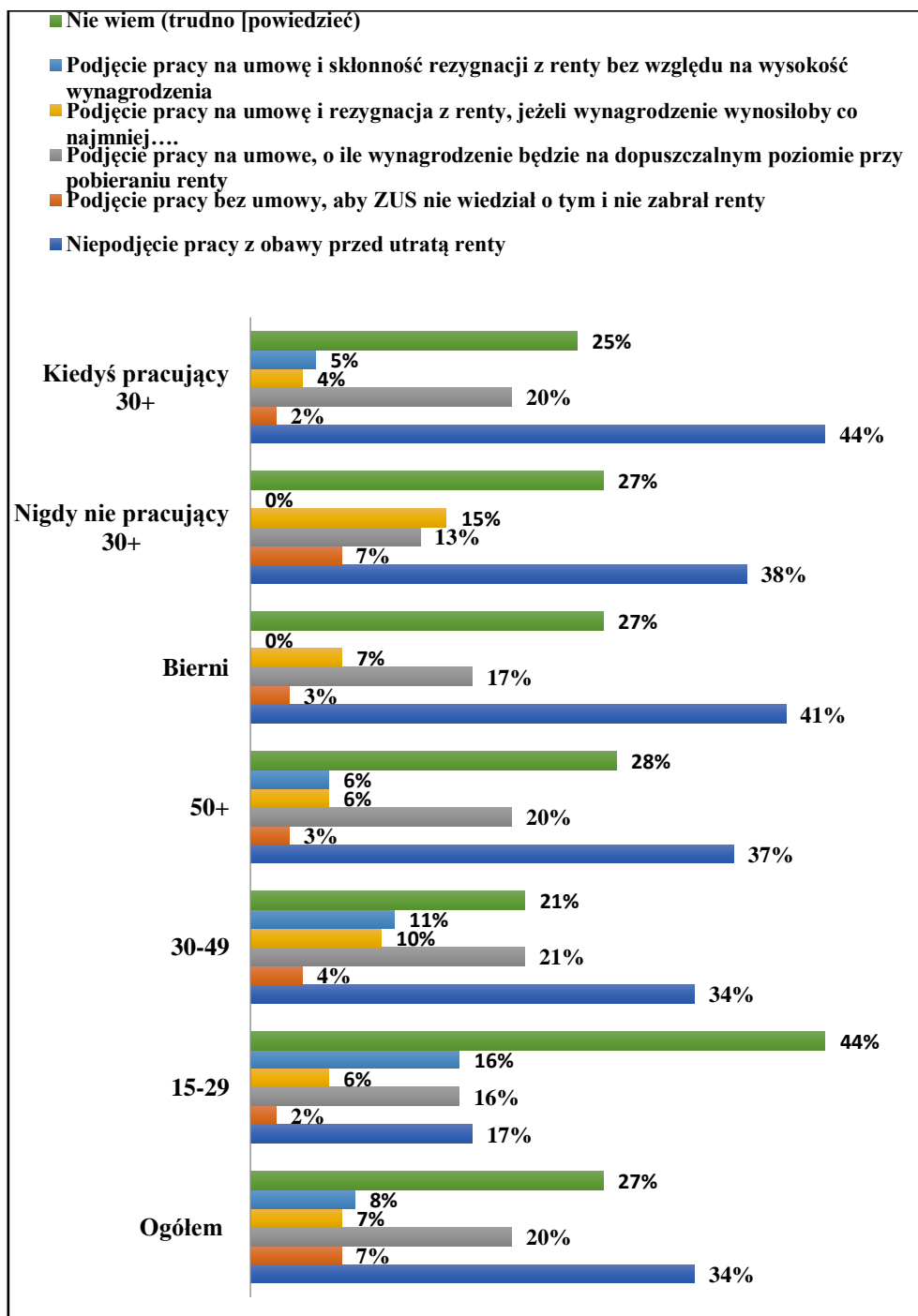
⁷⁵⁰ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, dz. cyt., s. 18-19.

⁷⁵¹ Tamże, s. 20.

⁷⁵² *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, dz. cyt., s. 18.

stan zdrowia, trudności z zapewnieniem opieki nad dzieckiem. Grupa osób niepełnosprawnych ruchowo w ogóle nie chce pracować zawodowo lub wykazała nieduże zainteresowanie jej podjęciem.

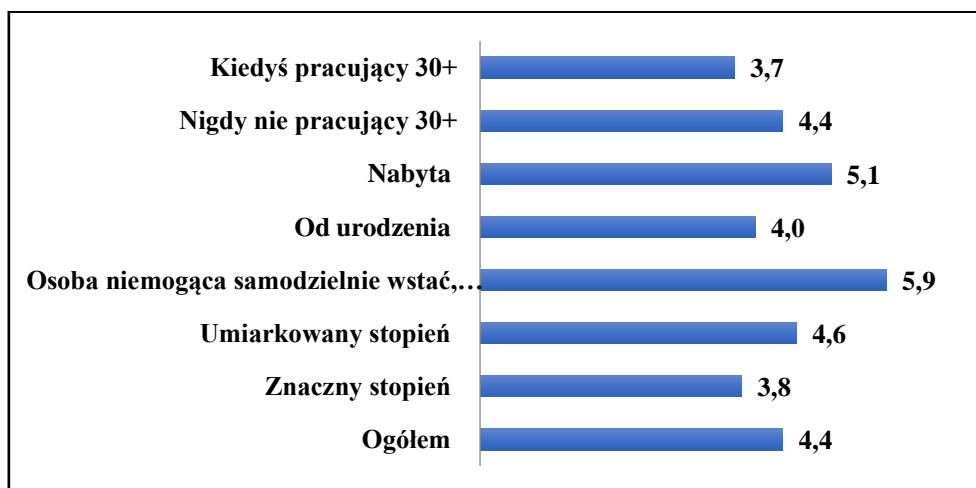
Wykres 4.16. Gotowość osób niepełnosprawnych do podjęcia pracy zawodowej w sytuacji obawy o utratę renty



Źródło: *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, 7780_Raport_CZESC_4z6_N_ruchowa_final.pdf [dostęp: 7.01.2022], s. 18.

Opisywana powyżej kwestia dotyczy najczęściej osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, niepełnosprawnych od urodzenia oraz tych, którzy już kiedyś pracowali zawodowo. (patrz: wykres 4.17.).

Wykres 4.17. Gotowość osób niepełnosprawnych do podjęcia pracy zawodowej*



Legenda: * - respondenci wykorzystali skalę ocen od 1 do 9, w której 1 – oznaczało brak gotowości do podjęcia pracy zawodowej, a 9 – bardzo dużą gotowość do podjęcia pracy zawodowej.

Źródło: *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, 7780_Raport_CZESC_4z6_N_ruchowa_final.pdf [dostęp: 7.01.2022], s. 15.

Na podstawie badania *Pentor* ustalono, że 63% niepełnosprawnych odrzucało możliwość podjęcia zaproponowanej pracy. Taką postawę przyjęło 70% osób poruszających się na wózku. Występowało duże prawdopodobieństwo, że zaproponowanej pracy nie podjęłoby 65% badanych, którzy już kiedyś pracowali oraz 72% niepełnosprawnych bez doświadczeń zawodowych. Ustalono, że bierność zawodową osób z dysfunkcjami ruchowymi determinowały czynniki mające związek z charakterystyką miejsca pracy. Należały do nich lokalizacja miejsca pracy (ponad 10 km od miejsca zamieszkania), brak podpisania formalnej umowy o pracę, konieczność wykonywania pracy w systemie zmianowym, narażenie na stres w pracy, konieczność rozwoju zawodowego (nauki i samokształcenia) i podejmowania decyzji oraz duża odpowiedzialność⁷⁵³.

Bezpieczeństwu osób z dysfunkcjami ruchu zagrażają liczne zjawiska o charakterze społecznym i personalnym. Tylko niektóre z nich zostały omówione. Ich liczba, specyfika i zakres zależą bowiem od danej osoby niepełnosprawnej ruchowo. Niewątpliwie jednak

⁷⁵³ *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, dz. cyt., s. 16.

czynniki społeczne, w tym proces wychowania i socjalizacji osoby niepełnosprawnej, cechy bliższego i dalszego środowiska oraz otoczenia tworzą warunki, które determinują jej poczucie bezpieczeństwa.

4.3. Braki w realizacji potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo

Osoby niepełnosprawne ruchowo często potrzebują wsparcia, aby zapewnić im bezpieczeństwo oraz możliwość zaspokajania potrzeb także za pomocą technologii ułatwiającej im przemieszczanie się. Należą do nich kule, laski oraz wózki inwalidzkie.

Respondenci niepełnosprawni ruchowo, biorący udział w badaniu przeprowadzonym w 2017 roku na zlecenie PFRON, zaliczyli do nowoczesnych technologii i rozwiązań mających zastosowanie w ich niepełnosprawności m.in. komputer oraz Internet (11%), transport i przemieszczanie się (9%), protezy i urządzenia (9%), urządzenia dnia codziennego (3%), telefon (1%), jak również oprogramowanie i aplikacje komputerowe (1%)⁷⁵⁴.

Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą przemieszczać się, korzystając z wózków inwalidzkich (patrz: tabela 4.5)⁷⁵⁵.

Tabela 4.5. Rodzaje wózków inwalidzkich

Rodzaj wózka inwalidzkiego	Opis wózka inwalidzkiego
Wózki ręczne	Wózki prowadzone samodzielnie lub przy pomocy innej osoby, wykonane ze stali lub aluminium, składające się do środka.
Wózki o napędzie elektrycznym	Wózki kierowane za pomocą joysticka (znajdującym się po lewej lub prawej stronie), o wadze do 300 kg, niekiedy wyposażone w funkcję leżenia lub podnoszenia do góry; wózki zasilane akumulatorem (ładowanie baterii do 8 godzin), większość z nich się składa.
Wózki do jazdy po nierównym, trudnym terenie	Wózki wyposażone w innowacyjne rozwiązania, umożliwiające dłuższe podróże dzięki mocnemu napędowi, oświetleniu LED i komfortowemu siedzisku.
Wózki hybrydowe	Wózki ręczne wspomagane przez silnik elektryczny (znajdujący się w kołach lub w przystawce).
Wózki elektryczne z respiratorem	Wózki przeznaczone dla osób z trudnościami z samodzielnym oddychaniem, potrzebującymi podłączenia do respiratora.
Wózki aktywne	Wózki lekkie, wykonane z aluminium, z poszerzonymi cechami jezdnyymi, nieskładające się do środka; wózki

⁷⁵⁴ Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy, dz. cyt., s. 61.

⁷⁵⁵ Szerzej: M. Tokarska, *Turystyka osób niepełnosprawnych ruchowo*, [w:] Z. Głębicki (red.), *Sprawnie dla niepełnosprawnych. Vademecum obsługi turystów z niepełnosprawnościami oraz osób starszych*, FTR, Szczecin 2020; E. Mikołajewska, *Wózki dla osób niepełnosprawnych. Budowa, akcesoria, dobór i użytkowanie*, BDW Margrafesen, Bydgoszcz 2012.

	z odpinanymi kołami, często wyposażone w rączki do pchania.
Wózki sportowe	Wózki o specjalnej konstrukcji i ustawieniu kół umożliwiające uprawianie wybranej dyscypliny sportowej, np. koszykówki, tenisa, lekkoatletyki.
Handbike	Wózki sportowe i rekreacyjne mające mechanizm korbowy podobny do tego, jaki stosuje się w rowerach; wózki używane na zewnątrz.
Wózki specjalistyczne	Wózki dla osób z przewlekłą niepełnosprawnością, o specjalnej konstrukcji dla użytkowników potrzebujących podparcia głowy i pleców; wózki wyposażone w regulowane specjalne zagłówki i oparcie pod nogi; wózki o wadze większej niż wózki klasyczne, częściowo składane.
Wózki dziecięce	Wózki dostosowane do potrzeb dzieci, uwzględniające m.in. korygowanie i zapobieganie skrzywieniu kręgosłupa.
Wózki do wjeżdżania do morza	Seatrack – wózek umieszczany na specjalnych szynach pozwalających na wjazd do wody. Amfibia – konstrukcja wyposażona w duże koła umożliwiające poruszanie się po piasku i wjeżdżanie do morza.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Tokarska, *Turystyka osób niepełnosprawnych ruchowo*, [w:] Z. Głębicki (red.), *Sprawnie dla niepełnosprawnych. Vademecum obsługi turystów z niepełnosprawnościami oraz osób starszych*, FTR, Szczecin 2020, s. 65-66.

Zasadniczo są one dzielone na wózki z napędem ręcznym (aktywne, uniwersalne, specjalne, sportowe, z napędem dźwigowo-korbowym), elektrycznym, hybrydowym lub są prowadzone wyłącznie przez opiekuna⁷⁵⁶. Według szacunków z 2002 roku, z wózka inwalidzkiego stale lub okresowo korzystało 100 tys. osób niepełnosprawnych⁷⁵⁷.

Część osób niepełnosprawnych ruchowo potrzebuje urządzeń i technik wspomagających, aby podejmować codzienne aktywności.

W 2009 roku Jadwiga Rzepowska z odpowiednio dobranym zespołem przeprowadziła badania wśród osób niepełnosprawnych fizycznie. Co trzecia z nich musiała każdego dnia korzystać ze sprzętu wspomagającego. Jednak 42,4% uczestników badania nie posiadała go. Nie mieli przede wszystkim wózków inwalidzkich, balkoników, kul i lasek. Rzadziej ich zapotrzebowanie dotyczyło obuwia ortopedycznego, gorsetów ortopedycznych, protez i łóżek ortopedycznych⁷⁵⁸. Według badania na zlecenie PFRON z 2017 roku, 15% osób niepełnosprawnych ruchowo doświadczało niezaspokojenia

⁷⁵⁶ Szerzej: M. Sydor, *Wybór i eksploatacja wózka inwalidzkiego*, WAR, Poznań 2003, s. 25-26; M. Sydor, M. Zabłocki, D. Torzyński, *Translacja potrzeb człowieka na konstrukcję wózka inwalidzkiego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” Nr 72 2017, s. 213-215.

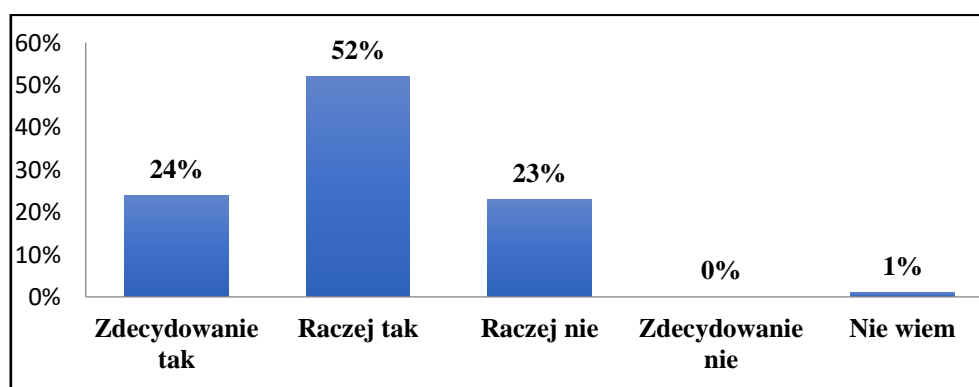
⁷⁵⁷ M. Sydor, M. Zabłocki, J. Gabryelski, *Analiza sekwencji czynności podczas wsiadania i wysiadania niepełnosprawnego kierowcy*, „Mechanika w Medycynie” Nr 9 2008, s. 219.

⁷⁵⁸ J. Rzepowska, M. Zysnarska, B. Stawińska-Witoszyńska, J. Kłós, M. Gromadcka-Sutkiewicz, A. Krzyżaniak, dz. cyt., s. 359.

potrzeb związanych z uzyskaniem dostępu do przyrządów, urządzeń czy technologii wspierających ich codzienne funkcjonowanie. Dotyczyły one zapewniania im sprzętu ortopedycznego (15%)⁷⁵⁹.

W badaniu własnym, przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy, łącznie 76% uczestników badania uzyskało zewnętrzne w wsparcie, kiedy doświadczali ograniczenia ruchowego, które uniemożliwiało im samodzielne poruszanie się (patrz: wykres 4.18). Takiej pomocy nie uzyskało 23% respondentów. 1% osób wybrało opcję *nie wiem*.

Wykres 4.18. Uzyskanie przez respondentów zewnętrznego wsparcia w okresie doświadczania ograniczenia ruchowego, które uniemożliwiało im samodzielne poruszanie się



Źródło: badanie własne.

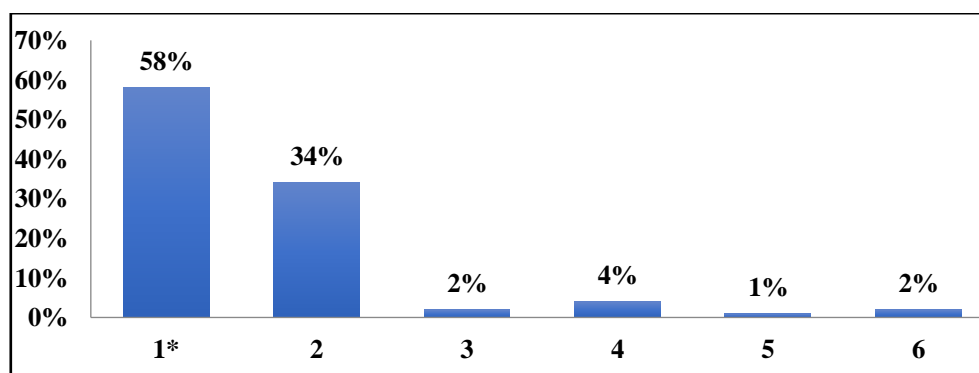
Respondenci wskazali charakter i zakres uzyskanego zewnętrznego wsparcia, kiedy doświadczali ograniczenia ruchowego, uniemożliwiającego im samodzielne poruszanie się (patrz: wykres 4.19). 58% respondentów otrzymało pomoc pielęgniarstwa i rehabilitacyjną. 34% osób zyskało dostęp do przedmiotów rehabilitacyjnych, do których zalicza się laski, kule, łóżko rehabilitacyjne, wózek inwalidzki. 2% osób wybrało opcję *inne*.

Osoby niepełnosprawne ruchowo głównie ze stopniem znacznym wykazały duże zapotrzebowanie na nowoczesne technologie, ponieważ dla nich dużą barierą było samodzielnie poruszanie się oraz przemieszczanie się za pomocą wózka. Niepełnosprawni z dysfunkcją ruchu, mieszkający na wsi i w małych miejscowościach, nie mieli dostępu do transportu zbiorowego, dlatego potrzebowali wózków elektrycznych i rowerów, które zostały do nich dostosowane. Uczestnicy badania często mieli problem z zebraniem środków finansowych na zakup i konserwację nowoczesnego sprzętu. Musieliby dysponować ponad 10 tys. zł, aby kupić dostosowany skuter czy wózek elektryczny, mogąc liczyć na minimalne dofinansowanie PFRON-u. Poza tym

⁷⁵⁹ Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy, dz. cyt., s. 49.

obowiązujące limity zarobków pozwalających na zachowanie renty socjalnej, nie zapewniają niepełnosprawnym samodzielne zdobywanie środków dzięki pracy zarobkowej. W rezultacie wielu z nich jest pozbawionych dostępu do nowoczesnych rozwiązań technologicznych, o ile nie pozyska pomocy zewnętrznej⁷⁶⁰.

Wykres 4.19. Charakter wsparcia zewnętrznego uzyskanego przez respondentów w okresie doświadczania ograniczenia ruchowego, które uniemożliwiało im samodzielne poruszanie się



Legenda: 1* – pomoc pielęgniarska i rehabilitacyjna, 2 – zapewnienie przedmiotów rehabilitacyjnych: laski, kul, łóżka rehabilitacyjnego, wózka inwalidzkiego itp., 3 – pomoc rodziny, 4 – pomoc lekarzy, specjalistów, farmaceutów, 5 – pomoc społeczna, 6 – inne.

Źródło: badanie własne.

Według danych z lat 2011-2014, z dofinansowania PFRON na zakup sprzętu ortopedycznego i środków pomocowych skorzystało od 178 375 osób w 2013 roku do 225 227 niepełnosprawnych w 2012 roku. Dofinansowanie z tego tytułu otrzymało zaledwie 1% beneficjentów. Zainteresowanie niepełnosprawnych dostępem do środków na zakup rehabilitacyjnych okazało się niewielkie, co było powiązane z niską jakością sprzętu ortopedycznego. Ponadto beneficjenci byli przekonani o mało realnej szansie na zakup wózka inwalidzkiego⁷⁶¹.

Osoby niepełnosprawne ruchowo często nie dysponują środkami na pokrycie własnego udziału, kiedy ubiegają się o dofinansowanie z programów PFRON. Dotyczy to również zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i zakupu sprzętu rehabilitacyjnego⁷⁶². Uzyskanie dofinansowania wymaga złożenia pisemnego wniosku na odpowiednim druku⁷⁶³. Część respondentów niepełnosprawnych ruchowo, biorących

⁷⁶⁰ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 59.

⁷⁶¹ M. Kessler, J. Mielczarek, *Prawa publiczne osób niepełnosprawnych*, [w:] <https://www.repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/84856/edition/79843> [dostęp: 7.11.2022], s. 42-43.

⁷⁶² *Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Koneckim na lata 2011-2015*, WPSOiZ, Końskie 2011, [w:] <http://bip.konecki.wrota-swietokrzyskie.pl/documents/1299821/1478198/Program+Dzia%C5%82a%C5%84+na++Rzecz+Os%C3%B3b+Niepe%C5%82nosprawnych+w+Powieci+E2%80%A6.pdf> [dostęp: 7.11.2022], s. 9.

⁷⁶³ M. Janiak, dz. cyt., s. 267.

udział w badaniu z 2017 roku na zlecenie PFRON, uważała, że dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny było dla nich bardzo ważne i kluczowe (57%). Korzystali z tego wsparcia obecnie (33%) lub kiedykolwiek (12%)⁷⁶⁴.

Respondenci niepełnosprawni ruchowo przyznali, że potrzebowali wsparcia w zakresie dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego (3,7)⁷⁶⁵, zapewnienia udziału w zajęciach rehabilitacyjnych (3,7), dodatkowych usług medycznych, które są związane z poprawą sprawności fizycznej (3,6), dofinansowań na rzecz zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (3,5) i likwidacji barier architektonicznych w domu czy mieszkaniu (3,5), pomocy finansowej bez konkretnego przeznaczenia (3,4), dofinansowania różnych form rekreacji (3,3), zakupu sprzętu komputerowego (3,2), a także wsparcia finansowego przeznaczonego na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze mające związek z ich niepełnosprawnością (2,9)⁷⁶⁶. Respondenci niepełnosprawni ruchowo przyznali, że potrzebowali pomocy w uzyskaniu własnego środka transportu (3,2⁷⁶⁷), sfinansowania kosztu dostępu do internetu (3,0), rehabilitacji społecznej obejmującej udział w warsztatach terapii zajęciowej lub innych formach rehabilitacji (3,0), pomocy prawnej (2,9), udziału w zakładach aktywności zawodowych (2,8), pomocy asystenta w codziennym życiu (2,7), usług pielęgnacyjnych (2,7), pomocy w uzyskaniu prawa jazdy (2,5) oraz usług dziennego domu pobytu (2,3)⁷⁶⁸. Niepełnosprawni ruchowo uczestnicy badania chcieli wsparcia w formie pomocy finansowej, rzeczowej (17%), asystenckiej (6%), psychologicznej (2%) i doradczej lub szkolenia (1%)⁷⁶⁹. Dla ich rodzin kluczowymi rodzajami wsparcia okazały się pomoc finansowa (3,7⁷⁷⁰), pomoc doradcza i informatyczna (3,3), dofinansowanie różnych form rekreacji (3,3), pomoc prawna (3,0), pomoc psychologiczna (2,9) oraz udział w grupach wsparcia (2,9)⁷⁷¹.

Wśród osób niepełnosprawnych ruchowo są osoby w wieku senioralnym, które niekiedy potrzebują pomocy świadczonej w ramach usług opiekuńczych w miejscu za mieszkania. Najczęściej dotyczą one sprzątnia mieszkania i łazienki, zakupów

⁷⁶⁴ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 122.

⁷⁶⁵ Średnia arytmetyczna ocen w skali od 1 do 5, w której 1 oznaczało w ogóle nieważne, a 5 – kluczowe.

⁷⁶⁶ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 63.

⁷⁶⁷ Średnia arytmetyczna ocen w skali od 1 do 5, w której 1 oznaczało w ogóle nieważne, a 5 – kluczowe.

⁷⁶⁸ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 64.

⁷⁶⁹ Tamże, s. 81.

⁷⁷⁰ Średnia arytmetyczna ocen w skali od 1 do 5, w której 1 oznaczało w ogóle nieważne, a 5 – kluczowe.

⁷⁷¹ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 81.

podstawowych artykułów spożywczych, realizacji recept, organizacji pomocy lekarskiej, zmywania naczyń kuchennych i stołowych, opłacania świadczeń, pomocy w myciu i pomocy w załatwianiu spraw urzędowych⁷⁷².

W Polsce w latach 2014-2017 było od 8,55 do 9,05 mln osób w wieku co najmniej 60 lat. W kraju średnio tylko 1,49% z nich miało dostęp usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania z powodu choroby lub podeszłego wieku, ponieważ potrzebowały pomocy ze strony innych ludzi. Najczęściej obejmowano nimi seniorów mających co najmniej 80 lat w Bogatyni (1,5) i Legnicy (11,16%), natomiast najrzadziej w Zduńskiej Woli (1,45%) i Radomiu (2,0%) – patrz: wykres 4.20⁷⁷³. System zapewnienia opieki i bezpieczeństwa seniorom nie jest dostosowany do rosnących potrzeb. Najczęściej nie mogą oni liczyć na instytucjonalną pomoc, jaką powinny im zapewnić jednostki samorządu terytorialnego i administracja publiczna.

Analogiczna, negatywna sytuacja dotyczy także innych grup osób niepełnosprawnych, mimo że w Polsce stworzono system ich wspierania, w tym tych z dysfunkcjami ruchu. Składają się na niego centra integracji społecznej (CIS), kluby integracji społecznej (KIS), zakłady aktywności zawodowej (ZAZ) oraz warsztaty terapii zajęciowej (WTZ). Jednak ich liczba nie jest w stanie zaspokoić potrzeb, ponieważ pomoc i wsparcie są skierowane głównie do osób ze znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności związanej z upośledzeniem intelektualnym i zaburzeniami psychicznymi. Tym samym tylko w ograniczonym zakresie ich oferta dotyczy osób niepełnosprawnych ruchowo i może wspierać proces zaspokajania ich potrzeb.

W latach 2005-2020 na terenie kraju działało od 35 do 193 CIS⁷⁷⁴ (wykres 4.21). W 2020 roku ich liczba była o 451,4% wyższa niż 15 lat wcześniej. Jednakże równocześnie dynamicznie wzrosła liczba osób niepełnosprawnych, także tych cechujących się dysfunkcjami ruchu. W latach 2012-2020 najwięcej CIS funkcjonowało na terenie województwa wielkopolskiego, śląskiego, a najmniej na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego i świętokrzyskiego (patrz: tabela 4.6.). Te podmioty prowadzą działania, które wspierają podejmowanie ról społecznych

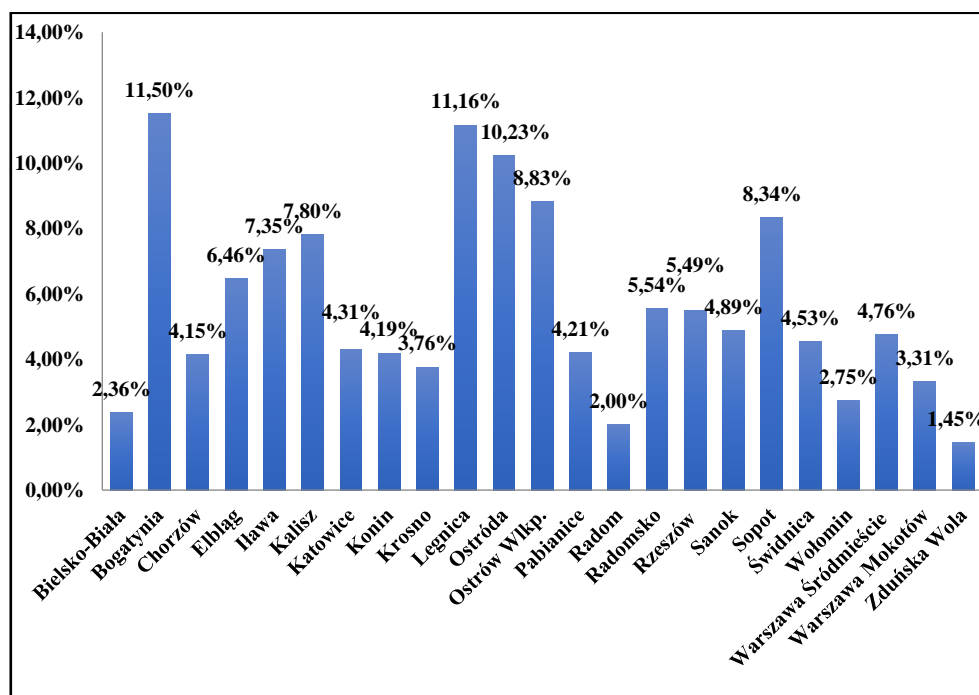
⁷⁷² *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*, [w:] „Informacja o wynikach kontroli NIK” Nr 3 2018, s. 19.

⁷⁷³ Tamże, s. 7, 12-14.

⁷⁷⁴ *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 1; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 1; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 1.

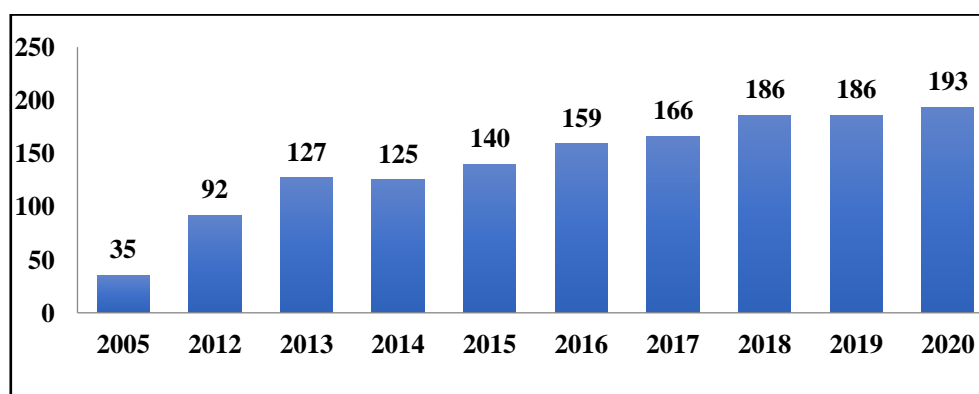
przez osoby niepełnosprawne. Jej beneficjentami stają się różne grupy niepełnosprawnych, w tym osoby z dysfunkcjami ruchu.

Wykres 4.20. Osoby w wieku 80 lat objęte usługami opiekuńczymi w wybranych miastach w Polsce w 2017 roku



Źródło: *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*, [w:] Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 3 2018, s. 7, 12-14.

Wykres 4.21. Liczba centrów integracji społecznej w Polsce w latach 2005-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 1; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 1; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 1.

Liczba CIS w kraju nie może zaspokoić ich potrzeb, ponieważ większość z nich znajduje się w ośrodkach miejskich mimo że na obszarach wiejskich mieszka wiele osób niepełnosprawnych, w tym tych z dysfunkcjami ruchu (patrz: tabela 4.6).

Tabela 4.6. Centra integracji społecznej – według województw w latach 2012

Województwo	2012	2014	2016	2018	2019	2020
Dolnośląskie	4	5	6	6	6	6
Kujawsko-pomorskie	3	4	4	3	3	3
Lubelskie	5	9	9	9	9	10
Lubuskie	5	7	20	20	18	17
Łódzkie	3	3		3	2	1
Małopolskie	5	6	4	13	13	13
Mazowieckie	6	5	11	5	5	6
Opolskie	2	2	5	5	5	5
Podkarpackie	3	10	12	17	15	15
Podlaskie	5	9	7	8	16	18
Pomorskie	9	13	16	23	6	21
Śląskie	10	14	18	24	25	26
Świętokrzyskie	6	6	6	6	6	5
Warmińsko-mazurskie	4	6	9	10	10	10
Wielkopolskie	13	18	23	26	26	25
Zachodniopomorskie	11	8	6	8	6	12

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 3; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 3; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*, GUS, Warszawa 2020, s. 4; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 3; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017, s. 3; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 3.

Te podmioty mogą zapewnić wsparcie ograniczonej liczbie chętnych, na co wskazują dane z 2012 roku (patrz: tabele 4.7. i 4.8.). W tym okresie z oferty CIS w różnych województwach skorzystało od 74 do 747 niepełnosprawnych beneficjentów (tabela 4.8). W 2012 roku średnio na jedną placówkę CIS w poszczególnych województwach przypadało zaledwie od 24 do 170 osób niepełnosprawnych (patrz: tabela 4.9.).

Tabela 4.7. Centra integracji społecznej – według rodzaju podmiotu prowadzącego oraz typu obszaru, na którym znajdowała się siedziba placówki w latach 2012-2014

Wyszczególnienie	2012			2014		
	Ogółem	SN-P*	JST*	Ogółem	SN-P*	JST*
Miasto na prawach powiatu	39	32	7	44	34	10
Miasto w gminie miejskiej	12	7	5	51**	34**	17**
Miasto w gminie miejsko-wiejskiej	18	12	6			
Wieś	22	17	6	30	20	10

Legenda: SN-P* – sektor non-profit, JST* - jednostki samorządu terytorialnego, ** - pozostałe miasta.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 4; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 3.

Tabela 4.8. Liczba uczestników zajęć w centrach integracji społecznej – według województw w 2012 roku

Województwo	2012
Dolnośląskie	239
Kujawsko-pomorskie	284
Lubelskie	321
Lubuskie	171
Łódzkie	243
Małopolskie	314
Mazowieckie	132
Opolskie	113
Podkarpackie	74
Podlaskie	146
Pomorskie	375
Śląskie	517
Świętokrzyskie	485
Warmińsko-mazurskie	681
Wielkopolskie	747
Zachodniopomorskie	589

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 5.

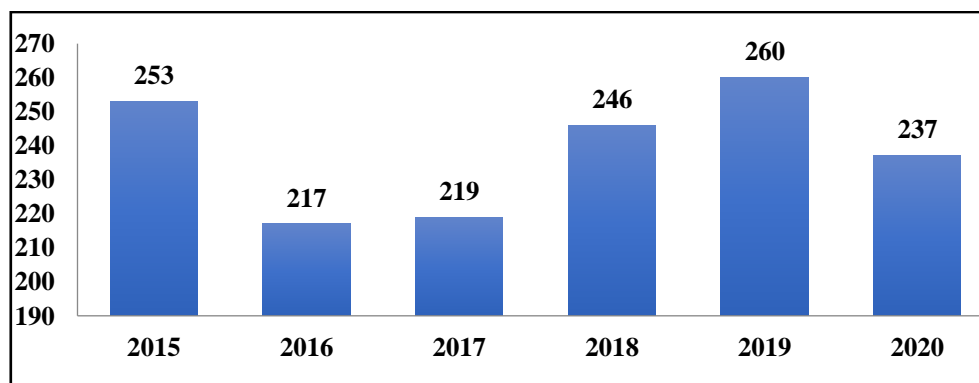
Tabela 4.9. Średnia liczba uczestników zajęć na jedno centrum integracji społecznej – według województw w 2012 roku

Województwo	2012
Dolnośląskie	60
Kujawsko-pomorskie	95
Lubelskie	64
Lubuskie	34
Łódzkie	81
Małopolskie	63
Mazowieckie	22
Opolskie	57
Podkarpackie	24
Podlaskie	29
Pomorskie	42
Śląskie	52
Świętokrzyskie	121
Warmińsko-mazurskie	170
Wielkopolskie	57
Zachodniopomorskie	54

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 5.

Po 2015 roku wsparcie niepełnosprawnym beneficjentom świadczyło KIS. Ich działania, podobnie jak w przypadku CIS, koncentrują się na integracji społecznej osób niepełnosprawnych. Zapewniają im zróżnicowaną pomoc, która może dotyczyć poszukiwania pracy, udziału w robotach publicznych, pracach społecznie użytecznych, poradnictwa prawnego, działań samopomocowych czy staży. W latach 2015-2020 funkcjonowało od 21 do 260 KIS (patrz: wykres 4.22.).

Wykres 4.22. Liczba klubów integracji społecznej w Polsce w latach 2015-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 1; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 1.

W 2020 roku ich liczba była niższa o 6,3% niż 15 lat wcześniej. W okresie od 2015 do 2020 roku najczęściej KIS funkcjonowało na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, śląskiego i małopolskiego. Najmniej powstało ich na obszarze województwa dolnośląskiego, podkarpackiego i pomorskiego (patrz: tabela 4.10). KIS zwiększyły dostępność osób niepełnosprawnych do wsparcia. Jednak również ich liczba nie może zaspokoić potrzeb osób z dysfunkcjami.

Tabela 4.10. Kluby integracji społecznej – według województw w latach 2016-2020

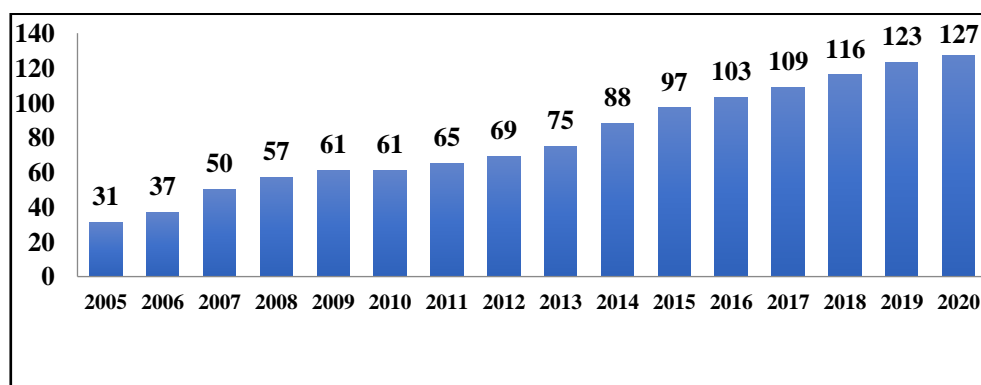
Województwo	2016	2018	2019	2020
Dolnośląskie	3	3	3	5
Kujawsko-pomorskie	14	17	17	15
Lubelskie	19	27	33	18
Lubuskie	13	6	5	5
Łódzkie	9	10	8	8
Małopolskie	22	30	27	29
Mazowieckie	7	11	11	14
Opolskie	6	8	8	8
Podkarpackie	8	9	10	7
Podlaskie	2	3	7	4
Pomorskie	6	9	9	4

Śląskie	38	37	40	36
Świętokrzyskie	10	11	15	13
Warmińsko-mazurskie	36	35	43	30
Wielkopolskie	17	23	12	22
Zachodniopomorskie	6	8	9	13

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 4; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*, GUS, Warszawa 2020, s. 4; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 4; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017, s. 6.

Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą liczyć na wsparcie zakładu aktywności zawodowej, jeżeli cechują się umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności. Wówczas jest możliwość uzyskania pomocy w zakresie zatrudniania zawodowego. W latach 2005-2020 na terenie kraju funkcjonowało od 31 do 127 ZAZ (patrz: wykres 4.23.).

Wykres 4.23. Liczba zakładów aktywności zawodowej w Polsce w latach 2005-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 12; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 1; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 1.

W 2020 roku ich liczba była wyższa o 309,7% niż w 2005 roku. W latach 2012-2020 najczęściej ZAZ funkcjonowało na obszarze województwa śląskiego i małopolskiego, najmniej na terenie województwa lubuskiego, pomorskiego i podlaskiego (patrz: tabela 4.11.). Łatwiejszy dostęp do nich miały osoby niepełnosprawne, które mieszkały w ośrodkach miejskich (patrz: tabela 4.12.).

Tabela 4.11. Zakłady aktywności zawodowej – według województw w latach 2012-2020

Województwo	2012	2014	2016	2018	2019	2020
Dolnośląskie	4	5	6	6	8	8
Kujawsko-pomorskie	6	7	8	9	9	9
Lubelskie	5	6	7	8	8	8
Lubuskie	0	0	1	2	2	2
Łódzkie	1	6	6	7	7	8
Małopolskie	6	6	8	10	11	11
Mazowieckie	6	7	8	8	9	9
Opolskie	2	2	2	2	4	5
Podkarpackie	8	11	13	12	13	13
Podlaskie	2	2	4	5	5	5
Pomorskie	2	2	2	9	2	2
Śląskie	10	10	13	14	24	14
Świętokrzyskie	2	4	4	4	4	6
Warmińsko-mazurskie	5	7	8	9	9	9
Wielkopolskie	9	9	9	9	9	9
Zachodniopomorskie	2	4	4	9	9	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 7; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 4; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*, GUS, Warszawa 2020, s. 4; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 4; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017, s. 7; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 6.

Tabela 4.12. Zakłady aktywności zawodowej – według rodzaju podmiotu prowadzącego oraz typu obszaru, na którym znajdowała się siedziba placówki w latach 2012-2014

Wyszczególnienie	2012			2014		
	Ogółem	SN-P*	JST*	Ogółem	SN-P*	JST*
Miasto na prawach powiatu	15	13	2	21	19	2
Miasto w gminie miejskiej	19	11	8	36**	19**	16**
Miasto w gminie miejsko-wiejskiej	8	2	6			
Wieś	27	17	9	31	20	10

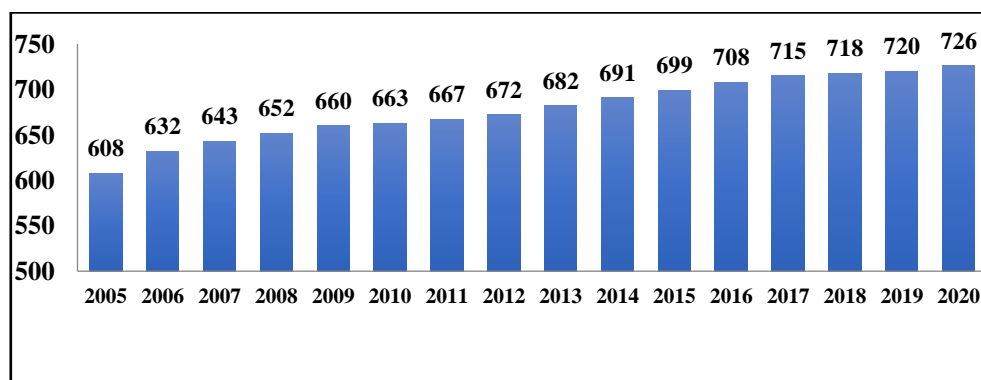
Legenda: SN-P* – sektor non-profit, JST* - jednostki samorządu terytorialnego, ** - pozostałe miasta.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 8; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 7.

Na system wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce składają się także warsztaty terapii zajęciowej. Ich działalność skupia się na rehabilitacji społecznej i zawodowej niepełnosprawnych beneficjentów. W latach 2005-2020 na terenie kraju funkcjonowało

od 608 do 726 WTZ (patrz: wykres 4.24.). W 2020 roku ich liczba była niższa o 19,4% niż w 2005 roku.

Wykres 4.24. Liczba warsztatów terapii zajęciowej w Polsce w latach 2005-2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 12; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 1; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 1.

Tabela 4.13. Warsztaty terapii zajęciowej – według województw w latach 2019-2020

Województwo	2019	2020
Dolnośląskie	48	48
Kujawsko-pomorskie	36	36
Lubelskie	59	59
Lubuskie	19	19
Łódzkie	41	41
Małopolskie	68	69
Mazowieckie	83	84
Opolskie	15	16
Podkarpackie	37	37
Podlaskie	25	25
Pomorskie	48	28
Śląskie	58	59
Świętokrzyskie	33	33
Warmińsko-mazurskie	35	35
Wielkopolskie	87	89
Zachodniopomorskie	28	28

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 5; *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*, GUS, Warszawa 2020, s. 5.

W latach 2019-2020 najliczniejsze WZT działały na terenie województwa mazowieckiego i małopolskiego, a najmniej liczne na obszarach województwa podlaskiego i zachodniopomorskiego (patrz: tabela 4.13.). Z ich oferty mogła skorzystać tylko niewielka część osób niepełnosprawnych. W 2012 roku było ich 0,6 do 2,8 tys.

uczestników w różnych województwach (patrz: tabela 4.14.). Średnio na jeden WZT przypadało wówczas od 30 do 47 beneficjentów (patrz: tabela 4.15.).

W latach 2012-2014 do tych podmiotów łatwiejszy dostęp mieli mieszkańcy ośrodków miejskich (patrz: tabela 4.16.).

Tabela 4.14. Uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej w tys. osób – według województw w 2012 roku

Województwo	2012
Dolnośląskie	1,4
Kujawsko-pomorskie	1,3
Lubelskie	2,0
Lubuskie	0,6
Łódzkie	1,3
Małopolskie	2,3
Mazowieckie	2,4
Opolskie	0,4
Podkarpackie	1,6
Podlaskie	0,8
Pomorskie	1,3
Śląskie	2,5
Świętokrzyskie	1,1
Warmińsko-mazurskie	1,4
Wielkopolskie	2,8
Zachodniopomorskie	1,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 7.

Tabela 4.15. Średnia liczba uczestników przypadająca na jeden warsztat terapii zajęciowej – według województw w 2012 roku

Województwo	2012
Dolnośląskie	35
Kujawsko-pomorskie	35
Lubelskie	34
Lubuskie	34
Łódzkie	34
Małopolskie	38
Mazowieckie	32
Opolskie	30
Podkarpackie	42
Podlaskie	32
Pomorskie	31
Śląskie	47
Świętokrzyskie	43
Warmińsko-mazurskie	40
Wielkopolskie	33
Zachodniopomorskie	38

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 7.

Tabela 4.16. Warsztaty terapii zajęciowej (w %) – według rodzaju podmiotu prowadzącego oraz typu obszaru, na którym znajdowała się siedziba placówki w latach 2012-2014

Wyszczególnienie	2012			2014		
	Ogółem	SN-P*	JST*	Ogółem	SN-P*	JST*
Miasto na prawach powiatu	28	31	9	28	30	11
Miasto w gminie miejskiej	23	24	17	44**	45**	43**
Miasto w gminie miejsko-wiejskiej	22	22	29			
Wieś	26	23	45	28	25	48

Legenda: SN-P* – sektor non-profit, JST* - jednostki samorządu terytorialnego, ** - pozostałe miasta.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 11; *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015, s. 10.

W 2019 roku 5,6% uczestników WTZ stanowili niepełnosprawni z dysfunkcją ruchu⁷⁷⁵. Zyskali oni dostęp do zróżnicowanych form terapii, w tym do arteterapii, indywidualnej i grupowej terapii psychologicznej, gimnastyki usprawniającej, muzykoterapii, hipoterapii, terapii ruchem (choreoterapii), hydroterapii, ergoterapii (terapii przez pracę), rekreacji i rehabilitacji ruchowej, kinezyterapii oraz treningów samoobsługi⁷⁷⁶.

Dzięki zajęciom w ramach WTZ niepełnosprawni zyskali kompetencje, które umożliwiały im samodzielność w zakresie higieny osobistej i mycia się, korzystania z toalety, przygotowania posiłku łącznie z obiadem, sprzątnięcia, obsługi sprzętu AGD (pralki, żelazka, odkurzacza), planowania wydatków i opłacania rachunków, załatwiania spraw urzędowych, swobodnego poruszania się w okolicy miejsca zamieszkania oraz za pomocą komunikacji publicznej czy korzystania z usług dla ludności (fryzjerskich, kosmetycznych) czy oferty kin⁷⁷⁷. WTZ obejmowały również działania z zakresu rehabilitacji zawodowej, należały do nich kształtowanie uniwersalnych umiejętności potrzebnych w pracy, wizyty w zakładach pracy, urzędach i targach pracy, dodatkowe szkolenia kompetencji miękkich, spotkania z doradcą zawodowym, wewnętrzne praktyki zawodowe, zatrudnienie wspomagane oraz prace zlecone przez zewnętrznego pracodawcę⁷⁷⁸.

Według badania przeprowadzonego na zlecenie PFRON w 2017 roku, osoby niepełnosprawne, w tym te z dysfunkcją ruchu, były rozczarowane możliwościami

⁷⁷⁵ I. Wolińska, *Raport z badania warsztatów...*, dz. cyt., s. 16.

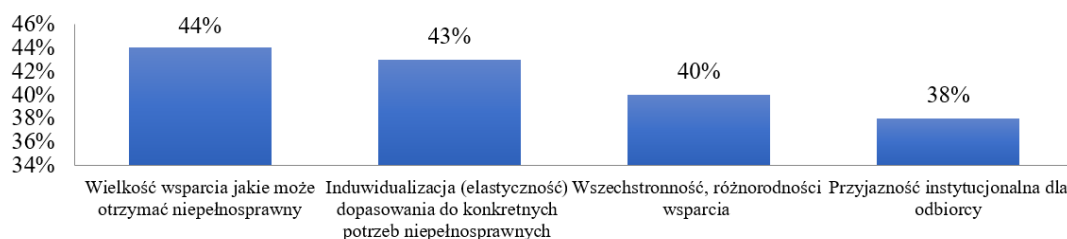
⁷⁷⁶ Tamże, s. 43-44.

⁷⁷⁷ Tamże, s. 18-19.

⁷⁷⁸ Tamże, s. 53.

uzyskania wsparcia. Doświadczają one poczucia zagubienia i bycia pozostawionym samemu sobie. Do dyspozycji zapewniono im bowiem wyłącznie nieskoordynowany i fragmentaryczny zespół instytucji, których zadania obejmują niesienie im pomocy. W czasie badania ustalono, że osoby niepełnosprawne nie miały wiedzy o instytucjach, których zadania obejmują bezpośrednie działania na rzecz niepełnosprawnych. Rzadziej wiedzieli o Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie niż na temat działalności organizacji pozarządowych. W rezultacie w pierwszej kolejności udawali się po pomoc do ośrodka pomocy społecznej, a następnie do PFRON. W czasie przeprowadzonego badania stwierdzono także, że osoby niepełnosprawne wykazywały neutralną lub negatywną postawę wobec systemu wsparcia niepełnosprawnych w Polsce. Do jego wad zaliczono wielkość uzyskiwanego wsparcia, słabość systemu, niedostateczne zindywidualizowanie i wszechstronność zapewnianej pomocy (patrz: wykres 4.25.).

Wykres 4.25. Krytyczna ocena (bardzo zła lub zła) wsparcia dostępnego dla osób niepełnosprawnych – z uwzględnieniem wybranych aspektów

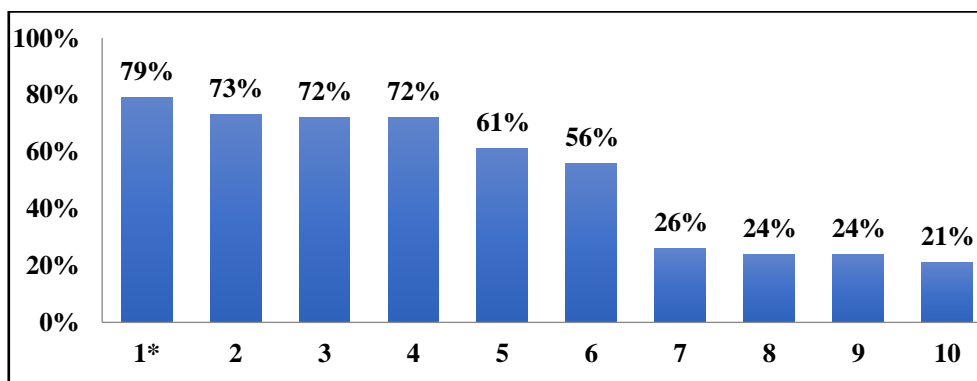


Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, [w:] https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania_i_analzy/Badanie_potrzeb_ON/Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download [dostęp: 7.11.2022], s. 44.

Respondenci uważali, że osoby niepełnosprawne nie mogą liczyć na wsparcie funkcjonujących w Polsce instytucji i organizacji. Często wyrażali także opinię, że instytucje nie są przyjazne wobec osób niepełnosprawnych. W ich ocenie polski system wsparcia niepełnosprawnych cechuje się zbiurokratyzowaniem, rozproszeniem odpowiedzialności, informacji i wymagań, zawilnością, trudnością zrozumienia oraz

brakiem podlegania ścisłym zasadom z powodu arbitralności przyznawania pomocy (patrz: wykres 4.26.)⁷⁷⁹.

Wykres 4.26. Krytyczne opinie o systemie wsparcia osób niepełnosprawnych



Legenda: 1* - rozbudowana biurokracja, 2 – brak koordynacji wsparcia, 3 – brak jednego miejsca uzyskania pełnej informacji, 4 – różne oczekiwania instytucji, 5 – za mało instytucji wspierających, 6 – częste uznaniowe przyznanie wsparcia, 7 – brak ciągłego wsparcia, 8 – brak wymiany informacji przez instytucje pomocowe, 9 – brak pełnej informacji o dostępnym wsparciu, 10 – brak opieki nad rodziną po wystąpieniu niepełnosprawności.

Źródło: *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania_i_analazy/Badanie_potrzeb_ON/Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download [dostęp: 7.11.2022], s. 46.

Blisko połowa osób niepełnosprawnych ruchowo (45%) miała pewność dotyczącą braku wsparcia ze strony organizacji i instytucji działających w Polsce. Niemal równie liczni byli respondenci (44%), którzy uważali, że mogli oczekiwać takiego wsparcia. Wiedzy na ten temat nie miało 11% uczestników badania z dysfunkcją ruchu⁷⁸⁰. Respondenci niepełnosprawni ruchowo uważali, że w związku ze swoją niepełnosprawnością mogli zwrócić się z prośbą o pomoc do gminnego lub miejskiego ośrodka pomocy społecznej (34%), PFRON-u (34%), powiatowego centrum pomocy rodzinie (11%), organizacji pozarządowych, fundacji i stowarzyszeń (5%), Kościoła, parafii, organizacji religijnej lub kościelnej (5%), urzędu gminy (3%). 11% uczestników badania nie miało wiedzy na ten temat. Tymczasem 3% niepełnosprawnych ruchowo stwierdziło, że nie było żadnych podmiotów czy instytucji, do których mogliby zwrócić się o pomoc⁷⁸¹. Ustalono również, że osoby niepełnosprawne (ogół pytaných) w ciągu

⁷⁷⁹ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 5.

⁷⁸⁰ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 39.

⁷⁸¹ Tamże, s. 40.

ostatniego roku nie korzystały ze wsparcia, jakie mogły im zapewnić ośrodek czy punkt interwencji kryzysowej (96%), urząd gminy (88%), powiatowy urząd pracy (88%), starostwo powiatowe (93%), powiatowe centrum pomocy rodzinie (83%), Kościół, parafia, organizacja religijna lub kościelna (82%), organizacja pozarządowa, fundacja i stowarzyszenie (78%), PFRON (63%) oraz gminny lub miejski ośrodek pomocy społecznej (55%)⁷⁸². Ponad połowa osób niepełnosprawnych ruchowo (55%) pozytywnie oceniła system wsparcia niepełnosprawnych w Polsce. Przeciwnego zdania było 45% pytanych⁷⁸³.

Osoby niepełnosprawne ruchowo, w tym seniorzy, potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Osoby niepełnosprawne, uczestniczące w badaniu CBOS w 2017 roku, wskazały, że pomoc w codziennym funkcjonowaniu zapewniali im najbliższa rodzina (90%), przyjaciele i znajomi (12%), pomoc społeczna (8%), sąsiedzi (7%), dalsza rodzina (3%), fundacje i organizacje pozarządowe (3%) oraz wolontariusze (1%). Tylko nieliczni respondenci korzystali z odpłatnej pomocy (4%)⁷⁸⁴.

Według danych GUS, z wiekiem seniorzy coraz silniej doświadczają skutków dysfunkcji ruchowych. W 2004 roku takie problemy z lokomocją zgłaszała co trzecia osoba w wieku senioralnym⁷⁸⁵. Blisko połowa z nich cechowała się ograniczoną zdolnością codziennego funkcjonowania, ale musieli oni samodzielnie pokonywać niedogodności⁷⁸⁶. W 2014 roku stanowili 45% pytanych osób w wieku senioralnym. W takiej sytuacji znajdowało się niemal 30% najstarszych seniorów, ponieważ nie uzyskiwali żadnej pomocy⁷⁸⁷. W 2019 roku osoby starsze nie mogły liczyć na pomoc ze strony innych osób czy wykorzystać specjalnych urządzeń wspierających. Aż 35% z nich zgłosiło potrzebę uzyskania pomocy lub zwiększenia jej wymiaru⁷⁸⁸.

Proces starzenia się polskiego społeczeństwa powoduje, że z wiekiem coraz więcej seniorów doświadczają dysfunkcji ruchu, które negatywnie oddziałują na ich codzienne funkcjonowanie. Osoby w wieku senioralnym miały więc trudności, np. w przejściu 500 m po płaskim terenie (w 2009 roku: 8%, w 2019 roku: blisko 13%), samodzielnym wejściem i zejściem ze schodów (ogółem 25% w 2009 roku i 15% osób w 2019 roku,

⁷⁸² Tamże, s. 41.

⁷⁸³ Tamże, s. 42.

⁷⁸⁴ M. Omyła-Rudzka, *Niepełnosprawni są wśród nas*, dz. cyt., s. 5.

⁷⁸⁵ *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2007, s. 28.

⁷⁸⁶ *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, GUS, Warszawa 2021, s. 38.

⁷⁸⁷ *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016, s. 72.

⁷⁸⁸ W 2014 roku takie osoby stanowiły 40% ogółu populacji z takimi problemami (*Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, dz. cyt., s. 72).

w przypadku seniorów mających co najmniej 80 lat w 2009 roku: 50% oraz powyżej 70% w 2019 roku)⁷⁸⁹, samodzielnym kładzeniem się i wstawaniem z łóżka, siadem i wstawaniem z krzesła (23% w 2019 roku), myciem się od stóp do głowy (21% w 2019 roku), ubieraniem i rozbieraniem (19% w 2019 roku), korzystaniem z toalety (13% w 2019 roku), spożywaniem (12% w 2019 roku) i przygotowywaniem (19%) posiłków, używaniem telefonu (blisko 14% w 2019 roku), codziennymi zakupami (35% w 2019 roku), przyjmowaniem i zażywaniem leków (13% w 2019 roku) oraz wykonywaniem prac domowych (59% w 2019 roku)⁷⁹⁰. Takie trudności nasilają się z wiekiem, w rezultacie najbardziej doświadczają ich seniorzy mający co najmniej 80 lat⁷⁹¹.

Osoby niepełnosprawne ruchowo mają różne potrzeby, a część z nich nie jest zaspakajanych. Do takiego wniosku prowadzą badania wśród niepełnosprawnych mieszkańców, także niepełnosprawnych ruchowo, jakie przeprowadzono na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Ustalono w nich, że część z tych osób w ogóle nie zaspokajała potrzeb lub robiła to w niewielkim stopniu (patrz: wykres 4.27). Dotyczyło to potrzeb związanych z aktywnością zawodową (44%), jak również transportem (33%), mieszkaniem (25%), integracją społeczną (25%), edukacją (25%) mającą związek z podejmowaniem decyzji (25%) czy aktywnością w czasie wolnym i wypoczynkiem (23%) oraz potrzebą materialną (15%)⁷⁹².

Dane pozwalają na stwierdzenie, że część osób z niepełnosprawnościami nie zaspakaja swoich potrzeb, co potwierdzają również badania wykonane w 2017 roku przez PFRON, w których uczestniczyły także osoby z dysfunkcją ruchu w wieku od 16 do 60 lat. Respondenci najczęściej doświadczali braku zaspokojenia jednej (16%), trzech (10%) lub dwóch (9%) potrzeb. U niektórych osób wystąpiło ich więcej, czyli cztery (3%), pięć (6%) oraz sześć lub siedem (6%)⁷⁹³.

⁷⁸⁹ *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 50.

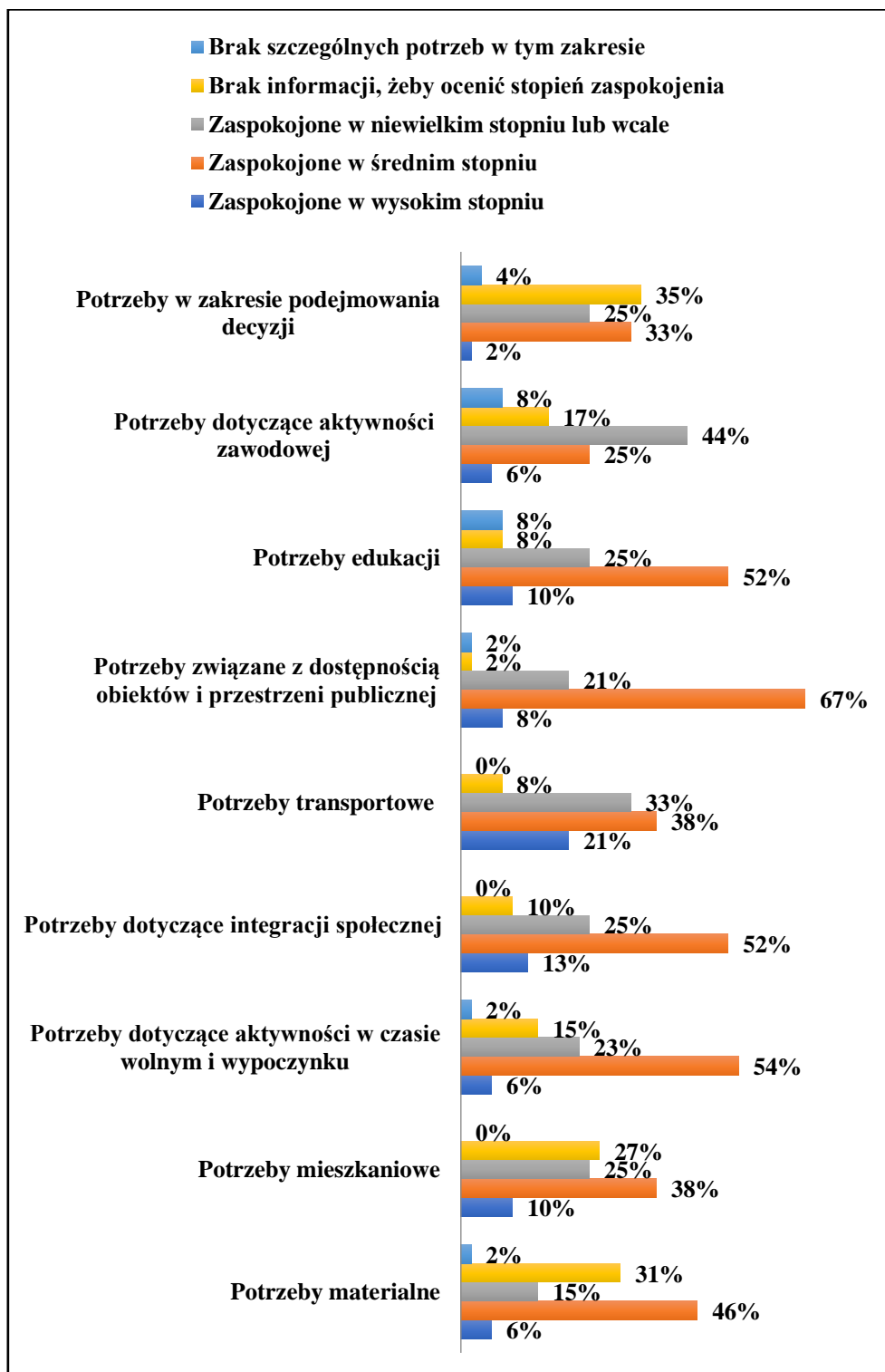
⁷⁹⁰ *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, dz. cyt., s. 37-38.

⁷⁹¹ Zob. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, dz. cyt., s. 52-53; *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, dz. cyt., s. 39.

⁷⁹² *Kompleksowa diagnoza sytuacji osób z niepełnosprawnościami na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Raport końcowy*, [w:] <https://ngo.kujawsko-pomorskie.pl/upload/file/aktualnosci/2021/uz-6-21-8-315-zz1.pdf> [dostęp: 7.11.2022], s. 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 46.

⁷⁹³ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 51.

Wykres 4.27. Stopień zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo z województwa kujawsko-pomorskiego



Źródło: Kompleksowa diagnoza sytuacji osób z niepełnosprawnościami na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Raport końcowy, [w:] <https://ngo.kujawsko-pomorskie.pl/upload/file/aktualnosci/2021/uz-6-21-8-315-zz1.pdf> [dostęp: 7.11.2022], s. 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 46.

Osoby niepełnosprawne oraz ich rodziny znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka, często doświadczają także pogorszenia warunków życia i ubóstwa⁷⁹⁴. W Polsce w 2019 roku 6,5% rodzin z co najmniej jednym niepełnosprawnym członkiem doświadczało skrajnego ubóstwa. Stopa ubóstwa dla środowiska rodzinnego z niepełnosprawnym dzieckiem w wieku do 16 lat wynosiła 5,5%⁷⁹⁵.

Do podobnego wniosku prowadziły badania wykonane przez PFRON w 2017 roku. Ustalono, że osoby niepełnosprawne ruchowo doświadczały deficytów, które dotyczą pomocy finansowej bez specjalnego przeznaczenia, dofinansowania zakupu sprzętu komputerowego, likwidacji barier architektonicznych w domu i/lub mieszkaniu czy różnych form rekreacji⁷⁹⁶. Tylko 7% niepełnosprawnych ruchowo nie zaspokajało potrzeb związanych z ich sytuacją bytową i materialną, a 6% potrzebowało finansowego wsparcia⁷⁹⁷.

Równie podobny obraz trudności finansowych wyłonił się z badań, które w 2017 roku przeprowadziły Joanna Dębicka i Edyta Mazurek. Ich przedmiotem stała się jakość życia osób niepełnosprawnych z Dolnego Śląska, wśród których byli także respondenci z dysfunkcjami ruchu. Brak zadowolenia ze swojego stanu majątkowego wyrażało 35% respondentów, którzy mieli trudności z zaspokojeniem swoich potrzeb w zakresie rehabilitacji i leczenia. Ponad połowa respondentów była pozbawiona możliwości oszczędzania⁷⁹⁸.

Trudną sytuację finansową rodzin z niepełnosprawnym członkiem należy powiązać także z niedostatecznie skutecznym systemem wsparcia ze strony samorządu gminnego. Według kontroli NIK z 2019 roku gminy często samodzielnie nie rozpoznawały potrzeb ludności, która żyła w ubóstwie i była nią zagrożona. Niekiedy w jednostkach samorządu terytorialnego przyznawano pomoc z urzędu, a w pozostałych tym, którzy się po nią

⁷⁹⁴ Zob. U. Bakuń-Nawłoka, *Działania na rzecz ograniczenia sfery ubóstwa w Polsce*, [w:] <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/51215/edition/51732?language=pl> [dostęp: 8.11.2022], s. 76; R. Szarfenberg, *Prawo do odpowiednich warunków życia o ochrony socjalnej: art. 28 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Raport tematyczny*, [w:] <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/art.28kpon.pdf> [dostęp: 8.11.2022], s. 30-43.

⁷⁹⁵ Zob. *Skala, przyczyny i skutki ubóstwa województwie śląskim – edycja 2020*, ROPS, Katowice 2020, [w:] https://rops-katowice.pl/wp-content/uploads/2022/01/2021-12-20-ubostwo_2021.pdf [dostęp: 8.11.2022], s. 8; *Raport nt. skrajnego ubóstwa wśród dzieci z niepełnosprawnością. Diagnoza i propozycje rozwiązań*, [w:] <https://pro-life.pl/raport-nt-skrajnego-ubostwa-wsrod-dzieci-z-niepelnosprawnoscia-diagnoza-oraz-propozycje-rozwiazan/> [dostęp: 8.11.2022], s. 4.

⁷⁹⁶ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 4-5.

⁷⁹⁷ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, s. 50.

⁷⁹⁸ J. Dębicka, E. Mazurek, dz. cyt., s. 32-33.

zgłosili. Gminy miały trudności z dotarciem z ofertą pomocową do potrzebujących bez naruszania ich prawa do prywatności. Równocześnie długotrwałe pomaganie beneficjentom umacniało w nich postawę wyuczzonej bezradności⁷⁹⁹.

Według badania przeprowadzonego na zlecenie PFRON w 2017 roku osoby niepełnosprawne, w tym te z dysfunkcją ruchu, były narażone na wykluczenie społeczne, biedę i ubóstwo. Aż 22% gospodarstw domowych niepełnosprawnych znajdowało się w trudnej sytuacji finansowej, a blisko 40% charakteryzowało się dochodem nieco niższym niż przeciętny dochód na jednego członka gospodarstwa domowego. Źródłem jego dochodu były praca zawodowa (53%) i renta z tytułu niezdolności do pracy (47%)⁸⁰⁰. Uzyskiwane przez gospodarstwa domowe dochody osób niepełnosprawnych były niedostateczne. Duża ich grupa nie dysponowała środkami na jedzenie (44%) oraz opłacenie czynszu i mediów (55%)⁸⁰¹. Część gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych nie miała środków finansowych na jedzenie (2%), transport (10%), odzież (24%), ubezpieczenia (26%), wyposażenie mieszkania i prowadzenie gospodarstwa domowego (32%), rozrywkę (32%), edukację (16%), kulturę (35%), raty kredytu i pożyczki (21%), a 32% gospodarstw nie miało oszczędności⁸⁰².

Ponad 50% gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych ruchowo cechowało się przeciętną sytuacją finansową, w tym w 26% z nich była ona bardzo zła lub zła⁸⁰³. Ustalono bowiem, że dochód na jedną osobę w 15% gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych ruchowo był niższy niż 600 zł. W przypadku 10% takich gospodarstw ten wskaźnik wynosił od 600,01 do 800 zł, a dla kolejnych 18% od 800,01 do 1000 zł⁸⁰⁴. Źródłami dochodu gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych ruchowo były przede wszystkim stała, etatowa praca (53%) oraz renta z tytułu niezdolności do pracy (47%). Mniejsze znaczenie miały zasiłki i pomoc społeczna (15%), renta socjalna i szkolna (14%), praca dorywcza (13%), własna działalność gospodarcza niezwiązana z rolnictwem (8%), finansowa pomoc ze strony rodziny (6%), świadczenia wychowawcze 500+ (3%), kredyty i pożyczki (3%), dochody z wynajmu (2%), użytkowanie

⁷⁹⁹ *Pomoc świadczona przez gminy osobom żyjącym w ubóstwie*, [w:] Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 12 2020, s. 10-11.

⁸⁰⁰ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 6.

⁸⁰¹ Tamże, s. 6.

⁸⁰² *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 102.

⁸⁰³ Tamże, s. 96.

⁸⁰⁴ Tamże, s. 99.

gospodarstwa rolnego (1%), pomoc finansowa od Kościoła, organizacji i stowarzyszeń (1%). Według badań 41% gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych ruchowo miało tylko jedno źródło dochodu, a dwa 32%. Rzadziej dysponowali trzema (15%) lub od czterech do sześciu źródeł dochodu (6%)⁸⁰⁵.

Gospodarstwa domowe z niepełnosprawnym członkiem są narażone na brak środków na zaspokojenie własnych potrzeb. W rezultacie osoba niepełnosprawna nie może zapewnić sobie bezpieczeństwa w różnych sferach własnego funkcjonowania, w tym nie dysponuje ona środkami finansowymi, aby zaspokoić swoje potrzeby mieszkaniowe, transportowe, edukacyjne⁸⁰⁶ czy zdrowotne.

Osoby z dysfunkcjami ruchu mają trudności z zaspokojeniem własnych potrzeb mieszkaniowych. Połowa z nich miała specjalne potrzeby związane z ich niepełnosprawnością, które należy zaspokoić dla optymalizacji ich funkcjonowania⁸⁰⁷. Według 25% respondentów dotyczyły one sfery związanej z mieszkalnictwem i samodzielnością życia. Potrzebowali oni dostosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb (14%), pomocy asystenckiej, pielęgniarstwa środowiskowego czy opieki w zakresie codziennych czynności (10%) oraz zmiany lokalizacji mieszkania na lokal znajdujący się na niższej kondygnacji czy parterze (3%)⁸⁰⁸. Uczestnicy badania byli zainteresowani zróżnicowanym wsparciem w zakresie mieszkalnictwa, np. w postaci dofinansowania do remontu mieszkania (3,6⁸⁰⁹), do przystosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb mających związek z niepełnosprawnością (3,5), do zakupu mieszkania, w tym do preferencyjnych kredytów mieszkaniowych (2,8), do wynajmu mieszkania (2,7), czasowej (2,7) lub stałej (2,5) pomocy asystenta w wykonywaniu poszczególnych czynności domowych⁸¹⁰.

Większość osób niepełnosprawnych mieszkała z innymi osobami, w tym z własną rodziną lub rodzicami i opiekunami. Często nie mieli szans na samodzielność. Warunki mieszkaniowe 44% respondentów oceniło jako neutralne, a 7% badanych jako złe i bardzo złe. Według 30% uczestników z powodu ich niepełnosprawności potrzebowali specjalnych udogodnień i dostosowania mieszkania do ich potrzeb. W ocenie 57%

⁸⁰⁵ Tamże, s. 98.

⁸⁰⁶ Szerzej: Z. Janiszewska-Nieścioruk, *Edukacyjny wymiar ubóstwa osób z niepełnosprawnością*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej” Nr 40 2020.

⁸⁰⁷ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 47.

⁸⁰⁸ Tamże, s. 49.

⁸⁰⁹ Średnia arytmetyczna ocen w skali od 1 do 5, w której 1 oznaczało w ogóle nieważne, a 5 – kluczowe.

⁸¹⁰ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 114.

respondentów w wyniku procesu dostosowania ich przestrzeni życiowa została tylko częściowo zmieniona. Ich potrzeby mieszkaniowe nie zostały zaspokojone w sposób satysfakcjonujący z powodu deficytów, które dotyczyły przystosowania łazienki (74% osób z dysfunkcją ruchu), dostępu do mieszkania (ponad połowa respondentów z dysfunkcją ruchu), dostosowania podłogi (39% uczestników badania z dysfunkcją ruchu), umeblowania i poręczy (24% ogółu respondentów) oraz warunków mieszkaniowych determinowanych potrzebą zamiany mieszkania na większe czy przeprowadzenia jego remontu (24% ogółu uczestników badania)⁸¹¹.

Respondenci niepełnosprawni ruchowo przyznali, że nie dysponowali przystosowaną łazienką (26%), ponieważ nie została dostosowana do ich potrzeb (60%), nie było w niej kabiny prysznicowej czy natrysku bezprogowego (79%), poręczy (84%), podestu lub schodków do wanny (96%) i krzesła w łazience (98%), a także przystosowanej toalety (93%). Aż 45% niepełnosprawnych ruchowo nie miało dogodnego dostępu do mieszkania, ponieważ nie zainstalowano podjazdu (73%) i windy (83%). W mieszkaniach występowały problemy z podłogami (61%) ze względu na istniejące progi (71%), nie położono podłóg antypoślizgowych (87%) oraz nie wyrównano podłóg (96%). Trzech na czterech respondentów niepełnosprawnych ruchowo mierzyło się także z brakiem przystosowania mieszkania do ich potrzeb, w tym także tych związanych z poruszaniem się na wózku (98%). Brakowało w nich właściwych i niskich mebli (87%) bez ostrych elementów (97%) i z zamykanymi szafkami (99%), poręczy w całym mieszkaniu (93%). Ponadto większość respondentów nie posiadała szerszych drzwi (82%) i przystosowanej kuchni (89%) z kuchenką elektryczną (98%)⁸¹².

Brak właściwego dostosowania przestrzeni życiowej stanowi zagrożenie dla zdrowia życia osoby niepełnosprawnej ruchowo. Zostało ono określone i zbadane w odniesieniu do seniorów z dysfunkcjami ruchu. Doświadczają oni często urazów, do których dochodzi także w domu⁸¹³ i poza nim (wypadek komunikacyjny). Następują one najczęściej w wyniku potknięcia się o przeszkodę czy zbyt wysoki próg, z powodu nierównej czy śliskiej nawierzchni, zaczepienia o dywan, nieodpowiedniego korzystania ze sprzętu ortopedycznego, zaczepienia o meble czy z powodu zbyt słabego

⁸¹¹ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, dz. cyt., s. 6-7.*

⁸¹² *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy, dz. cyt., s. 110-111.*

⁸¹³ *Zob. Sz. Manasterski, A. Mastalercz-Mogas, Upadki domowe wśród pacjentów 65+. Rola lekarza POZ w zapobieganiu i ograniczaniu skutków, „Lekarz w POZ” Nr 2/2016.*

oświetlenia⁸¹⁴. W ich wyniku może nastąpić złamanie kości (żeber, kości udowej, nadgarstka), kręgosłupa, biodra czy uraz głowy⁸¹⁵.

Osoby niepełnosprawne ruchowo potrzebują dostosowania przestrzeni publicznej, w tym komunikacji, do ich specyficznych potrzeb, a także dostępu do informacji. Przyznali oni również, że dysponowali warunkami do zaspokojenia potrzeb komunikacji (98%). Tylko nieliczni uczestnicy badania nie mieli dostępu do darmowego Internetu i komputera (98%), a zaledwie 3% z nich miało potrzeby związane z uzyskaniem dostępu do informacji. Obejmowały one finansowanie dostępu do *Internetu* (1%) oraz zapewnienie pomocy w załatwieniu spraw urzędowych⁸¹⁶. Z kolei 95% respondentów niepełnosprawnych ruchowo nie posiadało odpowiednio dostosowanego samochodu⁸¹⁷.

Tymczasem mogą oni, o ile nie ma innych przeciwwskazań, być kierowcami, co zapewnia im mobilność i umożliwia zaspokajanie nie tylko potrzeb komunikacyjnych⁸¹⁸. W Polsce wśród osób niepełnosprawnych większość z nich ma dysfunkcje ruchowe, jednak szacunkowo zaledwie 200 tys. to kierowcy⁸¹⁹. Nie stworzono bowiem właściwych rozwiązań organizacyjno-prawnych, dzięki którym proces pozyskiwania prawa jazdy przez osoby niepełnosprawne ruchowo okazał się łatwiejszy⁸²⁰. Ponadto wyzwaniem pozostaje dostosowanie samochodów osobowych do potrzeb niepełnosprawnego kierowcy⁸²¹.

⁸¹⁴ Zob. A. Ejsmont, M. Cybulski, A. Hryniewicz, E. Krajewska-Kułak, *Analiza przyczyn, częstotliwości oraz profilaktyki upadków wśród mieszkańców Białegostoku w wieku podeszłym*, „Gerontologia Polska” Nr 27/2019, s. 136; A. Edbom-Kolarz, J.T. Marcinkowski, *Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka*, „Hygeia and Public Health” Nr 3(46) 2011, s. 315.

⁸¹⁵ Zob. G. Nowicki, P. Rzońca, E. Rudnicka-Drożak, M. Młynarska, E. Chemperek, *Urazy wieku geriatrycznego w praktyce*, „Gerontologia Polska” Nr 2 2015, s. 53; J. Wierzbička, I. Brukwicka, Z. Kopański, J. Rowiński, F. Furmanik, *Stopień narażenia na urazy w wieku senioralnym*, „Journal of Clinical Healthcare” Nr 2 2017, s. 31-32; A. Ejsmont, M. Cybulski, A. Hryniewicz, E. Krajewska-Kułak, *Analiza przyczyn, częstotliwości...*, dz. cyt., s. 137.

⁸¹⁶ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 50.

⁸¹⁷ Tamże, s. 110-111.

⁸¹⁸ E. Jurgielewicz-Delegacz, dz. cyt., s. 134.

⁸¹⁹ M. Ucińska, B. Stasiak, *Wstępna analiza kierowców z niepełnosprawnością w Polsce w kontekście bezpieczeństwa ruchu drogowego*, [w:] <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element/baztech-e5989f52-7215-4e4d-986c-e442f6bae609> [dostęp: 7.11.2022], s. 10.

⁸²⁰ Zob. A. Paczkowski, D. Więckowski, *Potrzeba obiektywnej zdolności do prowadzenia pojazdów przez osoby niepełnosprawne*, 06_Artur_Paczkowski.pdf [dostęp: 7.11.2022]; B. Stasiak-Cieślak, *Procedura doboru urządzeń adaptacyjnych wspomagających prowadzenie samochodu przez kierowcę z niepełnosprawnością*, „Prace Naukowe Politechniki Warszawskiej. Transport” Z. 121 2018; M. Ucińska, B. Stasiak-Cieślak, *Niepełnosprawny kierowca w ruchu drogowym – kompleksowe wspieranie mobilności*, „Autobusy” Nr 12 2016.

⁸²¹ M. Sydor, M. Zabłocki, J. Gabryelski, dz. cyt., s. 225-226.

Według badań PFRON-u zaledwie 2% osób niepełnosprawnych ruchowo doświadczało potrzeb związanych z komunikacją⁸²², natomiast jeden na czterech badanych miało potrzeby związane z transportem i przemieszczaniem się⁸²³. Dla respondentów wyzwaniem pozostały bariery architektoniczne obecne w przestrzeni publicznej (21%), brak właściwie przystosowanych środków transportu zbiorowego (4%), zapewnienie im transportu (3%) i asystenckiej pomocy w poruszaniu się (2%)⁸²⁴.

Utrudnienia w zaspokojeniu potrzeby przemieszczania się, komunikacji i informacji zaburzają codzienne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych oraz zaspokajanie innych potrzeb, a tym tych o charakterze edukacyjnym, zawodowym, rekreacyjnym czy społecznym. W rezultacie znaczna część osób niepełnosprawnych ruchowo nie podejmuje aktywności turystycznej. Zgodnie z danymi z 2017 roku 70% niepełnosprawnych nie korzystało z turystyki wyjazdowej⁸²⁵.

Tylko 2% osób niepełnosprawnych ruchowo doświadczało potrzeb związanych z integracją i włączeniem społecznym. Dotyczyły one podejmowania działań, które poprawiają nastawienie społeczeństwa wobec niepełnosprawnych, spowodują okazywanie im życzliwości, akceptacji czy wyrozumiałości (1%), jak również umożliwią im doświadczenie miłości, bycie w związku i założenie rodziny (1%)⁸²⁶.

Niepełnosprawność ruchowa w powiązaniu z niezaspokojeniem licznych potrzeb tworzy warunki, w których osoba niepełnosprawna może nie zaspokajać swoich potrzeb edukacyjnych. Według badania na zlecenie PFRON z 2017 roku 1% osób niepełnosprawnych ruchowo miało potrzeby edukacyjne⁸²⁷. Ponadto respondenci z dysfunkcjami ruchu, podobnie jak inni niepełnosprawni, cechowali się raczej niewielkimi szansami na zwiększenie poziomu wykształcenia. Większość uczestników badania nie kontynuowała nauki (87%) oraz nie wzięła udziału w szkoleniach czy kursach w ciągu ostatnich 5 lat (74%), jak również nie miała planów i motywacji, aby podjąć naukę szkolną czy uczestniczyć w szkoleniach w ciągu ostatniego roku. Kluczowe

⁸²² *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 50.

⁸²³ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 3, 4.

⁸²⁴ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 49.

⁸²⁵ M. Furmanek, *Turystyka wyjazdowa niepełnosprawnych ruchowo mieszkańców Krakowa – stan i potrzeby*, „Turystyka” Nr 2(24) 2014, s. 9.

⁸²⁶ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 50.

⁸²⁷ Tamże, s. 50-51.

znaczenie miało przystosowanie do potrzeb niepełnosprawnych (14%) środowiska szkolnego i dostępu do sprzętu pomocniczego (13%), ale te dwie potrzeby często nie były zaspokajane. Osoby z dysfunkcjami ruchowymi potrzebowały pomocy finansowej i materialnej w formie dofinansowania transportu (dojazdu do szkoły) i zakwaterowania, w mniejszym stopniu dofinansowania do podręczników i pomocy naukowych. Dla nich kluczowe znaczenie miało dostosowanie architektoniczne, ułatwienia związane z przemieszczaniem się i transportem. Osoby niepełnosprawne ruchowo z obszarów miejskich częściej były narażone na niezaspokojenie potrzeb edukacji ze względu na ograniczony dostęp do specjalistycznego wsparcia⁸²⁸.

Niski poziom potrzeb edukacyjnych osób niepełnosprawnych ruchowo oraz brak ich zaspokojenia tworzą niekorzystne warunki, które ograniczają ich szanse na rynku pracy oraz poprawę sytuacji materialnej. Niepełnosprawni pracownicy nadal napotykają na trudności z zatrudnieniem, ale także często nie wykazują dostatecznego zaangażowania w poszukiwanie pracy i jej utrzymanie.

Z tego powodu, na podstawie badań zrealizowanych przez PFRON, można sformułować wniosek, zgodnie z którym aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych musi obejmować pobudzanie ich motywacji do podjęcia zatrudniania. Ten proces powinien obejmować etap poszukiwania pracy, jej utrzymanie i rozwój zawodowy niepełnosprawnego pracownika, ponieważ 84% z nich nie poszukiwało aktywnie pracy. Respondenci cechowali się niskim poziomem motywacji do podjęcia tej aktywności, na co wskazują dane – 37% z nich deklarowało niepodjęcie zaoferowanej pracy, kolejne 15% uczestników badania raczej zamierzało odrzucić taką ofertę, a 12% pytanych osób nie chciało pracować zawodowo, aby nie stracić świadczeń pieniężnych. Większość respondentów cechował brak wiedzy o zasadach, które regulują prawo do utrzymania renty przy podjęciu pracy zawodowej. Jednak osoby niepełnosprawne, w tym tych z dysfunkcją ruchu, nadal doświadczają problemów z podjęciem pracy zawodowej, a wpływ na to mają trudności zdrowotne, brak motywacji i bodźców do podjęcia pracy, niskie wynagrodzenie jako czynnik demotywujący, deficyt miejsc pracy dla osób cechujących się wysokimi lub niskimi kwalifikacjami zawodowymi, klimat na rynku pracy (postawy pracodawcy oraz współpracowników wobec niepełnosprawnego

⁸²⁸ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, dz. cyt., s. 8-9.*

pracownika), który nie sprzyja niepełnosprawnym⁸²⁹. Aktywność zawodowa nie zawsze zaspokaja potrzeby niepełnosprawnych pracowników związane z pracą zawodową. Dotyczą one zapewniania im pracy, jakiegokolwiek zatrudnienia (3%), przystosowanie warunków pracy (1%) i stanowiska pracy (1%) do ich niepełnosprawności⁸³⁰. U 19% z nich występujące potrzeby dotyczyły właściwego dostosowania stanowiska pracy i zapewnienia im odpowiednich warunków pracy. Niepełnosprawni ruchowo pracownicy częściej potrzebowali fizycznej adaptacji. Dla nich niezbędne okazało się wsparcie w postaci odpowiedniego stanowiska pracy, nauki na takim stanowisku, pomocy w zdobyciu zatrudnienia za sprawą udziału w kursach zawodowych podnoszących kwalifikacje, programów kończących się zatrudnieniem, pomocy w poszukiwaniu pracy, dostępu do staży i praktyk zawodowych⁸³¹.

Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą mieć trudności z zaspokajaniem swoich potrzeb zdrowotnych, które są porównywalne z problemami doświadczanymi przez zdrowych członków społeczeństwa. Jednak w ich przypadkach dostęp do świadczeń medycznych często ma znacznie większe znaczenie, co uwzględnił polski prawodawca. Osoby niepełnosprawne ruchowo mają prawo do opieki medycznej i psychologicznej oraz leczenia funkcjonalnego, jak również do zaopatrzenia w sprzęt protetyczny i ortopedyczny. Należy im zapewnić dostęp do rehabilitacji medycznej i środków pomocniczych⁸³². Należy również objąć ich edukacją zdrowotną, aby rozumieli kwestie zdrowotne i samodzielnie mogli dbać o nie dbać, rozwijając własne umiejętności prowadzenia prozdrowotnego stylu życia⁸³³.

W Polsce ze względu na ograniczone środki finansowe osoby niepełnosprawne często są zmuszone do korzystania wyłącznie z publicznej opieki zdrowotnej, ponieważ nie dysponują funduszami na prywatną opiekę zdrowotną. Dostęp do usług zdrowotnych ograniczają im bariery architektoniczne, infrastrukturalne (wyposażenie przychodni, gabinetów w odpowiedni sprzęt), komunikacyjne, informacyjne, mentalne (brak

⁸²⁹ Tamże, s. 9.

⁸³⁰ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 50.

⁸³¹ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 9.

⁸³² G. Jarząbek-Bielecka, M. Bielacki, M. Pisarska-Krawczyk, J. Buks, W. Kędzia, *Opieka medyczna i aptekarska nad pacjentami niepełnosprawnymi w aspekcie ginekologicznym i seksuologicznym*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” Nr 1(42) 2015, s. 58.

⁸³³ Szerzej: G. Brzyży, *Edukacja zdrowotna osób niepełnosprawnych narządu wzroku i osób pełnosprawnych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” Nr 3(8) 2018, s. 210; A. Gawęł, F. Wojciechowski, *Edukacja zdrowotna w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami*, „Niepełnosprawność” Nr 9 2013, s. 160-164.

podmiotowego traktowania pacjenta) i kompetencyjne (luki kompetencyjne personelu medycznego)⁸³⁴.

Według WHO w 2020 roku na świecie osoby niepełnosprawne miały dostęp do świadczeń zdrowotnych, które cechują się niską jakością, ograniczoną dostępnością i niedofinansowaniem. Napotykają oni na różne utrudnienia, np. finansowe, transportowe, architektoniczne oraz organizacyjne (niski poziom umiejętności i kompetencji personelu medycznego). Kobiety niepełnosprawne ruchowo mają problemy z dostępem do badań przesiewowych dotyczących raka piersi i szyjki macicy, jeżeli urządzenia medyczno-diagnostyczne nie mają regulacji wysokości i wymagają od pacjentki przyjęcia postawy stojącej⁸³⁵. W Polsce również osoby niepełnosprawne mają trudności z dostępem do specjalistycznej opieki zdrowotnej ze względu na długie oczekiwanie na wizytę. Niepełnosprawni często korzystali z usług neurologa, psychologa, ginekologa, ortopedy, urologa, laryngologa, genetyka, okulisty czy stomatologa. Czynnikiem ograniczającym osobom niepełnosprawnym dostęp do opieki medycznej jest również brak specjalistycznego i dostosowanego sprzętu potrzebnego do badania czy diagnozy⁸³⁶.

Wyzwaniami dla systemu ochrony osób z dysfunkcjami ruchu są ich liczba i duże zróżnicowanie tej zbiorowości. W 2004 roku osoby niepełnosprawne ruchowo stanowiły 46,1% niepełnosprawnej ludności, w tym 41,9% osób w wieku od 15 do 59 lat oraz 50,2% starszych niepełnosprawnych, mających 60 lat i więcej. Niepełnosprawność ruchowa nieco częściej dotyka kobiety (48,1%) niż mężczyzn (43,7%). Poza tym ta dysfunkcja występuje także wśród dzieci, głównie w wieku od 10 do 14 lat. Doświadczają one umiarkowanych lub znaczących problemów ze zdrowiem, a duża ich część przewlekłe choruje⁸³⁷.

Do podobnego wniosku prowadziły badania z 2009 roku, które Jadwiga Rzempowska i współpracownicy przeprowadzili wśród osób niepełnosprawnych fizycznie w wieku od 18 do 45 lat i mieszkających na terenach wiejskich województwa wielkopolskiego. Ustalono, że poza niepełnosprawnością występowały także choroby przewlekłe u co drugiej kobiety i co trzeciego mężczyzny. Respondenci mieli alergie,

⁸³⁴ *Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawności – analiza i zalecenia*, BRPC, Warszawa 2020, [w:] https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Dostepnosc_uslug_opieki_zdrowotnej_dla_OzN.pdf [dostęp: 7. 11.2022], s. 39-41.

⁸³⁵ *Niepełnosprawność i zdrowie*, [w:] <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lqwNpWBPKSOJ:https://kn.pfron.org.pl/download/5/1237/PFRONkwartalniknr36-37caloscWCAG12bNiepelnosprawnosciPL.pdf&cd=5&hl=pl&ct=clnk&gl=pl> [dostęp: 7.11.2022], s. 80-82.

⁸³⁶ *Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawności – analiza i zalecenia*, dz. cyt., s. 42.

⁸³⁷ *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, dz. cyt., s. 8.

schorzenia układu trawiennego i krążenia. W rezultacie ponad połowa z nich negatywnie oceniła swoją kondycję zdrowotną⁸³⁸.

Według badania przeprowadzonego na zlecenie PFRON w 2017 roku, w których wzięły także osoby z dysfunkcją ruchu w wieku od 16 do 60 lat, ich jakość życia nie była dobra⁸³⁹.

Według danych GUS w 2020 roku osoby niepełnosprawne były członkami 16,7% gospodarstw domowych w Polsce, w tym głównie w gospodarstwach domowych rencistów (44,0%) i rolników (31,3%) . Powyższe prezentuje tabela 4.17.

Tabela 4.17. Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi w Polsce w 2020 (w %)

Gospodarstwa domowe							
Razem	Pracowników		Rolników	Pracujących na własny rachunek	Emerytów	Rencistów	Pozostałe
	na stanowiskach robotniczych	na stanowiskach nierobotniczych					
16,7	15,9	10,2	31,3	6,9	18,1	44,2	44,0

Źródło: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2022, s. 25.

Ich niepełnosprawni członkowie często negatywnie oceniali swoją kondycję zdrowotną (patrz: tabela 4.18.). Najczęściej były to osoby ze znacznym (48,5%) stopniem niepełnosprawności, rzadziej z umiarkowanym (31,0%) i lekkim (26,7%)⁸⁴⁰. Cechowały się one dużym zapotrzebowaniem na opiekę zdrowotną, ponieważ na ich kondycję fizyczną, poza niepełnosprawnością, negatywnie mogły oddziaływać także inne schorzenia, w tym te o charakterze przewlekłym.

Tabela 4.18. Samoocena stanu zdrowia i stopień niepełnosprawności prawnej respondentów z gospodarstw domowych w Polsce w roku 2020 (w %)

Stopień niepełnosprawności	2020		
	1	2	3
Znaczny	13,1	38,3	48,5
Umiarkowany	16,9	51,6	31,5
Lekki	22,6	49,8	26,7
Orzeczenie o niepełnosprawności	34,4	40,6	25,0

Legenda: 1 - bardzo dobry i dobry, 2 – Taki sobie, ani dobry, ani zły, 3 – Zły i bardzo zły.

Źródło: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2022, s. 25.

⁸³⁸ J. Rzempowska, M. Zysnarska, B. Stawińska-Witoszyńska, J. Kłos, M. Gromadcka-Sutkiewicz, A. Krzyżaniak, *Niepełnosprawna młodość w środowisku wiejskim – diagnoza problemów*, „Hygeia Public Health” Nr 4(54) 2016, s. 358.

⁸³⁹ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 2.

⁸⁴⁰ *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2022, s. 25.

Do takiego wniosku prowadzi badanie J. Rzempowskiej i współpracowników, według którego pod opieką lekarzy była zdecydowana większość uczestników badania, w tym 94,9% mężczyzn i 95,8% kobiet. Regularnie z usług medycznych korzystało 82,3% mężczyzn i 78,1% kobiet. Specjalistycznej opiece (ortopedycznej, reumatologicznej, neurologicznej i kardiologicznej) podlegało 60% respondentów, którzy najczęściej negatywnie oceniali dostęp do tych świadczeń (68%)⁸⁴¹. Tylko nieliczni uczestnicy badania nie korzystali ze świadczeń medycznych. Tymczasem według danych z 2012 roku blisko jedna czwarta osób niepełnosprawnych nie skorzystała z porad specjalisty w ostatnim roku, a 54% z nich nie zrobiło tego w ciągu ostatniego miesiąca⁸⁴². Część tej zbiorowości z różnych powodów, w tym z braku występującej potrzeby, nie korzystało z usług medycznych.

Według badania z 2017 roku zleconego przez PFRON, 5% osób niepełnosprawnych ruchowo nie doświadczało potrzeb związanych ze zdrowiem i opieką medyczną. Dotyczyły zapewniania odpowiedniej opieki lekarskiej (3%), utrzymania lub poprawy stanu zdrowia (1%) oraz refundacji lub dofinansowania do zakupu leków (1%)⁸⁴³. Część respondentów niepełnosprawnych ruchowo nie skorzystała z dodatkowych usług medycznych, które miały związek z poprawą sprawności fizycznej. Te osoby nie uważały tych usług za priorytetowe i kluczowe (40%), nie korzystały z nich obecnie (77%) lub kiedykolwiek (27%). Większość respondentów niepełnosprawnych ruchowo nie korzystała z usług pielęgnacyjnych, ponieważ nie uznały je za bardzo ważne i kluczowe (73%) oraz nie korzystają z nich obecnie (94%)⁸⁴⁴.

W 2020 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono badania wśród niepełnosprawnych mieszkańców, w ramach którego wyróżniono osoby niepełnosprawne ruchowo. Ustalono, że co czwarta osoba nie doświadczała lub tylko w małym stopniu zaspokajała swoje potrzeby rehabilitacji i opieki zdrowotnej (patrz: wykres 4.28.)⁸⁴⁵.

⁸⁴¹ J. Rzempowska, M. Zysnarska, B. Stawińska-Witoszyńska, J. Kłos, M. Gromadcka-Sutkiewicz, A. Krzyżaniak, dz. cyt., s. 358.

⁸⁴² A. Przybyłka, *Świadczenia dla osób starszych i niepełnosprawnych w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej (wybrane zagadnienia)*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” Nr 297 2013, s. 186.

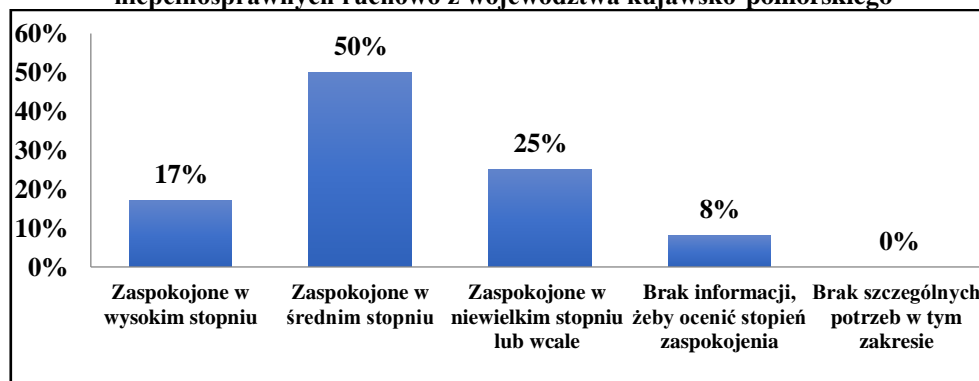
⁸⁴³ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 50.

⁸⁴⁴ Tamże, s. 121.

⁸⁴⁵ *Kompleksowa diagnoza sytuacji osób z niepełnosprawnościami na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 34.

W przypadku połowy pytaných ten stopień był średni, a dla 17% respondentów – wysoki. Łącznie 75% osób niepełnosprawnych ruchowo nie zaspokajała w ogóle lub w pełni swoich potrzeb w zakresie rehabilitacji i opieki zdrowotnej.

Wykres 4.28. Stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie rehabilitacji i opieki zdrowotnej osób niepełnosprawnych ruchowo z województwa kujawsko-pomorskiego



Źródło: *Kompleksowa diagnoza sytuacji osób z niepełnosprawnościami na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Raport końcowy*, [w:] <https://ngo.kujawsko-pomorskie.pl/upload/file/aktualnosci/2021/uz-6-21-8-315-zz1.pdf> [dostęp: 7.11.2022], s. 34.

Osoby niepełnosprawne ruchowo doświadczają utrudnionego dostępu do działań rehabilitacyjnych obejmujących oddziaływania lecznicze, psychologiczne, techniczne, edukacyjne, dzięki którym mogą poprawić własne funkcjonowanie w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Taka rehabilitacja umożliwia im uzyskanie większej sprawności, samodzielności i zaradności⁸⁴⁶. Jednak nadal zapotrzebowanie na to wsparcie pozostaje większe niż możliwości systemowe. Osoby niepełnosprawne ruchowo wykazują mniejsze potrzeby związane z integracją społeczną. Rzadziej, w porównaniu z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i chorymi psychicznie, korzystały one z pomocy prawnej, psychologicznej i rehabilitacji społecznej także w ramach warsztatów terapii zajęciowej. Jednym z głównych wniosków zawartych w badaniu przeprowadzonym przez PFRON w 2017 roku jest konkluzja, że niepełnosprawni ruchowo oraz członkowie ich rodzin niedostatecznie korzystali z potencjału wsparcia instytucjonalnego ze względu na nierozwiązane kwestie materialne⁸⁴⁷.

Osoby niepełnosprawne, w tym te z dysfunkcjami ruchu, cechują się specyficznymi potrzebami rehabilitacyjnymi. Często nie są one zaspokajane, ponieważ napotykają na liczne ograniczenia dostępu z powodu niedostatecznej bazy rehabilitacyjnej, zbyt

⁸⁴⁶ Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych na lata 2021-2027. Powiat policki, dz. cyt., s. 17.

⁸⁴⁷ Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka, dz. cyt., s. 7.

małej liczby sprzętu lub jego niewłaściwego stanu (przestarzałe urządzenia) w placówkach rehabilitacyjnych, długiego okresu oczekiwania na sprzęt rehabilitacyjny i zabiegi rehabilitacyjne. Problemem pozostaje niedostosowanie oferty rehabilitacyjnej do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, którzy często potrzebowali masażu leczniczego, fizjoterapii, gimnastyki leczniczej czy hydroterapii⁸⁴⁸. Rehabilitacja ma kluczowe znaczenie dla osób niepełnosprawnych ruchowo w czasie wszystkich etapów ich życia – wspiera i optymalizuje ich potencjał zdrowotny. Pełni również ważną rolę jako czynnik, dzięki któremu większość niepełnosprawnych pracowników, cechujących się niską wydolnością fizyczną, utrzymuje zdolność wykonywania pracy zawodowej⁸⁴⁹.

W 2009 roku J. Rzempowska i współpracownicy przeprowadzili badania wśród osób niepełnosprawnych fizycznie. Ustalili, że 73,7% z nich nie skorzystało z rehabilitacji medycznej. Wśród nich przeważali mężczyźni. Duża część respondentów deklarowała chęć udziału w rehabilitacji, o ile byłaby ona prowadzona blisko ich miejsca zamieszkania (71,3%)⁸⁵⁰. Natomiast dla 14% respondentów z dysfunkcją ruchu ważne były potrzeby związane z rehabilitacją fizyczną⁸⁵¹. Chcieli oni niedostępnej dla nich rehabilitacji, cechującej się ciągłością i odpowiednim poziomem (13%), zapewnienia im sprzętu rehabilitacyjnego (2%) i udziału w turnusach rehabilitacyjnych (2%)⁸⁵². Z kolei 67% niepełnosprawnych respondentów miało kontakt z rehabilitacją fizyczną, jednak doświadczało, w tym osoby z dysfunkcją ruchu, problemów z korzystaniem z takiej formy wsparcia. Ich źródłem były brak możliwości skorzystania ze stałej, bezpłatnej rehabilitacji zapewnianej niepełnosprawnym w ramach świadczeń NFZ, niemożność samodzielnego zapewnienia sobie dostępu do usług rehabilitacyjnych i niedopasowanie skali zabiegów do faktycznych, zindywidualizowanych potrzeb⁸⁵³. Należy podkreślić, że część respondentów niepełnosprawnych ruchowo nie brała jednak udziału w zajęciach rehabilitacyjnych, ponieważ nie uważali takiej aktywności za priorytetową i kluczową (32%). W rezultacie nie korzystali z nich w trakcie prowadzenia badania (66%) lub

⁸⁴⁸ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, dz. cyt., s. 24, 25.

⁸⁴⁹ Szerzej: B. Kurkus-Rozowska, *Wpływ rehabilitacji na poprawę wydolności fizycznej osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Bezpieczeństwo pracy” Nr 3 2002.

⁸⁵⁰ J. Rzempowska, M. Zysnarska, B. Stawińska-Witoszyńska, J. Kłos, M. Gromadecka-Sutkiewicz, A. Krzyżaniak, *Niepełnosprawna młodość w środowisku*, dz. cyt., s. 359.

⁸⁵¹ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka* dz. cyt., s. 3.

⁸⁵² *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 49-50.

⁸⁵³ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 7.

kiedykolwiek wcześniej (17%)⁸⁵⁴. Ich postawa została ukształtowana przez różne czynniki, wśród których znajdują się nieskuteczna edukacja zdrowotna i system wsparcia.

Czynnikiem, który negatywnie oddziałuje na bezpieczeństwo zdrowotne osób niepełnosprawnych ruchowo, jest brak dostatecznych środków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Z powodu niedostatecznej wysokości dochodów część gospodarstw domowych osób niepełnosprawnych, w tym tych z dysfunkcją ruchu, nie dysponowała środkami na zakup leków i ponoszenie wydatków na opiekę zdrowotną (70%) i rehabilitację (60%)⁸⁵⁵. Nie miały funduszy na rehabilitację (32%), opiekę zdrowotną (26%) i leki (18%)⁸⁵⁶. Część respondentów niepełnosprawnych ruchowo uważała, że dofinansowanie rehabilitacji było dla nich bardzo ważne i kluczowe (65%). W rezultacie nie korzystali z nich w trakcie prowadzenia badania (38%) lub kiedykolwiek wcześniej (11%)⁸⁵⁷. Część respondentów była zdania, że dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z ich niepełnosprawnością okazało się dla nich bardzo ważne i kluczowe (51%). Korzystali z tego wsparcia obecnie (51%) lub kiedykolwiek (24%)⁸⁵⁸.

Innym czynnikiem, którym utrudnia osobom niepełnosprawnym ruchowo zaspokajać potrzeby zdrowotne, jest zbiurokratyzowany system wsparcia instytucjonalnego. Osoby niepełnosprawne, aby skorzystać z dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych, napotykają na liczne wyzwania, np. muszą złożyć pisemny wniosek na specjalnym druku razem z załącznikami. Ponadto mierzą się z występowaniem błędów o charakterze instytucjonalnym, których źródłem bywają przepisy PFRON. Można do nich zaliczyć równoczesne stosowanie kryterium progu dochodowego oraz uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w ciągu ostatnich trzech lat. W rezultacie osoba niepełnosprawna ruchowo zostaje zmuszona do długiego oczekiwania na kolejny turnus, co prowadzi do zaprzepaszczenia uzyskanych wcześniej wyników rehabilitacji⁸⁵⁹.

Podsumowując, mimo że osoby z dysfunkcjami ruchu stanowią dużą i stale powiększającą się grupę niepełnosprawnych w Polsce, nadal nie stworzono warunków,

⁸⁵⁴ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 121.

⁸⁵⁵ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez firmę: Badania Społeczne Marzena Sochańska-Kawiecka*, dz. cyt., s. 6.

⁸⁵⁶ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 102.

⁸⁵⁷ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Projekt realizowany na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Raport końcowy*, dz. cyt., s. 122.

⁸⁵⁸ Tamże, s. 122.

⁸⁵⁹ M. Janiak, dz. cyt., s. 266.

aby mogły w pełni zaspokajać swoje potrzeby. Deficytów w tym zakresie doświadcza blisko połowa niepełnosprawnych ruchowo. Część z nich nie zaspokaja potrzeb mieszkaniowych, komunikacyjnych, informacyjnych, edukacyjnych i rekreacyjnych, a także – zdrowotnych, ponieważ nie dysponują dostatecznymi środkami finansowymi. Duża grupa niepełnosprawnych ruchowo nie jest aktywna zawodowo, ponieważ nadal nie zapewniono osobom w wieku produkcyjnym możliwości podjęcia pracy zawodowej. To rezultat niedostatecznego instytucjonalnego wsparcia. Jego słabości negatywnie oddziałują na codzienne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych, ponieważ część z nich ma ograniczony dostęp do potrzebnych i właściwych urządzeń pomocniczych, dofinansowania, zajęć i warsztatów przeznaczonych dla niepełnosprawnych beneficjentów. Niezaspokojenie omówionych powyżej potrzeb powoduje, że osoby z dysfunkcjami są narażone na dalsze pogłębianie negatywnego wpływu niepełnosprawności na ich życie i kondycję środowiska rodzinnego.

4.4. Sposoby zarządzania bezpieczeństwem osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się

Zarządzanie bezpieczeństwem osób z niepełnosprawnością ruchową wymaga wyjścia poza zakres ochrony personalnej. Taka jednostka, również członkowie jej środowiska rodzinnego, nie są w stanie uzyskać odpowiedniej ochrony przed licznymi zagrożeniami – szczególnie tymi o charakterze masowym. Z tego powodu w podrozdziale uwaga została skupiona na systemowym zagwarantowaniu bezpieczeństwa członkom społeczeństwa w ramach zarządzania bezpieczeństwem i kryzysowego zarządzania bezpieczeństwem.

Zarządzanie bezpieczeństwem to proces, który polega na realizacji planowania i organizacji działań (podlegających stałemu monitorowaniu i kontroli osiągniętych celów). Zarządzanie bezpieczeństwem jest podejmowane dla sprawnego i skutecznego uzyskania celów w dziedzinie bezpieczeństwa i wymaga adaptowania się do zmiennych potrzeb społeczeństwa⁸⁶⁰. Tworzony w ramach tego zarządzania system zarządzania bezpieczeństwem na potrzeby państwa obejmuje podsystem kierowania (organy kierownicze), wykonawczy militarny (siły zbrojne) i pozamilitarny (ochrona ludności

⁸⁶⁰ K. Szwarz, *Zapewnienie bezpieczeństwa jako przedmiot zarządzania*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 2(10) 2016, s. 131.

i struktur państwa w warunkach zagrożenia ze strony katastrof i klęsk żywiołowych). Ten ostatni składa się z podsystemu informacyjnego, ochronnego i gospodarczego⁸⁶¹.

Zarządzanie bezpieczeństwem społeczeństwa bywa utożsamiane z zarządzaniem bezpieczeństwem publicznym, które odnosi się do ochrony istnienia oraz funkcjonowania *jednostek, instytucji, organizacji, grup społecznych i każdej jednostki ludzkiej*⁸⁶².

Zarządzanie tym bezpieczeństwem to *zorganizowane działanie prowadzone z wykorzystaniem zasobów kadrowych, finansowych, technicznych oraz informacyjnych*, aby w ten sposób spowodować ograniczenie możliwych zagrożeń, zapewnić niezakłócony przebieg życia społecznego, ochronę życia i zdrowia ludzi, mienia oraz środowiska. Celem zarządzania bezpieczeństwem publicznym jest także przestrzeganie prawa oraz ochrona ładu społecznego, aby chronić interes społeczny⁸⁶³. Na poziomie samorządów lokalnych takie działania zarządcze koncentrują się na społeczności lokalnej, która dotyczy zbiorowości z określonego obszaru społecznego. Ich celem staje się diagnoza potencjalnych zagrożeń, działania prewencyjne zapobiegające ich wystąpieniu, kontrola nad obecnym zagrożeniem, eliminacja, usuwanie skutków oraz ewaluacja dotychczasowych działań zarządczych dla uzyskania lepszych wyników w przyszłości⁸⁶⁴. Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym skupia się na monitorowaniu zjawisk, które zagrażają porządkowi publicznemu, a tym samym godzą w bezpieczeństwo zbiorowości i jej członków. Zalicza się do nich przejawy patologii społecznych, w tym: bezrobocie, przestępczość, wandalizm, przemoc (także domowa), naruszenia norm prawa (np. drogowego, niespożywania alkoholu w miejscach publicznych). Zwalczanie i eliminowanie tych zjawisk wspiera także poczucie bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych.

Zarządzanie bezpieczeństwem społeczeństwa i jego członków stanowi przejaw działań z zakresu bezpieczeństwa strukturalnego. Obejmuje ukierunkowaną działalność wszystkich instytucji życia publicznego odpowiedzialnych za bezpieczeństwo ludności, której cel stanowi zapewnienie bezpieczeństwa personalnego⁸⁶⁵. Zarządzanie bezpieczeństwem zalicza się do najważniejszych działań państwa. Podejmowane przez

⁸⁶¹ M. Cabaj, *Zarządzanie kryzysowe – integralna część bezpieczeństwa narodowego*, „Studia z zakresu prawa, administracji i zarządzania UKW” T. 6 2014, s. 103.

⁸⁶² K. Sienkiewicz-Małyjurek, *Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym w samorządzie lokalnym – istota i inicjatywy*, „Organizacja i Zarządzanie. Kwartalnik naukowy” T. 1 2011, s. 136.

⁸⁶³ Tamże, s. 140.

⁸⁶⁴ Tamże, s. 140-141.

⁸⁶⁵ K. Kołodziejczyk, *Człowiek – centrum rozważań o bezpieczeństwie*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009, s. 127.

określone instytucje reakcje mają miejsce w przypadku wystąpienia zagrożeń życia publicznego i powszechnego, zaistnienia konieczności zapewnienia ochrony zdrowia, życia i majątku obywateli, porządku prawnego, majątku narodowego przed bezprawnymi działaniami oraz skutkami klęsk żywiołowych, katastrof naturalnych i antropologicznych⁸⁶⁶.

Zarządzanie bezpieczeństwem wyróżnionych grup społeczeństwa, w tym osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu należących do zbiorowości podwyższonego ryzyka, nie ogranicza się wyłącznie do wąsko pojętej ochrony życia i zdrowia. Uwzględnia liczne aspekty personalnego bezpieczeństwa tych osób⁸⁶⁷, czyli ich bezpieczeństwo ekonomiczne, społeczne⁸⁶⁸, zdrowotne⁸⁶⁹, jak również dostęp do urzędów⁸⁷⁰. W pierwszym przypadku kluczowe znaczenie mają zasady, które regulują aktywność zawodową ludności, w tym szczególną ochronę i uprawnienia niepełnosprawnych pracowników⁸⁷¹, także z dysfunkcjami ruchu, oraz właściwie prowadzoną politykę społeczną⁸⁷². Aby zapewnić optymalny poziom bezpieczeństwa

⁸⁶⁶ A. Marjański, *Zarządzanie kryzysowe jako element systemu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009, s. 298, 299.

⁸⁶⁷ Szerzej: M. Kessler, J. Mielczarek, *Prawa publiczne osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Gięda, R. Raszewska-Skałecka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015; R. Raszewska-Skałecka, *Prawne gwarancje edukacji osób niepełnosprawnych w ustawodawstwie polskim – wybrane zagadnienia*, [w:] M. Gięda, R. Raszewska-Skałecka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015.

⁸⁶⁸ Szerzej omówione w podrozdziałach 2.3 i 3.1.

⁸⁶⁹ Szerzej omówione w podrozdziałach 3.3 i 4.2.

⁸⁷⁰ Szerzej: R. Wolniak, *Wybrane aspekty postrzegania potrzeb osób niepełnosprawnych przez pracowników urzędów miejskich w województwie śląskim*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie” Z. 92 2016.

⁸⁷¹ Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych na rynku pracy regulują aktualne, wykonawcze normy prawne: *Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 19 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych* (Dz. U. 2022 r. poz. 1334), *Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej* (Dz. U. 2022 r. poz. 1330), *Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 25 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej* (Dz. U. 2022 r. poz. 1276), *Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 19 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie refundacji kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych* (Dz. U. r. 2022 poz. 1213), *Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 17 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych* (Dz. U. 2022 r. poz. 1199) itp.

⁸⁷² Szerzej: E. Giermanowka, M. Raclaw, *Pomiędzy polityką życia, emancypacją i jej pozorowaniem. Pytania o nowy model polityki społecznej wobec zatrudniania osób niepełnosprawnych*, „Studia Socjologiczne” Nr 3(12) 2014.

osobom z niepełnosprawnością ruchową, zdolnym do podejmowania aktywności zawodowej, polski prawodawca zobowiązuje pracodawcę do przestrzegania zasad dotyczących treści, warunków⁸⁷³ i czasu pracy, przywilejów niepełnosprawnych pracowników⁸⁷⁴. Jednak polski ustawodawca podjął działania, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym, w tym także tym z dysfunkcjami ruchu, dostęp do edukacji⁸⁷⁵ oraz odpowiednie warunki bytowe⁸⁷⁶.

Dla zapewnienia bezpieczeństwa społecznego, wśród których wzrasta liczba osób z dysfunkcjami ruchu lub/i percepcji⁸⁷⁷, są wdrażane dedykowane programy i działania. Należy do nich program *Dostępność Plus* realizowany w latach 2018-2025, który służy zwiększeniu dostępności ludności z ograniczeniami ruchu do produktów, usług, życia społecznego i publicznego oraz dóbr kultury. Programowi zapewniono finansowanie

⁸⁷³ Szerzej: K. Boczkowska, K. Niziołek, *Bezpieczeństwo i higiena pracy w zakładach zatrudniających osoby niepełnosprawne*, [w:] J. Leczewicz-Bartoszevska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnych. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPL, Łódź 2011; J. Bugajska, J. Kamińska, A. Strupień, A. Hadław, Ł. Żmuda i in., *Model wsparcia osób niepełnosprawnych w środowisku pracy. Mapa drogowa*, CiOP-PIP, Warszawa 2019.

⁸⁷⁴ Szerzej: J. Mielczarek, K. Mikołajów, *Zatrudnianie osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Gięda, R. Raszevska-Skałeczka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015.

⁸⁷⁵ Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych w sferze edukacji regulują aktualne, wykonawcze normy prawne: *Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej* (Dz. U. 2022 poz. 1717), *Obwieszczenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 18 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie sposobu podziału dla uczelni środków finansowych na świadczenia dla studentów oraz na zadania związane z zapewnieniem osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół doktorskich, kształceniu na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej* (Dz. U. 2021 poz. 384), *Obwieszczenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 lipca 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem* (Dz. U. 2020 poz. 1309) itp.

⁸⁷⁶ Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych w sferze socjalnej regulują aktualne, wykonawcze normy prawne: *Obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 21 czerwca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych* (Dz. U. 2022 poz. 1502), *Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 17 maja 2022 r. w sprawie niższego udziału lub zwolnienia z obowiązku zapewniania audycji z udogodnieniami dla osób z niepełnosprawnościami w katalogach audiowizualnych usług medialnych na żądanie* (Dz. U. 2022 poz. 1140), *Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 kwietnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji* (Dz. U. 2022 poz. 1006).

⁸⁷⁷ Według szacunków, blisko 30% polskiego społeczeństwa może doświadczać trwałych lub czasowych ograniczeń mobilności czy percepcji (np. ludzie poruszający się przy pomocy kul, lasek, balkoników, protez, wózków inwalidzkich), niesłyszący, niedowidzący, z trudnościami manualnymi i poznawczymi (na przykład po udarze, chorujący na Alzheimera). W tej grupie poza osobami niepełnosprawnymi, długotrwale chorymi i w wieku senioralnym znajdują się również kobiety w ciąży, osoby z wózkami dziecięcymi, z ciężkim bagażem oraz słabsze fizycznie, mające trudności w poruszaniu się itp. W Polsce żyje prawie 9 milionów osób powyżej 60. roku życia. W 2030 roku będzie ich 10,7 i będą stanowić blisko 30% ludności.

o wartości blisko 23 mld, które pochodzą z funduszy unijnych oraz krajowych środków publicznych (z budżetu państwa, środków jednostek samorządu terytorialnego, środków PFRON). Te środki są dostępne dla samorządów terytorialnych, organizacji pozarządowych oraz obywateli, o ile będą one realizować zaplanowane działania z ośmiu wskazanych obszarów. Zaliczono do nich: architekturę, transport, edukację, służbę zdrowia, cyfryzację, usługi, konkurencyjność i koordynację⁸⁷⁸.

Program powstał przy udziale środowiska osób z niepełnosprawnościami, a jego głównymi beneficjentami są osoby z niepełnosprawnościami i seniorzy. Celem programu jest ułatwienie im dostępu ważnego dla ich funkcjonowania w licznych i kluczowych sferach życia. Uwzględniono ich uwarunkowania i szczególne potrzeby, dlatego podjęto działania służące dostosowaniu przestrzeni publicznej, architektury, transportu i produktów do ich wymagań. Program ma służyć optymalizacji dostępności bloków, mieszkań, instytucji publicznych oraz przestrzeni publicznej. W tym celu możliwe jest uzyskanie środków na modernizację istniejącej już infrastruktury, wyposażając ją w niezbędne barierki, podjazdy, dźwigi, łatwo otwierające się lub automatyczne drzwi czy automatyczne oświetlenie⁸⁷⁹. Ponadto, z powodu nowych regulacji inwestycje budowlane muszą spełnić warunki dostępności, aby ułatwić funkcjonowanie oraz bezpieczeństwo seniorów i osób niepełnosprawnych⁸⁸⁰.

Za zarządzanie bezpieczeństwem społeczeństwa w okresie pokoju i reagowanie na sytuacje kryzysowe na szczeblu lokalnym odpowiadają właściwe jednostki samorządu terytorialnego. Gminne władze samorządowe realizują liczne zadania, zapewniające ochronę społeczności lokalnej. Dla osób niepełnosprawnych, w tym z dysfunkcjami ruchu, kluczowe znaczenie mają te, które dotyczą lokalnego transportu zbiorowego, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, gminnego budownictwa mieszkaniowego, oświaty, jak również utrzymania infrastruktury wodno-kanalizacyjnej, odbierania i utylizacji odpadów⁸⁸¹.

W ramach zarządzania bezpieczeństwem podejmowane są działania zapewniające ochronę na poziomie lokalnym. Obejmuje ona *całość porządku i urządzeń społecznych*

⁸⁷⁸ <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-europejskie-bez-barier/dostepnosc-plus/o-programie/> [dostęp: 30.10.2022].

⁸⁷⁹ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program_Dostepnosc_Plus.pdf [dostęp: 30.10.2022].

⁸⁸⁰ To rezultat nowelizacji Prawa budowlanego, w wyniku której nastąpiło rozszerzenie definicji osób z niepełnosprawnością. Włączono do nich osoby starsze. Nowelizacja wprowadziła zakaz odstępstw od warunków budowlanych, które pogarszałyby sytuację osób z niepełnosprawnościami i seniorów.

⁸⁸¹ T. Olejnik, *Bezpieczeństwo w gminie*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 16 2014, s. 329-330.

chroniących prawo i obywateli przed zjawiskami groźnymi dla ładu prawnego⁸⁸². Ma zapewnić zachowanie bezpieczeństwa ustrojowego, osobistego, publicznego, porządku publicznego i ładu społecznego z uwzględnieniem specyfiki określonej społeczności lokalnej⁸⁸³. Tak rozumiane bezpieczeństwo lokalne i związana z nim ochrona jest dedykowana określonym grupom społeczności lokalnej, wśród której są także osoby niepełnosprawne ruchowo. Potrzeby tej zbiorowości powinny być uwzględnione w planach działań prewencyjnych czy podejmowane w ramach zarządzania kryzysowego. Do tych pierwszych można zaliczyć programy ogólnopolskie i lokalne przeciwdziałania przemocy domowej, rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii czy dotyczące zwiększenia poczucia bezpieczeństwa w przestrzeni publicznej miasta, osiedla czy szkoły⁸⁸⁴.

W ramach zarządzania bezpieczeństwem osób niepełnosprawnych polski ustawodawca podjął działania, aby ułatwić im funkcjonowanie w przestrzeni publicznej i zawodowej, a także w przestrzeni prywatnej (domowej) za sprawą niwelowania barier architektonicznych oraz dostosowania pomieszczeń, urządzeń do możliwości i potrzeb niepełnosprawnych⁸⁸⁵, jednak te zasady dotyczą przede wszystkim nowych obiektów oraz budynków użyteczności publicznej. Zaspokojono więc część potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, jednak te muszą liczyć się z trudnościami, np. w czasie ewakuacji z budynków bez windy czy innych utrudnień związanych z dysfunkcjami.⁸⁸⁶

Częścią zarządzania bezpieczeństwem jest kryzysowe zarządzanie bezpieczeństwem, które stanowi odpowiedź na występowanie sytuacji kryzysowych⁸⁸⁷. Sprawy ochrony

⁸⁸² Cyt. za: A. Ziółkowska, *Akty planowania w zakresie bezpieczeństwa lokalnego*, [w:] L. Zacharko, A. Matan, D. Grzegorzczak (red.), *Administracja publiczna: aktualne wyzwania*, wyd. AM Poligrafia, Katowice 2015, s. 517.

⁸⁸³ A. Ziółkowska, dz. cyt., s. 518.

⁸⁸⁴ Tamże, s. 521-526.

⁸⁸⁵ Zob. B. Baranowski, M. Rychnik, M. Zabłocki, *Projektowanie przestrzeni pracy osoby niepełnosprawnej na wózku z zastosowaniem nowej postaci zapisu 3D cech antropometrycznych i biomechanicznych*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnych. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPL, Łódź 2011; M. Charłasz, J. Kowalski, R. Irzmański, *Ergonomia w służbie chorych przewlekle unieruchomionych*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), dz. cyt.; B. Kapitanika, *Perspektywy rozwoju ergonomii dla osób niepełnosprawnych*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), dz. cyt.; M. Włodarczyk, *Uwzględnienie potrzeb osób niepełnosprawnych w projektowaniu wzorniczym na przykładzie projektu wanny narożnej*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), dz. cyt.

⁸⁸⁶ Zob. A. Polak-Sopińska, K. Niziołek, *Rozwój techniki, medycyny, inwencji twórczych to nowe szanse dla osób z niepełnosprawnościami*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), dz. cyt. Baranowski, M. Zabłocki, P. Pohl, *Wybrane zagadnienia koncepcyjne i konstrukcyjne budowy urządzeń do ewakuacji osób niepełnosprawnych z wysokich budynków*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), dz. cyt.

⁸⁸⁷ Szerzej: H. Popiel, A. Szydłowski, *Logistyczne aspekty sytuacji kryzysowej*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 1(4) 2013, s. 142-145.

ludności od lat 90. XX wieku w Polsce stały się celem systemu zarządzania kryzysowego, ponieważ w kraju przyjęto model obowiązujący w Sojuszu Północnoatlantyckim. Początkowo planowanie kryzysowe ograniczono do działań podejmowanych w przypadku katastrof i klęsk żywiołowych⁸⁸⁸.

Warto wspomnieć, że zarządzanie kryzysowe definiuje struktury organizacyjne i przypisuje im zadania, które służą ograniczeniu prawdopodobieństwa zaistnienia kryzysu, uzyskaniu kontroli nad kryzysem, umożliwieniu podjęciem działań przez zarządzających, aby nastąpiło wdrożenie możliwych rozwiązań. Poza tym to zarządzanie pozwala zminimalizować skutki kryzysu lub je zlikwidować oraz odbudowę⁸⁸⁹.

Tymczasem kryzysowe zarządzanie bezpieczeństwem w szerokim ujęciu jest postrzegane jako *integralny element zarządzania (...) bezpieczeństwem wewnętrznym i zewnętrznym* państwa, który realizuje funkcje usługowe wobec społeczeństwa⁸⁹⁰. W węższym ujęciu należy to rozumieć jako proces *zarządzania bezpieczeństwem w sytuacji wystąpienia zagrożenia i konieczności stopniowego zmniejszania zakresu jego oddziaływania*⁸⁹¹. W takie zarządzanie angażują się organy administracji państwowej i samorządowej, podejmując działania dla ograniczenia występującego zagrożenia, szybkiego wyeliminowania takiego ryzyka oraz minimalizacji i usunięcia strat, do których doszło⁸⁹².

Według Jana Gołębiowskiego zarządzanie kryzysowe bezpieczeństwem obejmuje całokształt rozwiązań systemowych w zakresie ochrony ludności⁸⁹³. Za ich realizację odpowiadają władze publiczne wszystkich szczebli, które podejmują współpracę z wyspecjalizowanymi organizacjami oraz instytucjami, aby zapobiegać sytuacjom trudnym i niebezpiecznym stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia ludności, jak również dla mienia, środowiska oraz infrastruktury. Zarządzanie kryzysowe służy przygotowaniu systemu reagowania, kształtowania i kontrolowania występujących

⁸⁸⁸ P. Szmitkowski, *System ochrony ludności w Polsce – historia i współczesność*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Nr 4 2021, s. 153-154.

⁸⁸⁹ W. Kozaczyński, *Zarządzanie kryzysowe w systemie bezpieczeństwa narodowego w Polsce*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 1-2 2008, s. 225.

⁸⁹⁰ A. Żebrowski, *Zarządzanie kryzysowe elementem bezpieczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej*, wyd. WNUP, Kraków 2012, s. 32-33.

⁸⁹¹ G. Pieńkowski, *Zarządzanie kryzysowe jako najważniejszy element zarządzania bezpieczeństwem*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009, s. 289.

⁸⁹² A. Marjański, dz. cyt., s. 301.

⁸⁹³ Cyt. za: E. Jakubiak, dz. cyt., s. 88-89.

zagrożeń, aby zminimalizować straty, zapewnić akceptowany poziom bezpieczeństwa oraz odbudować struktury społeczne naruszone w wyniku katastrofy⁸⁹⁴.

Z kolei kryzysowe zarządzanie bezpieczeństwem stanowi integralną część zarządzania system i państwa. To również dziedzina zarządzania bezpieczeństwem narodowym. Kryzysowe zarządzanie bezpieczeństwem cechuje się działaniami zarządczymi, które są podejmowane pod presją w warunkach ryzyka, aby rozwiązać napięte sytuacje i przeciwdziałać eskalacji kłopotliwych zjawisk oraz zdarzeń (sytuacji)⁸⁹⁵. Sprowadza się do przeciwdziałania zagrożeniom, przygotowania się na sytuacje kryzysowe, utrzymania i przywracania stabilizacji⁸⁹⁶. Kryzysowe zarządzanie bezpieczeństwem to celowe działanie, które jest realizowane przez organy władzy wszystkich szczebli organizacji państwa we współpracy z wyspecjalizowanymi organizacjami, inspekcjami, strażami i społeczeństwem⁸⁹⁷.

W ramach zarządzania kryzysowego bezpieczeństwem tworzony jest system zarządzania kryzysowego, który tworzą następujące podmioty: organy państwa, organy i instytucje rządowe⁸⁹⁸, organy i podmioty samorządowe, organizacje społeczne (pozarządowe), komercyjne i prywatne⁸⁹⁹.

W ramach ochrony ludności stosowane są formy ochrony zbiorowej oraz indywidualnej. Te pierwsze są stosowane przez instytucje państwowe, które odpowiadają za ewakuację ludności, tworzenie dla niej miejsc schronienia, alarmowanie o wykrytych zagrożeniach. Zatem takie działania służące ochronie ludności w warunkach wojennych obejmują również osoby niepełnosprawne – w tym te z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. Natomiast podstawą form ochrony indywidualnej jest wiedza i umiejętności pojedynczych osób, które dotyczą postaw i zachowań w obliczu zagrożenia. Wspomniany potencjał obejmuje wiedzę o zasadach pierwszej pomocy, ewakuacji, sygnałach alarmowych, sposobach gromadzenia wody i żywności oraz likwidowania zarzewi różnych katastrof, a także posiadanie i posługiwanie się środkami

⁸⁹⁴ Tamże, s. 89.

⁸⁹⁵ A. Żebrowski, dz. cyt., s. 39.

⁸⁹⁶ M. Barć, *Praktyczne aspekty ćwiczeń epizodycznych z zarządzania w sytuacjach kryzysowych w samorządzie terytorialnym*, „Polityka i Społeczeństwo” Nr 2(19) 2021, s. 8-9.

⁸⁹⁷ M. Cabaj, dz. cyt., s. 102.

⁸⁹⁸ Szerzej: M. Karpiuk, *Właściwości wojewody w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia*, „Zeszyty Naukowe KUL” Nr 2(242) 2018; I. Denysiuk, *Zarządzanie kryzysowe w Polsce jako specyficzne zadanie administracji publicznej realizowane na rzecz ochrony ludności*, „desecuritate.uph.edu.pl” Nr 2(20) 2020.

⁸⁹⁹ A. Marjański, dz. cyt., s. 301.

ochrony indywidualnej (kiedy zachodzi taka potrzeba)⁹⁰⁰. Osoby niepełnosprawne ruchowo mogą wspierać swoje otoczenie wiedzą, jeżeli nią dysponują, ale są niezdolne do aktywnego działania na rzecz zapewnienia sobie i bliskim optymalnego poziomu bezpieczeństwa. Potrzebują wsparcia swojego otoczenia społecznego, aby przetrwać w czasie zagrożenia.

W przypadku wystąpienia zagrożenia władze samorządowe na poziomie powiatu i gminy odpowiadają za wdrożenie odpowiednich działań. Obejmują one informowanie społeczności lokalnej o ryzyku⁹⁰¹. W tym celu działania informacyjne mogą być podejmowane przez Powiatowe Centrum Zarządzania Kryzysowego⁹⁰², Państwową Straż Pożarną, Policję, Straż Ratunkową oraz komunikaty władz emitowane w mediach masowych. Jednak główne zadania Powiatowego Zespołu Reagowania Kryzysowego (PZZK) oraz Gminnego Zespołu Reagowania Kryzysowego (GZZK), poza monitorowaniem obecnej klęski żywiołowej i prognozowaniem rozwoju sytuacji kryzysowej⁹⁰³, wdrażaniem adekwatnych procedur i programów, zapewnieniem wsparcia organom odpowiedzialnym za działania na niższym szczeblu administracji publicznej, odpowiadają za przygotowanie warunków, które umożliwią skoordynowanie pomocy humanitarnej na terenach działania zespołów⁹⁰⁴. Dzięki kreowaniu tych warunków takie wsparcie otrzymują również osoby niepełnosprawne znajdujące się wśród poszkodowanej ludności.

Zasadnicze zadania GZZK obejmują ocenę zakresu oraz skutków sytuacji kryzysowej, ocenę podejmowanych działań i efektywności zamierzeń ratowniczych. Na tej podstawie zespół podejmuje decyzje, które dotyczą zakresu i sposobu realizacji działań, służących usunięciu zagrożenia. GZZK uruchamia siły i środki ratownicze oraz decyduje o zakresie ostrzegania i alarmowania ludności, a także o ich ewakuacji, organizacji pomocy społecznej oraz innych czynnościach warunkowanych przez

⁹⁰⁰ Tamże, s. 123-124.

⁹⁰¹ Szerzej: T. Olejnik, *Zarządzanie kryzysowe a komunikacja, czyli jak i kiedy informować ludzi*, „Security, Economy and Law” Nr 1(15) 2017.

⁹⁰² Zob. M. Czubek, *Funkcjonowanie systemu zarządzania kryzysowego na przykładzie powiatu jarosławskiego*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Współczesne problemy zarządzania. Bezpieczeństwo publiczne” Nr 10 2017, s. 163.

⁹⁰³ Szerzej: G. Pokorski, P. Zagórski, *Dane geoprzestrzenne w monitorowaniu i analizie zagrożeń*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 12(7) 2017.

⁹⁰⁴ W. Kitler, *Zarządzanie bezpieczeństwem na poszczególnych szczeblach samorządu terytorialnego*, [w:] https://www.researchgate.net/publication/333748481_Zarządzanie_bezpieczeństwem_na_poszczególnych_szczeblach_samorządu_terytorialnego/link/5d022aac299bf13a38512671/download [dostęp: 29.10.2022], s. 3.

charakter zaistniałego kryzysu⁹⁰⁵. Ten podmiot uwzględnia szczególne potrzeby i ograniczone możliwości zapewnienia sobie bezpieczeństwa przez niepełnosprawnych członków społeczności lokalnych. Musi uwzględnić ich ochronę, co wymaga uruchomienia odpowiednich sił i środków ratowniczych.

W skład GZZK wchodzi Ośrodek Pomocy Społecznej, którego działania mogą zaspokoić potrzeby osób niepełnosprawnych dzięki pomocy doraźnej przeznaczonej dla poszkodowanych na terenie katastrofy, działań administracyjno-ekonomicznych oraz udziału w organizacji ewakuacji z terenów zagrożonych. Poszkodowani, w tym osoby niepełnosprawne, z takiego obszaru mogą liczyć na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych, chociaż w podstawowym zakresie. Zapewniają je lokalne placówki ochrony zdrowia, pogotowie ratunkowe oraz inne służby⁹⁰⁶. To wymaga stałego monitorowania prawidłowości i skuteczności działania systemu ochrony zdrowia na poziomie powiatu, aby zabezpieczyć zaspokojenie potrzeb zdrowotnych poszkodowanej ludności w zakresie usług leczniczych i rehabilitacyjnych⁹⁰⁷.

Kryzysowe zarządzanie bezpieczeństwem w ramach ochrony ludności obejmuje zadania, które mają związek z możliwością wystąpienia zagrożeń oraz z aktualizacją zadań w związku z wystąpieniem zagrożenia⁹⁰⁸. Wskazano je w tabeli 4.19.

Każde takie działanie ma bezpośredni, pośredni lub mniejszy wpływ na bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo. Państwo w ramach kryzysowego zarządzania bezpieczeństwem jest zobowiązane do podjęcia wszelkich niezbędnych środków dla zapewnienia ochrony i bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych w sytuacjach zagrożenia, które mają miejsce w czasie pokoju lub wojny⁹⁰⁹. W ten sposób są respektowane międzynarodowe normy prawa człowieka, prawa humanitarne oraz Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych.

⁹⁰⁵ Z. Ciekankowski, A. Marjański, *Uwarunkowania zarządzania kryzysowego na poziomie podstawowym*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Współczesne problemy zarządzania. Bezpieczeństwo publiczne” Nr 10 2017, s. 114.

⁹⁰⁶ Tamże, s. 116.

⁹⁰⁷ M. Czubek, dz. cyt., s. 164.

⁹⁰⁸ E. Jakubiak, dz. cyt., s. 85.

⁹⁰⁹ Dotyczy to sytuacji, które wymagają zapewnienia pomocy humanitarnej czy wystąpienia klęsk żywiołowych.

Tabela 4. 19. Zadania z zakresu ochrony ludności podejmowane w ramach zarządzania bezpieczeństwem.

Rodzaj zadania	Zadania	
	Odnoszące się ochrony ogółu populacji	Odnoszące się Do ochrony osób niepełnosprawnych ruchowo
Zadania związane z możliwością wystąpienia zagrożeń	Monitorowanie zagrożeń, szacowanie ryzyka ich wystąpienia	X
	Przeciwdziałania zagrożeniom	XX
	Organizacyjne i rzeczowe przygotowanie do reagowania na zagrożenia	XXX
	Kreowanie warunków ochrony ludności (zabezpieczenie żywności, mienia, budowa i utrzymanie budowli ochronnych, dostosowanie istniejących obiektów do funkcji ochronnej)	XXX
	Organizacja szkoleń i szkolenie podmiotów ochrony ludności	X
	Tworzenie rezerw zasobów potrzebnych dla ochrony ludności i obrony cywilnej	XXX
	Edukacja społeczeństwa w zakresie zagadnień związanych z ochroną ludności i obrony cywilnej	XXX
	Proces przekształcania organizacji ochrony ludności w podmioty obrony cywilnej	X
Zadania związane z aktualizacją zadań w obliczu występującego zagrożenia	Wykrywanie i rozpoznawanie zagrożeń	X
	Wymiana i analiza informacji zapewnianych przez systemy monitorowania zagrożeń	XX
	Informowanie, alarmowanie i ostrzeganie ludności	XXX
	Reagowanie i interweniowanie, podejmowanie działań ratowniczych	XXX
	Wyznaczanie i oznakowanie stref niebezpiecznych	XX
	Realizacja ewakuacji ludności	XXX
	Wyznaczanie pomieszczeń tymczasowego zakwaterowania	XXX
	Gwarantowanie funkcjonowania służb użyteczności publicznej, bezpieczeństwa i porządku publicznego	XXX
	Gwarantowanie ochrony przed skutkami zagrożeń biologicznych, radiacyjnych i chemicznych oraz likwidowanie ich skutków	XXX
	Gwarantowanie pomocy doraźnej dla osób ewakuowanych lub/i poszkodowanych	XXX
	Przekazywanie informacji o poszkodowanych członkach rodziny	XXX
	Tworzenie możliwości i warunków dla identyfikacji osób poszkodowanych	XXX
	Organizacja i koordynacja przyjmowania i udzielania pomocy humanitarnej	XXX
	Doraźne grzebanie zmarłych	XX
	Zapewnienie pomocy w ratowaniu dóbr koniecznych do przetrwania	XXX
	Podejmowanie innych działań koniecznych dla wypełnienia powyższych zadań	XX

Legenda: XXX – zadania bezpośrednio związane z zapewnieniem bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym ruchowo; XX – zadania pośrednio związane z zapewnieniem bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym ruchowo; X – zadania w ograniczonym stopniu związane z zapewnieniem bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym ruchowo.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Jakubiak, *Ochrona ludności w systemie bezpieczeństwa narodowego*, „Zbliżenia Cywilizacyjne. Zeszyty Naukowe” Nr 1(15) 2019, s. 85-87.

W Polsce kwestie ochrony bezpieczeństwa obywateli, wśród których są także osoby niepełnosprawne, w sytuacji zagrożenia reguluje ustawa z 2010 roku *o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi*⁹¹⁰. Polski ustawodawca uznał, że potrzeby osób niepełno- i pełnosprawnych mają być zaspokajane na równych zasadach. Uwzględnił doświadczenia służb i organizacji zaangażowanych w akcje pomocowe, dlatego nie opracowano specjalnych procedur, które byłyby zaadresowane do osób niepełnosprawnych⁹¹¹. Uwzględniono jednak możliwość zapewniania tym ostatnim dodatkowej, niezbędnej pomocy i wsparcia.

Zgodnie z normą ustawową z 2010 roku PEFRON-owi zapewniono środki, aby utrzymać zagrożone likwidacją (przez sytuację kryzysową i jej skutki) miejsca pracy niepełnosprawnych pracowników, odtworzyć zniszczoną lub utraconą infrastrukturę i wyposażenie warsztatów zajęciowych, zakładów aktywności zawodowej, podmiotów gospodarczych prowadzonych przez niepełnosprawnych.

Ze wspomnianych środków należy zapewnić pomoc osobom niepełnosprawnym, aby mogły kupić sprzęt rehabilitacyjny, środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, które utracili w wyniku zaistniałej sytuacji kryzysowej. PEFRON może także finansować lub dofinansowywać remonty, aby zlikwidować bariery architektoniczne i urbanistyczne, dokonać readaptacji i zakupu sprzętu dostosowanego do indywidualnych potrzeb osób niepełnosprawnych⁹¹².

Elementem zarządzania kryzysowego na poziomie lokalnym są lokalne plany zarządzania kryzysowego, podporządkowane Krajowemu Planowi Zarządzania Kryzysowego, odpowiedniemu planowi zarządzania kryzysowego opracowanego na poziomie wojewódzkim i powiatowym⁹¹³. Przykładowo zasady ewakuacji ludności i mienia,⁹¹⁴ mogą uwzględniać potrzeby osób niepełnosprawnych ruchowo w planach ewakuacji – głównie III stopnia, która odbywa się na podstawie wcześniej opracowanego planu⁹¹⁵.

⁹¹⁰ A. Orzeszko, *Ochrona i bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych w sytuacjach zagrożenia*, [w:] http://www.pedkat.pl/images/czasopisma/pk18/PK18_05.pdf [dostęp: 28.10.2022], s. 50, 52.

⁹¹¹ Tamże, s. 51.

⁹¹² Tamże, s. 52.

⁹¹³ Szerzej: A. Ziółkowska, *Akty planowania w zakresie...*, dz. cyt., s. 526-527; P. Zagórski, K. Szwarz, *Modelowanie procesów zapewniania bezpieczeństwa i ciągłości działania organizacji publicznej*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 12(7) 2017, s. 339-345.

⁹¹⁴ Szerzej: P. Czerechowski, *Wybrane problemy ewakuacji ludności*, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” Nr 1 2015; F. Mroczo, *Zarządzanie kryzysowe w sytuacjach zagrożeń niemilitarnych. Zarys problemu regionu dolnośląskiego*, wyd. WWSZiP, Wałbrzych 2012, s. 396-404.

⁹¹⁵ P. Czerechowski, dz. cyt., s. 73.

Należy wspomnieć, że ewakuacja ludności należy do podstawowych zadań, jakie nałożono na administrację państwową⁹¹⁶. Za jej przygotowanie odpowiadają komórki organizacyjne, które są właściwe w sprawach zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej na terenie danej jednostki terytorialnej. Ewakuacją obejmowana jest cała ludność, jaka znajduje się na zagrożonym terenie. Pierwszeństwo mają, poza dziećmi i ciężarnymi kobietami, także osoby niepełnosprawne⁹¹⁷, pensjonariusze opieki społecznej, zakładów opiekuńczych, domów dziecka czy przewlekle i nieuleczalni chorzy pacjenci szpitali⁹¹⁸.

Przykładowo, zgodnie z planem ewakuacji ludności opracowanym w Urzędzie Miejskim w Słupsku, osoby niepełnosprawne ruchowo znalazły się wśród grup społecznych przewidzianych do ewakuacji w pierwszej lub drugiej kolejności. Mogą wchodzić do pierwszej grupy ewakuowanych, o ile są pensjonariuszami domów pomocy społecznej lub hospicjów, wychowankami specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego, dzieckiem w wieku do 9 lat. Według planu, w drugiej kolejności ewakuowani będą chorzy i niepełnosprawni, których zaliczono do I oraz II grupy inwalidów, dzieci i młodzież w wieku do 17 lat, osoby w wieku poprodukcyjnym czy inne osoby podlegające ewakuacji⁹¹⁹.

Należy jednak wspomnieć, że polski ustawodawca nie poświęcił dostatecznej uwagi ewakuacji osób niepełnosprawnych, w tym tych z dysfunkcjami ruchu. Nie powstały specjalistyczne rozwiązania legislacyjne, w rezultacie te istniejące nie wykraczają poza systemy sygnalizacji pożarowej i radiowęzły⁹²⁰. Analogiczne zaniechanie polskiego ustawodawcy dotyczy także braku adekwatnych przepisów prawa budowlanego, co powoduje, że osobom niepełnosprawnym nie zapewniono pełnej ochrony w przypadku pożaru⁹²¹.

Samorządy terytorialne przygotowują dla członków społeczności lokalnej zestawy niezbędnych informacji, z których powinni skorzystać w sytuacjach zagrożenia i kryzysowej. Nie uwzględnia się w nich potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym tych niezdolnych do przemieszczania się. Obywatele mają zadbać o bezpieczeństwo swoich

⁹¹⁶ Ewakuacja została szerzej scharakteryzowana w rozdziale 5.

⁹¹⁷ Szerzej: J. Filaber, *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, [w:] https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/79845/PDF/01_04_Filaber-J_Ewakuacja-osob-niepelnosprawnych.pdf [dostęp: 28.10.2022].

⁹¹⁸ W. Otwinowski, *Podstawy zarządzania kryzysowego i systemu obronnego*, Wwyd. WSHiU, Poznań 2015, s. 115.

⁹¹⁹ Zob. *Zasady ewakuacji ludności i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, wyd. RBiZK, Słupsk 2016, *zasady-ewakuacji.pdf* [dostęp: 27.10.2022], s. 15-16.

⁹²⁰ J. Filaber, dz. cyt., s. 99.

⁹²¹ Szerzej: M. Wysocki, *Poprawa bezpieczeństwa osób z niepełnosprawnością podczas ewakuacji z obiektów użyteczności publicznej*, „Materiały Budowlane” Nr 10 (506) 2014.

bliskich, przygotować ich do ewakuacji, co wymaga spakowania niezbędnych rzeczy (odzieży, pościeli, dokumentów, dokumentacji medycznej), żywności, apteczki, leków i zapewnienia sobie dostępu do aktualnych informacji⁹²².

Aby zapewnić osobom niepełnosprawnym, w tym z dysfunkcjami ruchu, dostateczne wsparcie społeczne w jego środowisku rodzinnym czy bliskim w obliczu sytuacji kryzysowej, ich opiekunowie lub ludzie zapewniający im pomoc i wsparcie zostają zwolnieni z obowiązku osobistych świadczeń na rzecz obrony kraju⁹²³. Warunkiem takiego zwolnienia opiekunów jest niemożność scedowania opieki nad osobami niepełnosprawnymi czy obłożnie chorymi na innych ludzi⁹²⁴.

Według Ryszarda Kuriaty zarządzanie kryzysowe bezpieczeństwem sprowadza się do kreowania systemowych rozwiązań, które mają umożliwić obronę i ochronę ludności. Wspomniane rozwiązania mają być realizowane przez władze publiczne reprezentujące wszystkie szczeble organizacyjne. Powinny podejmować współpracę z wyspecjalizowanymi organizacjami oraz instytucjami⁹²⁵. Zalicza się do nich również służby ratownicze (straż pożarną, pogotowie ratunkowe i policję)⁹²⁶.

W działania służące zapewnieniu lub przywróceniu porządku publicznego w czasie katastrof naturalnych, w tym w działania ochronno-porządkowe, angażują się różne służby. Należy do nich Policja, której aktywność w tych zakresach jest określona przez wcześniej opracowane plany, procedury i algorytmy. Odpowiada ona także za podejmowanie działań ratowniczych jedynie w zakresie posiadanej wiedzy, możliwości i dostępu do potrzebnego sprzętu do momentu podjęcia działań ratowniczych przez specjalistyczne służby lub kiedy siły tych ostatnich są niewystarczające⁹²⁷. W sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa państwa, katastrof czy klęsk żywiołowych, Policja, Siły Zbrojne, Wojska Obrony Terytorialnej oraz inne formacje

⁹²² Zob. Ulotka opracowana przez Wydział Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności Gminy i Miasta Czerwionka-Leszczyny (ULOTKA_ZKO_2011.pdf [dostęp: 27.10.2022]); *Rodzinny Plan Powodziowy*, [w:] https://oswiecim.pl/wp-content/uploads/2018/01/3_rodzinny_plan_powodziowy.pdf [dostęp: 27.10.2022]).

⁹²³ Osoby niepełnosprawne, ze stwierdzoną niezdolnością do pracy czy obłożnie chore są także zwolnione z tego obowiązku.

⁹²⁴ W. Otwinowski, dz. cyt., s. 95.

⁹²⁵ Tamże, s. 89.

⁹²⁶ M. Kopczewski, *Zintegrowany system ratowniczy elementem zarządzania kryzysowego*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Współczesne problemy zarządzania. Bezpieczeństwo publiczne” Nr 10 2017, s. 26.

⁹²⁷ J. Szafrąński, *Rola Policji w likwidacji zagrożeń powodowanych katastrofami naturalnymi i awariami technicznymi oraz zdarzeniami terrorystycznymi*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009, s. 113.

zmilitaryzowane⁹²⁸ są zobowiązane do troski o zapewnienie ochrony osobom niepełnosprawnym⁹²⁹.

W zapewnienie ochrony osobom niepełnosprawnym w ramach kryzysowego zarządzania bezpieczeństwem angażują się także inne podmioty, w tym służby ratownicze. Należy do nich przede wszystkim Państwowa Straż Pożarna, która uczestniczy w działaniach ratunkowych w czasie katastrof. W ramach swoich zadań wykorzystuje ona metody ratunkowe, które dotyczą komunikacji z osobami niepełnosprawnymi, planowanie ewakuacji, podnoszenie standardu życia w ramach odbudowy po katastrofie. Uwzględnia się specyficzne sposoby udzielania pierwszej pomocy niepełnosprawnym. W działania ratunkowe na rzecz tych ostatnich angażują się także społeczne formacje ratownicze, do których należą Ochotnicza Straż Pożarna i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe. Ich członkowie dysponują odpowiednimi kwalifikacjami i współpracują ze środowiskowymi organizacjami, które zrzeszają osoby niepełnosprawne⁹³⁰.

Podsumowując, dla zapewnienia bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym ruchowo, państwo podejmuje działania dostosowane do ich codziennego funkcjonowania oraz ochrony w sytuacjach kryzysowych. Polski ustawodawca więcej uwagi poświęca pierwszej z tych sytuacji, uwzględniając w licznych aktach prawnych szczególne potrzeby i ograniczenia tej zbiorowości. Powstały więc podstawy prawno-instytucjonalne, aby zapewnić osobom niepełnosprawnym ruchowo ochronę ekonomiczną, socjalną, edukacyjną, społeczną i kulturową także za sprawą zwalczania przejawów dyskryminacji i likwidowania innych barier. Polski ustawodawca wykazał znacznie mniejsze zainteresowanie potrzebami i ograniczeniami osób niepełnosprawnych ruchowo w ramach kryzysowego zarządzania bezpieczeństwem. Zapewnia im zasadniczo taki sam dostęp do opieki i wsparcia, które gwarantuje osobom pełnosprawnym. Wyjątkiem od tej zasady są przepisy dotyczące ewakuacji ludności z zagrożonego terenu oraz uwolnienie opiekunów niepełnosprawnych w obowiązku świadczeń na rzecz obrony kraju, natomiast służby ratownicze uwzględniają potrzeby osób z dysfunkcjami w momencie, kiedy należy nieść im pomoc i ratunek.

⁹²⁸ B. Składanek, *Rola Wojsk Obrony Terytorialnej w systemie zarządzania kryzysowego*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 20 2021, s. 17-18.

⁹²⁹ A. Orzeszko, dz. cyt., s. 53.

⁹³⁰ Tamże, s. 53.

4.5. Wnioski

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *Jakie czynniki determinują bezpieczeństwo osób z dysfunkcją ruchu i od czego są uzależnione?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiły podstawę częściowej weryfikacji hipotezy głównej, stanowiącej przypuszczenie autora, że *personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną, a zadania te będą realizowane w warunkach zróżnicowanych zagrożeń* i szczegółowej hipotezy H.3. stanowiącej, że *czynniki determinujące bezpieczeństwo osób z dysfunkcją ruchu są wielopostaciowe, a sposoby odnoszące się do zarządzania tą problematyką nie przystają do oczekiwań środowiska.*

Bazując na powyższym sformułowano następujące wnioski:

- zdrowie osoby niepełnosprawnej, jej dysfunkcje ruchowe często powodują, że nie może ona ograniczyć zagrożeń i cechuje się dużą zależnością od pomocy i wsparcia innych ludzi. W rezultacie istnieje duże ryzyko wystąpienia negatywnych skutków niepełnosprawności w każdej sferze życia. Niepełnosprawność fizyczna przyczynia się do pogłębienia problemów zdrowotnych ze względu na niski poziom aktywności fizycznej lub jej brak, ponieważ osoby takie nie mają motywacji i wsparcia, aby ją podejmować;
- bezpieczeństwu osób z dysfunkcjami ruchu zagrażają liczne zjawiska społeczne i personalne. Szczególnie zjawiska społeczne determinują ich poczucie bezpieczeństwa, ponieważ nie zawsze okazują się korzystne dla osób niepełnosprawnych ruchowo;
- osoby z dysfunkcjami ruchu to duża i rosnąca grupa niepełnosprawnych w Polsce. Pomimo tej tendencji nie powstały warunki umożliwiające im zaspokajanie potrzeb: bytowych, ekonomicznych, zawodowych, społecznych, rekreacyjnych, bezpieczeństwa. W rezultacie ta grupa społeczna jest narażona na umacnianie się negatywnego wpływu niepełnosprawności na ich funkcjonowanie, szanse rozwoju oraz sytuację środowiska rodzinnego.

Rozdział 5.

Ryzyka ewakuacji i pozycjonowanie osób niepełnosprawnych

Wystąpienie bezpośredniego zagrożenia masowego na danym obszarze powoduje, że pojawia się ryzyko utraty życia, zdrowia i mienia. Wówczas powstają warunki, które wymuszają ewakuację ludności ze strefy zagrożenia, aby zapewnić im odpowiednią ochronę. W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się osoby niepełnosprawne z dysfunkcjami ruchu, które w przeciwieństwie do pełnosprawnych członków społeczności na ogół nie są zdolne do samoewakuacji. Muszą liczyć na pomoc osób trzecich oraz systemowe zapewnienie im pomocy i wsparcie w ramach organizowanego procesu ewakuacji.

Równocześnie dysfunkcje narządów ruchu części populacji, która musi być poddana ewakuacji ze strefy zagrożenia, stanowią duże wyzwanie dla osób, podmiotów odpowiedzialnych za jej przeprowadzenie. Problemy uwidaczniają się, kiedy osoby starsze i niepełnosprawne z dysfunkcjami ruchu należy ewakuować z kilkupiętrowego budynku. Obowiązujące w Polsce normy prawne nakładają na właściciela lub/i zarządcę obiektu mieszkalnego, handlowego, sportowego czy publicznego przygotowanie ewakuacji ludności, jednak nie uwzględniają w dostateczny sposób potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, które cechują się brakiem mobilności.

Celem niniejszego rozdziału jest realizacja celu częściowego określonego jako: *identyfikacja zagrożeń wymuszających ewakuację i ocena dotychczasowych rozwiązań, ich przydatności i efektywności w odniesieniu do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: *Jakie są ryzyka towarzyszące ewakuacji i jak ona powinna przebiegać z osobami niepełnosprawnymi?**

Powyższe powiązano z częściowo realizowaną weryfikacją założonej hipotezy głównej, stanowiącej przypuszczenie autora, że *może się objawić ryzyko wymuszonej ewakuacji, a w tym konieczność przemieszczania osób niepełnosprawnych. Stąd należy przyjąć, że złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo jest na tyle duża, że zagadnienie to powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w koncepcji wparcia osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się.* Jednocześnie w całości znajduje odniesienie dla hipotezy szczegółowej H.4., w której autor zawarł, że *sposoby organizacji zachowań odnoszących się do ewakuacji i ryzyk jej towarzyszących mają*

charakter ogólnosystemowy i nie uwzględniają szeregu niepełnosprawności losowych, a w tym osób z dysfunkcją ruchu.

W celu rozwiązania w ten sposób postawionego problemu badawczego oraz weryfikacji przywołanych powyżej hipotez – w niniejszym rozdziale zastosowano następujące metody badawcze: analizę, syntezę, porównanie, abstrahowanie i uogólnienie oraz sondaż diagnostyczny.

5.1. Rodzaje zagrożeń i wymuszone scenariusze ewakuacji

We współczesnym świecie stale są obecne sytuacje kryzysowe wywołane przez zagrożenia militarne, terrorystyczne, naturalne, skażenie środowiska, katastrofy komunikacyjne czy budowlane⁹³¹. Stanowią tylko niektóre z zagrożeń, których skutki odczuwają ludzie.

Wspomniane zagrożenia oddziałujące na duże grupy społeczne doczekały się szerokiej i pogłębionej analizy, o czym świadczy bogata literatura przedmiotu⁹³². Autorzy zasadniczo nie posługują się wówczas pojęciem *zagrożenie masowe*, ale omawiając

⁹³¹ Szerszą charakterystykę zagrożeń przedstawiono w podrozdziale 3.2.

⁹³² Zob. M. Pala, *Wyzwania i zagrożenia dla środowiska bezpieczeństwa europejskiego*, „Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne” Nr 12 2015; P. Gromek, *Aspekt społeczny analizy ryzyka ewakuacji ludności w obliczu klęski żywiołowej w Polsce*, „Studia i Prace Geograficzne” T. 55 2014; B. Pawlacyk, *Wybrane problemy ochrony obiektów zamkniętych na przykładzie hali widowiskowo-sportowej „Arena Kalisz”* [w:] Mierczyk Z., Wasilczuk J. (red.), *Ochrona przed skutkami nadzwyczajnych zagrożeń*, wyd. WAT, Warszawa 2011; B. Wiśniewska-Paź, J. Stelmach (red.), *Bezpieczeństwo antyterrorystyczne budynków użyteczności publicznej. Terroryzm. Strategie zwalczania. Edukacja antyterrorystyczna*. T. I, wyd. Difin, Warszawa 2021; W. Kaczmarek, *Prolegomena do bezpieczeństwa publicznego*, [w:] I.T. Dziubek (red.), *Bezpieczeństwo publiczne w rejonie zurbanizowanym*, Wydawnictwo Uczelni Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, Kalisz 2010; M. Tryboń, I. Grabowska-Lepczak, M. Kwiatkowski, *Bezpieczeństwo człowieka w obliczu zagrożeń XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe SGSP” Nr 41 2011; J. Dworzecki, *Terroryzm jako zagrożenie współczesnego świata*, „Zeszyt Naukowy” Nr 5 2011; P. Zadora, *Terroryzm jako źródło zagrożenia bezpieczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej*, „Security, Economy & Law” Nr 3 2019; P. Lubiewski, *Krótką historia terroryzmu*, „Perspectiva. Legnickie Studia Technologiczno-Historyczne” Nr 2 2018; A. Rąpca, *Terroryzm jako czynnik kształtujący współczesną przestrzeń zurbanizowaną*, „Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo” Nr 51(1) 2019; K. Podgórski, *Terroryzm w Europie Zachodniej*, „Roczniki Studenckie Akademii Wojsk Lądowych” Nr 3 2019; A. Machniak, *Terroryzm samobójczy – uwarunkowania zjawiska i jego wpływ na środowisko bezpieczeństwa międzynarodowego*, „Studia de Securitate. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis” Nr 2 2020; A. Latosińska, *Oblicza współczesnego terroryzmu w Europie na przykładzie Francji i Polski (2015-2019)*, „Krakowskie Studia Małopolskie” Nr 3 2021; B. Bolechów, *Terroryzm w świecie podwubiegunowym – przewartościowania i kontynuacje*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2003; W. Baran, *Zjawisko terroryzmu a bezpieczeństwo narodowe Rzeczypospolitej Polskiej*, „Zbliżenia Cywilizacyjne. Zeszyty Naukowe” Nr 1 2019; G. Bator, M. Knapik, *Rola mediów społecznościowych jako instrumentu terroryzmu: analiza zamachu Brentona Tarranta*, „Studia de Securitate. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis” Nr 1 2020; J. Stelmach, *Minimalizacja skutków zamachów terrorystycznych w budynkach użyteczności publicznej. Dobre praktyki i rekomendacje*, Wydawnictwo Safety Project, Wrocław 2020; A. Olech, P. Dutkiewicz, *Zagrożenie terrorystyczne dla Francji i Polski*, Wydawnictwo Kontekst, Poznań 2021; K. Karolczak, *Terroryzm XXI wieku – wybrane aspekty*, [w:] D. Schlacter, A. Dąbrowska (red.), *Terroryzm. Studia, analiza, prewencja*, wyd. ABW, Warszawa 2022.

zagrożenia w kontekście bezpieczeństwa państwa – odnoszą je także wobec *bezpieczeństwa społeczeństwa (zbiorowości)*⁹³³.

Za wykorzystaniem pojęcia *masowe zagrożenie* bywa opisywana sytuacja, której źródłem są działania sił natury, awarie techniczne lub inne zdarzenia. Stwarzają one *potencjalną możliwość utraty zdrowia, życia ludzkiego lub wystąpienia szkody w mieniu albo i środowisku, charakteryzująca się dużym obszarem objętym i/lub dużą liczbą zagrożonych osób*⁹³⁴.

Zagrożenia masowe mogą mieć charakter wewnętrzny lub zewnętrzny. W pierwszym przypadku są one wywoływane przez niepokoje i nierówności społeczne, katastrofy naturalne i antropologiczne. W drugim przypadku zagrożenie masowe może mieć źródło w działaniach militarnych obecnego państwa czy grupy terrorystycznej, globalizacji, masowych migracji czy pandemii⁹³⁵.

Zgodnie z wydaną w 2008 roku *Instrukcją w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia* zagrożenie ma charakter masowy, kiedy zachodzi *sytuacja wywołana działaniem sił natury, awariami technicznymi bądź innymi zdarzeniami, która stwarza potencjalną możliwość utraty zdrowia, życia ludzkiego lub wystąpienia szkody w mieniu albo i środowisku, charakteryzująca się dużym obszarem objętym zagrożeniem i/lub dużą liczbą zagrożonych osób*⁹³⁶.

Taki obszar stanowi *strefę zagrożenia*. Obejmuje on *miejsca, rejony, obszary, w których występują zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzi i zwierząt oraz środowiska i mienia, spowodowane przez naturalne katastrofy, awarie techniczne lub inne zagrożenia*⁹³⁷. Do współczesnych masowych zagrożeń zalicza się zagrożenie terrorystyczne, pożary, trzęsienia ziemi, katastrofy budowlane.

W Polsce nadal dużym zagrożeniem dla bezpieczeństwa ludności stanowią pożary oraz miejscowe zagrożenia. W latach 2016-2021 jednostki ochrony przeciwpożarowej wielokrotnie interweniowały w przypadku pożarów. Wzięły udział w od 106,5 do 153,5 tys. takich zdarzeń (patrz: tabela 5.1). Najczęściej do takich interwencji dochodziło

⁹³³ Zob. B. Kaczmarczyk, *Typologia zagrożeń*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” Vol. 35, Nr 3 2014, ss. 31-38; D. Kompała, *Istota zagrożeń*, „Obronność. Zeszyty Naukowe” Nr 3(11) 2014, ss. 23-34.

⁹³⁴ *Ogólne zasady ewakuacji na wypadek masowego zagrożenia*, [w:] <https://soinso.uj.edu.pl/ewakuacja> [dostęp: 20.02.2023].

⁹³⁵ Zob. J. Moller, *Threats. In How Asia Can Shape the World: From the Era of Plenty to the Era of Scarcities*, wyd. Iseas Yusof Ishak Institute, 2010, s. 400-469.

⁹³⁶ *Instrukcja w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, SOCK, Warszawa 2008, [w:] *Instrukcja w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*²⁰.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 3.

⁹³⁷ Tamże.

w województwie mazowieckim, śląskim i dolnośląskim⁹³⁸. Pożary często wybuchają w budynkach mieszkalnych.

Tabela 5.1. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w Polsce w latach 2016-2021 (w tys. zdarzeń)

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	P*	Mz*	P*	Mz*	P*	Mz*	P*	Mz*	P*	Mz*	P*	Mz*
Polska	126,2	288,4	125,9	354,7	149,4	372,0	153,5	316,2	128,8	413,9	106,5	428,0
1.	13,4	24,3	13,8	28,3	18,4	23,9	15,5	24,5	13,6	31,8	11,0	28,7
2.	6,5	17,1	5,4	24,2	7,5	19,3	7,4	16,2	5,6	21,3	5,3	26,1
3.	6,2	12,4	7,0	13,8	5,8	13,6	8,5	13,3	7,6	18,8	20,1	1,5
4.	4,5	9,5	4,5	12,3	5,7	9,1	5,2	8,0	4,7	11,7	10,9	1,3
5.	7,5	22,9	6,9	28,9	8,5	23,6	9,7	21,4	7,2	27,6	34,3	3,6
6.	8,8	23,9	11,0	29,1	9,6	26,7	10,8	35,1	9,8	33,9	38,4	4,3
7.	18,1	39,3	17,2	43,0	20,4	40,4	24,1	38,1	19,1	59,4	60,8	8,7
8.	3,3	6,9	3,5	8,6	4,5	7,3	4,3	8,0	3,3	14,3	3,0	12,8
9.	5,5	12,5	6,6	15,1	5,7	16,4	8,2	19,6	7,2	27,3	4,8	20,9
10.	3,0	8,5	2,9	8,0	4,0	7,1	4,2	6,2	3,4	11,5	3,0	11,0
11.	6,9	20,4	6,1	23,8	7,9	20,0	7,3	20,1	6,5	23,7	6,1	24,5
12.	15,5	36,2	16,3	46,3	17,0	44,4	16,8	45,7	14,0	52,4	11,8	53,8
13.	4,6	6,2	5,6	8,1	5,4	8,5	6,7	8,7	5,7	11,0	4,0	12,8
14.	5,7	12,9	4,9	14,1	5,4	10,6	6,0	11,1	4,8	12,8	4,6	16,5
15.	8,7	25,5	8,1	38,6	11,0	29,2	10,8	27,2	9,1	38,2	8,6	39,0
16.	8,2	10,1	6,2	12,3	10,0	11,8	8,1	13,0	7,0	18,3	6,6	17,5

Legenda: P* - pożary; Mz – miejscowe zagrożenia; 1 – dolnośląskie, 2 – kujawsko-pomorskie, 3 – lubelskie, 4 – lubuskie, 5 – łódzkie, 6 – . małopolskie, 7 –mazowieckie, 8 – opolskie, 9 – podkarpackie, 10 – podlaskie, 11 – pomorskie, 12 – śląskie, 13 – świętokrzyskie, 14 – warmińsko-mazurskie, 15 – wielkopolskie, 16 –zachodniopomorskie

Źródło: *Ochrona przeciwpożarowa w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017, [w:] [ochrona_przeciwpozarowa_w_2016_r..pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 1; *Działalność służb ratowniczych w 2017 roku*, GUS, Warszawa 2018, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2017_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 2; *Działalność służb ratowniczych w 2018 roku*, GUS, Warszawa 2019, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2018_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 2; *Działalność służb ratowniczych w 2019 roku*, GUS, Warszawa 2020, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2019_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 3; *Działalność służb ratowniczych w 2020 roku*, GUS, Warszawa 2021, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2020_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 3; *Działalność służb ratowniczych w 2021 roku*, GUS, Warszawa 2022, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2021_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 3.

Średnio najwięcej pożarów wybuchło w budynkach mieszkalnych wielorodzinnych (13 253 zdarzenia), jednorodzinnych⁹³⁹ (9142 zdarzenia) oraz innych (2797 zdarzeń),

⁹³⁸ *Ochrona przeciwpożarowa w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017, [w:] [ochrona_przeciwpozarowa_w_2016_r..pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 1; *Działalność służb ratowniczych w 2017 roku*, GUS, Warszawa 2018, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2017_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 2; *Działalność służb ratowniczych w 2018 roku*, GUS, Warszawa 2019, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2018_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 2; *Działalność służb ratowniczych w 2019 roku*, GUS, Warszawa 2020, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2019_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 3; *Działalność służb ratowniczych w 2020 roku*, GUS, Warszawa 2021, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2020_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 3; *Działalność służb ratowniczych w 2021 roku*, GUS, Warszawa 2022, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2021_r.pdf](#) [dostęp: 20.02.2023], s. 3.

⁹³⁹ Obejmują one także bliźniaki, również te – w zabudowie szeregowej.

w domach letniskowych. Znaczenie rzadziej to zagrożenie występowało w hotelach, noclegowniach (110 zdarzeń), domach wczasowych i pensjonatach (72 zdarzenia), internatach, domach studenckich (63 zdarzenia). Sporadycznie dochodziło do nich w domach dziecka (8 zdarzeń) czy domach emerytów (4 zdarzenia)⁹⁴⁰. Jednak w przypadku obiektów noclegowych i opiekuńczych wzrasta liczba potencjalnych poszkodowanych oraz poziom wyzwań związanych z ewakuacją ludności. Analogiczne problemy występują, kiedy do pożaru dochodzi w obiektach użyteczności, szczególnie obiektach służby zdrowia (szpitalach, sanatoriach, domach opieki społecznej, przychodniach i żłobkach), handlowo-usługowych, transportowych (np. dworce, lotniska), kultu religijnego, kulturalne czy rozrywkowe.

Jednostki ochrony przeciwpożarowej interweniowały także w przypadkach miejscowych zagrożeń, których źródło stanowiły silne wiatry, opady atmosferyczne, zagrożenia w transporcie drogowym, na obszarach wodnych, zagrożenia infrastruktury komunalnej, medyczne, chemiczne i ekologiczne, budowlane⁹⁴¹. W latach 2016-2021 wzięły udział w od 288,4 do 428,0 tys. takich zdarzeń (patrz ponownie: tabela 5.1.), ponieważ mogły one zagrażać różnym – mniejszym i większym grupom ludności.

Pożary i inne czynniki zwiększają ryzyko wystąpienia katastrof budowlanych, które mogą spowodować urazy lub doprowadzić do śmierci ludzi. W Polsce, w latach 1995-2020, ich liczba rocznie wynosiła od 51 do 1113 (patrz: wykres 5.1.). Najwięcej takich zdarzeń miało miejsce w latach 2008, 2010, 2011 i 2017⁹⁴².

W latach 2019-2020 katastrofy budowlane najczęściej dotyczyły obiektów mieszkalnych, gospodarczych lub inwentarskich (patrz: tabela 5.2.).

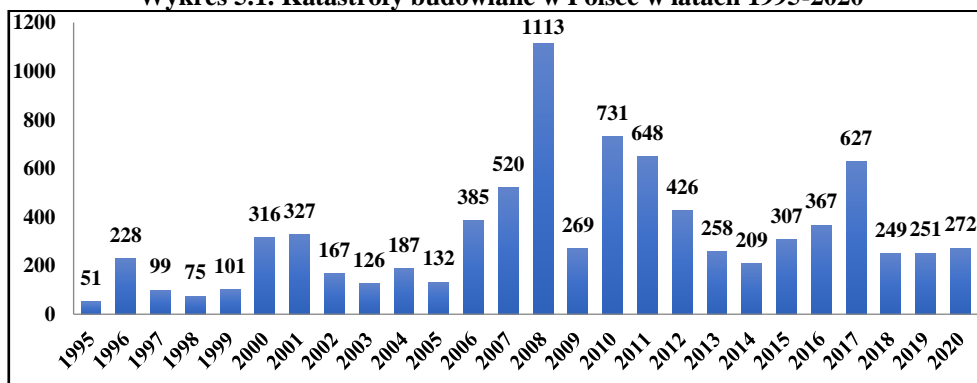
Rzadziej były to obiekty przemysłowe czy użyteczności publicznej, budynki magazynowe, rekreacji indywidualnej czy zamieszkania zbiorowego. Dochodziło do katastrof przede wszystkim w wyniku zaistnienia przypadków losowych. Ich źródłem były także błędy utrzymania obiektu budowlanego czy dochodziło do nich w czasie budowy nowego obiektu czy wykonywania robót budowlanych w danym budynku (patrz: tabela 5.3).

⁹⁴⁰ M. Mazur, *Analiza statystyczna pożarów w Polsce*, [w:] *Czerwona księga pożarów*. T II. Wydawnictwo CNBOP-PIB, Warszawa 2016, [w:] ckp_2016_t2_001-592_www.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 324.

⁹⁴¹ *Ochrona przeciwpożarowa w 2016 r.*, dz. cyt., s. 2.

⁹⁴² *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] *analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf* [dostęp: 20.02.2023], s. 4; *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] *analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf* [dostęp: 20.02.2023], s. 4.

Wykres 5.1. Katastrofy budowlane w Polsce w latach 1995-2020



Źródło: *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 4; *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 4.

Tabela 5.2. Katastrofy budowlane w Polsce w latach 2019-2020 – według rodzajów obiektów budowlanych

Wyszczególnienie	2019		2020	
	Liczba obiektów	Udział (w %)	Liczba obiektów	Udział (w %)
Budynki mieszkalne	99	39,4	114	41,9
Budynki gospodarcze lub inwentarskie	89	35,5	120	44,1
Inne obiekty budowlane	21	8,4	12	4,4
Obiekty przemysłowe	16	6,3	11	4,0
Obiekty użyteczności publicznej	14	5,6	7	2,6
Budynki magazynowe	8	3,2	6	2,2
Budynki rekreacji indywidualnej	3	1,2	---	---
Budynki zamieszkania zbiorowego	1	0,3	2	0,7

Źródło: *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 5-6; *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 6.

Tabela 5.3. Przyczyny katastrof budowlanych w Polsce w latach 2019-2020

Wyszczególnienie	2019		2020	
	Liczba obiektów	Udział (w %)	Liczba obiektów	Udział (w %)
Przypadki losowe	99	77,5	209	83,2
Błędy podczas utrzymania obiektu budowlanego	33	13,5	29	11,6
Błędy podczas budowy nowego obiektu lub wykonywania innych robót budowlanych w istniejącym obiekcie	22	9,0	12	4,8
Błędy w czasie opracowania dokumentacji obiektu budowlanego	---	---	1	0,4

Źródło: *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 6-7; *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 6.

Główną przyczyną katastrof budowlanych w Polsce pozostawały zdarzenia losowe. W latach 2019-2020 były one wywoływane przede wszystkim przez silne wiatry i pożary. Do katastrof budowlanych prowadziły także wybuchy instalacji gazowej, intensywne opady atmosferyczne, wyładowania atmosferyczne (patrz: tabela 5.4.).

Tabela 5.4. Zdarzenia losowe będące przyczyną katastrof budowlanych w Polsce w latach 2019-2020

Wyszczególnienie	2019		2020	
	Liczba obiektów	Udział (w %)	Liczba obiektów	Udział (w %)
Silne wiatry	80	42	100	47,8
Pożar	57	30	62	29,7
Wybuch instalacji gazowej	22	12	31	14,8
Intensywne opady atmosferyczne	9	5	3	1,4
Wypadki komunikacyjne	---	---	5	2,4
Wyładowania atmosferyczne	7	4	---	---
Osuwiska ziemi, zjawiska lodowe na rzekach i morzy, jeziorach, zbiornikach wodnych	2	1	---	---

Źródło: *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 7; *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 6-7.

Częstym zdarzeniem losowym, które odpowiada za katastrofę budowlaną, są pożary. W latach 2019-2020 najczęściej dotyczyły budynków mieszkalnych – głównie jednorodzinnych i wielorodzinnych (sporadycznie zamieszkania zbiorowego) oraz gospodarczych lub inwentarskich. Przyczyną katastrofy budowlanej stał się pożar w budynku przemysłowym, magazynowym czy użyteczności publicznej (patrz: tabela 5.5.).

Tabela 5.5. Katastrofy budowlane spowodowane przez pożar w Polsce w latach 2019-2020

Wyszczególnienie	2019		2020	
	Liczba obiektów	Udział (w %)	Liczba obiektów	Udział (w %)
Budynki mieszkalne, w tym:	28	49	32	52
Jednorodzinne	23	---	27	---
Wielorodzinne	5	---	5	---
Budynki gospodarcze lub inwentarskie	11	19	15	24
Obiekty przemysłowe	9	16	6	9
Obiekty użyteczności publicznej	2	3	1	2
Budynki magazynowe	5	9	6	9
Budynki rekreacji indywidualnej	1	2	---	---
Budynki zamieszkania zbiorowego	---	---	1	2
Inne obiekty budowlane	---	---	1	2

Źródło: *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 7; *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 7.

W większości katastrof budowlanych, do jakich doszło w Polsce w latach 2019-2020, nie odnotowano osób poszkodowanych. W pozostałych zdarzeniach doznały one szkód – zostały zranione lub poniosły śmierć (patrz: tabela 5.6.).

Tabela 5.6. Osoby poszkodowane w katastrofach budowlanych w Polsce w latach 2019-2020

Wyszczególnienie	2019		2020	
	Liczba zdarzeń	Udział (w %)	Liczba zdarzeń	Udział (w %)
Co najmniej jedna osoba poniosła śmierć	14	5,6	15	5,0
Osoby poszkodowane będące ranne	33	13,1	43	18,0
Brak osób poszkodowanych	204	81,3	214	79,0

Źródło: *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 13; *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 12.

Nie opisano wszystkich, potencjalnych zagrożeń masowych, jakie mogą dotknąć polskie społeczeństwo. Należy do nich zaliczyć również wybuchy gazu⁹⁴³, skażenie terenu przez środki chemiczne⁹⁴⁴, powodzie⁹⁴⁵.

Wystąpienie zagrożenia masowego zagraża życiu czy zdrowiu ludności. Pożary, katastrofy budowlane czy zagrożenia miejscowe to sytuacje, w których bardzo często zachodzi konieczność przeprowadzenia ewakuacji. W takich przypadkach wyspecjalizowane instytucje, formacje i straże muszą wykazać się sprawnością.

Idea ochrony ludności za pomocą jej ewakuacji z zagrożonych terenów ma długą historię. Najczęściej były to przypadki ewakuacji samodzielnej, które nie miały charakteru systemowego. Wzmianki o nich pojawiają się już w starożytnych

⁹⁴³ Zob. R. Mazur, R. Porowski, W. Klapsa, *Wybuchy zbiorników z gazami technicznymi – realne zagrożenie czy przejaw strachu*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” Vol. 44 Nr 4 2016, ss. 31-49.

⁹⁴⁴ Zob. *Raport o występowaniu zdarzeń o znamionach poważnej awarii w 2013 r.*, GIOŚ, Warszawa 2014, [w:] https://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/powazne_awarie/raport_o_wystepowaniu_zdarzen_do_znamionach_powaznej_awarii_w_2013_r.pdf [dostęp: 20.02.2023]; *Zagrożenia poważnymi awariami przemysłowymi w Polsce*, [w:] https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/mobi?_nfpb=true&_pageLabel=P426006_13191498038218695&html_tresc_root_id=300007540_&html_tresc_id=300007542_&html_klucz=300007540&html_klucz_spis= [dostęp: 20.02.2023].

⁹⁴⁵ Zob. D. Rieger, Z. Ślosorz, K. Radwan, J. Rakowska, B. Porycka, I. Abgarowicz, P. Suchorab, *Doraźne metody ochrony stosowane podczas powodzi ze szczególnym uwzględnieniem rękawów przeciwpowodziowych*, wyd. CNBOP-PIB, Józefów 2012; R.J. Romanowicz, E. Nachnik, A. Januchta-Szostak, L. Starkel, Z.W. Kundzewicz, A. Byczkowski, P. Kowalczyk, J. Żelaziński, L. Radczuk, P. Kowalik, K. Szamałek, *Zagrożenia związane z nadmiarem wody*, „Nauka” Nr 1 2014, ss. 123-146; R. Graf, J. Kuźna, *Zarządzanie wodą opadową w mieście w aspekcie minimalizacji zagrożeń podtopień i powodzi typu „flash flood”* (na przykładzie Kalisza), [w:] D. Wrzesiński, R. Graf, K. Plewa (red.), *Naturalne i antropogeniczne zmiany obiegu wody. Współczesne problemy i kierunki badań*, Boguski Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2020, ss. 171-191; P. Franczak, *Lokalne powodzie błyskawiczne w latach 80. i 90. XX wieku w zlewni Górnej Skawy*, „Zarządzanie Ochroną Przyrody w Lasach” Nr 10 2016, ss. 140-155, K. Mąka, *System ochrony przeciwpowodziowej w Polsce*, „Poliarchia” Nr 2(3) 2014, ss. 7-32.

dokumentach (np. opis wędrówek *ludów morza*, zagrażających stabilności cywilizacjom śródziemnomorskim w epoce brązu) i literaturze (np. w *Biblii*). W XX wieku dostrzeżono w Wielkiej Brytanii potrzebę stworzenia czynnego i biernego systemu ochrony ludności cywilnej, aby zapewnić ochronę za pomocą jej ukrycia czy ewakuacji⁹⁴⁶.

W polskiej historii niejednokrotnie dochodziło do ewakuacji ludności. W XX wieku ten proces zyskuje często charakter systemowy. W czasie wojny polsko-bolszewickiej w latach 1919-1921 ewakuowano ludność z obszarów zagrożonych działaniami militarnymi. Na takich podstawach, w okresie międzywojennym, polski ustawodawca uwzględnił potrzebę ewakuowania personelu instytucji państwowych i mieszkańców dużych miast⁹⁴⁷. Uznał, że konieczne jest wycofanie ludności, cenniejszego mienia państwowego i prywatnego z obszarów zagrożonych działaniami wojennymi lub objęty takimi działaniami. To działanie wiązało się z ich wywozem w głąb kraju. Wycofanie miało być przeprowadzone przed podjęciem działań militarnych. Polski ustawodawca posługiwał się także terminem *ewakuacja*, aby wskazać transport w głąb kraju osób i zbędnego mienia wojskowego z obszaru, na którym już były prowadzone działania wojenne. Uznał, że ich transport nie powinien zakłócać działań jednostek Wojska Polskiego⁹⁴⁸.

W czasie powstania warszawskiego również podejmowano próby ewakuowania warszawiaków na szeroką skalę. Doświadczenia wojenne spowodowały, że po 1945 roku władze administracyjne podjęły działania, aby za pomocą zarządzania kryzysowego chronić ludność w czasie zdarzeń nadzwyczajnych. Do 1951 roku działania te podejmowano na podstawie ustawy z dnia 15 marca 1934 r. *o obronie przeciwlotniczej i przeciwgazowej*⁹⁴⁹. Nakładała ona obowiązki osób fizycznych i prawnych, instytucji oraz władz w zakresie *ratownictwa i lecznictwa osób, które padły ofiarą ataku lotniczego lub gazowego* (art. 5 ust. 12) oraz *uświadomienia oraz zorganizowania ludności w obronie przeciwlotniczej i przeciwgazowej* (art. 5 ust. 14)⁹⁵⁰.

Początkowo proces ewakuacyjny zasadniczo sprowadzał się do przemieszczania ludności cywilnej do budowli ochronnych, co należy wiązać ze stosowaniem biernej

⁹⁴⁶ P. Szmikowski, *System ochrony ludności w Polsce – historia i współczesność*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Nr 4 2012, s. 137.

⁹⁴⁷ P. Czerechowski, *Wybrane problemy ewakuacji ludności*, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” Nr 1 2015, s. 72

⁹⁴⁸ P. Sękowski, *Akcja „wycofania”: Ewakuacja wybranych grup Polaków z polsko-niemieckiego obszaru przygranicznego w 1939 roku*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 1 2017, s. 208.

⁹⁴⁹ P. Czerechowski, dz. cyt., s. 72.

⁹⁵⁰ *Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o obronie przeciwlotniczej i przeciwgazowej* (Dz. U. Nr 80, poz. 742, 743).

obrony przeciwlotniczej. Składają się na nią również przygotowanie schronów i ukryć oraz rozwiązania, które dotyczą problematyki sprawnej ewakuacji ludności cywilnej⁹⁵¹. Po 1945 roku ewakuacją nazywano proces przesiedlania ludności polskich z Kresów Wschodnich i niektórych mniejszości etnicznych⁹⁵².

Zmiana dokonała się w Polsce w połowie XX wieku, kiedy doszło do powołania formacji, której zadaniem stała się ewakuacja ludności w przypadku wystąpienia określonego zagrożenia. W 1955 roku powstała Terenowa Obrona Przeciwlotnicza (TOPL), aby kierować organizowaniem, przygotowaniem i wykonaniem obrony przeciwlotniczej⁹⁵³. Komenda Główna tej formacji wydała wytyczne, które dotyczyły przemieszczania ludności⁹⁵⁴. Ministerstwo Obrony Narodowej dla zapewnienia bezpieczeństwa narodowego utworzyło 18 lutego 1959 roku Komitet Obrony Kraju, który wyznaczył nowe cele TOPL na wypadek wystąpienia zagrożenia jądrowego. Objęły one opracowanie planów ewakuacji ludności i dostosowania schronów do nowych rodzajów zagrożeń. Zadania TOPL objęły zapewnienie ochrony życia ludności całego kraju przed skutkami działania broni masowego rażenia, pomocy osobom poszkodowanym, udział w akcjach ratunkowych w czasie pokoju⁹⁵⁵.

W kolejnych latach takie zadania przypisano także innym formacjom. Zgodnie z zapisem w art. 11 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. *o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej*, do obowiązków dowódcy Wojsk Obrony Terytorialnej zaliczono również zadania, które dotyczyły udziału oddziałów i pododdziałów Wojsk Obrony Terytorialnej w zwalczaniu klęsk żywiołowych, likwidacji ich skutków. Do owych zadań zaliczono ochronę mienia, akcje poszukiwawcze i ratowania czy ochrony życia i zdrowia ludności, jak również realizację zadań z zakresu zarządzania kryzysowego⁹⁵⁶.

W 1973 roku powołano Ochronę Cywilną (OC), aby ta formacja chroniła ludność, zakłady pracy i urządzenia użyteczności publicznej, dóbr kultury oraz współdziałanie

⁹⁵¹ D. Michalski, *Bierna obrona przeciwlotnicza ludności cywilnej w Polsce w latach 1945-1952 – konteksty teoretyczne i praktyczny*, „Zeszyty Naukowe AON” Nr 1(98) 2015, s. 206.

⁹⁵² Zob. A. Kłós, *Przymusowa ewakuacja (1944-1946) - periodyzacja w świetle dokumentów archiwalnych Archiwum Akt Nowych w Warszawie*, „Spotkania Humanistyczne. Międzynarodowy Interdyscyplinarny Periodyk Naukowy” Nr 6 2016, ss. 163-183.

⁹⁵³ Zob. Art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 26 lutego 1951 r. *o terenowej obronie przeciwlotniczej* (Dz. U. Nr 14, poz. 108 z późn. zm.).

⁹⁵⁴ P. Czerechowski, dz. cyt., s. 73.

⁹⁵⁵ P. Szmitkowski, dz. cyt., s. 143.

⁹⁵⁶ *Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 44 poz. 220 z późn. zm.).

w zwalczaniu klęsk żywiołowych i usuwanie ich skutków”⁹⁵⁷. Do zadań OC zaliczono przygotowanie i zapewnienie funkcjonowania systemu ostrzegania ludności o zagrożeniu masowym oraz *przygotowanie i przeprowadzenie rozśrodkowania ludności i załóg zakładów pracy*⁹⁵⁸. Była to instytucja *biernej ochrony* ludności cywilnej, której formą była ewakuacja.

23 kwietnia 2022 roku weszła w życie ustawa *o obronie ojczyzny*, zastępująca ustawę *o powszechnym obowiązku obrony RP*, gdzie w jej treściach nie ujęto żadnych kwestii powiązanych z obroną cywilną, a w tym zagadnień dotyczących ewakuowania⁹⁵⁹. Aktualnie badana problematyka jest na etapie prac koncepcyjno-ustawodawczych.

Etymologicznie pojęcie *ewakuacja* wywodzi się z łaciny, w której obecne są słowa *evacuatio* oznaczające *opróżnianie, znikanie* oraz *evacuare*. Ostatnie z nich wskazuje czynność *opróżniania*⁹⁶⁰.

Współcześnie ewakuacja opisuje proces wywożenia *ludzi, zwierząt i dobytku z terenów zagrożonych wojną lub nawiedzonych klęską żywiołową*⁹⁶¹. Obejmuje także przedsiębiorstwa, instytucje, dobra kultury. Ewakuacja ma zapewnić pomoc ludności z zagrożonych terenów. W wąskim znaczeniu ten termin dotyczy wywożenia osób rannych, chorych i mienia wojskowego z terenu, na którym są prowadzone działania militarne⁹⁶².

W *Polskiej Normie* za pomocą terminu *ewaluacja* został opisany uporządkowany ruch ludzki do bezpiecznego miejsca. Według amerykańskiej normy *NFPA*, pojęcie *ewakuacja* wskazuje *czynność lub proces ewakuacji, opuszczenie lub usunięcie kogoś z niebezpiecznego miejsca, wycofanie się z potencjalnego obszaru oddziaływania w sposób zorganizowany, zwłaszcza w celu ochrony, zorganizowane, etapowe i nadzorowane wycofanie, rozpraszanie lub usuwanie ludności cywilnej z obszarów niebezpiecznych lub potencjalnie niebezpiecznych oraz ich przyjmowanie i opieka na terenach bezpiecznych*⁹⁶³.

Na potrzeby niniejszej pracy w kontekście współczesnych zagrożeń i wyzwań przyjęto, że pojęcie *ewakuacja* odnosi się najczęściej do zorganizowanego

⁹⁵⁷ Tamże.

⁹⁵⁸ Tamże.

⁹⁵⁹ Zobacz: *ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny* (Dz.U. 2022 poz. 655 z późn. zm.).

⁹⁶⁰ W. Kopaliński, dz. cyt., s. 130.

⁹⁶¹ W. Doroszewski (red.). *Słownik języka polskiego*, [w:] <https://sjp.pwn.pl/slowniki/ewakuacja.html> [dostęp: 30.12.2021].

⁹⁶² J. Tokarski (red.), *Słownik wyrazów obcych*, wyd. PWN, Warszawa 1990, s. 205.

⁹⁶³ M. Barański, A. Haznar-Barańska, *Ewakuacja i jej rodzaje – rewizja definicji oraz klasyfikacja*, „Safety & Fire Technology” Vol. 58 Nr 2 2021, s. 206.

przemieszczenia ludzi, zwierząt i mienia ze strefy zagrożonej do strefy bezpiecznej. W takim ujęciu definicyjnym, opracowanym w Wydziale Strategiczno-Obronny ówczesnej Akademii Obrony Narodowej, relokację ludności, zwierząt i mienia nie opisano za pomocą słowa *wywożenie*, ale użyto wyrazu *przemieszczenie*. W ten sposób wyeksponowano powiązanie tej czynności z *ochroną* (aspekt prewencyjny) i *udzielaniem pomocy* (aspekt doraźny). Uznano, że ewakuacja to *zorganizowane przemieszczanie ludności, wszelkiego rodzaju dóbr materialnych oraz zwierząt hodowlanych z obszarów lub obiektów zagrożonych i objętych skutkami działań zbrojnych albo katastrof, w celu ich ochrony, udzielaniu pomocy i ograniczeniu strat materialnych*⁹⁶⁴.

Analogiczne ujęcie tego zjawiska znalazło się w ówczesnych *Wytycznych Szefa Obrony Cywilnej Kraju z 17 października 2008 roku w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*⁹⁶⁵. Zgodnie z zaprezentowaną tam definicją, ewakuacja to działania polegające na *przemieszczaniu ludności i transporcie mienia z rejonów, w których występują zagrożenia do miejsc bezpiecznych*⁹⁶⁶.

Dokonuje się różnych klasyfikacji ewakuacji. Wyróżnia się ewakuację stopniową, selektywną, sekwencyjną, powszechną lub fazową, pełną lub częściową, całkowitą lub częściową, prewencyjną, interwencyjną, ratowniczą, pierwotną i wtórną, zarządzaną i niezarządzaną, próbną. Poza tym dokonuje się podziału ewakuacji ze względu na rodzaj i skalę zagrożenia na ewakuację I, II i III stopnia⁹⁶⁷. Ich opisy umieszczono w tabeli 5.7.

Dokonuje się podziału procesu ewakuacyjnego za pomocą różnych kryteriów. Uwzględnia się obszar, zakres obiektu, czas rozpoczęcia ewakuacji, osobę decydującą o rozpoczęciu ewakuacji, skuteczność procesu ewakuacji, sposób prowadzenia, użycie środka przymusu bezpośredniego, obiekt poddany procesowi, warunki prowadzenia ewakuacji, liczebność uczestników⁹⁶⁸. Ich właściwości wskazano w tabeli 5.8.

⁹⁶⁴ Zob. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa*, wyd. AON, Warszawa 2008.

⁹⁶⁵ *Wytyczne Szefa Obrony Cywilnej Kraju z dnia 17 października 2008 roku w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, [w:] <https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/dokumentacja-szefa-ock-w-sprawie-ewakuacji> [dostęp: 30.12.2021].

⁹⁶⁶ *Instrukcja w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, dz. cyt., s. 3.

⁹⁶⁷ M. Barański, A. Haznar-Barańska, dz. cyt., s. 207-212.

⁹⁶⁸ Tamże, s. 213-218.

Tabela 5.7. Rodzaje ewakuacji

Rodzaj ewakuacji	Opis
Stopniowa	Prowadzenie procesu ewakuacji, w którym ludzie z różnych miejsc w obiekcie są ewakuowani w określonej kolejności (w pierwszej kolejności osoby z miejsc objętych pożarem, w dalszej kolejności – ludzie z pozostałych miejsc obiektu)
Selektywna	To ewakuacja w określonej kolejności
Sekwencyjna	Ewakuacja polegająca na podaniu alarmu pożarowego na różnych kondygnacjach z odpowiednimi odstępami czasu dla zapobieżenia powstania kolejek osób oczekujących na wyjście; ewakuacja obejmująca część obiektu i uwzględniająca występowanie etapów jej realizacji
Powszechna	Ewakuacja stanowiąca proces równoczesnego opróżniania obiektu po ogłoszeniu alarmu dla wszystkich użytkowników
Fazowa	Ewakuacja wymagająca zróżnicowania kolejności opuszczania obiektu przez użytkowników dla zachowania drożności dróg ewakuacyjnych; ewakuacja prowadzona zgodnie z określoną sekwencją
Pełna	Ewakuacja obejmująca ogół ludzi, rzeczy, cały obiekt; ewakuacja wymuszająca opuszczenia obiektu przez wszystkie osoby dla zapewnienia im ochrony zanim warunki staną się nieakceptowalne
Częściowa	Ewakuacja obejmująca część obiektu; ewakuacja skutkująca opuszczeniem określonej części obiektu przez ludzi, udających się do jego innej części lub innego miejsca
Całkowita	Ewakuacja skutkująca opuszczeniem obiektu i wyprowadzeniem wszystkich osób do bezpiecznego, wcześniej wyznaczonego miejsca (np. punktu zbiórki)
Prewencyjna	Ewakuacja dotycząca przygotowania obiektów pod względem technicznym do samodzielnego opuszczenia go przez ludzi lub przy pomocy funkcjonariuszy służb ratunkowych
Ratownicza (interwencyjna)	Ewakuacja realizowana przez przybyłe na miejsce służby ratownicze, służąca ratowaniu ludzi, zwierząt lub mienia przez bezpośrednim i często rozprzestrzeniającym się zagrożeniem
Pierwotna	Ewakuacja służąca wywiezieniu lub wyprowadzeniu ludności z miejsca zagrożenia do miejsca bezpiecznego
Wtórna	Ewakuacja służąca dostarczeniu ludności do miejsc tymczasowego przebywania, umożliwiające jej zaspokajanie podstawowych potrzeb
Zarządzana (kierowana)	Kierunki i drogi ewakuacji określone przed ogłoszeniem alarmu przeciwpożarowego, w przypadku zaistnienia konieczności – korygowane w czasie prowadzonej ewakuacji
Niezarządzana	Funkcjonowanie w obiekcie systemu stałego oznakowania ewakuacyjnego (analogiczne dla scenariusza rozwoju zdarzeń w obiekcie)
Próbna	Ewakuacja przeprowadzana w warunkach braku zagrożenia masowego, służąca praktycznemu sprawdzeniu organizacji i warunków ewakuacji
I stopnia	Niezwłoczne przemieszczenie poza strefę zagrożenia ludności, zwierząt i mienia z obszarów, miejsc, w których nagle wystąpiło bezpośrednie zagrożenie masowe; ewakuacja realizowana dla ochrony życia, zdrowia i mienia; ewakuacja o charakterze ratowniczym (interwencyjnym)
II stopnia	To uprzednio opracowany plan przemieszczania ludności, zwierząt i mienia z rejonów przyległych do zakładów, obiektów hydrologicznych, ze stref zalewowych, rejonów przyległych do innych obiektów stanowiących potencjalne zagrożenie dla ludzi, zwierząt i mienia w przypadku awarii lub uszkodzenia; ewakuacja o charakterze prewencyjnym, planowanym i zorganizowanym
III stopnia	To uprzednio przygotowane przemieszczenie ludności, zwierząt i mienia w czasie podwyższonego stanu gotowości obronnej państwa; ewakuacja prowadzona w czasie zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny; to ewakuacja o charakterze prewencyjnym, planowanym, zorganizowanym, obejmującym duży obszar państwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Barański, A. Haznar-Barańska, *Ewakuacja i jej rodzaje – rewizja definicji oraz klasyfikacja*, [w:] „Safety & Fire Technology” Vol. 58 Nr 2 2021, s. 207-212.

Ze względu na przedmiot niniejszej pracy analizie zostanie wyłącznie ewakuacja ludzi. Systemowo jest ona podejmowana w ramach prewencji oraz dotyczy osób, które przebywają na zagrożonym terenie lub też na obszarze potencjalnie zagrożonym (i jest to zjawisko częste). Podejmowane czynności często mają charakter ratunkowy⁹⁶⁹.

Tabela 5.8. Rodzaje procesu ewakuacji

Rodzaj procesu ewakuacji		Opis
Kryterium podziału	Rodzaj ewakuacji	
Rodzaj obiektu	Z obszaru	Ewakuacja w związku z klęską żywiołową, z imprezy masowej ludności z obszaru zagrożenia do bezpiecznego miejsca
	Ze środka transportu	Ewakuacja z samolotów, innych środków komunikacji masowej przy silnej presji czasu i ograniczonej liczby wyjść ewakuacyjnych
	Z obiektu budowlanego	Ewakuacja ludności z obiektów budowlanych: wielorodzinnych, miejsc pracy, obiektów publicznych
	Z pola walki	Ewakuacja przypominająca ewakuację z obszaru klęski żywiołowej; ewakuacja pola walki dzielona na prewencyjną (wystąpienie zagrożenia w możliwie krótkim czasie), ratowniczą, interwencyjną (aktualnie obecne zagrożenie)
Zakres objęcia obiektu	Całkowita	Opuszczenie całego budynku i wyprowadzenie wszystkich osób do miejsca bezpiecznego
	Selektywna	Ewakuacja częściowa
Czas rozpoczęcie ewakuacji przez poszczególnych użytkowników	Równoczesna	Jednoczesna ewakuacja ludzi z całego obiektu, wymagająca spełnienia uwarunkowań architektoniczno-budowlanych, obecności urządzeń przeciwpożarowych, optymalnych warunków dla procesu ewakuacyjnego
	Sekwencyjna	Ewakuacja fazowa tzn. jeden po drugim
Osoba decydująca o rozpoczęciu ewakuacji	Samoewakuacja	Decyzja o ewakuacji podejmowana przez pojedynczą osobę; taka ewakuacja stosowana w obiektach nieposiadających systemu powiadamiania o zaistniałym zagrożeniu masowym (np. budynku jedno- i wielorodzinne)
	Właściciel, zarządca budynku	Zarządzanie ewakuacji na podstawie posiadanej wiedzy o zagrożeniu w obiekcie dla ochrony życia i zdrowia ludzi
	Służby ratownicze	Ewakuacja zarządzana przez służby ratownicze na podstawie specjalistycznej wiedzy
	Organy władzy samorządowej	Ewakuacja uruchamiana przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta, starostę
	Organy władzy	Ewakuacja uruchamiana przez wojewodę, premiera
	Prezydent państwa	Ewakuacja uruchamiana przez Prezydenta państwa, będącego zwierzchnikiem sił zbrojnych
Skuteczność prowadzenia procesu ewakuacji	Pomyślna	Ewakuacja udana, kompleksowa i pełna (osiągnięcie celu – opuszczenie strefy zagrożenia przez osoby, przebywające na jej obszarze)
	Częściowa	Ewakuacja niepomyślna, cechująca się niepowodzeniem (nieosiągnięcie celów ewakuacji: pozostanie osób w strefie zagrożenia, narażenie ich na oddziaływanie niebezpiecznych czynników)
Sposób prowadzenia ewakuacji	Uporządkowana (zorganizowana)	Uczestnicy ewakuacji nie doświadczają dużego pobudzenia emocjonalnego w związku z niewielkim zagrożeniem, korzystne warunki na drogach ewakuacyjnych, właściwy dostęp do informacji
	Ewakuacja chaotyczna (spontaniczna)	Uczestnicy cechujący się dużym pobudzeniem emocjonalnym (odczuwający silny strach, przerażenie czy panikę) determinowanym przez brak rzetelnych informacji o zagrożeniu i niekorzystne warunki na drogach ewakuacyjnych
Użycie środka przymusu bezpośredniego	Dobrowolna	Ludność dostosowująca się do zarządzenia ewakuacji
	Przymusowa	Niezastosowanie się ludności do zarządzenia ewakuacji (np. z powodu poczucia bezpieczeństwa, lekceważenia zagrożenia, niskiej świadomości jego skutków, dla ochrony własnego mienia) wymagające zastosowanie przez służby ratownicze przymusu bezpośredniego

⁹⁶⁹ Szerzej proces ewaluacyjny - patrz: W. Kuszak, *Ewakuacji ludności*, [w:] ewakuacja2003 planowa.pdf [dostęp: 20.02.2023].

Obiekt ewakuacji	Ludzie	
	Zwierzęta	
	Mienie	Ewakuacja obejmująca np. dobra kultury eksponowane w muzeach, galeriach, bibliotekach
	Wartości niematerialne	Ewakuacja obejmująca np. aktywne transakcje w systemie bankowym, dane współpracowników służb
Warunki prowadzenia ewakuacji	W warunkach bezpiecznych	Zalecenie prowadzenia ewaluacji w warunkach bezpiecznych
	W warunkach krytycznych	To głównie ewakuacja ratownicza
Etapy prowadzenia	I stopnia	Zob. tabela 5.12
	II stopnia	Zob. tabela 5.12
	III stopnia	Zob. tabela 5.12
Liczebność uczestników	Pojedyncza	Ewakuacja swobodna, nieograniczona przez trudności w pokonaniu drogi ewakuacyjnej
	Masowa	Ewakuacja ograniczona przez trudności w pokonaniu drogi ewakuacyjnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Barański, A. Haznar-Barańska, *Ewakuacja i jej rodzaje – rewizja definicji oraz klasyfikacja*, [w:] „Safety & Fire Technology” Vol. 58 Nr 2 2021, s. 213-219.

Ewakuacja dotyczy osób dotkniętych skutkami zagrożenia masowego. Przewidywanie, zaistnienie oraz rozwój sytuacji kryzysowej determinują konieczność wdrożenia określonego rodzaju ewakuacji. W niektórych przypadkach przeprowadza się ewakuację prewencyjną oraz ewakuację osób, które już zostały uszkodzone przez zaistniały kryzys wywołane przez zagrożenie masowe. W obu przypadkach proces ewakuacyjny stanowi oczywisty sposób ochrony, który jest wdrażany we współdziałaniu różnych organów i instytucji oraz specjalistycznych służb i formacji, działających pod jednolitym kierownictwem⁹⁷⁰.

Dla pełnej charakterystyki specyfiki ewakuacji ludności należy wyjaśnienie pojęć, do których poza omówionymi terminami *zagrożenie masowe* i *strefa zagrożenia*, należą *miejsce bezpieczne* oraz *brak zagrożeń*.

W *Instrukcji w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia* z 2008 roku wydanej przez SOCK zawarto definicje tych terminów. W tym dokumencie przedstawiono zasady ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia⁹⁷¹.

Ewakuacja jest prowadzona, aby uszkodzona ludność znalazła się w bezpiecznym miejscu, wolnym od oddziaływania zagrożenia masowego. Takie miejsce, we wspomnianej instrukcji, to *rejony, obszary, na których w rozpatrywanym aktualnie*

⁹⁷⁰ P. Gromek, dz. cyt., s. 47.

⁹⁷¹ *Instrukcja w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, Warszawa 2008, [w:] <https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/dokumentacja-szefa-ock-w-sprawie-ewakuacji> [dostęp: 30.12.2021], s. 3.

*czasie nie występują zagrożenia dla życia lub zdrowia ludzi i zwierząt oraz środowiska i mienia*⁹⁷².

W wyniku ewakuacji ludność zostaje przemieszczona do miejsca bezpiecznego i wolnego od zagrożeń. Wspomniana wolność nie jest bezwzględna (niemożliwa w praktyce). Cechuje się relatywnie niskim poziomem zagrożenia. W rezultacie nie stanowi ono źródła nadmiernego ryzyka i nie wykracza poza standardowe parametry⁹⁷³.

W przypadku obiektów, w których jednorazowo przebywa większa liczba osób, typu: centra handlowe, zakłady pracy, szpitale, więzienia, szkoły, domy pomocy społecznej itp., niezwykle istotne znaczenie dla bezpieczeństwa obywateli mają profesjonalnie sporządzone scenariusze ewakuacji i przewidywanie różnego rodzaju zagrożeń. Do takich zagrożeń potencjalne zalicza się pożary, katastrofy budowlane, nagłe zjawiska pogodowe, akty terroru czy awarie zagrażające bezpieczeństwu. Należy prawidłowo i szybko zdiagnozować symptomy zagrożenia, a następnie podjąć sprawnie i skutecznie niezbędne działania.

Dla uzyskania tych celów są sporządzane scenariusze ewakuacji. Scenariusze ewakuacji są wdrażane i rozwijane (dostosowywane) za pomocą alarmów próbnych. Przed sprawdzeniem ich skuteczności należy przeprowadzić instruktaż osób, które mogą uczestniczyć w ewakuacji (np. pracowników). Obejmuje on sposoby komunikacji, przydział zadań i funkcji, określenie celu ewakuacji i sposobu jej przeprowadzania. W tym ostatnim przypadku wskazuje się drogi, kierunki i miejsca ewakuacji. W ramach prowadzonych ćwiczeń i instruktażu należy zapoznać osoby z sygnalizacją stosowaną podczas ewakuacji.

Pożar lub/i zadymienie to prawdopodobne zagrożenie dla obiektów wielkopowierzchniowych i wielokondygnacyjnych, w których przebywa duża liczba osób. W wyniku takich zdarzeń zagrożone zostają życie i zdrowie ludzi. Analizie zostanie poddany przykładowy scenariusz ewakuacji w przypadku zagrożenia pożarem w placówce oświatowej. Taki scenariusz uwzględnia dwa etapy. Na ten pierwszy przypadają działania doraźne z wykorzystaniem posiadanego sprzętu gaśniczego lub ratowniczego, powiadomienie właściwych służb (centrum alarmowego 112 lub Państwowej Straży Pożarnej), przygotowanie do ewakuacji (patrz: tabela 5.9.).

⁹⁷² Tamże, s. 3.

⁹⁷³ Tamże, s. 3.

Tabela 5.9. Działania podejmowane w ramach pierwszej fazy ewakuacji osób przebywających w placówce oświatowej

Działanie		Omówienie podejmowanego działania	
Kolejność	Czynność	Element opisu	Opis
1.	Określenie rodzaju zagrożenia		Pożar jako ustalone, występujące zagrożenie w danej placówce oświatowej
2.	Zaalarmowanie	Osoby alarmowane	Zaalarmowanie osób będących w strefie zagrożenia w sposób zrozumiały i zgodny z przyjętymi procedurami, instruktażem
		Formy alarmowania	Słowne (<i>pożar, pali się</i> , a w przypadku ćwiczeń np.: <i>uwaga, ćwiczebny alarm pożarowy</i> ⁹⁷⁴), dźwiękowe (trzy dzwonki <i>krótki, długi</i> na przemian w krótkich odstępach czasu), syreny (trzy razy po 30 s.), za pomocą radiowęzła (podanie ustalonego kodu zagrożenia)
		Osoby ogłaszające alarm	Osoby pełniące funkcje kierownicze w danej placówce oświatowej; w przypadku nagłego zagrożenia lub stwierdzenia niezdolności tych osób do wszczęcia alarmu – do ogłoszenia alarmu uprawniona osoba przeszkolona w tym zakresie
3.	Wezwanie służb ratunkowych	Służby ratunkowe	Państwowa Straż Pożarna, Pogotowie Ratunkowe
		Osoba wzywająca służby ratunkowe	Osoba kierującą placówką lub upoważnioną; w przypadku stwierdzenia niezdolności tych osób do wykonania takiej czynności służby może powiadomić każda osoba, która ma świadomość zagrożenia; w przypadku ćwiczeń podczas powiadomienia można zaznaczyć wyraźnie próbny charakter działań ⁹⁷⁵
		Wezwanie	W przypadku telefonu pod numer alarmowy osoba dzwoniąca podaje dyspozytorowi swoje imię i nazwisko, numer telefonu, z którego dzwoni (jeżeli jest mu znany), adres i nazwę obiektu, którego dotyczy zgłoszenie, możliwie szczegółowe określenie zagrożenia i jego umiejscowienie, wskazanie ewentualnego zagrożenia dla zdrowia i życia ludzkiego oraz informacji o ewentualnych poszkodowanych; osoba zgłaszająca powinna pozostać na linii do chwili, kiedy decyzję o rozłączeniu rozmowy podejmie dyspozytor, o ile pozwala na to rozwój sytuacji
		Dyspozytor	Potwierdzenie autentyczności zgłoszenia za pomocą oddzwonienia pod zgłaszający numer telefonu lub zadanie dodatkowych pytań
4.	Podjęcie działań doraźnych	Cel działania	Likwidacja zagrożenia przy użyciu dostępnych środków przed przybyciem służb ratunkowych (podręcznego sprzętu gaśniczego, hydrantów wewnętrznych, koców gaśniczych, dostępnego i działającego źródła wody ⁹⁷⁶)

Źródło: opracowanie własne.

⁹⁷⁴ Powiadomienie o ćwiczebnym charakterze zdarzenia nie wynika wprost z przepisów. Należy to rozważyć z uwagi na możliwość spowodowania zbędnego stresu wśród uczestników próbnej ewakuacji lub nawet paniki. Szczególnie, jeżeli grupą ewakuowaną są dzieci, osoby starsze, niepełnosprawne lub chore.

⁹⁷⁵ O próbnym charakterze działań z wyprzedzeniem należy powiadomić właściwe służby, biorące w nich udział lub potencjalnie uczestniczące w przypadku powiadomienia o zagrożeniu.

⁹⁷⁶ W przypadku ćwiczeń dostępny sprzęt (np. wewnętrzne hydranty) można rozwinąć bez ich używania.

Po stwierdzeniu symptomów zagrożenia zostaje podjęta decyzja o rozpoczęciu ewakuacji, ten proces powinien przebiegać zgodnie z procedurami przyjętymi przez daną placówkę oświatową po ich zweryfikowaniu za pomocą prób, instruktaży i szkoleń. Nad przebiegiem pierwszej fazy ewakuacji czuwa dyrektor placówki lub inna osoba, która została stale lub doraźnie wyznaczona do kierowania ewakuacją. W tym ostatnim przypadku wyznaczenie takiej osoby wymaga, aby uwzględnić jej wiedzę, doświadczenie oraz cechy osobowości – głównie te właściwości, które umożliwią jej stanowcze i opanowane działanie. W ramach procesu ewakuacji zostaje wszczęty alarm, który zostaje ogłoszony w ustalony i znany sposób (patrz ponownie: tabela 5.9.).

Po wezwaniu służb ratowniczych, w miarę posiadanych możliwości i warunków są podejmowane działania doraźne, które służą wyeliminowaniu zagrożenia oraz wyłączeniu dopływu prądu i gazu do obiektu. Niezbędne dane można przedstawić w postaci tabeli, w której umieszczone są informacje o poszczególnych pomieszczeniach z przypisaną im drogą ewakuacji oraz miejscem zbiórki osób ewakuowanych, w którym można bezpiecznie sprawdzić ich obecność (patrz: tabela 5.10.).

Tabela 5.10. Tabela będąca częścią scenariusza ewakuacji poszczególnych pomieszczeń lub obiektów placówki oświatowej

Pomieszczenie (jego nazwa lub numer)	Droga ewakuacyjna	Miejsca zbiórki
Parter		
Sale nr 1 – 5	Korytarzem zgodnie z kierunkiem ewakuacji do wyjścia A	Boisko szkolne
I Piętro		
Sale nr 6 – 10	Klatka schodowa nr 1 do wyjścia B	Parking
Sale nr 11 – 20	Klatka schodowa nr 2 do wyjścia A	Boisko szkolne
II Piętro		
Sale nr 21 – 30	Klatka schodowa nr 3 do wyjścia C	Chodnik przy ulicy

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie obowiązujących przepisów i zapisów w scenariuszu ewakuacji należy wyznaczyć oraz oznaczyć: miejsca zbiórki osób ewakuowanych, drogi ewakuacji z zaznaczonym kierunkiem oraz wyjścia ewakuacyjne. Pracownicy, poddani szkoleniu i instruktażowi, którzy wzięli udział w ćwiczeniach, powinni pamiętać o zabraniu i zabezpieczeniu dokumentacji i mienia, o ile pozwala na to sytuacja bez narażenia ich zdrowia i życia. Osoba kierująca placówką oświatową wyznacza na wypadek wystąpienia zagrożenia i konieczności ewakuacji osoby, które są odpowiedzialne za przeprowadzenie

ewakuacji. Do ich zadań należy wskazanie kierunku ewakuacji, udrożnienie wyjść ewakuacyjnych i ciągów komunikacyjnych.

W placówkach oświatowych scenariusze ewakuacji powinny zawierać ustalenia, które dotyczą odpowiedzialności poszczególnych pracowników pedagogicznych (nauczycieli) za bezpieczeństwo uczniów. W przypadku podjęcia ewakuacji na nauczycielu ciąży odpowiedzialność za dotarcie do uczniów, wyegzekwowanie dyscypliny, ustalenie na podstawie odebranych sygnałów alarmowych rodzaju zagrożenia, sprawdzenie w czasie ewakuacji mijanych pomieszczeń na ewentualność pozostania w nich jakiejś osoby, sprawdzenie obecności uczniów po zakończeniu ewakuacji w miejscu bezpiecznym. Ponadto nauczyciele muszą pamiętać o obowiązku, jakim jest pozostawienie otwartych pomieszczeń, które opuszczają lub sprawdzają w czasie opuszczania obiektu. Dzięki temu zwiększają skuteczność akcji ratunkowej, przyczyniając się do udrażniania drogi komunikacji i zapewniania ratownikom dostępu do pomieszczeń. Wspomniana czynność jest również ważna, kiedy nie ma pewności, czy w pomieszczeniu nie została jakaś osoba. Elementem scenariusza ewakuacji dla placówki oświatowej powinien być harmonogram ewakuacji. W tym dokumencie zostaje wskazana kolejność podejmowanych działań oraz osoby odpowiedzialne za ich podjęcie, środki i zasady wykonania przez nie wyznaczonym im zadań (patrz: tabela 5.11.).

Tabela 5.11. Harmonogram ewakuacji placówki oświatowej

Środki (które należy zastosować)	Zasady wykonania zadania		Osoby odpowiedzialne za wykonanie zadania
Sygnał alarmu	Sygnał słowny	Np. <i>pożar, pali się, uwaga ćwiczebny alarm pożarowy</i>	Szkolny woźny
	Sygnał dźwiękowy	Trzy dzwonki: krótki, długi w krótkich odstępach czasu	
	Syrena	Trzy razy po 30 s.	
Przygotowanie do ewakuacji	Po usłyszeniu sygnału alarmu pożarowego natychmiastowe przerwanie pracy i zajęć		Pracownicy pedagogiczni (nauczyciele) i niepedagogiczni, uczniowie, osoby przebywające na terenie placówki
Wezwanie służb ratunkowych	Zgłoszenie przeprowadzane zgodnie z „Instrukcją bezpieczeństwa pożarowego”		Dyrektor placówki lub osoba przez niego wyznaczona
Wyłączenie dopływu prądu elektrycznego i gazu	Wyłączenie głównego wyłącznika prądu elektrycznego (skrzynka na północnej ścianie budynku kotłowni); zamknięcie głównego zaworu gazu (skrzynka na północnej ścianie budynku kotłowni)		Konserwator
Gaszenie pożaru do czasu przybycia straży pożarnej	Gaszenie pożaru przeprowadzane od chwili jego zauważenie z użyciem podręcznego sprzętu gaśniczego i źródeł wody		Osoba wyznaczona przez dyrektora placówki

Kierowanie akcją do przybycia służb ratowniczych	Kierowanie akcją ratowniczo-gaśniczą		Dyrektor placówki oświatowej lub osoba wyznaczone przez niego
Spotkanie ze służbami ratunkowymi	Miejsce spotkania	Główna brama wjazdowa od strony ulicy	Dyrektor placówki oświatowej lub osoba wyznaczone przez niego
	Miejsce pożaru	Wskazanie dowódcy straży pożarnej najkrótszej drogi do miejsca pożaru	
	Przekazanie informacji	Zakres danych: rodzaj i miejsce zdarzenia, dotychczasowe działania, podjęte decyzje, rodzaj zabezpieczeń potrzebnych ratownikom (np. ze względu na substancje obecne w pracowni chemicznej), dane o przeprowadzeniu (lub nie) całkowitej ewakuacji osób ze strefy zagrożenia, występowanie osób zagrożonych, lokalizacja cennego mienia w strefie zagrożenia (niepoddanego dotąd ewakuacji), umiejscowienie najbliższych punktów czerpania wody	

Źródło: opracowanie własne.

Drugi etap scenariusza ewakuacji w placówce oświatowej odnosi do poziomu zagrożenia, w którym konieczna jest koordynacja działań służb ratunkowych. Ich poczynania regulują normy prawne, w tym – *ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 roku o ochronie przeciwpożarowej*⁹⁷⁷.

W czasie drugiego etapu zostają zakończone bezpośrednie działania osoby kierującej placówką oświatową oraz innych osób zaangażowanych w akcję ratunkową. Mogą one pozostawać do dyspozycji profesjonalnych służb prowadzących działania na terenie zagrożonym, aby udzielać niezbędnych informacji, które mogą usprawnić prowadzenie akcji.

Aby sprawdzić scenariusz ewakuacji, opracowany na potrzeby danego podmiotu, przeprowadza się ćwiczenia. Taki dokument, będący ich podstawą, powinien być opracowany zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów z dnia 7 czerwca 2010 roku*⁹⁷⁸.

We wspomnianym scenariuszu należy określać działania, jakie są niezbędne do podjęcia po zakończeniu ćwiczenia ewakuacji. Obejmują one: przyjęcie meldunku o zakończeniu działań oraz informacji kierującego akcją ratowniczą o przekazaniu obiektu do dalszego nadzoru dyrektorowi; włączenie dopływu prądu i gazu wraz z powiadomieniem w szczególności użytkowników gazu; ewidencja zdarzenia; powrót pracowników na miejsca pracy; odwołanie ćwiczenia; jego omówienie oraz analiza ewentualnych błędów; sporządzenie pisemnego protokołu z przeprowadzonych ćwiczeń i załączenie go do dokumentacji obiektu związanej z ochroną PPOŻ; wprowadzenie

⁹⁷⁷ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 roku o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. Nr 81 poz. 351 z późn. zm.).

⁹⁷⁸ Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów z dnia 7 czerwca 2010 roku (Dz. U. Nr 109 poz. 719).

ewentualnych zmian w *Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego*, sposobie oznakowania obiektu w zakresie dróg ewakuacji czy miejscu ulokowania podręcznego sprzętu gaśniczego lub ratunkowego.

5.2. Wymogi prawa, osoby funkcyjne i skuteczność stosowanych rozwiązań ewakuacji

Pojęcie *ewakuacja* obecne jest w wielu aktach prawnych. Uregulowania te mają stanowić przeciwwagę dla potencjalnego chaosu powstałego podczas spontanicznej ucieczki osób z miejsca zagrożenia⁹⁷⁹. Wskazano już powyżej, że ewakuacja w najszerszym znaczeniu, dotycząca prewencyjnych lub bieżących działań zmierzających do przeniesienia ludności ze strefy zagrożonej do przestrzeni bezpiecznej, jest jedną z metod ochrony fizycznej ludności przed zagrożeniami. Ta forma ochrony ludności, szczególnie w obliczu konfliktu zbrojnego lub innego kryzysu o ogromnych rozmiarach i zasięgu oddziaływania jest działaniem często uzupełnianym alarmowaniem i ostrzeganiem, ochroną dóbr niezbędnych do przeżycia oraz w razie potrzeby ratownictwem medycznym.

Z kolei ewakuacja jako forma ochrony ludności przed zagrożeniami, realizowana przez państwo to konsekwencja gwarancji bezpieczeństwa obywateli zapewnianej im przez polską normę konstytucyjną⁹⁸⁰.

Organy państwowe realizowały dotąd to zadanie w oparciu o wspomniane wcześniej dokumenty SOCK, które uzupełniane były wytycznymi poszczególnych wojewodów, czyli szefów ówczesnych Obrony Cywilnej w danym województwie oraz *Wytycznych Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej i Szefa Obrony Cywilnej Kraju z dnia 28 grudnia 2020 r. do działalności w dziedzinie ochrony ludności, ochrony przeciwpożarowej i obrony cywilnej w roku 2021 i 2022*⁹⁸¹ – obowiązujących do chwili wprowadzenia (23 kwietnia 2022 roku) *ustawy o obronie ojczyzny*⁹⁸² (o czym było już powyżej).

Analizując podstawę prawną ewakuacji ludności nie można nie wspomnieć o ustawie

⁹⁷⁹ Zob. A. Popławski, *Bezpieczeństwo imprez masowych – wybrane zagadnienia*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Nr 3 2016, s. 135, 141-142.

⁹⁸⁰ *Ustawa z dnia 02 kwietnia 1997 roku Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.) w art. 5 stanowi między innymi, że „(...) Rzeczpospolita Polska (...) zapewnia (...) bezpieczeństwo obywateli (...)”.

⁹⁸¹ Zob. *Wytyczne Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej i Szefa Obrony Cywilnej Kraju z dnia 28 grudnia 2020 r. do działalności w dziedzinie ochrony ludności, ochrony przeciwpożarowej i obrony cywilnej w 2021 i 2022 r.*, [w:] <https://www.gov.pl/web/kgpsp/dokumenty> [dostęp: 30.12.2021].

⁹⁸² Zobacz: *ustawa o obronie Ojczyzny*.

traktującej o zarządzaniu kryzysowym⁹⁸³. W art. 5 stanowi ona o krajowych, wojewódzkich, powiatowych i gminnych planach zarządzania kryzysowego obejmujących (lit. e) organizację ewakuacji z obszarów zagrożonych.

Innym istotnym aktem dla określenia podstawy prawnej działań ewakuacyjnych była *ustawa z dnia 21 listopada 1967 roku o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej*⁹⁸⁴. W ówczesnie obowiązującym brzmieniu nie tylko upoważniała SOCK do wydania wytycznych i instrukcji opisanych już wcześniej, ale przede wszystkim precyzowała obowiązki i współpracę organów administracji z wojskiem (między innymi z Wojskami Obrony Terytorialnej, które najczęściej obecnie biorą udział w akcjach związanych z masowym zagrożeniem lub innymi sytuacjami kryzysowymi) w zakresie: ochrony ludności oraz dóbr materialnych i kultury przed środkami rażenia; niesienia pomocy poszkodowanym; zwalczania klęsk żywiołowych i likwidacji ich skutków; akcji poszukiwawczych; ratowania lub ochrony zdrowia i życia ludzkiego⁹⁸⁵.

Zakładano, że wszystkie takie działania mogą wiązać się z koniecznością przeprowadzenia ewakuacji. Z oczywistych względów są bardzo złożone i z konieczności muszą być uzupełniane o dalsze uregulowania o charakterze uszczegółowiającym⁹⁸⁶.

⁹⁸³ *Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 roku o zarządzaniu kryzysowym* (Dz. U. Nr 89, poz. 590 z późn. zm.).

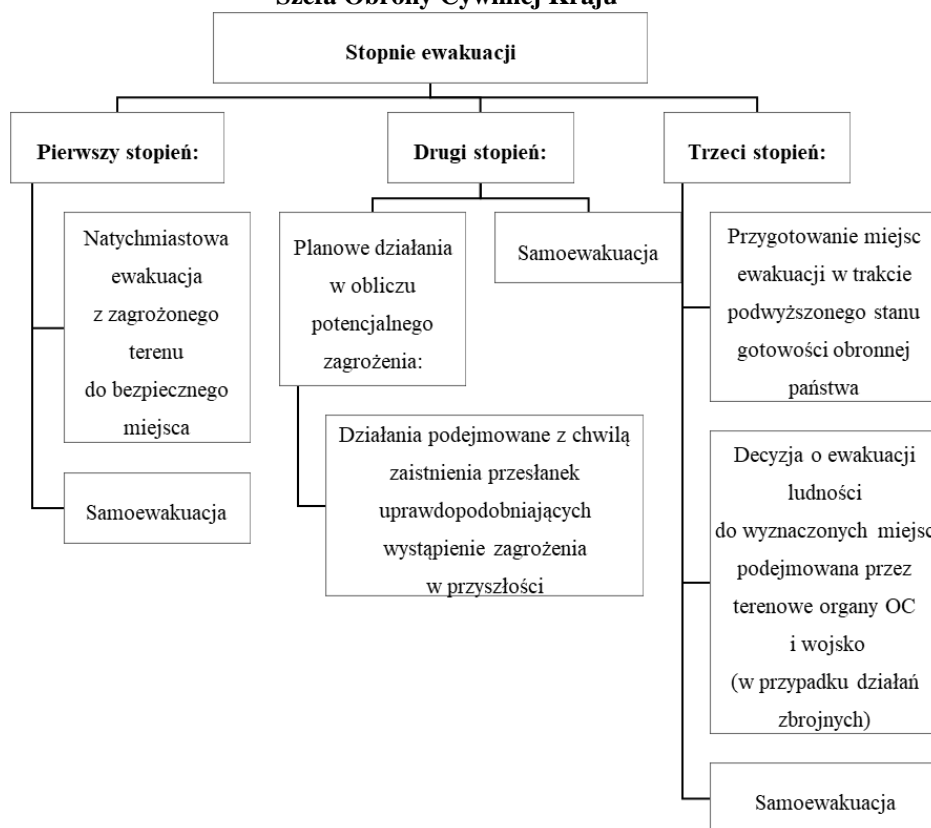
⁹⁸⁴ Dz. U. Nr 44, poz. 220 z późn. zm.

⁹⁸⁵ Tamże.

⁹⁸⁶ Uregulowania dotyczące ewakuacji znajdziemy również między innymi w: *ustawie z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy* (Dz. U. Nr 20, poz. 141 z późn. zm., która w art. 209¹ odnosi się do zagadnienia ewakuacji w kontekście bezpieczeństwa i higieny pracy; *ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej* (Dz. U. Nr 62, poz. 558 z późn. zm.), która w art. 21 mówi o nakazie ewakuacji jako jednym z ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela; *ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 roku o ochronie przeciwpożarowej* (Dz. U. Nr 81, poz. 351 z późn. zm.), która stanowi między innymi o obowiązku zapewnienia możliwości ewakuacji w budynkach; *ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym* (Dz. U. Nr 16, poz. 95 z późn. zm.), która w art. 31b upoważnia Wójta do zarządzenia ewakuacji; *rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie szczegółowego zakresu działania Szefa Obrony Cywilnej Kraju, szefów obrony cywilnej województw, powiatów i gmin* (Dz. U. Nr 96, poz. 850). Prawne aspekty ewakuacji znajdziemy także w: *rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (tekst jedn. Dz. U. 2019 poz. 1065), *rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 roku w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów* (Dz. U. Nr 109 poz. 719 z późn. zm.); *rozporządzeniu Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa z dnia 1 października 1993 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy eksploatacji, remontach i konserwacji sieci kanalizacyjnych* (Dz. U. Nr 96 poz. 437); *rozporządzeniu Ministra Gospodarki z dnia 8 lipca 2010 roku w sprawie minimalnych wymagań, dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, związanych z możliwością wystąpienia w miejscu pracy atmosfery wybuchowej* (Dz. U. Nr 138, poz. 931); *ustawie z dnia 20 maja 1971 roku Kodeks wykroczeń* (Dz. U. Nr 12, poz. 114 z późn. zm.); *ustawie z dnia 22 czerwca 1995 r. o zakwaterowaniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 86, poz. 433 z późn. zm.); *ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe* (Dz. U. z 2001 Nr 3 poz. 18 z późn. zm.); *rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 roku w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy* (Dz. U. Nr 129 poz. 884 z późn. zm.); *rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 7 października 1997 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budowle rolnicze i ich usytuowanie* (Dz. U. Nr 132, poz. 877 z późn. zm.);

Zgodnie z przywoływanymi już powyżej Wytycznymi SOCK, w Polsce wyróżniono trzy stopnie ewakuacji i samoewakuację. Proces ewakuacyjny ilustruje rysunek 5.1.

Rysunek 5.1. Wizualizacja stopni ewakuacji według ówczesnych Wytycznych Szefa Obrony Cywilnej Kraju



Źródło: opracowanie własne na podstawie Wytycznych Szefa Obrony Cywilnej Kraju z dnia 17 października 2008 roku w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia [w:] <https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/dokumentacja-szeffa-ock-w-sprawie-ewakuacji> [dostęp: 30.12.2021].

rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 23 czerwca 2003 roku w sprawie informacji dotyczącej bezpieczeństwa i ochrony zdrowia oraz planu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia (Dz. U. Nr 120, poz. 1126); rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 6 lutego 2003 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy podczas wykonywania robót budowlanych (Dz. U. Nr 47, poz. 401); rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 lipca 2009 roku w sprawie przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych (Dz. U. Nr 124, poz. 1030); rozporządzeniu Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 20 maja 2000 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać drogowe obiekty inżynierskie i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 63 poz. 735); rozporządzeniu Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa z dnia 1 października 1993 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w oczyszczalniach ścieków (Dz. U. Nr 96 poz. 438); ustawie z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.); ustawie z dnia 21 listopada 1996 roku o muzeach (Dz. U. 1997 Nr 5, poz. 24); ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.); ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 roku o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Nr 88, poz. 400 z późn. zm.); ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 410 z późn. zm.); ustawie z dnia 9 kwietnia 2010 roku o Służbie Więziennej (Dz. U. Nr 79, poz. 523 z późn. zm.); ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 roku o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 z późn. zm.); ustawie z dnia 16 września 2011 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1385 z późn. zm.); ustawie z dnia 14 grudnia 2012 roku o odpadach (Dz. U. 2013 poz. 21 z późn. zm.) oraz kontekstowo w wielu innych aktach prawa krajowego i miejscowego.

Ewakuacja I stopnia powinna być organizowana na polecenie wójta, burmistrza, prezydenta miasta lub starosty i innych podmiotów⁹⁸⁷ (patrz: tabela 5.12). Takie uprawnienie ma wójt, jeżeli, o czym stanowi zapis w art. 31b pkt 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, nie ma możliwości usunięcia bezpośredniego zagrożenia dla życia ludzi, mienia. Zarządza wówczas ewakuację z obszarów bezpośrednio zagrożonych.

Tabela 5.12. Podmioty zarządzające ewakuacją – z uwzględnieniem stopni ewakuacji

Ewakuacja		
I stopnia	II stopnia	III stopnia
	Wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta, wojewoda z obszarów bezpośrednio zagrożonych; organy kierujące działaniami służącymi zapobieżeniu skutkom klęski żywiołowej lub usunięciu takich skutków; wójt (burmistrz, prezydent miasta) – kiedy stan klęski żywiołowej wprowadzony na terenie gminy; starosta – stan klęski żywiołowej wprowadzony na terenie więcej niż jednej gminy wchodzącej w skład powiatu; wojewoda – stan klęski żywiołowej wprowadzony na terenie więcej niż jednego powiatu na terenie danego województwa; minister właściwy ds. wewnętrznych lub inny właściwy minister – stan klęski żywiołowej wprowadzony na terenie więcej niż jednego województwa; osoba odpowiedzialna za kierowanie akcją ratunkową – działania podejmowane na podstawie wytycznych organy władzy publicznej (nie dotyczy ewakuacji II stopnia)	Terenowe organy obrony cywilnej; organy wojskowe (decydujące w strefie bezpośrednich działań wojennych, działające w porozumieniu z właściwymi organami obrony cywilnej)

Źródło: *Ewakuacja ludności*, [w:] fragment-ochrona-ludności-i-obrona-cywilna.pdf [dostęp: 20.02.2022], s. 141.

Cel ewakuacji I stopnia to niezwłoczne przemieszczenie ludności, zwierząt i mienia z obszarów czy miejsca zagrożenia do bezpiecznego miejsca, ponieważ wystąpiło nagle, nieprzewidywane zagrożenie bezpośrednie. Ewakuacja I stopnia może być prowadzona przez osobę, która kieruje akcją ratunkową na obszarze, który jest objęty taką akcją⁹⁸⁸. Określono, że do jego obowiązków należy każdorazowo powiadomianie właściwego organu administracji samorządowej o podjętej decyzji. Informuje je o rejonie, terenie, obiekcie czy zespole budynków, które zostały objęte ewakuacją. Przekazuje informacje o rodzaju zagrożenia, które stworzyło warunki do przeprowadzenia ewakuacji. Informuje także o liczbie osób ewakuowanych i miejscu ich przemieszczenia.

⁹⁸⁷ *Ewakuacja ludności*, [w:] fragment-ochrona-ludności-i-obrona-cywilna.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 141.

⁹⁸⁸ J. Filaber, *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, [w:] <https://www.repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/84858/edition/79845?language=en> [dostęp: 20.02.2023], s. 95.

W przypadku ewakuacji II stopnia zakładano, że proces ewakuacyjny jest realizowany na podstawie wcześniej opracowanego planu przemieszczenia ludności, rzeczy i mienia z regionów, które przylegają do zakładów, obiektów hydrotechnicznych, ze stref zalewowych i regionów przyległych do innych obiektów, które stanowią potencjalne zagrożenie dla ludności, zwierząt czy mienia. Ewakuacją II stopnia zarządza m.in. premier lub wojewoda (patrz: tabela 5.12)⁹⁸⁹.

Wytyczono dalej, że ewakuacja III stopnia będzie zarządzana, aby przygotować przemieszczenie ludności, zwierząt i mienia w ramach podwyższonej gotowości obronnej państwa. Miało to związek z wystąpieniem zagrożenia militarnego i zagrożenia bezpieczeństwa państwa⁹⁹⁰.

Decyzję o ewakuacji III stopnia miały podejmować terenowe organy OC oraz organy wojskowe (wyłączenie w strefie bezpośrednich działań wojennych), współdziałając z właściwymi organami OC (patrz ponownie: tabela 5.12). W ramach każdego z trzech stopni ewakuacji może występować samoewakuacja. To przemieszczanie się ludności z rejonów o potencjalnym lub realnym ryzyku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia poza ten obszar. Takie działania są prowadzone przez ludność, która dla tego celu wykorzystuje własne możliwości (transportowe, zakwaterowania itd.)⁹⁹¹.

Ustalono, że w przypadku pojawienia się zagrożenia bardzo ważna jest koordynacja ewakuacji i kierowanie strumieniem ludzi. Przepisy stanowią o obowiązku wyznaczenia osoby lub osób odpowiedzialnych za prawidłowy przebieg ewakuacji. Za organizację ewakuacji nie jest odpowiedzialna straż pożarna tylko właściciel lub administrator budynku, który ma obowiązek przeszkolenia w tym zakresie koordynatorów. Za czynności dotyczące ewakuacji odpowiadają poszczególne jednostki administracyjne i samorządowe, które wyznaczają uprawnionego do kierowania i przeprowadzenia ewakuacji. Ten proces zależy również od tego, czy zagrożenie wystąpiło w budynku czy w przestrzeni otwartej. W polskim prawie zapisy nie są do końca w tym zakresie precyzyjne oraz nie stawiają jasnych i czytelnych wymagań wobec osób funkcyjnych⁹⁹².

Zorganizowany proces ewakuacyjny powinien być wówczas kierowany przez wyznaczoną osobę funkcyjną, która odpowiada za prawidłowy przebieg ewakuacji. Nie

⁹⁸⁹ K. Mąka, dz. cyt., s. 26.

⁹⁹⁰ P. Głogowska, P. Zdrojewski, H. Wagner, *Ewakuacja i jej aspekty w ujęciu teoretycznym*, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” Nr 1 2016, s. 68.

⁹⁹¹ M. Barański, A. Haznar-Barańska, dz. cyt., s. 211.

⁹⁹² P. Wolny, *Holistyczne podejście do problemu ewakuacji*, wyd.nWPL, Łódź 2021, s. 33.

ona jest tożsama z osobą, która kieruje akcją ratowniczą, oddziałuje na podległe jej podmioty systemu ratowniczego na miejscu zdarzenia (patrz: tabela 5.13). Postępuje zgodnie z przyjętymi procedurami i planami ratowniczymi, ewakuacyjnymi, aby podjąć określone czynności ratownicze. Taki proces zarządczy (kierowniczy) jest prowadzony przez jedną osobę o momentu przybycia na miejsce zdarzenia do przekazania kierownictwa innym osobom uprawnionym do przejęcia zadań⁹⁹³.

Tabela 5.13. Charakterystyka kierowania procesem ewakuacji oraz kierowania akcją przyjęcia ludności

Element kierowania	Charakterystyka
Proces ewakuacji ludności	Działania: rozwinięcie elementów organizacyjnych; utrzymanie łączności z elementami organizacyjnymi; skierowanie w określone miejsca (załadowcze i zbiórek) określonych środków transportowych; wydawanie kart ewakuacji
Akcja przyjęcia ludności	Działania: rozwinięcie zespołów wyładowczych i rozdzielczych; skierowanie środków transportu służących do przewozu ludności; zabezpieczenie ludności w trakcie przewozu pod kątem medyczno-sanitarnym, porządkowo-ochronnym i żywnościowym

Źródło: *Ewakuacja ludności*, [w:] fragment-ochrona-ludności-i-obrona-cywilna.pdf [dostęp: 20.02.2022], s. 145.

Osoba funkcyjna zajmuje się ewidencją i kierowaniem procesu ewakuacji. Powinna ona być przygotowana merytorycznie. Zdolna do porozumiewania się z różnymi grupami osób niepełnosprawnych, udzielania im stosownej pomocy⁹⁹⁴. Osoba funkcyjna, podejmująca działania w zakresie ewakuacji przed przybyciem służb ratowniczych, powinna posiadać odpowiednie kwalifikacje, pozwalające jej podejmować czynności z zakresu ochrony przeciwpożarowej⁹⁹⁵. W większości obiektów, także tych publicznych, osoba funkcyjna zostaje uprawniona do podejmowania czynności związanych z ewakuacją po odbyciu adekwatnego szkolenia.

⁹⁹³ Tamże, s. 7.

⁹⁹⁴ P. Szmitkowski, *Dostosowanie zbiorowej ochrony ludności do potrzeb osób z niepełnosprawnościami jako jeden z istotnych determinantów bezpieczeństwa publicznego*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 4(51) 2020, s. 132.

⁹⁹⁵ Taki wymóg stawia jej polski ustawodawca w art. 4 ust 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej w odniesieniu przede wszystkim do podmiotów gospodarczych, obiektów użyteczności publicznych typu szpitale, domy opieki społecznej. Do takich kwalifikacji zaliczono w art. 4 ust 2a i 2b wspomnianej normy ustawowej posiadanie tytułu zawodowego inżyniera pożarnictwa lub inżyniera i dyplomu ukończenia studiów w Szkole Głównej Pożarniczej w zakresie inżynierii bezpieczeństwa w specjalności inżyniera bezpieczeństwa lub co najmniej wykształcenie średnie branżowe i uprawnienia inspektora ochrony przeciwpożarowej albo kwalifikacje do wykonywania zawodu technik pożarnictwa.

Zadania osoby funkcyjnej kierującej ewakuacją, obejmują określenie sposobów i metod poszukiwania osób, które są zagrożone i poszkodowane. Organizują ewakuację ludzi i zwierząt poza strefę zagrożenia. Do obowiązków osób funkcyjnych zalicza się rozpoznanie i określenie bezpiecznych dróg odwrotu lub ewakuacji, utrzymanie łączności. Podejmuje działania, aby ewakuowanym ludziom zapewnić odpowiednią ochronę, czyli pomoc medyczną, psychologiczną czy odpowiednie warunki bytowe. Osoba funkcyjna podejmuje wskazane działania przed przybyciem służb ratowniczych⁹⁹⁶.

Cechą specyficzną ewakuacji jest jej złożoność i konieczność szerokiej koordynacji działań. W przypadku zaistnienia sytuacji kryzysowej i konieczności podjęcia takich działań, podstawowym warunkiem powodzenia ich realizacji jest ścisła współpraca wszelkich zaangażowanych w ewakuację służb⁹⁹⁷. Jest ona możliwa tylko wtedy, gdy na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowej opracowywane są i nieustannie aktualizowane plany działania i schematy komunikacji. Istotną kwestią jest również dostosowanie i doskonalenie istniejących przepisów, w oparciu o które ten proces jest prowadzony.

Ewakuację obiektów publicznych, wielorodzinnych czy wielkopowierzchniowych należy przeprowadzić w sposób zorganizowany i kierowany. Na potrzeby takich obiektów należy zdiagnozować zagrożenia, jakim mogą podlegać, a na podstawie tej diagnozy – opracować scenariusze i plany ewakuacji. Przygotowanie do ewakuacji nie ogranicza się do przygotowania odpowiedniego scenariusza, ale obejmuje również ćwiczenia i alarmy próbne. We wspomnianych dokumentach, na co wskazują zapisy w wytycznych i instrukcji SOCK z 2008 roku, wskazano obowiązek zapewnienia pierwszeństwa najsłabszym grupom osób w czasie ewakuacji, a także zachowania kolejności ewakuowania ludności. Do osób uprawnionych do pierwszeństwa zaliczono dzieci, kobiety ciężarne, osoby chore, osoby starsze i osoby niepełnosprawne.

Doświadczenia upływającej drugiej dekady XXI wieku potwierdzają, że od czasu ogłoszenia przez A. Masłowa *hierarchii potrzeb*, w przedmiocie troski jednostki i społeczeństwa o potrzeby zapewnienia sobie bezpieczeństwa, zmieniło się niewiele⁹⁹⁸.

Za istotę bezpieczeństwa uznaje się *pewność* nienaruszalnego przetrwania i zapewniania człowiekowi swobód rozwojowych⁹⁹⁹. Z tego powodu kształtowanie polityki bezpieczeństwa to jedno z najważniejszych zadań państwa. Wyznacznikiem jego

⁹⁹⁶ P. Wolny, dz. cyt., s. 33.

⁹⁹⁷ D.R. Hajdukiewicz, *Ewakuacja*, „Ratownictwo Medyczne” Nr 5 2005, s. 67-68.

⁹⁹⁸ Szerzej: W. Fehler, *Bezpieczeństwo wewnętrzne współczesnej Polski, Aspekty teoretyczne i praktyczne*, wyd. Arte, Warszawa 2012, s. 8.

⁹⁹⁹ J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Wydawnictwo Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 1996, s.20.

sprawności organizacyjnej stała się jakość neutralizacji zagrożeń naturalnych i antropologicznych, które występują powszechnie¹⁰⁰⁰. W *teorii organizacji i zarządzania* pojęcie *sprawność* wskazuje uniwersalną miarę oceny funkcjonowania organizacji.

Opracowano różne podejścia do istoty sprawności, sposobu jej wyrażania i pomiaru. Zdaniem T. Kotarbińskiego, propagatora *prakseologii* (ogólnej teorii sprawnego działania), pewnymi postaciami sprawności w sensie uniwersalnym są *skuteczność*, *korzystność* oraz *ekonomiczność*¹⁰⁰¹.

Aby stwierdzić, czy dane działanie cechuje się sprawnością, niezbędne jest dokonanie jego oceny ze względu na przyjęte kryteria¹⁰⁰². W przypadku przywołania poczucia bezpieczeństwa obywateli decyduje o tym przede wszystkim poziom zaufania dla istniejących służb i formacji interwencyjnych państwa. Charakter współczesnych zagrożeń, wzrost poczucia zagrożenia ze strony terroryzmu, implikuje konieczność zaangażowania różnorodnych sił i środków, skoordynowania ich specyficznych rodzajów aktywności¹⁰⁰³. Instytucje odpowiedzialne za zapewnienie bezpieczeństwa powinny podnosić jakość podejmowanych działań, dostosowywać standardy operatywności do zmieniających się potrzeb człowieka oraz racjonalnie gospodarować własnymi zasobami. Za ważne obszary zainteresowań państwa uznaje się: ochronę przed terroryzmem i przestępczością, bezpieczeństwo infrastruktury, obiektów użyteczności publicznej oraz granic, przywracanie bezpieczeństwa w czasie kryzysu¹⁰⁰⁴.

¹⁰⁰⁰ I.T. Dziubek, *Edukacja obronna w Polsce*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2013, s. 29.

¹⁰⁰¹ Szerzej: K. Krzakiewicz, *Teoretyczne podstawy organizacji i zarządzania*, AE, Poznań 2006.

¹⁰⁰² A. Mazurkiewicz, *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, Nr 20 2011, s. 56.

¹⁰⁰³ Zob. K. Jałoszyński, T. Aleksandrowicz, K. Wiciak (red.). *Bezpieczeństwo państwa a zagrożenie terroryzmem. Instytucje państwa wobec zagrożenia terroryzmem*, wyd. WSPoL, Szczytno 2016; B. Badora, *Rola instytucji rządowych i samorządowych w zakresie informowania obywateli o zagrożeniach terrorystycznych* – Komunikat z badań CBOS Nr 163/2010; M. Feliksiak, *Zagrożenie terroryzmem* – Komunikat z badań CBOS Nr 78/2013, Komunikat z badań CBOS Nr 50/2015, Komunikat z badań CBOS Nr 127/2016; B. Badora, *Zagrożenie terroryzmem po zamachach w Paryżu* – Komunikat z badań CBOS Nr 177/2015; B. Badora, *Stosunek do zaangażowania Polski w działania globalnej koalicji przeciwko tzw. Państwu Islamskiemu* – Komunikat z badań CBOS Nr 109/2016; N. Hipsz, *Poczucie zagrożenia terroryzmem po śmierci Osamy Ben Ladena* – Komunikat z badań CBOS Nr 57/2011; B. Badora, *Igrzyska w Soczi w cieniu zagrożenia terrorystycznego* – Komunikat z badań CBOS Nr 10/2014; A. Cybulska, K. Pankowski, *Wydarzenie roku 2015 w Polsce i na świecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 3/2016; M. Gwiazda, *Najważniejsze wydarzenie dla Polski i dla świata roku 2016* – Komunikat z badań CBOS Nr 178/2016; L. Pawłowski, *Wydarzenie roku 2015 w Polsce i na świecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 3/2018; K. Pankowski, *Wydarzenie roku 2018 w Polsce i na świecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 1/2019; J. Frylow, *Opinie o bezpieczeństwie w Internecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 199/2013; M. Feliksiak, *Postawy wobec islamu i muzułmanów* – Komunikat z badań CBOS Nr 37/2015. Komunikat z badań CBOS Nr 148/2019; K. Kowalczyk, *O uchodźcach w przededniu unijnego szczytu poświęconego kryzysowi migracyjnemu* – Komunikat z badań CBOS Nr 133/2015; B. Badora, *O kryzysie migracyjnym po zamachach w Brukseli* – Komunikat z badań CBOS Nr 69/2016.

¹⁰⁰⁴ M. Lisiecki, *Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym*, wyd. ŁOŚGRAF, Warszawa 2011, s. 13-14.

Statystycznie obecnie najczęściej dochodzi do zdarzeń kryzysowych, które wymuszają wdrożenie ewakuacji z budynków. Rzadziej jest realizowany proces ewakuacyjny, który swoim zakresem obejmuje większy obszar, jak to ma miejsce w przypadku podtopienia, powodzi, zagrożenia pożarowego wielu obiektów, prac saperskich przy niewybuchach.

Zapewnienie bezpieczeństwa należy do ważniejszych obowiązków, jakie polski ustawodawca nakłada na zarządzających budynkami i projektantów. Odpowiednie warunki, obejmujące organizację ochrony przeciwpożarowej, mają szczególne znaczenie, kiedy z obiektu korzystają osoby z niepełnosprawnościami.

Państwowe instytucje, w tym Centralny Instytut Pracy Chronionej – Państwowy Instytut Badawczy, podejmują działania, aby propagować dobre praktyki w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa niepełnosprawnym, np. pracownikom w czasie ewakuacji. Zalecono wytyczenie dwóch równoległych dróg ewakuacyjnych z parteru i pierwszego piętra, aby zapobiec tworzeniu się zatorów w obszarze klatki schodowej i wyjścia z obiektu. Każda z tych dróg powinna mieć własne wyjście¹⁰⁰⁵.

Nie zwrócono uwagi na ograniczone możliwości opuszczenia piętra przez pracownika na wózku inwalidzkim, ponieważ w czasie zagrożenia niewskazane jest korzystanie z wind. W rezultacie część polskich urzędników i inżynierów, odpowiedzialnych za bezpieczeństwo pożarowe, w niewielkim zakresie rozumie zachowania ewakuowanych osób. Dotyczy to także osób, które odpowiadają za bezpieczeństwo w szpitalach¹⁰⁰⁶, czy badają to zjawisko.

Badacze: Iwona Orłowska i Marcin Cisek dokonali analizy praktycznych aspektów ewakuacji ludzi ze szpitali w czasie pożaru. Zauważyli zróżnicowanie osób poddanych ewakuacji, w tym – pacjentów. Wspomnieli o osobach z dysfunkcjami ruchu, ale nie zwrócili większej uwagi na ich specyficzne potrzeby w czasie ewakuacji poza zaliczeniem do zadań personelu medycznego zapewnienie pomocy w ewakuacji osobom z niesprawnością ruchową¹⁰⁰⁷.

¹⁰⁰⁵ P. Bartuzi i in., *Przystosowanie obiektów, pomieszczeń oraz stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specjalnych potrzebach – dobre praktyki*, Warszawa 2014, [w:] https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/d/4982_Dobre_praktyki-wersja_finalna.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 89.

¹⁰⁰⁶ Przykładem nieuwzględnienia potrzeb pacjentów o ograniczonej mobilności jest materiał pt. „Szkolenie z ochrony przeciwpożarowej”, który został opracowany przez Mateusza Szymczaka (starszego specjalisty ds. ochrony przeciwpożarowej) na potrzeby Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (M. Szymczak, *Szkolenie z ochrony przeciwpożarowej*, USK, Wrocław 2022, [w:] 8_Szkolenie_ppoz.pdf [dostęp: 20.02.2023]).

¹⁰⁰⁷ I. Orłowska, M. Cisek, dz. cyt., s. 102 i 105.

Osoby odpowiadające za bezpieczeństwo pożarowe obiektów nie mają pełnego obrazu, ponieważ w prowadzonych badaniach uczestniczą wyłącznie osoby pełnosprawne. Poza tym w prognozowaniu czasu ewakuacji mogą posługiwać się modelami, które nie pozwalają uwzględnić osób o różnych niepełnosprawnościach, potrzebach¹⁰⁰⁸.

Zrozumienie potrzeb takich osób to czynnik warunkujący poprawność procesu projektowania budynków oraz opracowania dróg ewakuacyjnych, aby skrócić czas ewakuacji, ograniczyć liczbę obrażeń i zgonów osób niepełnosprawnych¹⁰⁰⁹.

W ten sposób realizowany jest wymóg prawny zawarty w Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, który ma swoje odzwierciedlenie w polskim *prawie budowlanym* i aktach wykonawczych¹⁰¹⁰.

Polski ustawodawca nakłada obowiązek zapewnienia osobom niepełnosprawnym warunków do korzystania z obiektu budowlanego (wielorodzinnego, publicznego), co ma znaczenie w czasie kryzysu wywołanego przez zagrożenie masowe. Tym samym, na co wskazują przepisy europejskie, kluczowe znaczenie ma zagwarantowanie im możliwości opuszczenia obiektu, kiedy znajdują się w jego wnętrzu, lub ratowanie ich w inny sposób. Aby przygotować polskie instytucje publiczne do ewakuacji osób niepełnosprawnych, polski ustawodawca nakłada na nich obowiązek cyklicznego raportowania o stanie dostępności obiektu dla osób ze szczególnymi potrzebami. Taki raport ma obejmować opis oznakowanych wizualnie kierunków i dróg ewakuacji, dostępności pozbawionej barier i zastosowaniu rozwiązań dostosowanych dla osób niepełnosprawnych oraz opis procedur ewakuacyjnych i sposobach przeszkolenia pracowników¹⁰¹¹.

Ponadto polskie prawo nakłada obowiązek zamieszczania opisu dostępności obiektu budowlanego dla osób niepełnosprawnych w projekcie architektoniczno-budowlanym budynku wielorodzinnego i użyteczności publicznej. Uwzględnia on dane o liczbie

¹⁰⁰⁸ Zob. I. Cłapa, R. Porowski, M. Dziubiński, *Wybrane modele obliczeniowe czasów ewakuacji*, [w:] http://www.bg.utp.edu.pl/artbtp2011328201129wybrane20modele20obliczeniowe_20czasf3w20ewakuacji_popr_20rp.pdf [dostęp: 20.02.2023]; J. Zboina, *Bezpieczeństwo pożarowe. Rozważania na gruncie nauki i praktyki*, Wydawnictwo CNBOP-PIB, Józefów 2018, s. 103.

¹⁰⁰⁹ H. Hostetter, M.Z. Naser, *Characterizing disability in fire evacuation: A progressive review*, „Journal of Building Engineering” Nr 1 (33) 2022.

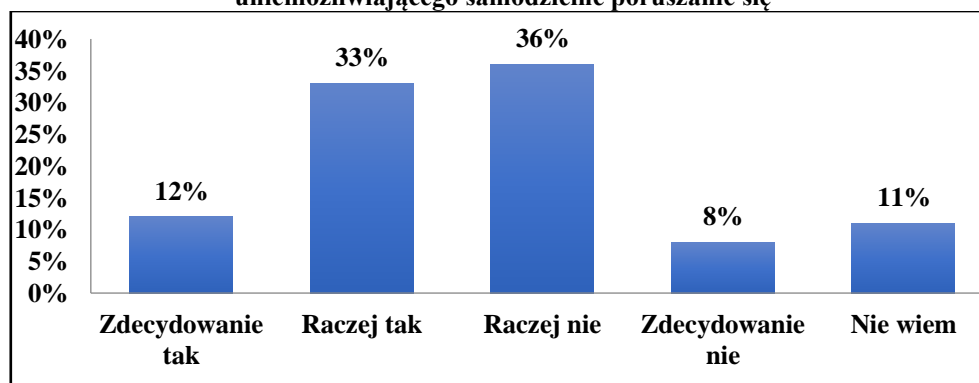
¹⁰¹⁰ Zob. *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakimi powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (Dz. U. Nr 75 poz. 690); *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów* (Dz. U. Nr 109 poz. 719).

¹⁰¹¹ M. Hyjek, M. Augustyniak, P. Tota-Stawarczyk, *Dostępność. Bezpieczna ewakuacja*, PBB, Warszawa 2022, [w:] https://polskabezbarier.org/documents/Dostepnosc_bezpieczna_ewakuacja.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 9, 11, 12.

mieszkań dostępnych dla osób niepełnosprawnych w budynku mieszkalnym, jak również o warunkach korzystania przez nie z budynków publicznych. Charakterystyka dostępności uwzględnia zagospodarowanie terenu., strefy wyjściowe, komunikację pionową i poziomą w budynku, funkcje obiektu i jego pomieszczeń oraz bezpieczeństwo i ewakuację z budynku. W tym ostatnim uwzględnia się elementy typu: *układ dróg ewakuacyjnych, oświetlenie awaryjne, systemy powiadamiania, lokalizacja i wyposażenie miejsca oczekiwania na ewakuację i punktu zbiórki dla osób potrzebujących dodatkowej pomocy/asysty, rodzaj i ilość rekomendowanego sprzętu do ewakuacji*¹⁰¹².

Skuteczność rozwiązań, jakie obowiązują w czasie ewakuacji, rzadko kiedy jest rozpoznawana. W badaniu własnym autora, przeprowadzonym na potrzeby niniejszej dysertacji, łącznie 45% respondentów przyznało, że zauważali ryzyko związane z wymuszoną ewaluacją z zajmowanego pomieszczenia w czasie doświadczania przez nich ograniczenia ruchowego, które uniemożliwiało im samodzielne poruszanie się (patrz: wykres 5.2.). Taka refleksja i dostrzeżenie zagrożenia były obce łącznie 44% pytanym osobom. 11% osób wybrało opcję *nie wiem*.

Wykres 5.2. Dostrzeganie przez respondentów ryzyka związanego z wymuszoną ewaluacją z zajmowanego pomieszczenia w czasie doświadczania przez nich ograniczenia ruchowego, uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się

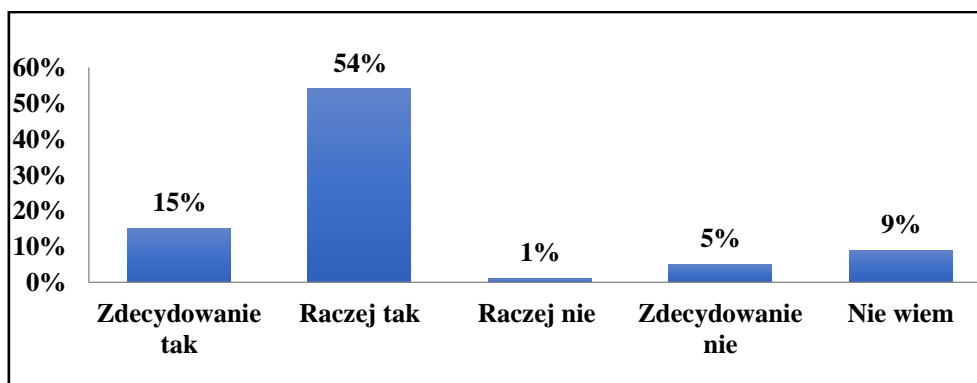


Źródło: badanie własne.

W badaniu autorskim ustalono ponadto, że większość respondentów znała zasady ewakuacji osób. Niemniej jednak co dziesiąty uczestnik badania nie dysponował wiedzą z tego zakresu (patrz: wykres 5.3.).

¹⁰¹² Tamże, s. 13.

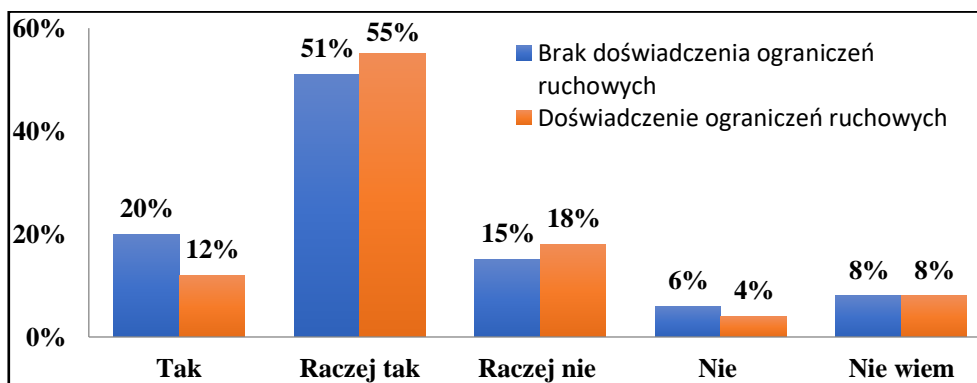
Wykres 5.3. Znajomość zasad wymuszających ewakuowanie osób z zajmowanych pomieszczeń z wyszczególnieniem osób, które doświadczyły i nie doświadczyły ograniczeń ruchowych



Źródło: badanie własne.

Osoby, które doświadczyły jakiegokolwiek stanu ograniczenia ruchowego w wyniku choroby, wypadku, złamania kończyn czy innych okoliczności i cechowały się okresowym brakiem zdolności samodzielnego poruszanie się, nie wykazywały się większą wiedzą w tym zakresie, niż osoby, które nigdy nie znalazły się w podobnej sytuacji (patrz: wykres 5.4.).

Wykres 5.4. Znajomość zasad wymuszonej ewakuacji osób z zajmowanych pomieszczeń przez respondentów – z uwzględnieniem doświadczenia stanu ograniczenia ruchowego



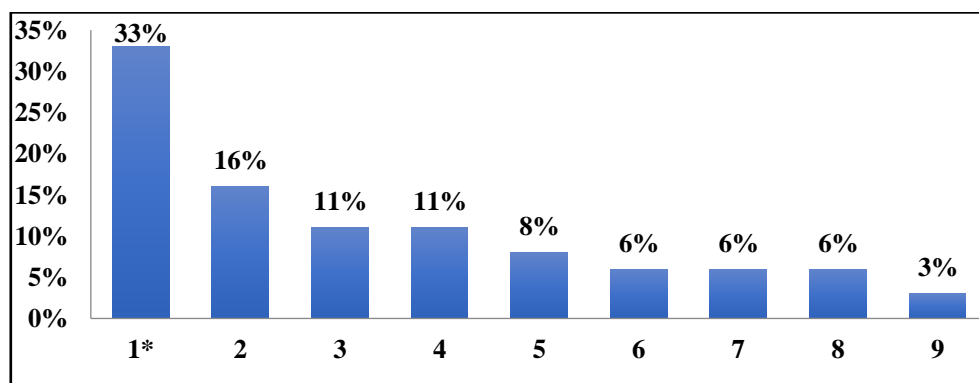
Źródło: badanie własne.

Łącznie 71% osób z pierwszej grupy oraz 67% pytanych z drugiej grupy deklarowało znajomość zasad wymuszających ewakuowanie osób z pomieszczeń, które one zajmują. Problem z poruszaniem się nie wpłynął na świadomość respondentów w zakresie konieczności rozpoznania warunków ewakuacji w razie wystąpienia zagrożenia. Wpływ doświadczenia stanu ograniczenia ruchowego na znajomość zasad ewakuacji zbadano wykorzystując test niezależności *Chi kwadrat*. Ten pozwolił stwierdzić, że nie ma

podstaw do odrzucenia hipotezy o braku zależności znajomości zasad ewakuacji od doświadczenia stanu ograniczenia ruchowego.

Respondentom uświadomiono ryzyko konieczności ewakuacji w przypadku posiadanego ograniczenia ruchowego. Zapytano ich o obawy w czasie takiej sytuacji (patrz: wykres 5.5.).

Wykres 5.5. Główne obawy towarzyszące uświadomionemu ryzyku konieczności ewakuacji w przypadku posiadanego ograniczenia ruchowego



Legenda: 1* – brak możliwości ucieczki w odpowiednim czasie, 2 – brak możliwości samodzielnej ewakuacji, 3 – bariery architektoniczne, 4 – brak pomocy osób trzecich lub niewystarczająca, 5 – pogorszenie stanu zdrowia, utrata życia, 6 – bezradność i strach, 7 – brak możliwości ewakuacji, 8 – panika innych osób, 9 – brak możliwości pomocy innym.

Źródło: badania własne.

Wśród uczestników badania były osoby, które doświadczyły stanu ograniczenia ruchowego w przeszłości lub obecnie. Co trzeci respondent obawiał się braku możliwości ucieczki w odpowiednio krótkim czasie. Uczestnicy badania wymienili także problem braku możliwości samodzielnej ewakuacji (16%), występowanie barier architektonicznych ograniczających lub uniemożliwiają ewakuację osoby z problemami w poruszaniu się (11%) oraz brak pomocy osób trzecich lub niewystarczającej liczby osób, które mogłyby pomóc w ewakuacji (11%).

Respondenci obawiali się także pogorszenia własnego stanu zdrowia i utraty życia (8%), doświadczenia poczucia bezradności i strach (6%), wystąpienia niemożności ewakuowania się (6%), zagrożenia z powodu paniki innych osób (6%) oraz braku możliwości pomocy innym (3%).

5.3. Wyzwania obiektowe i typowe następstwa w procesie ewakuacji

Proces ewakuacji osób niepełnosprawnych z dysfunkcją ruchu z obiektu wymaga uwzględniania uwarunkowań (barier) architektonicznych, sprzętowych i organizacyjnych.

Do tych pierwszych należą schody, drzwi, progi obecne na trasie drogi ewakuacyjnej¹⁰¹³, zbyt długa trasa i czas potrzebny na jej przebycie. W czasie wystąpienia bezpośrednich zagrożeń w budynku osoby o ograniczonej mobilności, poruszające się na wózku czy unieruchomione w łóżku, nie mogą być przewożone za pomocą wózków inwalidzkich, mobilnych łóżek bez niezbędnej pomocy co najmniej dwóch osób, o ile na trasie ewakuacyjnej znajdują się schody. Jeżeli ich nie ma, ale otwory drzwiowe są zbyt wąskie, osoby niepełnosprawnej z dysfunkcjami ruchu nie można przewieźć wózkiem czy na mobilnym łóżku bez konieczności jej podnoszenia, przekładania itp., co może negatywnie wpłynąć na jej kondycję somatyczną i emocjonalną, ale także wydłużyć czas przemieszczania, zwiększyć ryzyko zatorów na drodze ewakuacyjnej i wybuchu paniki wśród ewakuowanych osób.

Bezpieczeństwo w czasie ewakuowania ludności z obiektu jest ograniczane przez zastosowanie niewłaściwych rozwiązań organizacyjnych. Osoby odpowiedzialne za przygotowanie planu ewakuacji ludzi często nie biorą pod uwagę specjalnych potrzeb osób starszych i osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu. W rezultacie plan ewakuacji nie odzwierciedla ich potrzeb, możliwości, a także – często nie jest sprawdzony w czasie ćwiczenia (ewakuacji próbnej). Tym samym proces ewakuacyjny tych grup ludności zostaje scedowany na służby ratunkowe, co nie powinno mieć miejsca w każdym przypadku. Wyzwania organizacyjne ewakuacji obejmują także nieuwzględnienie specyficznych potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych ruchowo, które wykraczają poza niwelowanie wszelkich barier architektonicznych. Obejmują także ich potencjał poznawczy i mobilny. W przypadku części osób starszych i niektórych grup osób niepełnosprawnych ruchowo trzeba uwzględnić wydłużony czas, jaki one potrzebują, aby odebrać komunikat o wystąpieniu bezpośredniego zagrożenia i oczekiwanego sposobu zachowania. Wspomniane osoby przy tym potrzebują więcej czasu, aby pokonać trasę ewakuacji. Ten czynnik bywa pomijany w planach ewakuacji ludności z obiektów. W rezultacie na ich niekorzyść wpływają decyzje podejmowane na poziomie projektowania budynku, obejmujące wybór materiałów do ocieplenia i wykończenia dróg ewakuacji, które charakteryzują się szybką podatnością na zapalenie. Wyzwania organizacyjne to także brak wyraźnie oznaczonych miejsc zbiórki do ewakuacji i wyznaczonych w dostępnym miejscu, niestosowanie oznaczeń dostosowanych do potrzeb i możliwości osób starszych i niepełnosprawnych, brak

¹⁰¹³ M. Hyjek, M. Augustyniak. P. Tota-Stawarczyk, dz. cyt., s. 20.

odpowiednich procedur w instrukcji bezpieczeństwa pożarowego obiektu, brak rzetelnych i cyklicznie powtarzanych szkoleń z zakresu profesjonalnej asysty osób w starszym wieku i niepełnosprawnych¹⁰¹⁴.

Poza tym w obiekcie musi być dostatecznie duża grupa pracowników, asystentów zdolnych do niesienia pomocy potrzebującym i niezdolnym do samodzielnego wyjścia z budynku.

Proces ewakuacyjny osób starszych i niepełnosprawnych z dysfunkcją ruchu utrudniają także wyzwania o charakterze technicznym. W czasie występowania bezpośredniego zagrożenia w obiekcie nie należy posługiwać się windami, a klatki schodowe stanowią dla tych obu grup często barierę architektoniczną nie do pokonania, jeżeli w miejscu zbiórki osób do ewakuacji nie ma odpowiedniego wyposażenia lub jego liczba jest niedostosowana do potrzeb (np. mat czy krzeseł ewakuacyjnych)¹⁰¹⁵.

W czasie ewakuacji ludności z budynku kluczowe znaczenie ma ich ocena zagrożenia. Należy zatem w czasie projektowania procesu ewakuacyjnego uwzględnić czynnik psychologiczny (ludzki)¹⁰¹⁶. Jeżeli ewakuowane osoby są przekonane, że zagrażające im niebezpieczeństwo jest niewielkie, wówczas zachowują się spokojnie. W rezultacie utrzymane są warunki do szybkiego, płynnego i harmonijnego opuszczenia obiektu. Wówczas nie dochodzi do gwałtownego kontaktu z przeszkodami architektonicznymi, innymi pieszymi. Sytuacja ulega zmianie, kiedy osoby przebywające w budynku mają poczucie znacznego zagrożenia. Wówczas chcą jak najszybciej opuścić obiekt, mogą silnie odczuwać strach, doświadczyć paniki, co prowadzi do podjęcia przez nich zachowań irracjonalnych, gwałtownych, niekontrolowanych. Negatywnie wpływa to na przepływ ludzi w kierunku wyjścia z budynku. W rezultacie niektóre osoby mogą traktować innych pieszych jak przeszkody w osiągnięciu tego celu. Powstają niekorzystne warunki w wyniku zahamowania przepływu ludzi w obiekcie, co może prowadzić do wystąpienia urazów i zgonów z powodu zaduszenia czy stratowania¹⁰¹⁷.

Jednak takie ekstremalne zachowania ludzi, doświadczanie przez nich masowej paniki zdarzają się rzadko w czasie katastrof, na co wskazują, zdaniem Pawła Wolnego, liczne amerykańskie badania. Aby zapobiec zachowaniom, które zwiększają ryzyko w czasie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia, należy podjąć działania dla

¹⁰¹⁴ Tamże, s. 20.

¹⁰¹⁵ Tamże, s. 20.

¹⁰¹⁶ Zob. I. Cłapa, M. Dziubiński, *Zachowania ludzi jako jeden z czynników determinujących przebieg procesu ewakuacji*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” Vol 35 Nr 3 2014, s. 149-158.

¹⁰¹⁷ R. Kosiński, A. Grabowski, *Matematyczne modelowanie i badanie symulacyjne zachowania się ludzi podczas ewakuacji ludzi z budynków*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka” Nr 1 2013, s. 20.

optymalizacji przebiegu dróg ewakuacyjnych. Wymaga to uwzględnienia czynnika ludzkiego, co prowadzi do optymalizacji czasu przebycia dróg ewakuacyjnych oraz ich bezpieczeństwa¹⁰¹⁸.

Zachowanie spokoju ma szczególne znaczenie w przypadku ewakuacji osób niepełnosprawnych ruchowo, szczególnie tych poddanych leczeniu w placówkach ochrony zdrowia czy opiece w domach pomocy społecznej. Jeżeli pacjent czy pensjonariusz jest podłączony do urządzenia medycznego, strażak prowadzący akcję ratowniczą, nawet z przeszkoleniem medycznym, nie jest uprawniony do ich odłączenia. Musi mu towarzyszyć pracownik medyczny. Działania wchodzące w skład ewakuacji osoby niepełnosprawnej z dysfunkcją ruchu należy prowadzić spokojnie, aby nie wzbudzać u niej silnych, negatywnych emocji i nie wywołać u niej paniki¹⁰¹⁹.

Wszystkie działania związane z ewakuacją, w tym przeprowadzane akcje ratunkowe, wywołują następstwa bezpośrednie i pośrednie. W przypadku ewakuacji osoby z niepełnosprawnościami i długotrwale chorej znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia u nich negatywnych skutków. Tylko część z nich, w tym skutki bezpośrednie i pośrednie, długofalowe, można prognozować, pozostałe okazują się niemożliwe do przewidzenia¹⁰²⁰.

Przemieszczenie ludności z obszaru zagrożenia do bezpiecznego miejsca może mieć charakter tymczasowy lub trwały. W pierwszym przypadku po ustaniu negatywnego oddziaływania zagrożenia masowego i likwidacji jego głównych skutków ewakuowane osoby mogą wrócić do swoich domów, miejsc pracy. Najczęściej muszą podjąć działania, aby przywrócić ich funkcje i potencjał.

Osoby poszkodowane mogą liczyć na pomoc instytucji państwowych i pozapaństwowych, jednak zazwyczaj nie zaspokaja ona ich potrzeb. Zapewnia się im wsparcie w postaci tymczasowego zakwaterowania, pomocy materialnej i finansowej, opieki medycznej i rehabilitacyjnej, pomocy psychologicznej poza miejscem zamieszkania. Dąży się do rozpoznania potrzeb poszkodowanych i optymalizacji pomocy społecznej świadczonej przez gminne czy miejskie ośrodki pomocy społecznej¹⁰²¹.

¹⁰¹⁸ P. Wolny, *Psychologia w ewakuacji*, [w:] <https://www.ppoz.pl/czytelnia/rozpoznawanie-zagrozen/Psychologia-w-ewakuacji/idn:2783> [dostęp: 20.02.2023].

¹⁰¹⁹ M. Tobolski, *Wymagania ochrony przeciwpożarowej dla zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] <https://docplayer.pl/4985572-Wymagania-ochrony-przeciwpozarowej-dla-zakladow-opieki-zdrowonej.html> [dostęp: 20.02.2023], s. 40-41.

¹⁰²⁰ Porównaj statystyki zdarzeń [w:] <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2080,statystyki-zdarzen-systemu-wspomagania-decyzji-pan> [dostęp: 30.12.2021].

¹⁰²¹ B. Dubiel, *Profilaktyka i kompensacja skutków ryzyka powodzi w gminach śląskich*, [w:] „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” Nr 232 2015, s. 34.

Jednak niekiedy poszkodowani muszą odbudować swoje domy. Jeżeli dom czy mieszkanie osoby niepełnosprawnej z dysfunkcjami ruchu ucierpiał w związku z wystąpieniem zagrożenia masowego, na ogół ma ona ograniczone możliwości, aby przywrócić im ich funkcjonalność i cechy, umożliwiające jej zaspokajanie potrzeb. Bez uzyskania niezbędnej pomocy i wsparcia nie jest ona w stanie zaspokoić swoich potrzeb bytowych w dotychczasowym miejscu zamieszkania. W drugim przypadku nie mogą wrócić, ponieważ nastąpiły trwale następstwa zagrożenia (np. toczące się działania wojenne, obszar skażenia).

Ewakuacja osoby niepełnosprawnej z obszaru zagrożenia do bezpiecznego miejsca służy ochronie jej życia i zdrowia, ale niesie także zagrożenie dla obu tych chronionych wartości.

Proces przemieszczenia i warunki panujące w bezpiecznym miejscu mogą stanowić dla nich zagrożenie, jeżeli nie uwzględnia się ich specyficznych potrzeb, stanu zdrowia i potencjalnych problemów zdrowotnych, jakie mogą u niej wystąpić w czasie sytuacji kryzysowej. Organizacja warunków bezpiecznego miejsca uwzględnia przede wszystkim możliwość zaspokajania podstawowych potrzeb, zatem osoby niepełnosprawne mogą doświadczyć dyskomfortu, który negatywnie wpłynie na ich kondycję zdrowotną w wymiarze fizycznym i psychicznym (emocjonalnym).

Ewakuacja osób niepełnosprawnych może powodować następstwa, które należy rozważać w kontekście barier (architektonicznych, organizacyjnych i technicznych – patrz: tabela 5.14.), ich znoszenia, unikania w czasie realizacji nowych inwestycji¹⁰²².

Wówczas osobom z dysfunkcjami zapewni się bezpieczne warunki korzystania z obiektu w każdych warunkach, a w tym także w przypadku wystąpienia *zagrożenia masowego*. Wymaga to jednak budowania i modernizowania budynków zgodnie z zasadą dostępności, której przestrzegania wymaga się od podmiotów zawierających umowy na podstawie prawa zamówień publicznych¹⁰²³.

Należy dążyć do stanu, w którym większość obiektów, w tym szpitali, domów opieki, budynki mieszkalne, będą zapewniały bezpieczne rozwiązania konieczne dla skutecznej ewakuacji ośrodków osób starszych, o ograniczonej mobilności czy niepełnosprawnych.

Tabela 5.14. Sposoby eliminacji wyzwań dla ewakuacji osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu

¹⁰²² M. Hyjek, M. Augustyniak, P. Tota-Stawarczyk, *Dostępność. Bezpieczna ewakuacja*, dz. cyt., s. 20.

¹⁰²³ P. Florek, T. Kołodziejczyk, *Wsparcie ewakuacji osób niepełnosprawnych – wyzwanie organizacyjne i technologiczne*, „Safety & Fire Technology” Vol. 57 Nr 1 2021, s. 141.

Rozwiązania	Charakterystyka	
	Element opisu	Opis
Rozwiązania architektoniczne	Cel	Zapewnienie dróg ewakuacyjnych umożliwiających wydostanie się z obiektu, zastosowanie odpowiedniego oznakowania, oświetlenie, wyznaczenie miejsca zbiórki dla osób potrzebujących asysty (pomocy)
	Drogi ewakuacyjne	Umożliwiający każdej osobie (także z ograniczoną mobilnością) samodzielne opuszczenie budynku; przy braku technicznych możliwości uzyskania tego celu – zapewnienie potencjalnego schronienia w specjalnych pomieszczeniach (miejscach oczekiwania na ewakuację w obrębie ewakuacyjnych klatek schodowych, w ich pobliżu) na czas oczekiwania na przybycie ekip ratowniczych; zapewnienie dróg ewakuacyjnych o odpowiedniej szerokości, długości, wysokości i szerokości otworów drzwiowych
	Schody i pochylnie	Niestosowanie na jedynej klatce schodowej (będącej elementem drogi ewakuacyjnej) spoczników ze schodami, konieczne oznakowanie stopni i pochylni
	Drzwi	Cechy: otwierające się na zewnątrz, o odpowiedniej szerokości, posiadające przycisk uruchamiający siłownik wspomagający ich otwieranie
	Ściany, podłogi i posadzki	Wykonanie ich z materiałów niepalnych, podłogi i posadzki z materiałów antypoślizgowych
	Oświetlenie awaryjne	Stosowane w przypadku awarii oświetlenia podstawowego, montowane pod sufitem, niekiedy także przy posadzce; lokalizacja oświetlenia awaryjnego: przy drzwiach (wewnątrz i na zewnątrz drzwi wyjściowych), w pobliżu schodów, każdego punktu pierwszej pomocy i miejscu oczekiwania na ewakuację, przy urządzeniach przeciwpożarowych i przyciskach alarmowych, każdej zmianie kierunku drogi ewakuacyjnej i poziomym, wejściach ewakuacyjnych i znakach bezpieczeństwa
	Miejsca oczekiwania na ewaluację	To punkt dla osób niezdolnych do samodzielnej ewakuacji i bezpiecznego oczekiwania na pomoc; zlokalizowane w miejscu nieograniczającym drogi ewakuacyjnej lub w odrębnym pomieszczeniu pożarowo zamkniętym, wyposażonym w okno ratownicze; miejsce właściwie oznakowane, wyposażone (wideofon, telefon, gaśnica, materac, wózek, miejsce do siedzenia) i rozplanowane (miejsce do zaparkowania wózka, przestrzeń manewrowa)
	Punkty zbiórki dla osób potrzebujących dodatkowej pomocy (asysty)	Punkty tego typu organizowane w przypadku braku możliwości wyznaczenia pomieszczenia oczekiwania na ewakuację; punkty wyposażone w przycisk alarmowy, telefon, miejsce do siedzenia, gaśnicę, materac i wózek
	Wnęki na sprzęt do ewakuacji	Sprzęt umożliwiający ewaluację osób niepełnosprawnych ruchowo (wózki, materace) we wnękach obecnych na każdym piętrze w pobliżu klatki schodowej
Rozwiązania organizacyjne	Cel	Przeszkolenie z zakresu ewakuacji ludności – obejmujące odczytywanie sygnałów alarmowych, sposobów wydostania się z obiektu
	Uwarunkowania	Uwzględnienie rodzaju budynku (liczby kondygnacji, parametrów dróg ewakuacyjnych, wdrożonego systemu powiadamiania), liczby osób z ograniczoną mobilnością, osób niepełnosprawnych podlegających ewakuacji; rodzaju i stopnia niepełnosprawności (dla dostosowania liczby i rodzaju niezbędnego sprzętu, liczby osób

		asystujących)
	Szkolenie	Przeszkolenie personelu o charakterze ogólnym i szczegółowych, przeprowadzanie ćwiczeń; organizacja cyklicznych szkoleń
	Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego	Opracowanie instrukcji bezpieczeństwa pożarowego zawierającej wymagane dane
Rozwiązania techniczne	Cel	Zapewnienie graficznego planu ewakuacji i minimalnego sprzętu potrzebnego do ewakuacji osób niepełnosprawnych ruchowo
	Plan ewakuacyjny	Czytelny i aktualny plan umieszczony na wysokości umożliwiającej jego odczytanie także osobie poruszającej się na wózku
	Sprzęt do ewakuacji	Sprzęt: wózki (krzesła) ewakuacyjne (ewakuacja osoby w pozycji siedzącej po schodach), materace ewakuacyjne (ewakuacja osoby w pozycji leżącej przy braku możliwości ich ewakuowania z użyciem wózka czy krzesła np. z powodu wąskiej klatki schodowej), maty ewakuacyjne (ewakuacja osób chorych, nieprzytomnych bezpośrednio z łóżka); sprzęt znajdujący się przy każdej klatce ewakuacyjnej; 1 wózek lub materac dla 1 osoby na każdym piętrze; 1 materac na każdym łóżku (pod materacem); zastosowanie właściwego oznaczenia
	Właściwe oznaczenie	Zastosowanie oznakowania dostosowanego do specjalnych potrzeb różnych grup ludności: starszych, niepełnosprawnych; umieszczenie ich na optymalnej wysokości dla tych grup

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Hyjek, M. Augustyniak, P. Tota-Stawarczyk, *Dostępność. Bezpieczna ewakuacja*, PBB, Warszawa 2022, [w:] https://polskabezbarier.org/documents/Dostepnosc_bezpieczna_ewakuacja.pdf [dostęp: 20.02.2023], s. 21-48.

5.4. Ewakuacja osób z niepełnosprawnościami

Istotny element procesu ewakuacji to klasyfikacja osób podlegających przemieszczeniu. Są one wyróżniane za pomocą różnych kryteriów, wśród których znajdują się wiek oraz stan zdrowia.

Podstawą selekcji staje się podział grupy ewakuowanej zgodny z zasadą *równości* wskazaną w *Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej* z 7 grudnia 2000 roku¹⁰²⁴, *Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych ONZ* z 16 grudnia 1966 roku¹⁰²⁵ oraz w *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*¹⁰²⁶.

Zgodnie ze wspomnianą zasadą, organy państwa, również te odpowiedzialne za ewakuację ludności, nie mogą nikogo dyskryminować. Jednak ten zakaz nie dotyczy różnicowania poszczególnych osób na co wskazuje orzecznictwo Trybunału

¹⁰²⁴ Zob. *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 07 grudnia 2000 r.* [w:] Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, C 83, 30 marzec 2010.

¹⁰²⁵ Zob. *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych* [w:] <https://web.archive.org/web/20130821093858/http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r21.htm> [dostęp: 30.12.2021].

¹⁰²⁶ Zob. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*.

Konstytucyjnego, Europejskiego Trybunału Praw Człowieka oraz Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.

Wspomniane orzecznictwo oraz zapis art. 11 *ustawy z 3 grudnia 2010 roku o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania* wskazują, że zróżnicowanie powiązane z innym traktowaniem osób niepełnosprawnych to przejaw działania służącego wyrównania ich szans¹⁰²⁷.

Taki sposób postępowania ma istotne znaczenie w przypadku wystąpienia masowego zagrożenia i konieczności ewakuacji ludności. Wymóg uwzględnienia szczególnych potrzeb i możliwości samodzielnego przemieszczania się w bezpieczne miejsce ma kluczowe znaczenie dla osób niepełnosprawnych. Tworzą one dużą i zróżnicowaną grupę. Wśród nich szczególnej ochrony w przypadku ewakuacji z zagrożonego terenu wymagają osoby niepełnosprawne z dysfunkcją ruchu¹⁰²⁸.

Według WHO, na świecie ponad 1 miliard osób (około 15% całej populacji) uznaje się za osoby z niepełnosprawnościami z powodu występowania u nich dysfunkcji fizycznych, psychicznych lub/i sensorycznych¹⁰²⁹. Dane GUS z 2011 roku wskazują, że w Polsce grupa osób niepełnosprawnych to ponad 12% ogółu populacji¹⁰³⁰. Faktyczna liczba osób z niepełnosprawnością może być jednak znacznie wyższa. Dotyczy to również osób z dysfunkcją narządów ruchu. Część z nich może nie posiadać orzeczenia o niepełnosprawności. Wśród nich znajdują się osoby w podeszłym wieku, z otyłością II i III stopnia, ograniczoną zdolnością poruszania się. W tym ostatnim przypadku są to osoby tymczasowo unieruchomione i niezdolne do samodzielnego przemieszczania się, ponieważ są pacjentami oddziałów pooperacyjnych, OIOM, doznali złamania czy zwichnięcia kończyn dolnych¹⁰³¹.

Zmiany kulturowe, społeczne, prawne spowodowały, że w już w XX wieku dostrzeżono specyficzne potrzeby osób niepełnosprawnych, których zaspokojenie sprawia, że mogą one wieść satysfakcjonujące życie, aktywnie funkcjonować w sferze społecznej, zawodowej i prywatnej, doświadczając akceptacji społecznej, bezpieczeństwa i szczególnej ochrony, kiedy jest ona niezbędna i konieczna dla zapewnienia im

¹⁰²⁷ Zob. *Ustawa z dnia 03 grudnia 2010 roku o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania* (Dz. U. Nr 254 poz. 1700 z późn. zm.)

¹⁰²⁸ Szersza charakterystyka osób niepełnosprawnych, w tym tych z dysfunkcją ruchu została zamieszczona w podrozdziale 4.1.

¹⁰²⁹ Zob. *Dane statystyczne Światowej Organizacji Zdrowia* (WHO 2020).

¹⁰³⁰ Zob. *Dane demograficzne - Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych* [w:] niepełnosprawni.gov.pl [dostęp: 30.12.2021].

¹⁰³¹ Tamże.

warunków dla ochrony ich życia i zdrowia czy praw obywatela i człowieka. Podjęto inicjatywy prawno-organizacyjne, aby ci członkowie społeczeństwa mogli harmonijnie funkcjonować w przestrzeni społecznej, publicznej i prywatnej. Wiąże się to z uwzględnieniem specyficznych potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym tych z dysfunkcjami narządów ruchu, w zakresie likwidacji barier architektonicznych w przestrzeni publicznej oraz w czasie ewakuacji ludności z terenów zagrożonych. Jednak w praktyce często nie zwraca się uwagi na ustalone procedury ewakuacji pożarowej dla osób niepełnosprawnych¹⁰³².

Zatem konieczne są zmiany norm prawnych, aby zawierały one nakaz opracowania szczegółowych wymagań w obiektach, w których pracują bądź przebywają osoby niepełnosprawne.

Pochylając się badawczo na tym problemem, autor stwierdził, że w obowiązujących w Polsce przepisach techniczno-budowlanych odniesiono się głównie do wymogów dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (dojście do budynku, pochylnia, furtki w ogrodzeniu, dostęp do dźwigów, wymiary pomieszczeń wejściowych, różnica poziomów podłogi, kabina natryskowa, dojazd do samochodu w garażu podziemnym, instalacja *alarmowo-przyzywowa*, dźwigi)¹⁰³³.

Nie zawarto w nich wymagań adekwatnych dla różnych form niepełnosprawności, dotyczących przykładowo osób niewidomych bądź głuchoniemych¹⁰³⁴. Ta luka w polskim systemie prawnym stanowi przejaw zaniechania polskiego ustawodawcy, mimo że Konstytucja RP zapewnia wszystkim obywatelom, w tym osobom niepełnosprawnym, prawo do bezpieczeństwa.

Wspomniane zaniechanie stoi także w sprzeczności wobec zobowiązań polskiego ustawodawcy, który ratyfikował *Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych*¹⁰³⁵. W rezultacie, nawet jeżeli uwzględnia się potrzeby osób niepełnosprawnych z budynku mieszkalnego i uwzględnia się potrzeby osób z ograniczoną mobilnością, za stan skrajnego braku zdolności przemieszczania się uznaje się wyłącznie poruszanie się na wózku

¹⁰³² N. Egodage, F.N., Abdeen, P. Sridarran, *Fire emergency evacuation procedures for differently-abled community in high-rise buildings*, „Journal of Facilities Management” Vol. 18 No. 5 2020, ss. 505-519. <https://doi.org/10.1108/JFM-07-2020-0043> [dostęp: 30.12.2021].

¹⁰³³ Zob. M. Błażewski, *Ochrona osób niepełnosprawnych w procesie budowlanym – aspekty prawno pozytywne*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” vol. 5 Nr 1 2016, ss. 207-218; K. Kowalski, *Projektowanie bez barier – wytyczne*, Integracja, ZUS, Warszawa 2016, [w:] <https://www.integracja.org/wp-content/uploads/2017/01/Projektowanie-bez-barier-wytyczne-2016.pdf> [dostęp: 30.12.2021].

¹⁰³⁴ M. Wysocki, *Poprawa bezpieczeństwa osób z niepełnosprawnością podczas ewakuacji obiektów użyteczności publicznej*, „Materiały Budowlane” Nr 10(506) 2014, s. 29.

¹⁰³⁵ Zob. *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych z dnia 01 sierpnia 1997 r.* (M.P. Nr 50 poz. 475).

inwalidzkim¹⁰³⁶. Tymczasem także w takich obiektach znajdują się osoby, które nie mogą skorzystać z tego środka. Powinny być ewakuowane w pozycji leżącej razem z niezbędną aparaturą medyczną.

Warunki ewakuacji należy dostosować do potrzeb osób niepełnosprawnych, których można podzielić na sprawnych ruchowo i z dysfunkcją narządów ruchu. Ewakuacja tych ostatnich determinuje przebieg i tempo procesu przemieszczania się ludności, ponieważ wymaga więcej czasu na ich załadunek i rozładunek¹⁰³⁷.

Ponadto na przebieg procesu ewakuacyjnego osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu wpływają także inne cechy tej zbiorowości. Należą do nich indywidualna prędkość ruchu, zróżnicowane wymagania dotyczące koniecznej pomocy podczas przemieszczania się.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki przeprowadzono badania na grupie 45 beneficjentów domu opieki mieszczącego się w sześciopiętrowym budynku. Wśród uczestników badania były osoby w wieku senioralnym, niepełnosprawne, zdolne do przemieszczania się. Poruszali się samodzielnie, przy użyciu laski, potrzebowali pomocy innej osoby (mieszkańca domu opieki, strażaka) lub krzeselka schodowego. Wykazano, że każda z tych grup przemieszczała się z odmienną szybkością. Pierwsza z nich była trzykrotnie szybsza niż ostatnia. Ogólne średnie prędkości ewakuowanych osób zawierały się w przedziale od 0,11 do 0,29 m/s. Wolniej przemieszczały się osoby z poważniejszymi dysfunkcjami ruchowymi (szerszym spektrum upośledzenia) lub te, którym pomocy udzielały nieprzeszkolone osoby¹⁰³⁸.

Jeszcze większym wyzwaniem jest badanie ewakuacji populacji o mieszanej sprawności. Podjęli je Mahdi Rismanian i Esmaeil Zarghami. Dokonali analizy etapowej ewakuacji, strategii rozmieszczenia oraz instalację ramp. Posłużyli się symulacją, w której uwzględniono mieszkańców wysokiego budynku mieszkalnego (26 pięter). W tej zbiorowości zdecydowaną większość stanowili pełnosprawni lokatorzy (98%). Udział osób niepełnosprawnych ruchowo wyniósł 2% populacji. Ustalono,

¹⁰³⁶ Zob. M. Brutnikowski, S. Jordan, K. Kunc, E. Robakowska, M. Subocz, *Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami. Uwzględniając koncepcję uniwersalnego postępowania – poradnik*, MliB, Warszawa 2017, [w:] <https://instytutksiazki.pl/files/upload/files/Standardy%20dost%C4%99pno%C5%9Bci%20budynk%C3%B3w%20dla%20os%C3%B3b%20z%20niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bciami.pdf> [dostęp: 30.12.2021], s. 41-42.

¹⁰³⁷ E. Baou, V. P. Koutras, V. Zeimpekis, I. Minis, I., *Emergency evacuation planning in natural disasters under diverse population and fleet characteristics*, „Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management” Nr 8(4) 2018, ss. 447-476.

¹⁰³⁸ E. Kuligowski, R. Peacock, E. Wiess, B. Hoskins, *Stair evacuation of older adults and people with mobility impairments*, „Fire Safety Journal” Nr 1-3(62) 2013, ss. 230-237.

że w przypadku populacji o mieszanej sprawności mieszkańców niemożliwa staje się redukcja czasu ich ewakuacji¹⁰³⁹.

Istnieją strategie ewakuacyjne, umożliwiające skrócenie trwania ewakuacji nawet o 10%, ale to wiąże się z problemem etycznym. Wykazano, że czas ewakuacji można skrócić o 30%, jeżeli zainstaluje się rampy i wdroży inne strategie ewakuacyjne. Rozwiązania te umożliwiają także ograniczenie zatłoczenia dróg ewakuacyjnych¹⁰⁴⁰.

Skuteczna i sprawna ewakuacja osób z niepełnosprawnościami ze strefy zagrożenia do miejsca bezpiecznego nabiera szczególnego znaczenia w przypadku ewakuacji obiektów budowlanych. Wówczas należy uwzględnić nie tylko ograniczenia wynikające z kryzysowego charakteru sytuacji i poszczególnych zagrożeń, ale również bariery architektoniczne oraz inne przeszkody, które uniemożliwiają przemieszczanie się osób z niepełnosprawnościami. Można zaryzykować tezę, że skuteczność ich ewakuacji jest rozstrzygana już na etapie projektowania, budowy lub przebudowy obiektu, którego dotyczy ewakuacja.

W Polsce nadal są prowadzone działania i programy zmierzające do niwelowania barier (w tym architektonicznych), które wykluczają społecznie osoby niepełnosprawne lub/i ograniczają ich aktywność¹⁰⁴¹. Należy do nich wspomniany już rządowy program *Dostępność Plus* założony na lata 2018-2035¹⁰⁴². Obejmuje on działania w zakresie architektury, opisane jako *Budynki bez barier, 100 gmin bez barier* i *Shużby architektoniczno-budowlane wrażliwe na dostępność*. Program służy także usuwaniu barier w szkołach i placówkach medycznych, czyli w obiektach, których może dotyczyć potencjalna ewakuacja¹⁰⁴³.

Przemieszczanie osób z niepełnosprawnościami ze strefy zagrożenia do miejsca bezpiecznego musi być przygotowane na podstawie pełnego rozeznania stopnia i specyfiki ograniczeń wynikających z niepełnosprawności. W większości przypadków niemożliwa jest ich samoewakuacja, dlatego należy konieczność zaangażowania dodatkowych sił poza osobami wyznaczonymi do koordynowania akcji, wskazywania kierunku i zabezpieczenia oraz udroźnienia ciągów komunikacyjnych i wyjść.

¹⁰³⁹ M. Rismanian, E. Zarghami, *Evaluation of crowd evacuation in high-rise residential buildings with mixed-ability population: combining an architectural solution with management strategies*, „International Journal of Disaster Risk Reduction”, Nr 1(77) 2022.

¹⁰⁴⁰ Tamże.

¹⁰⁴¹ Ten problem zasygnalizowano także w podrozdziale 4.2.

¹⁰⁴² Zob. Program *Dostępność Plus na lata 2018-2025* [w:] https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program_Dostepnosc_Plus.pdf [dostęp: 30.12.2021].

¹⁰⁴³ Tamże.

Ewakuacja osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami narządów ruchu, które poruszają się na wózkach inwalidzkich lub doświadczają niedowładu wszystkich kończyn, wiąże się z wymogiem zapewnienia im asysty oraz trasy ewakuacji dostosowanej do specyfiki ich niepełnosprawności. Zatem już na etapie projektowania budynków lub ich modernizacji należy uwzględnić ograniczenia osób niepełnosprawnych, aby zwiększyć ich komfort korzystania z takiego obiektu oraz zapewnić im optymalny poziom bezpieczeństwa w czasie szybkiej i bezproblemowej ewakuacji. Takie rozwiązania muszą być wdrożone przede wszystkim w tych obiektach, w których jak w placówkach ochrony zdrowia czy opieki społecznej (placówki opiekuńcze) równocześnie przebywa wiele osób z dysfunkcjami ruchu.

Awaryjna ewakuacja podczas zdarzeń niespodziewanych lub katastrof może wpływać na życie i zdrowie zagrożonej populacji. Zależność taką można zauważyć, kiedy analizie poddaje się przykładowo ewakuację mieszkańców okolic elektrowni jądrowej Fukushima Daiichi (ewakuowaną decyzją rządu japońskiego w marcu 2011 roku). Brakuje danych o trudnościach, jakie napotkano wówczas w czasie przemieszczania pacjentów placówek medycznych. W tym czasie hospitalizowano 338 pacjentów w szpitalu Futaba, położonym niespełna 5 km od elektrowni jądrowej. 39 osób (11,5%) z nich zmarło przed zakończeniem ewakuacji. Ci pacjenci byli w ciężkim stanie zdrowia, przykuci do łóżka lub niepełnosprawni. Ich przedwczesna śmierć była spowodowana przez braki kadrowe personelu szpitalnego, zakłócenia w dostępie do niezbędnej infrastruktury, skutkujące niemożnością zapewnienia pacjentom właściwej opieki medycznej (np. zastosowania terapii infuzyjnej, odsysania płwociny). Przykład skutków ewakuacji pacjentów ze szpitala Futaba skłania do lepszego przygotowania tego procesu. Wymaga to rozpoznania i uwzględnienia różnych wyzwań zdrowotnych, jakie mogą wystąpić w czasie ewakuacji, aby skutecznie udało się chronić życie i zdrowie pacjentów także w sytuacjach kryzysowych wywołanych przez zagrożenie masowe¹⁰⁴⁴.

W czasie pandemii *COVID-19* w Polsce ujawniono ograniczenia takich obiektów, kiedy zachodziła potrzeba ewakuacji pacjentów szpitala czy pensjonariuszy domów opieki z powodu wykrycia ogniska zakażenia. Uwidocznily się wszelkie ograniczenia i utrudnienia, do których należą brak narzędzi ewakuacji, konieczność korzystania

¹⁰⁴⁴ T. Sawano, Y. Senoo, I. Yoshida, A. Ozaki, Y. Nishikawa, A. Hori, T. Oikawa, K. Tanigawa, S. Shigetomi, M. Tsubokura, *Emergency Hospital Evacuation From a Hospital Within 5 km Radius of Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant: A Retrospective Analysis of Disaster Preparedness for Hospitalized Patients*, „Disaster medicine and public health preparedness” Nr 16(5) 2022, ss. 2190-2193, [w:] <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.265> [dostęp: 30.12.2021].

z pomocy wojska, strach przed zakażeniem wzmocniany przez chaos informacyjny, presja czasu, niekorzystne warunki atmosferyczne. Te i inne zjawiska utrudniały proces decyzyjny w ramach II etapu ewakuacji.

Do podobnych wniosków, związanych z występowaniem luk, w przygotowaniu ewakuacji osób starszych i niepełnosprawnych, prowadzą wyniki zaprezentowane w raporcie Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z roku 2018, który dotyczył dostępności przestrzeni publicznej dla wspomnianych dwóch grup¹⁰⁴⁵.

Tematyczne sprawdzenie objęło osiem obiektów o kategorii, które były przeznaczone przede wszystkim do użytku ludzi o ograniczonej zdolności poruszania się (np. szpitale, żłobki, przedszkola, domy dla osób starszych). Wykazano, że w każdym z nich nieprawidłowo funkcjonowały systemy, cechujące się różnym system istotności¹⁰⁴⁶.

W raporcie NIK wskazano pięć krytycznych obszarów, które były powiązane z bezpieczną ewakuacją osób z niepełnosprawnościami. Zaliczono do nich: brak szkoleń pracowników dotyczących ewakuacji osób z niepełnosprawnością, brak wiedzy o stanie sprawności użytkowników obiektu, brak praktycznego sprawdzenia warunków i organizacji ewakuacji osób z niepełnosprawnością, brak procedur ewakuacji takich osób, brak specjalistycznego wyposażenia dla ich ewakuacji (patrz: wykres 5.6.).

Główną przyczyną niedostosowania zasad postępowania i sposobów ewakuacji osób z niepełnosprawnościami w procedurach postępowania na wypadek zagrożenia okazał się charakter obowiązujących przepisów. Nie sprecyzowano w nich obowiązującego czy zalecanego sposobu przygotowania ewakuacji osób z niepełnosprawnościami. NIK uznał, że praktyczne sprawdzenie warunków oraz organizacji ewakuacji z udziałem osób niepełnosprawnych to jedna z metod wypracowania właściwego sposobu ewakuacji z obiektów użyteczności publicznej osób, które cechują się ograniczoną sprawnością ruchową¹⁰⁴⁷. Takie osoby stanowią duże wyzwanie dla procesu ewakuacyjnego, ponieważ ich przemieszczanie determinują liczne czynniki. Wśród nich kluczowe znaczenie mają przyjęta metoda ewakuacji, rodzaj niepełnosprawności, liczba osób, liczba i rodzaj odpowiednich pojazdów, środków (np. krzeseł i łóżek ewakuacyjnych)¹⁰⁴⁸.

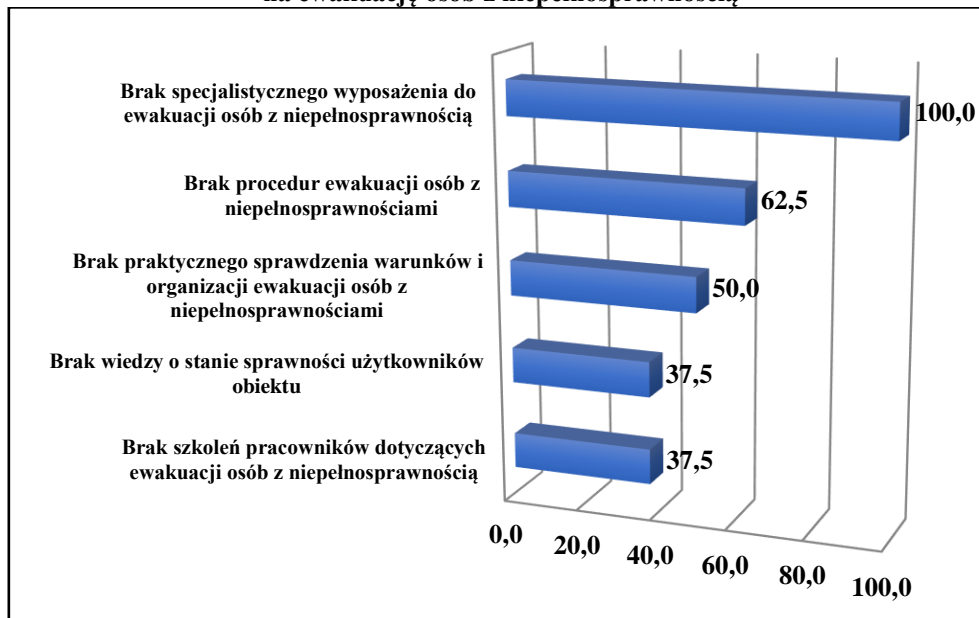
¹⁰⁴⁵ Raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący dostępności przestrzeni publicznej dla osób starszych i niepełnosprawnych. 2018 [w:] www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/094/ [dostęp: 30.12.2021].

¹⁰⁴⁶ Tamże.

¹⁰⁴⁷ Tamże.

¹⁰⁴⁸ M. Tomek, M. Seidl, G. Bucová, *Transport safety at evacuation for people with disabilities*, „Kontakt” Nr 16(3) 2014, ss.195-202.

Wykres 5.6. Wyniki kontroli NIK w zakresie przygotowania obiektu na ewakuację osób z niepełnosprawnością



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący dostępności przestrzeni publicznej dla osób starszych i niepełnosprawnych. 2018* [w:] www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/094/ [dostęp: 30.12.2021].

Przeprowadzona powyżej analiza wyników badań uprawnia autora niniejszej pracy do wniosku, że przejawem dobrej praktyki powinna być możliwość zweryfikowania wybranego obiektu budowlanego pod kątem adekwatności zastosowanych rozwiązań dla ewakuacji osób niepełnosprawnych. Za konieczne należy uznać organizowanie praktycznych ćwiczeń ewakuacyjnych z udziałem osób z niepełnosprawnościami lub/i objęcie odpowiedzialnych pracowników szkoleniami z zakresu takich czynności praktycznych, w sytuacji realnego zagrożenia, aby zoptymalizować poziom skuteczności potencjalnych działań ratowniczych.

Umożliwieniu lub/i ułatwieniu sprawnej ewakuacji osób cechujących się ograniczoną mobilnością, według autora niniejszej pracy, powinno służyć dostosowanie budynków za pomocą wyznaczeniu lub adaptacji obecnych dojść i przejść ewakuacyjnych; korzystnej lokalizacji stanowisk pracy czy pobytu osób z niepełnosprawnością (jak najbliżej wyjścia ewakuacyjnego, optymalnie na parterze budynku); takiej organizacji stanowisk pracy czy pobytu, aby osoby z ograniczoną mobilnością nie musiały się przemieszczać na kilku poziomach. Bezpieczna ewakuacja musi uwzględniać rodzaj oraz stopień niepełnosprawności osób niepełnosprawnych, ich wiek, zapotrzebowanie na pomoc innych osób w przypadku wymuszonego przemieszczenia. Obok aspektów prawnych i technologicznych rozwiązania organizacyjne w danym obiekcie budowlanym

są bardzo ważnym czynnikiem skutecznej ewakuacji osób niepełnosprawnych. Wspomniane rozwiązania powinny uwzględniać indywidualną specyfikę (kubaturę) i funkcje danego obiektu¹⁰⁴⁹.

Podsumowując zaprezentowane powyżej rozważania stwierdzić trzeba, że pierwotnie polski ustawodawca stworzył ramy instytucjonalno-prawne, które mają zapewnić ochronę osobom niepełnosprawnym ruchowo w czasie ewakuacji wymuszonej przez prognozowane czy występujące bezpośrednie zagrożenie masowe. Panujący aktualnie stan formalno-prawny wywołany wejściem w życie ustawy *o obronie ojczyzny*, zastępującą ustawę *o powszechnym obowiązku obrony RP*, gdzie w jej treściach nie ujęto żadnych kwestii powiązanych z obroną cywilną, a w tym zagadnień dotyczących ewakuowania¹⁰⁵⁰ należy traktować jako przejściowy wobec realizowanego aktualnie etapu prac koncepcyjno-ustawodawczych. W innych aspektach niepełnosprawnym gwarantuje przywileje związane z przynależnością do grupy podwyższonego ryzyka i ich brakiem zdolności do zapewnienia sobie bezpieczeństwa za sprawą samoewakuacji. Równocześnie obowiązujące rozwiązania prawne, stosowane praktyki nadal nie uwzględniają specjalnych potrzeb osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchowymi. W rezultacie nadal utrzymuje się klimat społeczny, polityczny, kulturowy, który wspiera zaniechania w zakresie zapewnienia systemowej ochrony, dostosowania do możliwości i potrzeb osób cechujących się brakiem mobilności, kiedy zachodzi potrzeba przeprowadzenia ewakuacji z budynków wielorodzinnych, publicznych, placówek opieki zdrowotnej czy pomocy społecznej.

5.5. Wnioski

Celem niniejszego rozdziału była realizacja celu cząstkowego określonego jako: *identyfikacja zagrożeń wymuszających ewakuację i ocena dotychczasowych rozwiązań, ich przydatności i efektywności w odniesieniu do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu: Jakie są ryzyka towarzyszące ewakuacji i jak ona powinna przebiegać z osobami niepełnosprawnymi?*

Powyższe powiązane z częściowo realizowaną weryfikacją założonej hipotezy głównej, stanowiącej przypuszczenie autora, że *może się objawić ryzyko wymuszonej ewakuacji, a w tym konieczność przemieszczania osób niepełnosprawnych. Stąd należy przyjąć, że złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo*

¹⁰⁴⁹ P. Florek, T. Kołodziejczyk, *Supporting Evacuation of Disabled People – Organizational and Technological Challenges*, „Safety & Fire Technology” Vol. 57, iss. 1 2021, ss. 134-144.

¹⁰⁵⁰ Zobacz: *ustawa o obronie Ojczyzny*.

jest na tyle duża, że zagadnienie to powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w koncepcji wparcia osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. Jednocześnie w całości potwierdzono założenie dla hipotezy szczegółowej H.4., w której autor zawarł, że sposoby organizacji zachowań odnoszących się do ewakuacji i ryzyk jej towarzyszących mają charakter ogólnosystemowy i nie uwzględniają szeregu niepełnosprawności losowych, a w tym osób z dysfunkcją ruchu.

Powyższe pozwoliło jednocześnie na sformułowanie następujących wniosków:

- zapewnienie bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym ruchowo jest obowiązkiem państwa, które w tym celu podejmuje działania zarządcze. Celem tych działań jest wspieranie ich codziennego funkcjonowania, zaspokojenie potrzeb oraz szczególna ochrona w sytuacjach kryzysowych. Polski ustawodawca zatrzymując się na codziennym bycie osób niepełnosprawnych, koncentruje się na ich ochronie ekonomicznej, socjalnej, edukacyjnej, społecznej i kulturowej. Tworzy prawo, które zakazuje dyskryminacji ludzi z niepełnosprawnościami i nakłada obowiązek likwidowania innych barier, które utrudniają im w pełni korzystać ze swoich praw i potencjału. Polski ustawodawca w mniejszym zakresie podjął działania, aby szeroko i szczegółowo uwzględnić ich potrzeby i konieczność ochrony ich bezpieczeństwa w ramach kryzysowego zarządzania bezpieczeństwem. Wyjątkiem od tej zasady jest ewakuacja ludności w obliczu zagrożenia dla ich życia i zdrowia. Nałożono na podmioty odpowiedzialne za przebieg procesu ewakuacyjnego uwzględnienie potrzeb osób niepełnosprawnych, a także – niesienie im pomocy i ratunku w pierwszej kolejności;
- panujący aktualnie stan formalno-prawny wywołany wejściem w życie ustawy *o obronie ojczyzny*, zastępującej ustawę *o powszechnym obowiązku obrony RP*, gdzie w jej treściach nie ujęto żadnych kwestii powiązanych z obroną cywilną, a w tym zagadnień dotyczących ewakuowania należy traktować jako przejściowy, wobec realizowanego aktualnie etapu prac koncepcyjno-ustawodawczych;
- ewakuacja osób niepełnosprawnych stanowi dla nich traumatyczne przeżycie, które może negatywnie wpłynąć na ich stan zdrowotny i wywołać liczniejsze wtórne skutki niż u osoby pełnosprawnej. Poza tym w jej przypadku proces ewakuacyjny stanowi większe wyzwanie architektoniczne, organizacyjne, techniczne, ponieważ większość obiektów użyteczności publicznej nie jest do niego przygotowana. Dzieje się tak, chociaż polski ustawodawca stworzył

ramy instytucjonalno-prawne dla ochrony osób niepełnosprawnych ruchowo w czasie wymuszonej ewakuacji z powodu prognozowanego czy występującego bezpośredniego zagrożenia masowego. Obowiązujące rozwiązania prawne, stosowane praktyki wciąż nie uwzględniają jednak ich specjalnych potrzeb. Nadal panuje klimat przyzwolenia na zaniechania w zakresie zapewnienia systemowej ochrony, dostosowania do możliwości i potrzeb osób cechujących się brakiem mobilności.

Rozdział 6.

KONCEPCJA WSPARCIA OSÓB Z BEZSILNOŚCIĄ RUCHOWĄ

Prognozy demograficzne prowadzą do wniosku, że w kolejnych latach należy spodziewać się wzrostu liczby osób o ograniczonej zdolności poruszania się. W niektórych krajach rozwiniętych osoby o pewnym stopniu stałej niepełnosprawności stanowią blisko 20% społeczeństwa. Według szacunków, 70% społeczeństwa w jakimś momencie życia będzie stale lub tymczasowo niepełnosprawna. To zjawisko stanowi konsekwencję nasilania się zmian demograficznych, społecznych i starzenia się społeczeństwa. Osoby z dysfunkcjami ruchu będą potrzebowały pomocy i wsparcia, aby zaspokajać swoje codzienne potrzeby i móc uczestniczyć w życiu społecznym. Ich obecność w przestrzeni publicznej jest determinowana przez właściwą infrastrukturę. Osoby niepełnosprawne zyskują coraz większy dostęp do obiektów użyteczności publicznej. Jednak te często nie są właściwie przygotowane na zapewnienie im bezpieczeństwa i ochrony w przypadku ogłoszenia wymuszonej ewakuacji.

Proces ewakuacji wymaga właściwego zaplanowania, skoordynowania oraz uwzględnienia specyfiki niepełnosprawności, potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Dzięki temu podejmowane działania ratunkowe nie przyczynią się do naruszenia ich godności osobistej, spokoju i bezpieczeństwa podczas ewakuacji. Staną się bardziej efektywne, co ma szczególne znaczenie w przypadku osób z dysfunkcjami ruchu – przebywającymi w placówkach medycznych, opiekuńczych czy we własnych domach. Aby osiągnąć ten cel, należy dostrzec niedostosowanie obecnych rozwiązań kształtujących proces ewakuacji osób niepełnosprawnych ruchowo oraz braki techniczne, sprzętowe. Nowe rozwiązania mogłyby przyczynić się do optymalizacji procesu ewakuacji oraz znacznego podniesienia poziomu bezpieczeństwa personalnego i zdrowotnego osób z dysfunkcjami ruchu. Stanowią one przejaw społecznej troski i odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwa każdego członka społeczeństwa, w tym także tego, który potrzebuje dodatkowej pomocy, wsparcia i ochrony w czasie masowego zagrożenia.

Celem niniejszego rozdziału była realizacja celu cząstkowego pozwalającego na *określenie sposobów wsparcia osób z bezsilnością ruchową w warunkach wymuszonej ewakuacji* oraz rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego zawartego w pytaniu:

W jakim kierunku powinny ewaluować koncepcje wsparcia osób z bezsilnością ruchową, aby podnieść efektywność działań, w warunkach wymuszonej ewakuacji i stanów odpowiadających poczuciu bezpieczeństwa personalnego?

Powyższe powiązane z częściowo realizowaną weryfikacją założonej hipotezy głównej, stanowiącej przypuszczenie autora, że *złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo jest na tyle duża, że zagadnienie to powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w koncepcji wsparcia osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. W wybranych aspektach ta koncepcja powinna być połączona z naukowo uzasadnionym projektem i wdrożeniem patentowym, co podniesie na zdecydowanie wyższy poziom bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych, efektywność prowadzonych działań ewakuacyjnych oraz neutralizację nieakceptowanych dotąd stanów.*

Jednocześnie w całości znajduje odniesienie dla *hipotezy szczegółowej H.5.*, w której autor zawarł, że *brakuje koncepcji wsparcia osób z bezsilnością ruchową, aby podnieść efektywność działań, w warunkach wymuszonej ewakuacji, i w tym obszarze należy doprowadzić do aktywizacji środowisk badawczo-naukowych z propozycjami patentowymi włącznie.*

W celu rozwiązania w ten sposób postawionego problemu badawczego oraz weryfikacji powyżej przywołanych powyżej hipotez – w niniejszym rozdziale zastosowano następujące metody badawcze: analizę, syntezę, porównanie, abstrahowanie i uogólnienie oraz metodę sondażu diagnostycznego z technikami: ankietową i wywiadu eksperckiego.

6.1. Złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo

Każdy człowiek, bez względu na stan zdrowia i sprawności, powinien mieć możliwość korzystania z budynków na tych samych zasadach. Aby to było możliwe, należy wdrożyć projektowanie dostępne. Polega ono na opracowaniu obiektów uniwersalnych, bez barier, które w równym stopniu odpowiadają potrzebom każdego użytkownika – bez względu na płeć, wiek, stopień i rodzaj niepełnosprawności, indywidualne preferencje, możliwości czy umiejętności. W Polsce nadal zdecydowana większość budynków nie ma cech projektowania dostępnego, co utrudnia użytkowanie i opuszczanie ich w czasie ewakuacji wymuszonej.

Osoby z niepełnosprawnościami wymagają szczególnego uwzględnienia w przypadku planowania ewakuacji z obiektów użyteczności publicznej. Wielu spośród nich nie będzie w stanie samodzielnie ewakuować się ze strefy zagrożenia.

Według kontroli Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Poznaniu z 2019 roku, zachodzi konieczność dostosowania regulacji prawnych w tym zakresie. W praktyce ograniczają się one do obowiązku opracowania instrukcji bezpieczeństwa pożarowego, planów ewakuacji, przeszkolenia personelu oraz wyposażenia obiektów w adekwatny sprzęt wspomagający ewakuację osób z niepełnosprawnością. Ważnym czynnikiem skutecznej ewakuacji w danym obiekcie, oprócz aspektów prawnych i technologicznych, są przyjęte rozwiązania organizacyjne, które uwzględniają indywidualną specyfikę i funkcje danego budynku¹⁰⁵¹.

W wielu krajach, również w Polsce, pracodawców, właścicieli i zarządców budynków obowiązuje prawny wymóg, zgodnie z którym, w przypadku wystąpienia zagrożenia należy zapewnić bezpieczną ewakuację z budynku. W polskim prawie ten obowiązek wynika m.in. z norm *prawa budowlanego*¹⁰⁵², obecnych w ustawie *o ochronie przeciwpożarowej*¹⁰⁵³, ustawie *o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami*¹⁰⁵⁴, jak również w aktach wykonawczych, czyli rozporządzeniach wydanych przez różnych ministrów¹⁰⁵⁵.

Prawo budowlane określa wymagania dotyczące projektowania oraz budowy obiektów. Mają one zapewniać odpowiednie warunki dla osób niepełnosprawnych i starszych.

Zgodnie z ustawą *o ochronie przeciwpożarowej*, obowiązkiem właściciela budynku, obiektu budowlanego lub terenu jest zapewnienie osobom obecnym na terenie jego

¹⁰⁵¹ <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/094/LPO/> [dostęp 10 czerwca 2023].

¹⁰⁵² Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane* (Dz. U. 1994 nr 89 poz. 414 z późn. zm.).

¹⁰⁵³ Ustawa z dnia 24 sierpnia 1990 r. *o ochronie przeciwpożarowej* (Dz. U. 1991 nr 81 poz. 351 z późn. zm.).

¹⁰⁵⁴ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. *o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami* (Dz. U. 2019 poz. 1696).

¹⁰⁵⁵ Zob. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów* (Dz. U. 2010 nr 109 poz. 719) oraz *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 17 września 2021 r. w sprawie uzgadniania projektu zagospodarowania działki lub terenu, projektu architektoniczno-budowlanego, projektu technicznego oraz projektu urządzenia przeciwpożarowego pod względem zgodności z wymaganiami ochrony przeciwpożarowej* (Dz.U. 2021 poz. 1722); *Rozporządzenie Ministra Rozwoju z dnia 11 września 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu i formy projektu budowlanego* (Dz. U. 2020 poz. 1609); *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (Dz. U. 2002 nr 75 poz. 690).

nieruchomości bezpieczeństwo i możliwość ewakuacji¹⁰⁵⁶, czyli zorganizowanego usunięcia ludzi ze strefy zagrożonej. W przypadku wystąpienia niebezpieczeństwa wszyscy przebywający wewnątrz budynku powinni mieć możliwość bezpiecznej ewakuacji. Wymagania zawarte w polskich przepisach, które dotyczące ewakuacji nie zawsze są precyzyjne, kiedy chodzi o szczegółowe rozwiązania dla osób z niepełnosprawnościami. Potrzebują one więcej czasu na opuszczenie budynku i dotarcie do bezpiecznego miejsca. Te osoby bardzo często nie mogą tego zrobić bez odpowiedniego wsparcia.

Podstawowe wymagania określające warunki ewakuacji sformułowano w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie oraz rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów. Zgodnie z nimi, należy w taki sposób zaprojektować i wykonać budynek, aby zapewnić każdemu możliwość ewakuacji.

Wskazane rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji stanowi o zapewnieniu odpowiednich warunków ewakuacji. Według § 15 ust. 1 tego aktu prawnego, należy zapewnić odpowiednie warunki ewakuacji z każdego miejsca w obiekcie, który jest przeznaczony do przebywania ludzi. Dzięki takim warunkom ma być możliwe szybkie i bezpieczne opuszczanie strefy zagrożonej lub objętej pożarem. Wdrożone rozwiązania muszą być dostosowane do liczby i stanu sprawności osób, które przebywają w obiekcie, oraz do jego funkcji, konstrukcji i wymiarów. Zgodnie ze wspomnianą normą prawną, należy uwzględnić zastosowanie technicznych środków zabezpieczenia przeciwpożarowego¹⁰⁵⁷.

Polski ustawodawca chce, aby użytkownicy mogli opuścić zagrożone strefy i przemieścić się do bezpiecznego miejsca, kiedy będą poruszać się drogami komunikacji ogólnej, zwanymi drogami ewakuacyjnymi. Te kwestie zostały określone w rozdziale 4 wspomnianego już rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 2002 roku w sprawie warunków technicznych budynków oraz ich usytuowania. Według § 236.1 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 2002 roku, należy zastosować rozwiązania, które umożliwią bezpośrednio lub drogami ewakuacyjnymi opuszczenie przez ludzi

¹⁰⁵⁶ Art. 4. ustawy o ochronie przeciwpożarowej.

¹⁰⁵⁷ Art. 15. rozporządzenia ministra spraw wewnętrznych i administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz. U. Nr 109 poz. 719).

pomieszczeń przeznaczonych na pobyt i udanie się w bezpieczne miejsce na zewnątrz budynku lub do sąsiedniej strefy pożarowej. W tym celu mogą poruszać się drogami komunikacji ogólnej, tzw. drogami ewakuacyjnymi. Za bezpieczne miejsca uznano inną strefę pożarową lub wyznaczony punkt zbiórki do ewakuacji na zewnątrz obiektu. Oba omówione akty wykonawcze w różny sposób i w różnym zakresie regulują rozwiązania dotyczące ewakuacji z budynków, co przedstawiono w tabeli (6.1.).

Tabela 6.1. Porównanie wymagań zawartych w rozporządzeniach dla budynków w zakresie ewakuacji

Wyszczególnienie		Akty wykonawcze*	
		1	2
Przedmiot regulacji	Określenie architektonicznych wymagań dla budynku	X	
	Faza użytkowania budynku i określenie wymagań dotyczących czynności zabronionych i obowiązków w zakresie PPOŻ		X
Elementy uwzględnione w rozporządzeniu	Czynności zabronione (mogące utrudnić ewakuację)		X
	Obowiązki w zakresie ochrony przeciwpożarowej		X
	Drogi ewakuacyjne, w tym:	X	X
	Szerokość, wysokość i długość dróg ewakuacyjnych	X	
	Oznakowanie dróg ewakuacyjnych		X
	Oznakowanie urządzeń przeciwpożarowych i sprzętu ewakuacyjnego		X
	Drzwi znajdujących się na drogach ewakuacyjnych i sposób ich otwierania	X	
	Sposób zabezpieczenia przed dymem na drogach (podział na odcinki, oddymianie lub zabezpieczenie przed zadymieniem)	X	
	Procedury ewakuacyjne (w tym praktyczne sprawdzenie organizacji i warunków ewakuacji z całego obiektu) oraz sporządzanie instrukcji bezpieczeństwa pożarowego		X

Legenda* 1- Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie; 2 - Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów.

Źródło: opracowanie własne.

W rozwiązaniach architektonicznych niezbędne jest zapewnienie dróg ewakuacyjnych, które umożliwiają każdej osobie (również z ograniczeniami mobilności i percepcji) samodzielną ewakuację z budynku. Kiedy nie jest to technicznie możliwe, należy zagwarantować jej możliwość schronienia się w specjalnych pomieszczeniach lub

w miejscach oczekiwania na ewakuację, czyli – na czas potrzebny do przybycia ekip ratowniczych. Powinny one być zlokalizowane w obrębie ewakuacyjnych klatek schodowych (lub ich najbliższym sąsiedztwie).

W ewakuacji ludności z budynku kluczową rolę pełnią drogi ewakuacyjne. Za pomocą tego pojęcia opisuje się drogę do bezpiecznego miejsca. Jest to zatem wytyczona, najkrótsza i najbardziej bezpieczna trasa, który łączy dowolne miejsce w danym obiekcie, w którym może przebywać człowiek, z miejscem, w jakim będzie on bezpieczny. Zgodnie z warunkami technicznymi, takie miejsce to inna strefa pożarowa lub wyjście z budynku.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami ochrony przeciwpożarowej, należy dodatkowo wskazać miejsce zbiórki na ewakuację. Nie określono w nich lokalizacji takiego punktu. Pożar jest jedną z sytuacji zagrożenia, kiedy należy opuścić budynek. Ewakuacja jest przeprowadzana także na przykład w wyniku trzęsienia ziemi, awarii sieci gazowej, katastrofy budowlanej czy zagrożenia terrorystycznego. W przypadku każdego zagrożenia kluczową rolę pełnią odpowiednie warunki ewakuacji, które obejmują między innymi zapewnienie dostatecznej liczby, wysokości i szerokości wyjść ewakuacyjnych oraz drożności dróg ewakuacyjnych.

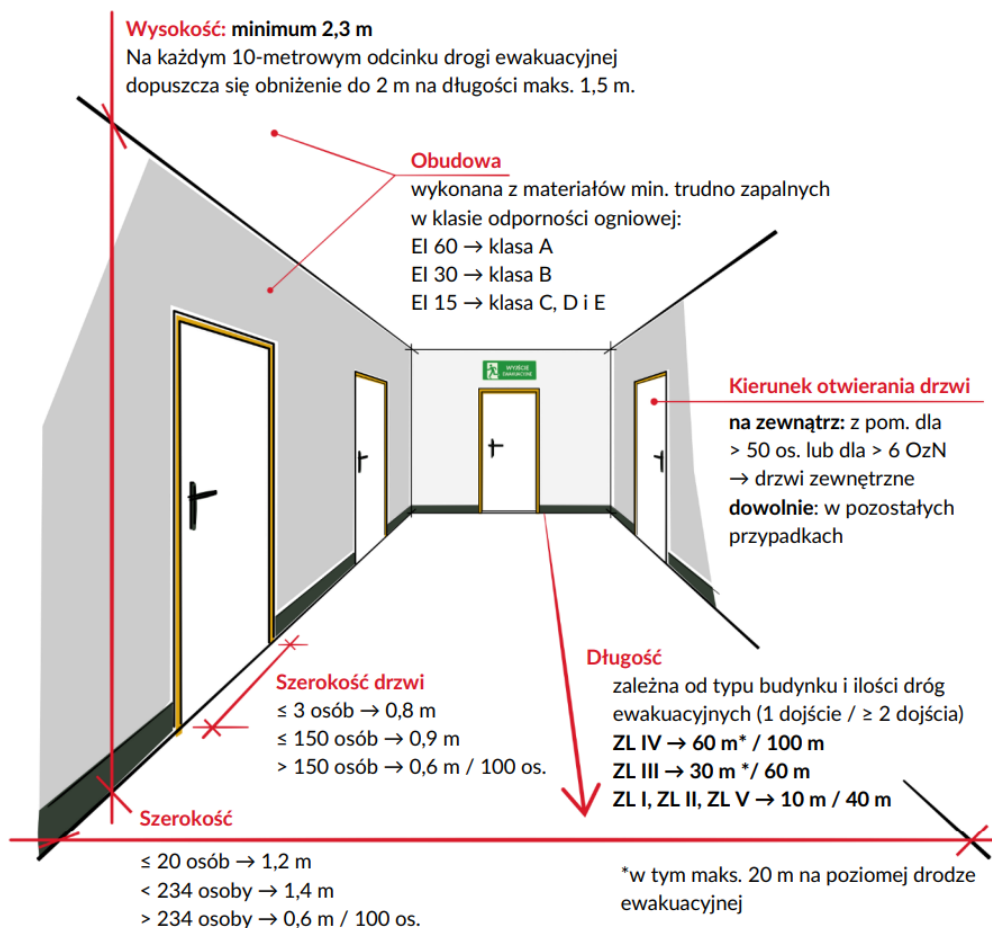
Według aktów wykonawczych, użytkowany budynek stanowi zagrożenie dla życia ludzi, jeżeli występujące warunki techniczne nie zapewniają możliwości ewakuacji. Ten zapis nie jest precyzyjny. Oszacowanie zagrożenia zależy od doświadczenia i indywidualnej oceny (formułowanej przez strażaka – urzędnika państwowego, właściciela lub użytkownika obiektu), zatem problemem staje się szerokie pole interpretacyjne¹⁰⁵⁸. Poza tym w ocenie zagrożenia dla ludzi, jakie generuje budynek, uwzględnia się także okres jego wybudowania. Konieczne jest zapewnienie wolnych od przeszkód dróg ewakuacyjnych (możliwie szerokich, pozbawionych elementów utrudniających poruszanie się: koszy na śmieci, szafek itp.). Droga ewakuacyjna ma przebiegać od wyjścia z pomieszczenia do miejsca zbiórki wyznaczonego do ewakuacji, które nie jest tożsame z drzwiami wyjściowymi z budynku. Wymagane przepisami parametry (szerokość, długość, wysokość itp.) dróg ewakuacyjnych przedstawiono na poniższym rysunku 6.1.¹⁰⁵⁹.

¹⁰⁵⁸ P. Wolny, dz. cyt., s. 18.

¹⁰⁵⁹ M. Hyjek, M. Augustyniak, P. Tota-Stawarczyk, *Dostępność. Bezpieczna ewakuacja. Poradnik*, Fundacja „Polska bez barier”, Warszawa 2022, chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/[w:] https://polskabezbarier.org/documents/Dostepnosc_bezpieczna_ewakuacja.pdf [dostęp:1.05.2022], s. 22.

Przygotowanie odpowiednich planów ewakuacji jest niezbędne dla zapewnienia skutecznego przebiegu ewakuacji i sprawnej koordynacji. Takie plany mają precyzować koncepcję prowadzenia ewakuacji determinowanej przez istniejące uwarunkowania i określać zasoby niezbędne do realizacji tego zadania. Warunkiem skuteczności planu jest jego aktualność, sprawdzana za pomocą regularnych inwentaryzacji zasobów i weryfikacji przyjętych rozwiązań.

Rysunek 6.1. Wymagania dla dróg ewakuacyjnych budynków użyteczności publicznej i mieszkalnych



Źródło: M. Hyjek, M. Augustyniak, P. Tota-Stawarczyk, *Dostępność. Bezpieczna ewakuacja. Poradnik*, Fundacja „Polska bez barier”, Warszawa 2022, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/[w:] https://polskabezbarier.org/documents/Dostepnosc_bezpieczna_ewakuacja.pdf [dostęp: 1.05.2022], s. 17.

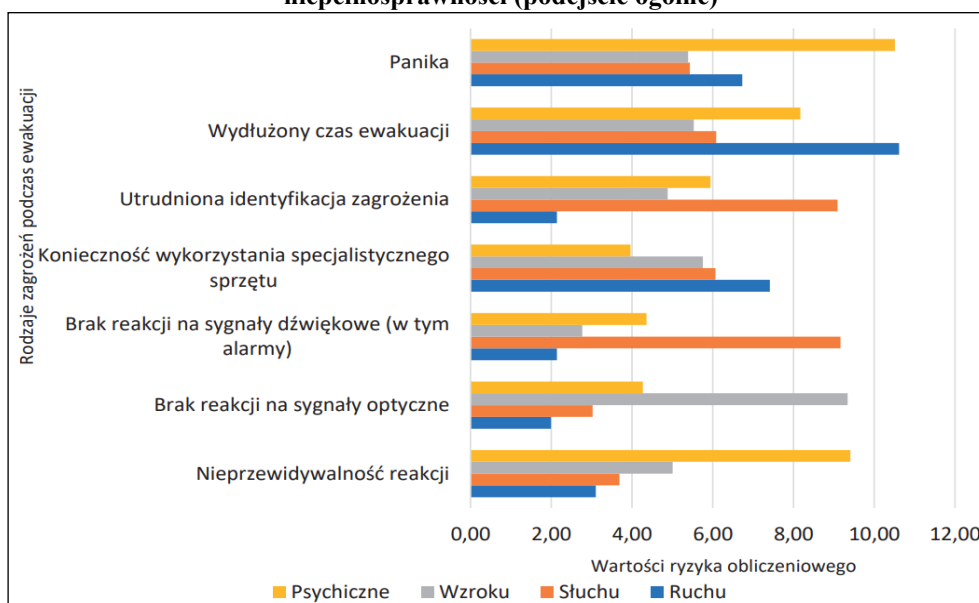
W 2022 roku w Polsce odnotowano niemal 136 tysięcy pożarów. W obiektach użyteczności publicznej było ich 2340. W pożarach zginęło 508 osób, a 3237 odniosło obrażenia ciała. Ogólnie w 2022 roku ewakuowano ze strefy zagrożenia ponad 9300 osób¹⁰⁶⁰.

¹⁰⁶⁰ Dane statystyczne KG PSP [źródło: KG PSP, data dostępu: 10.02.2023]

Na liczbę ofiar i rannych ogromny wpływ ma sprawność podejmowanych akcji ewakuacyjnych. Dla niektórych jest niemożliwe samodzielne opuszczenie budynku w sytuacji zagrożenia. Osoby z niepełnosprawnościami potrzebują pomocy i możliwości komunikacji ze służbami ratunkowymi. Ciągłe zwiększa się świadomość społeczeństwa o dostępności wewnątrz i dopasowania infrastruktury do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Mimo to rozwiązania służące ich bezpiecznej ewakuacji nadal są często pomijane, mimo że sprawność akcji ewakuacyjnej determinuje przeżywalność i zachowanie zdrowia ludzi.

Ewakuacja powinna przebiegać możliwie najszybciej¹⁰⁶¹. Czas stanowi najważniejszy wskaźnik skuteczności działań ochronnych¹⁰⁶². Im krótszy jest czas opuszczenia strefy ewakuacji, tym mniejsze okazuje się ryzyko związane z oddziaływaniem zagrożenia, które ją wywołało, oraz wystąpienia zagrożeń wywoływanych (zagrożenia wtórne np. urazy, podniesiony poziom stresu, konieczność wykonania ponadprzeciętnego wysiłku fizycznego dla organizmu, rozdzielanie członków rodziny i/lub współpracowników itp.) przez wymuszoną ewakuację (patrz: wykres 6.1).

Wykres 6.1. Wyniki badań ryzyka obliczeniowego dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności (podejście ogólne)



Źródło: E. Kielch, *Wpływ rodzaju niepełnosprawności na ryzyko ewakuacji w obliczu pożarów i innych miejscowych zagrożeń*, [w:] „Zeszyty Naukowe SGSP” Nr 76(4) 2020, s. 167.

¹⁰⁶¹ E. Kielch, *Wpływ rodzaju niepełnosprawności na ryzyko ewakuacji w obliczu pożarów i innych miejscowych zagrożeń*, „Zeszyty Naukowe SGSP” Nr 76(4) 2020, s. 167.

¹⁰⁶² M. Haghani, M. Sarvi, Z. Shahhoseini, *Evacuation behaviour of crowds under high and low levels of urgency: Experiments of reaction time, exit choice and exit-choice adaptation*, “Safety Science” Nr 126 2020, s. 104679.

Osoby z niepełnosprawnościami potrzebują więcej czasu niż osoby w pełni sprawne na przemieszczenie się do miejsca bardziej bezpiecznego. Podczas ewakuacji z budynku osoby z niepełnosprawnością wymagają odpowiedniego podejścia i wsparcia służb ratowniczych, uwzględnianego ich ograniczenia w mobilności i percepcji. Każdy rodzaj niepełnosprawności wymaga różnych rozwiązań, gwarantujących im bezpieczną ewakuację z budynku w czasie zagrożeń pożarowych czy innych zdarzeń losowych. Powiązано poziom ryzyka z relacją zachodzącą między specyfiką rodzaju niepełnosprawności i specyfiką zagrożenia ewakuacji. Im większa wzajemna korelacja, tym mocniejszy okazuje się wpływ na poziom ryzyka. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową bardzo mocno uwidacznia się wydłużony czas ewakuacji i konieczność wykorzystania specjalistycznego sprzętu.

Istotnym aspektem dotyczącym poruszanych zagadnień jest ewakuacja ludzi ze szpitali i innych obiektów służby zdrowia. Zgodnie z warunkami technicznymi¹⁰⁶³, szpitale należą do najbardziej wymagającej kategorii zagrożenia życia ludzi *ZL II*. Jedno z najistotniejszych wymagań stawianych tym obiektom stanowi, że długość dojścia ewakuacyjnego przy jednym kierunku ewakuacji nie może przekroczyć 10 metrów. W przypadku obiektów już istniejących dwukrotne przekroczenie tej długości może być podstawą kwalifikacji obiektu jako zagrażającego życiu. Klatki schodowe muszą być oddzielone od innych pomieszczeń, zamknięte drzwiami i oddymiane lub zabezpieczone przed zadymieniem. Takie wymagania mają gwarantować szybkie opuszczenie niebezpiecznej strefy w przypadku pożaru i zapewnienie bezpiecznych warunków na drogach ewakuacyjnych w czasie wymaganym do ewakuacji.

Na kartach historii zapisano wiele tragicznych pożarów w szpitalach i budynkach służby zdrowia. W największym i jednocześnie najbardziej tragicznym udokumentowanym pożarze szpitala w historii ludzkości zginęło 225 osób, a ponad 300 zostało rannych. Miał on miejsce w 1960 roku w Guatemala City¹⁰⁶⁴.

W Polsce do najcięższego w skutkach zdarzenia tego typ pożaru doszło w 1980 roku. W nocy z 31 października na 1 listopada 1980 roku w poklasztornym budynku szpitala psychiatrycznego w Górnej Grupie (województwo kujawsko-pomorskie) wybuchł pożar. Przebywało z nim ponad 300 pacjentów, większość z nich była w ciężkim stanie. Źródłem ognia stał się nieszczelny przewód kominowy. 26 osób zostało ciężko

¹⁰⁶³ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (tekst. jedn. Dz. U. 2015, poz. 1422).

¹⁰⁶⁴ Szerzej: <https://docplayer.pl/28526678-Praktyczne-aspekty-ewakuacji-ludzi-ze-szpitali-3.html> [dostęp: 22.02.2023].

poparzonych, a 55 pacjentów zmarło. Specyfika miejsca spowodowała, że akcja gaśnicza i ratownicza była utrudniona. W budynku stwierdzono poważne zaniedbania w zakresie ochrony przeciwpożarowej¹⁰⁶⁵.

Seria tragicznych pożarów skłoniła do refleksji o sposobie zapewnienia ludziom bezpiecznej ewakuacji ze szpitali, w których przebywają w głównej mierze osoby z ograniczeniami ruchowymi. Zwrócono więc szczególną uwagę na potrzebę zapewnienia bezpieczeństwa w nich przez potrzebny (wymagany), wydłużony czas. Określono odpowiednie środki gwarantujące bezpieczną ewakuację wszystkich osób przebywających w budynku. Analizie poddano obowiązujące dotychczas procedury i przyjęte scenariusze pożarowe. Za ewakuację szpitala odpowiada zarządca – dyrektor, w przypadku oddziałów – ordynator bądź osoba przez niego wyznaczona. Personel medyczny (ordynator oddziału) określa: kolejność ewakuowania pacjentów, sposób ich ewakuacji, zakres ewakuacji – z jakim sprzętem medycznym, potrzebę ewakuacji mienia.

W wywiadzie eksperckim przeprowadzonym na potrzeby niniejszej dysertacji specjalista fizjoterapii i biegły sądowy z dziedziny rehabilitacji podkreśla konieczność zwrócenia uwagi na drastyczne pożary w szpitalach. Zaznacza, że priorytetowe dla ochrony przeciwpożarowej i bezpieczeństwa chorych jest opracowanie konkretnych procedur ewakuacyjnych oraz urządzeń. Wskazuje na łóżka do ewakuacji, które w pełni będą funkcjonować jako łóżka medyczne, ale też jednocześnie ewakuacyjne. Według eksperta, należy uwzględnić również dostosowanie takich łóżek do osób z dużą nadwagą. Wówczas zdecydowanie wpłyną one na przyspieszenie procesu ewakuacji¹⁰⁶⁶.

W Polsce, zgodnie z danymi przekazanymi przez Komendę Główną PSP za lata 2012-2022, doszło do 2479 pożarów w obiektach służby zdrowia. Najmniej takich zdarzeń odnotowano w 2012 roku, a najwięcej – w 2022 roku. W tym okresie rocznie dochodziło do ponad 200 takich zdarzeń (patrz: tabela 6.2.).

Pobieżnie jest traktowane zagadnienie ewakuacji osób z niepełnosprawnościami o ograniczonej zdolności poruszania się, które nie są formalnie zakwalifikowane jako osoby z dysfunkcją narządów ruchu (np. osoby otyłe lub w podeszłym wieku), czy z tymczasową ograniczoną zdolnością poruszania się (pacjenci oddziałów pooperacyjnych, OIOM lub ze złamaniami, urazami kończyn dolnych). Nominalnie wyodrębniono takie budynki, przypisując je do odrębnej kategorii zagrożenia życia ludzi

¹⁰⁶⁵ Szerzej: <https://tvn24.pl/magazyn-tvn24/jakiez-to-mistyczne-splonac-w-dzien-wszystkich-swietych,242,4181> [dostęp: 22.02.2023].

¹⁰⁶⁶ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 5.

ZL II. Niewielką ich część dostosowano pod względem infrastrukturalnym i organizacyjnym, aby możliwe było w nich przeprowadzenie sprawnego i bezpiecznego opuszczenia obiektu.

Tabela 6.2. Liczba pożarów w obiektach służby zdrowia za lata 2012-2022

Teren*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Razem
1.	19	21	15	20	21	22	20	19	18	17	16	208
2.	7	7	10	11	11	9	9	17	8	11	15	115
3.	11	8	11	14	15	9	12	10	12	8	19	129
4.	9	3	8	2	5	9	10	7	5	8	10	76
5.	4	11	15	9	24	22	19	15	17	22	28	186
6.	12	15	21	17	17	17	30	28	21	31	24	233
7.	22	29	50	43	55	37	35	39	37	47	59	453
8.	7	2	4	2	5	3	5	3	5	7	8	51
9.	5	5	6	6	9	8	7	9	10	16	11	92
10.	2	1	9	4	5	1	8	7	7	10	9	63
11.	10	17	12	12	11	15	16	15	13	13	16	150
12.	19	13	25	26	21	29	29	29	31	32	34	288
13.	2	0	7	9	4	5	5	3	6	11	6	58
14.	5	12	7	7	7	10	6	10	11	10	10	95
15.	9	14	15	18	13	13	15	25	15	14	18	169
16.	10	9	12	11	9	8	12	9	6	14	13	113
Suma	153	167	227	211	232	217	238	245	222	271	296	2479

Legenda: teren* - województwo: 1 – dolnośląskie, 2 – kujawsko-pomorskie, 3 – lubelskie, 4 – lubuskie, 5 – łódzkie, 6 – małopolskie, 7 – mazowieckie, 8 – opolskie, 9 – podkarpackie, 10 – podlaskie, 11 – pomorskie, 12 – śląskie, 13 – świętokrzyskie, 14 – warmińsko-mazurskie, 15 – wielkopolskie, 16 – zachodniopomorskie.

Źródło: dane Komendy Głównej PSP.

W ostatniej dekadzie w Polsce wzrosła liczba ewakuowanych osób w trakcie pożarów z obiektów służby zdrowia. W latach 2012-2022 objęła ona 1638 osób (patrz: tabela 6.3.). Najmniej z nich przemieszczono w 2018 roku (75 osób), a najwięcej latach 2014 (228 osób) i 2022 roku (228 osób).

W kontekście rozpatrywania warunków ewakuacji ludzi ze szpitala należy uwzględnić jego uczestników. Głównie są to trzy powiązane z sobą grupy osób (patrz: rysunek 6.2.).

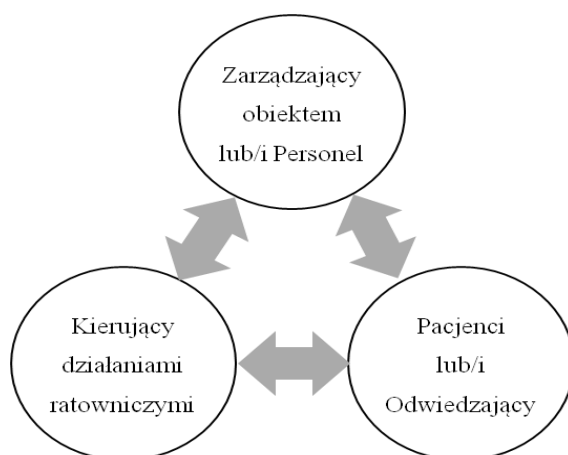
Tabela 6.3. Liczba ewakuowanych osób w trakcie pożarów w obiektach służby zdrowia za lata 2012-2022

Teren*	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Razem
1.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2.	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
3.	0	15	0	0	51	0	0	114	0	0	0	180
4.	0	0	0	0	10	0	0	0	70	16	0	96
5.	0	0	0	0	0	0	70	2	0	0	5	77
6.	36	0	10	108	113	20	0	20	0	0	59	366
7.	43	58	151	31	14	0	0	0	12	74	26	409
8.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
9.	0	0	0	20	0	0	3	0	0	2	0	25
10.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11.	51	46	0	23	0	0	0	1	25	3	0	149
12.	0	0	30	0	0	6	0	0	1	0	137	174
13.	0	0	35	0	0	0	0	0	1	1	0	37
14.	0	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0	5
15.	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6
16.	21	0	2	32	0	49	0	3	2	0	1	110
Suma	156	121	228	214	188	77	75	142	113	96	228	1638

Legenda: teren* - województwo: 1 – dolnośląskie, 2 – kujawsko-pomorskie, 3 – lubelskie, 4 – lubuskie, 5 – łódzkie, 6 – małopolskie, 7 – mazowieckie, 8 – opolskie, 9 – podkarpackie, 10 – podlaskie, 11 – pomorskie, 12 – śląskie, 13 – świętokrzyskie, 14 – warmińsko-mazurskie, 15 – wielkopolskie, 16 – zachodniopomorskie.

Źródło: dane Komendy Głównej PSP.

Rysunek 6.2. Grupy osób biorące udział w procesie ewakuacji szpitalnej



Źródło: opracowanie własne.

Każdy przedstawiciel powyższej grupy spełnia inną rolę podczas ewakuacji. Zarządzający obiektem i personel medyczny mają za zadanie przygotować i wdrożyć procedury niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia ewakuacji. Ponadto właśnie oni są odpowiedzialni za rozpoczęcie procesu ewakuacji. W systemie bezpieczeństwa bardzo ważne jest uwzględnienie rotacji personelu. Niskie poczucie przynależności do danej grupy pracowników może mieć ujemny wpływ na poczucie odpowiedzialności za wykonywaną pracę. Niestety w wielu przypadkach specjaliści pełniący dyżury w szpitalach nie są zainteresowani poznaniem wprowadzonych w obiekcie procedur bezpieczeństwa ze względu na błędne przekonanie, że przecież na ich zmianie nigdy jeszcze nie było potrzeby ewakuacji. W rzeczywistości jednak nie oznacza to, że zagrożenie nigdy nie wystąpi. Takie lekceważące zachowanie przyczynia się do występowania chaosu w przypadku konieczności przeprowadzenia ewakuacji. Pacjenci, pensjonariusze i odwiedzający powinni wykonywać wszystkie polecenia personelu medycznego. Wskazane jest, aby w sposób bezpieczny i zdyscyplinowany ewakuowali się oni do wskazanego miejsca. Natomiast kierujący działaniami ratowniczymi strażacy, po przybyciu na miejsce zdarzenia, z reguły przejmują dowodzenie akcją ratowniczą i podejmują działania ratownicze¹⁰⁶⁷.

Należy jednak pamiętać, że najważniejszym elementem w systemie bezpieczeństwa jest człowiek. Wszystkie działania związane z integracją systemów bezpieczeństwa mają na celu zagwarantowanie człowiekowi ewakuacji w bezpiecznych warunkach.

Planując lub przeprowadzając ewakuację, należy wziąć pod uwagę następujące zmienne wpływające na jej przebieg: dużą różnorodność charakterystyki układu przestrzennego oddziałów szpitalnych, dużą zmienność charakterystyki pacjentów i pensjonariuszy, odwiedzających oraz personelu medycznego, różny sprzęt do stosowania środków przymusu bezpośredniego, liczbę personelu w stosunku do liczby pacjentów, różne możliwe sposoby alarmowania. Powyższe zmienne mają wpływ na wymagany czas bezpiecznej ewakuacji, parametr, który należy określić, aby właściwie opracować system bezpieczeństwa. Zależy on głównie od czasu detekcji pożaru, a także czasu alarmowania o zaistniałym niebezpieczeństwie. Na jego wpływ ma również zakres

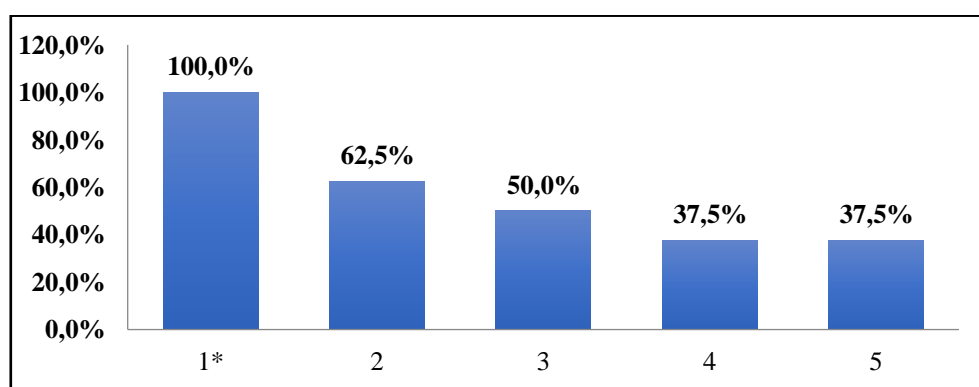
¹⁰⁶⁷ I. Orłowska, M. Cisek, *Praktyczne aspekty ewakuacji ludzi ze szpitali*, „Bezpieczeństwo i Technologia Pożarowa” Vol. 41, Nr 1 2016, s. 102.

parametrów określających zachowania i poruszanie się użytkowników w czasie ewakuacji, dla różnych płci, stanu zdrowia oraz wieku użytkowników¹⁰⁶⁸.

Infrastruktura, organizacja procesu ewakuacji, metody alarmowania oraz zapewnienie niezbędnych narzędzi czy zasobów wymagają analizy pod kątem możliwości szybkiego opuszczenia budynku przez osoby o ograniczonych zdolnościach samodzielnego przemieszczania się. Nadal występuje wiele zaniedbań.

Kontrola tematyczna Najwyższej Izby Kontroli z 2018 roku wykazała krytyczne obszary związane z ewakuacją (patrz: wykres 6.2.).

Wykres 6.2. Wyniki kontroli NIK w zakresie przygotowania obiektu na ewakuację osób z niepełnosprawnością



Legenda: 1* - brak specjalistycznego wyposażenia do ewakuacji osób z niepełnosprawnością, 2 – brak procedur ewakuacji osób z niepełnosprawnością, 3 – brak praktycznego sprawdzenia warunków i organizacji ewakuacji osób z niepełnosprawnością, 4 – brak wiedzy o stanie sprawności użytkowników obiektu, 5 – brak szkoleń dotyczących ewakuacji osób z niepełnosprawnością.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Dostępność przestrzeni publicznej dla osób starszych i niepełnosprawnych. Informacja o wynikach kontroli*, chrome-extension://efaidnbmnnn1bpcajpcgclefindmkaj/ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18229,vp,20827.pdf> [dostęp: 1.05.2022].

Poddano jej osiem obiektów o kategorii zagrożenia ludzi ZL II (z czego trzy będące placówkami przeznaczonymi na stały pobyt dzieci z różnego rodzaju niepełnosprawnościami). W każdym podmiocie kontrola wykazała nieprawidłowości funkcjonowania systemów o różnym stopniu istotności. Brakuje precyzyjnych przepisów regulujących sposób, w jaki należy przygotować ewakuację osób z niepełnosprawnościami, co, w opinii NIK, stanowi główną przyczynę niedostosowania zasad postępowania i sposobów ewakuacji takich osób w procedurach postępowania na wypadek zagrożenia. Procedury ewakuacji dostosowane do zróżnicowanych potrzeb osób z niepełnosprawnościami zostały opracowane w trzech z ośmiu skontrolowanych

¹⁰⁶⁸ I. Cłapa, R. Porowski, M. Dziubiński, *Wybrane modele obliczeniowe czasów ewakuacji*, „Bezpieczeństwo i Techniki Pożarnictwa” Vol. 24, Nr 4 2011, [w:] <http://czytelnia.cnbop.pl/czytelnia/26/281> [dostęp: 20.10.2014].

obiektów. Zarządzający dwoma obiektami określili sposoby postępowania w sytuacji zagrożenia, uwzględniając tylko niektóre rodzaje niepełnosprawności. W pięciu obiektach ujęto, adekwatne do potrzeb znajdujących się w budynkach osób, metody alarmowania i powiadamiania o zagrożeniu, opracowano techniki bezpiecznej ewakuacji oraz wyznaczono osoby odpowiedzialne za te czynności¹⁰⁶⁹.

Raport NIK wskazał pięć krytycznych obszarów związanych z bezpieczną ewakuacją osób z niepełnosprawnościami. Żadna ze skontrolowanych jednostek nie była wyposażona w specjalistyczny sprzęt przeznaczony do ewakuacji osób z niepełnosprawnością, a zainstalowane w obiektach systemy nie były dostosowane do potrzeb osób z poszczególnymi rodzajami dysfunkcji. W części skontrolowanych jednostek zakładano, że w trakcie ewakuacji personel będzie korzystał z wyposażenia obiektu ułatwiającego na co dzień poruszanie się osób o ograniczonej sprawności (np. wózki)¹⁰⁷⁰.

Kontrola z zakresu ochrony przeciwpożarowej obejmowała wyłącznie budynki z kategorii zagrożenia ludzi ZL II, które z definicji są przeznaczone przede wszystkim do użytkowania przez ludzi o ograniczonej zdolności poruszania się. Problematyka ta dotyczy wszystkich kategorii ZL.

Podsumowując, na możliwość ewakuacji wpływają nie rodzaje niepełnosprawności, ale ludzka różnorodność. Rozwiązania pozwalające na bezpieczną ewakuację osób z niepełnosprawnościami powinny być odpowiednie do typu użytkowników, którzy mogą przebywać w budynku.

Należy podkreślać, że z rozwiązań dla osób z niepełnosprawnościami mogą skorzystać wszyscy, a niezależnie od dobranych indywidualnie środków zalecane jest, co najmniej:

- w zakresie rozwiązań architektonicznych: zapewnienie dróg ewakuacyjnych umożliwiających wydostanie się z budynku, umieszczenie odpowiednio dobranego oznakowania i oświetlenia ewakuacyjnego, wyznaczenie punktu zbiórki dla osób potrzebujących asysty/pomocy;
- w zakresie rozwiązań sprzętowych: zapewnienie graficznego planu ewakuacji i minimalnej ilości sprzętu do ewakuacji;

¹⁰⁶⁹ *Dostępność przestrzeni publicznej dla osób starszych i niepełnosprawnych. Informacja o wynikach kontroli*, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.nik.gov.pl/plik/id,18229,vp,20827.pdf [dostęp: 1.05.2022].

¹⁰⁷⁰ Tamże.

- w zakresie rozwiązań organizacyjnych: zapewnienie przeszkolenia z zakresu ewakuacji (w szczególności odczytywania sygnałów alarmowych i sposobów wydostania się z obiektu).

6.2. Stan badań i rozpoznane metody ewakuacyjnego wsparcia osób niepełnosprawnych

Dane WHO informują, że na świecie żyje około miliarda osób z jakąś niepełnosprawnością¹⁰⁷¹. W Polsce, zgodnie z informacjami zawartymi we wspomnianym już rządowym programie *Dostępność Plus* na lata 2018–2025, 30% społeczeństwa może mieć trwałe lub czasowe ograniczenia w mobilności czy percepcji¹⁰⁷². W zależności od przyjętej definicji niepełnosprawności ta grupa może liczyć w Polsce od 4,9 mln do nawet 7,7 mln osób, choć brakuje dokładnej statystyki¹⁰⁷³.

Trudno określić precyzyjnie, jaki procent stanowią osoby z niepełnosprawnością ruchową. Szacunkowo zakłada się, że jest to około 10% ogólnej liczby. Z każdym rokiem wzrasta w Polsce również liczba osób z nadwagą. Otyłość staje się coraz większym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej i społecznej. Zgodnie z danymi WHO, w 2016 r. na całym świecie 39% populacji dorosłej miało nadwagę, 13% było otyłych. Problem ten dotyczy również dzieci: aż 18% z nich w wieku od 5 do 19 lat miało nadwagę, a otyłość dotknęła 7%¹⁰⁷⁴.

Według *NCD Risk Factor Collaboration* (ang. NCD-RisC)¹⁰⁷⁵, trzech na pięciu dorosłych Polaków ma nadwagę, a jeden na czterech jest otyły. Skala tego zjawiska systematycznie rośnie. Według szacunków, w 2025 roku otyłych będzie 26% dorosłych kobiet i 30% dorosłych mężczyzn. Często osoby z niepełnosprawnością ruchową są jednocześnie otyłe, co utrudnia ich ewakuację.

W Polsce przepisy nie regulują precyzyjnie sposobu ewakuacji osób niepełnosprawnych, co potwierdzają wyniki przywoływanej już wcześniej kontroli Delegatury NIK w Poznaniu. Zważając na szczególne potrzeby osób niepełnosprawnych oraz niską świadomość społeczeństwa na temat skutecznej ewakuacji tych osób w sytuacji zagrożenia, należy skupić się głównie na wsparciu tej grupy w tym zakresie.

¹⁰⁷¹ P. Miśkiewicz, *Światowy Raport o Niepełnosprawności. Biuro WHO w Polsce*, https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/p/4955_Paulina_Mi_kiewicz.pdf [dostęp: 29.06.2021].

¹⁰⁷² https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program_Dostepnosc_Plus.pdf [dostęp 12.02.2023].

¹⁰⁷³ Tamże.

¹⁰⁷⁴ <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [dostęp: 12.02.2023].

¹⁰⁷⁵ <https://ncdrisc.org/country-profile.html> [dostęp: 12.02.2023].

Działania realizowane przez jednostki straży pożarnej w miejscach przebywania osób z ograniczeniami ruchowymi i dysfunkcjami psychicznymi, do których zaliczamy między innymi szpitale, należą do najbardziej wymagających działań ratowniczo-gaśniczych.

W sytuacji zagrożenia znaczna część ludności z niepełnosprawnościami nie będzie w stanie samodzielnie opuścić zagrożonego miejsca. Istotne jest przygotowanie określonych technik ewakuacyjnych, które umożliwiają transport osób w bezpieczne miejsce. Wybór metody czy techniki będzie zależał od stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Ważne są również panujące warunki fizyczne: wzrost i waga¹⁰⁷⁶.

Eksperti podkreślają, że ewakuacja jednostek z niepełnosprawnościami, np. z płonącego budynku to niełatwe zadanie dla służb ratowniczych. Problem dotyczy dużo szerszej grupy. Wolniej ewakuują się także osoby starsze, schorowane, kobiety w ciąży, rodziny z małymi dziećmi albo osoby mające ograniczoną sprawność ruchową.

Eksperti także zauważają, że różne rodzaje ograniczeń i niepełnosprawności wymagają stosowania innych rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa.

Niepełnosprawność ruchowa występuje w wielu różnych formach. Może dotyczyć całego ciała lub poszczególnych jego części (rąk, nóg, kręgosłupa) lub mieć charakter czasowy lub trwały. Wśród przyczyn niepełnosprawności ruchowej można wyróżnić m.in.: udar mózgu, stwardnienie rozsiane, uszkodzenia rdzenia kręgowego, urazy po wypadkach, dystrofię mięśniową czy też deficyty pooperacyjne. Osoby z uszkodzeniem narządów ruchu mają głównie ograniczoną samodzielność w przemieszczaniu się. Stopień uszkodzenia narządów wpływa na zakres tego ograniczenia. W sytuacji zagrożenia to najpoważniejszy problem. Sposób zachowania się i postępowania, związany z koniecznością przemieszczania się, stanowi istotny problem i nie jest tylko kwestią możliwości fizycznych osoby z dysfunkcją narządów ruchu. Dotyczy to także innych barier, które czasami mogą wręcz uniemożliwić prawidłową ewakuację. W związku z tym samodzielność osoby z uszkodzeniem narządu ruchu ze względu na specyfikę przemieszczania się może być ograniczona przez skutki wtórne, niezależne od niej samej. Samodzielność jest ograniczona na tyle, że może w sytuacji niebezpiecznej stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia. Samo odebranie informacji i jej zrozumienie nie gwarantuje możliwości podjęcia działań ratunkowych przez osoby z niepełnosprawnością ruchową. Konieczny jest kontakt lub możliwość kontaktu

¹⁰⁷⁶ R. Grocki, *Osoby niepełnosprawne w sytuacji zagrożenia*, wyd. Difin, Warszawa 2014, s. 135.

z innymi osobami¹⁰⁷⁷. Elementy ułatwiające i utrudniające ewakuację osób z niepełnosprawnością ruchową przedstawiono w tabeli 6.4.

Tabela 6. 4. Aspekty ewakuacji osób z niepełnosprawnością ruchową

Aspekty ewakuacji	Omówienie
Aspekty pozytywne	Pełny i stały kontakt z otoczeniem za pomocą wszystkich receptorów; brak utrudnień w komunikowaniu się; zwykle duże zaufanie do pomagającej osoby
Aspekty negatywne	Utrudniony lub całkowity brak możliwości samodzielnego poruszania się; konieczność przenoszenia na rękach lub stosowania wózków i noszy podczas transportu; konieczność doboru dróg ewakuacji, dostępnych np. dla wózków; lęk przed pośpiesznym i nie zawsze wykonywanym konwencjonalnymi metodami transportem; często znaczna waga pacjentów

Źródło: opracowanie własne.

Istnieje wiele sposobów ewakuacji osób z niepełnosprawnością ruchową. Dla skutecznego i szybkiego przeprowadzenia ewakuacji można posiłkować się rozwiązaniami, które pozwolą znacznie skrócić czas ewakuacji, jak np. windy ratownicze. Do ułatwienia przemieszczania osób służą np. krzesła ewakuacyjne, windy zewnętrzne, rękawy ewakuacyjne, linki, koce, nosze, a także odpowiednie techniki przenoszenia ludzi. W procedurach należy przewidzieć minimalną ilość sprzętu ułatwiającego ewakuację oraz częstotliwość i sposób szkoleń personelu. Ekspert, który jest strażakiem i jednocześnie ratownikiem medycznym podkreśla, że w kontekście działań ratowniczo-gaśniczych istotne jest zapewnienie właściwego dojazdu do obiektu i przekazanie przez personel informacji o bieżącej sytuacji¹⁰⁷⁸.




Przenoszenie ratowanych osób z dysfunkcjami ruchu może odbywać się na wiele sposobów. W tabeli 6.5. przedstawiono standardowe techniki ewakuacji, bez wykorzystania dodatkowego specjalistycznego sprzętu. Niektóre z nich są stosowane wobec osób z niepełnosprawnościami czy ofiar wypadku drogowego. W przypadku ratowania czy ewakuacji z udziałem jednego ratownika można zastosować chwyt: *na barana, strażacki, biodrowy, tłumokowy, ciągniony* lub *kołyskowy*¹⁰⁷⁹.




¹⁰⁷⁷ Tamże, s. 67.





¹⁰⁷⁸ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 3.




¹⁰⁷⁹ R. Grocki, *Osoby niepełnosprawne w sytuacji...*, dz. cyt., s. 137.

Tabela 6.5. Standardowe techniki ewakuacji

Technika	Opis	Wizualizacja
<p>Chwył kończynowy</p>	<p>Jeden z ratujących chwytą ewakuowanego pod pachy, stojąc od strony jego głowy, a drugi pod kolana, stojąc tyłem do ratowanego. Ewakuowanego wynoszą nogami do przodu.</p>	
<p>Chwył stołeczkowy</p>	<p>Ratownicy odpowiednim uchwytem dłoni tworzą siedzenie z rąk tzw. siodełko. Na takim siodełku siada ratowany, trzymając ratowników za szyję. Ratownicy lekko zwróceni do siebie, ukośnie do kierunku ewakuacji, wynoszą ratowanego. Wynoszenie osób przy zastosowaniu tego chwytu może mieć miejsce wówczas, gdy ewakuowany jest w stanie pomagać sobie rękami.</p>	
<p>Chwył huślawkowy</p>	<p>Ratownicy tworzą siedzenie chwytając swoje zewnętrzne dłonie, na których siada ratowany.</p>	

Technika	Opis	Wizualizacja
<p>Chwył hułlawkowy</p>	<p>Ręce wewnętrzne tworzą oparcie dla ratowanego. Chwył „hułlawkowy” stosuje się w wypadku ratowania osób, które z różnych przyczyn mają niesprawną jedną lub obie ręce i nie mogą trzymać się za szyję ratowników.</p>	
<p>Chwył tłumokowy</p>	<p>Podczas przenoszenia „uchwytem tłumokowym” – ratowany zakłada ręce od tyłu przez ramiona ratownika, aby zwiisały one na piersi ratującego. Ciało powinno spoczywać na plecach ratownika w taki sposób, aby nogi zwiisały 15-20 cm nad ziemią. W określonych wypadkach ratujący przytrzymuje zwiisające ręce przenoszonego. Może też czynić to ręką, używając drugiej do lepszego ułożenia i przytrzymania ratowanego na plecach lub złapania się poręczy, np. przy schodzeniu po schodach.</p>	
<p>Chwył na barana</p>	<p>Ratowany leży na plecach ratownika i przytrzymuje się rękami za jego szyję. Ratujący podchwytem pod kolana przytrzymuje ratowanego w ten sposób, aby środek ciężkości ratowanego znajdował się na wysokości krzyża ratującego. Ratownik, podobnie jak w wypadku chwyłtu „tłumokowego”, jest lekko pochylony do przodu.</p>	

Technika	Opis	Wizualizacja
Chwył <i>biodrowy</i>	Ratownik przysiada tyłem przy osobie leżącej, ujmując ją jedną ręką pod pachami od strony pleców, a drugą pod kolanami. Po uchwyceniu podnosi się z pozycji siedzącej i wynosi ratowanego.	
Chwył <i>kołyskowy</i>	Polega na uchwyceniu ewakuowanego w taki sposób, w jaki chwyta się małe dziecko oraz wyniesieniu, tak jak małe dziecko, przed sobą.	
Chwył <i>ciągniony</i>	W celu zastosowania tego chwytu potrzebny jest koc lub podobny materiał. Osobę ratowaną układa się na kocu i ciągnie na kocu od strony głowy. Metodą tę można stosować tylko na powierzchniach poziomych i płaskich.	
Chwył <i>strażacki</i>	Polega na tym, że ratowany po odpowiednim chwycie wstępnym wykonanym przez ratującego znajduje się w poprzecznym ułożeniu – zwisając na jego barkach. Ratujący ma jedną rękę przełożoną pomiędzy nogami ratowanego, trzymając go za rękę na wysokości nadgarstka, druga ręka ratowanego zwisa swobodnie z tyłu. Ratujący ma również drugą rękę wolną i może jej użyć np. do przytrzymania się poręczy schodów, bocznic drabiny itp.	

Technika	Opis	Wizualizacja
Kzesło	Ewakuacja poszkodowanego przy użyciu krzesła.	
Nosze, deska ratownicza	Ewakuacja poszkodowanego przy użyciu noszy lub deski ratowniczej.	
Wózek inwalidzki	Ewakuacja osoby będącej na wózku inwalidzkim może być przeprowadzona przez 2-3-4 ratowników. Stosować tutaj można, w zależności od terenu, różne metody przenoszenia wózka.	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiału zdjęciowego OSP Ostrów Wlkp.

Do rozwiązań technicznych, które ułatwiają sprawną ewakuację osób z dysfunkcjami narządów ruchu lub znajdujących się w stanie uniemożliwiającym samodzielne przemieszczanie się, należą m.in. specjalne wózki umożliwiające zwiezenie takiej osoby po schodach przez jednego ratownika albo materace ewakuacyjne (obsługa obejmująca od 1 do 4 osób).

W podsumowaniu: artykuł 6 ustawy z 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami zobowiązuje do zapewnienia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób¹⁰⁸⁰. Zatem podejmowane działania muszą wykroczyć poza powiadomienie służby straży pożarnej i oczekiwanie na ratunek. W związku z tym konieczne są odpowiednie procedury, szkolenia, sprzęt, znajomość technik wsparcia osób z różnymi niepełnosprawnościami.

6.3. Istota i założenia projektowe adaptacji łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji

Z inicjatywy rektora Akademii Kaliskiej Andrzeja Wojtyły¹⁰⁸¹ wieloosobowy zespół naukowo-badawczy, obejmujący również autora niniejszej dysertacji, z niezwykle zaangażowaniem pochylił się nad problematyką praktycznego zapewnienia bezpieczeństwa osobom z zaburzeniami zdrowotnymi.

Rektor jest naukowcem, lekarzem z długoletnim stażem i wolontariuszem w Domu Pomocy Społecznej. Zauważył, że potrzeba stabilizacji i bezpieczeństwa staje się konieczna w każdym momencie ludzkiego życia, a zainteresowanie tą sferą postępuje w sytuacjach utraty zdrowia, leczenia szpitalnego i ryzyk z tym stowarzyszonych. Pierwszy filar bezpieczeństwa to wówczas lekarz i towarzyszący mu personel medyczny. W następnej kolejności wsparcia pacjentowi najczęściej udziela rodzina bądź bliscy znajomi. Dalsze problemy i dylematy narastają w miarę postępu choroby, co w różnorodny sposób redukuje możliwości swobodnego przemieszczania się pacjenta. Ten często czuje się bezsilny w sytuacjach trwałego *przykucia do łóżka*. Uważa, że przestaje stanowić o samym sobie i jest wykluczony.

¹⁰⁸⁰ Zobacz: ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

¹⁰⁸¹ Dr hab. n. med. Andrzej Wojtyła, prof. Akademii Kaliskiej – polski lekarz, pediatra i polityk. W latach 1992–1993 Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w latach 2005–2006 Wiceminister Zdrowia, w latach 2006–2010 Główny Inspektor Sanitarny, poseł na Sejm I, III i IV kadencji, senator IX kadencji, od 2018 roku Rektor Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego.

Na podstawie takich doświadczeń i dostrzeżonych, niezaspokojonych potrzeb pacjentów, w Akademii Kaliskiej przystąpiono do realizacji wielomodułowego projektu pt. *Organizacja bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo*. To czynności interdyscyplinarne, które łączą walory *nauk o zdrowiu z naukami o bezpieczeństwie*.

Autorowi niniejszej rozprawy wydały się bliskie i warte zainteresowania wszelkie aspekty pozwalające na wypracowanie możliwości wsparcia człowieka chorego, w tym z ciężkimi objawami paraliżu części ciała, zaburzeń równowagi czy ograniczeń ruchu kończyn. W czasie pandemii *COVID-19* pełnił funkcję wojewody wielkopolskiego, wówczas zyskał liczne doświadczenia związane ze współpracą ze służbami mundurowymi i szpitalami, domami pomocy społecznej czy zakładami opiekuńczo-leczniczymi. Na ich podstawie zauważył skalę problemu ewakuacji osób niepełnosprawnych ruchowo.

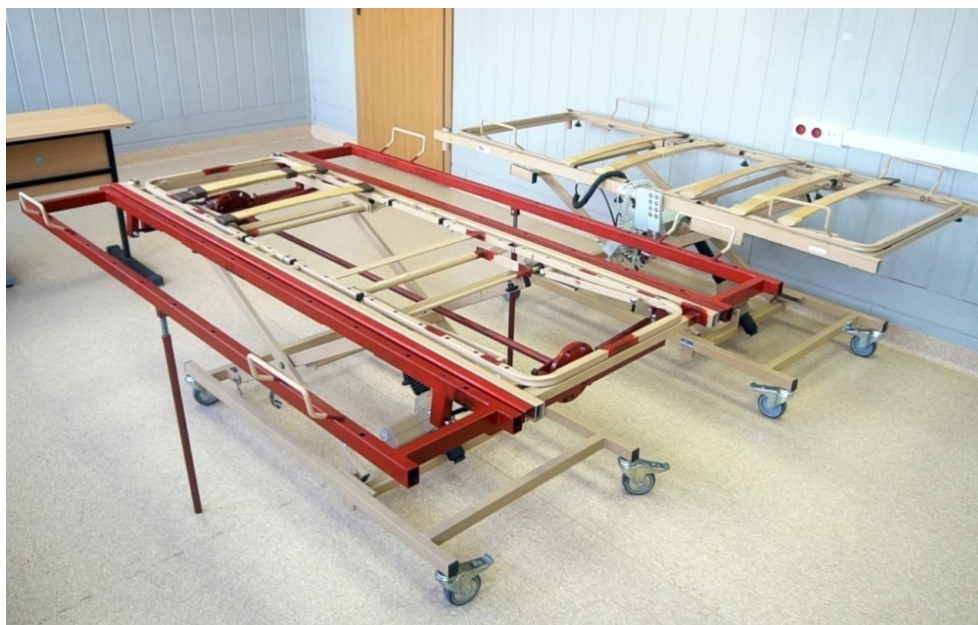
Według eksperta nr 1¹⁰⁸², lekarza internisty i wieloletniego dyrektora szpitala, transport chorych niezdolnych do samodzielnego poruszania się to problemem osób prywatnych, wielu szpitali, zakładów opiekuńczych. W tych obiektach jest wymagane ich przemieszczenie do innego pomieszczenia, na przykład: dla przeprowadzenia zabiegów leczniczych, zabiegów higienicznych, czy w skrajnych przypadkach (np. pożaru, katastrofy) – ewakuacji z pomieszczeń zagrożonych. Ten proces często przebiega w warunkach ograniczeń architektonicznych w postaci wąskich drzwi (poniżej 100 cm) i korytarzy. Osoby obsługujące chorych muszą sprostać różnym wyzwaniom, obejmują one fizyczną niewydolność pacjenta, jak również często jego nadmierną masę ciała. Utrudniają one przemieszczenie pacjenta na szpitalny czy inny środek transportowy.

W Akademii Kaliskiej sformułowano ogólne cele, omówiono i poddano weryfikacji różne pomysły, aby rozwiązać wskazany problem, a następnie zrealizowano badania, które doprowadziły do przygotowania wniosków patentowych (patrz: załącznik nr 5 i 6).

Ostatecznie opracowano i zgłoszono do Urzędu Patentowego *łóżko do transportu chorych o zmiennej geometrii, mające zastosowanie do pielęgnacji i/lub ewakuacji, zwłaszcza dla osób o masie ciała powyżej 140 kg*. Powstało ono na bazie standardowego łóżka szpitalnego o walorach rehabilitacyjnych. Na tym nie poprzestano i pracowano nad dalszymi modyfikacjami co przykładowo obrazuje fotografia 6.1., gdzie zmiany oznaczono czerwonym kolorem.

¹⁰⁸² Wywiad ekspercki. Ekspert nr 1.

Fotografia 6.1. Przykładowa prezentacja możliwych modyfikacji standardowego łóżka szpitalnego (zaznaczone kolorem czerwonym) - obok wersja klasyczna



Źródło: opracowanie własne.

Personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje konieczność coraz intensywniejszego skupiania się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną. Takie zadania będą realizowane w warunkach występowania różnych zagrożeń, często prowadzących do konieczności przeprowadzenia wymuszonej ewakuacji i przemieszczania osób niepełnosprawnych. Świadomość tych zagrożeń nie wpływa na poziom ewentualnego ryzyka. Należy przyjąć, że złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo jest na tyle duża, że to zagadnienie musi być odzwierciedlone w postulatycznym modelu wparcia osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się, połączonym z naukowo uzasadnionym projektem i wdrożeniem patentowym. Wówczas ta nowa perspektywa pozytywnie wpłynie na bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych oraz efektywność działań ewakuacyjnych, poprawę dotychczasowych, negatywnych ocen.

Wynalazek dotyczy nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego do transportu chorych. Może być ono wykorzystywane w zakładach opieki zdrowotnej, szpitalach, zakładach opieki senioralnej czy innych ośrodkach, w których wymaga się przemieszczanie osób ze stałą lub czasową dysfunkcją możliwości samodzielnego chodzenia.

Jak wcześniej wspomniano, osoby obsługujące chorych coraz częściej doświadczają problemów, których źródłem jest nadmierna masa ciała podopiecznych. W rezultacie mają oni trudności z przemieszczeniem chorych na szpitalny środek transportowy.

Opracowano wiele konstrukcji łagodzących ten problem. Przykładowo w polskim zgłoszeniu patentowym *P. 283555* przedstawiono wózek do transportu chorych, w którym na podwoziu z kołami usytuowana jest obrotowo, względem osi pionowej, rama stanowiąca podstawę noszy.

W innym opisie patentowym *EP 1693035 A1* wynalazek dotyczy samobieżnego wspornika noszy transportowych. Jest on przeznaczony do wykonywania dwóch funkcji: podtrzymywania i utrzymywania noszy pacjenta, różnych instrumentów lub urządzeń medycznych wymaganych do opieki nad pacjentem oraz umożliwienia operatorowi zewnętrznemu łatwego, wygodnego i bezpiecznego przemieszczania zespołu przy niewielkim wysiłku fizycznym. Wspornik noszy ma ramę nośną z czterema połączonymi z nią kołami: dwoma przednimi (obracającymi się względem odpowiedniej pionowej osi) i dwoma tylnymi (napędzanymi silnikiem elektrycznym).

W amerykańskim dokumencie patentowym *US10688002* opisano wózek mobilny kombinowany dla chorych lub rannych, złożony z wózka jezdnego i noszy jezdnych. Wózek mobilny ma ramę korpusu głównego, mechanizmy wysuwanej gąsienic lewej i prawej, mechanizm podnoszący i przesuwający, automatyczny ruchomy mechanizm równoważenia ciężaru. Górna część ramy korpusu ma lewy i prawy mechanizm chowanych gąsienic. Warstwa nośna jest umieszczona pośrodku ramy korpusu głównego noszy ruchomych, a automatyczny ruchomy mechanizm równoważenia ciężaru – na dole głównej ramy korpusu. Mechanizm podnosząco-przesuwny ma korpusy lewy i prawy. Liny nośne są umieszczone pod mechanizmem podnosząco-przesuwnym. Narzędzia do zawieszania połączone z linami nośnymi.

W innym amerykańskim dokumencie patentowym *US 2021030606* przedstawiono urządzenie do transportu pacjenta, które obejmuje ściółkę dla pacjenta i urządzenie podtrzymujące ściółkę dla pacjenta z powierzchni gruntu. Urządzenie podtrzymujące ściółkę ma ramę podtrzymującą ściółkę. To para podpórek na ściółkę, rozmieszczona w pewnej odległości, aby określić szczelinę ładunkową do przyjmowania przez nią ściółki dla pacjenta. System uchwytów jest połączony z parą podpór na ściółkę. Zawiera zespół uchwytów, który można ustawić między konfiguracją zamkniętą lub otwartą. Zespół uchwytów rozciąga się w poprzek szczeliny ładunkowej określonej pomiędzy parą podpórek na ściółkę w konfiguracji zamkniętej. Znajduje się z dala od szczeliny ładunkowej w konfiguracji otwartej.

W koreańskim opisie patentowym *KR20210050998* przedstawiono nosze przeznaczone do utrzymania głowy pacjenta w odpowiedniej pozycji, zgodnie z budową

ciała i objawami pacjenta. Zagłówek uformowano na części ramy podtrzymującej głowę pacjenta. Rama tworzy ruchomy korpus noszy wraz z spoczywającym na nim pacjentem. Tak podparto zagłówek, aby można go regulować w nachyleniu za pomocą pierwszego wspornika przymocowanego do części ramy z jednoczesnym skierowaniem w stronę zagłówka, drugiego wspornika przymocowanego do tyłu zagłówka, przynajmniej częściowo zakrywającego pierwszy wspornik i środki łączące umożliwiające lub zapobiegające względnemu obrotowi między obydwoma wspornikami. Otwór przelotowy w drugim wsporniku, przez który przechodzi środek łączący, jest podłużny i wydłużony. Przebiega w kierunku prostopadłym do ramy. Zagłówek może przesuwac się do i od ramy w zakresie skoku podłużnego otworu. Drugi wspornik jest korzystnie wyposażony w kołek regulujący, gdy zagłówek jest obniżony, aby zapobiec względnemu obrotowi między drugim wspornikiem i pierwszym wspornikiem.

Chiński opis *CN108938224* dotyczy noszy z funkcją przenoszenia i podnoszenia. Mają one korpus noszy. Mechanizm przenoszący i podnoszący umieszczono na bocznej krawędzi korpusu noszy. Zawiera on urządzenie podnoszące, urządzenie podtrzymujące, urządzenie zaciskowe i urządzenie łożyskowe. Nosze mają prostą budowę. Ich produkcja wymaga jedynie niewielkiej modyfikacji istniejących noszy.

Patent francuski *FR 2956973* opisuje nosze transportowe. Te mają górną część przyjmującą pacjenta w pozycji łożkowej oraz górną ramę, dolną część i dolną ramę. Jednostka regulująca znajduje się między górną i dolną częścią. Ramy tworzą szkielet podtrzymujący sztywną konstrukcję z materiału przezroczystego i przytrzymującego materac.

Istotą wynalazku zespołu naukowo-badawczego Akademii Kaliskiej jest łożko do transportu chorych będące pewną modyfikacją powszechnie znanej standaryzacji. Ma górną ramę z poprzeczkami do nakładania materaca oraz ramkami bocznymi. Rama górna jest osadzona na ramie dolnej z zamocowanymi wahliwie kółkami. Rama dolna z górną połączona jest dźwignikiem nożycowym, na którym osadzony jest hydrauliczny podnośnik. Ramki boczne, zamocowane do górnej ramy na osiach obrotu, mają na swych profilach trzpienie osadzone od strony ramy górnej. Do nich na osiach zamocowane są łączniki cięgieł. Na drugim krańcu zamocowane są one do obrotowych łączników, połączonych prętem z przekładnią śrubową, mającą dźwignię pokrętła.

Wprowadzono również wiele korzystnych innych rozwiązań. Należy zatem zwrócić uwagę na to, że:

- ramki boczne do profili od strony przeciwległej ramie głównej, mają zamocowane uchwyty;
- ramki boczne do profili przeciwległych ramie górnej, mają zamocowane wsporniki;
- kółka nośne mają blokowniki obrotu;
- do wewnętrznej powierzchni profili ramy górnej z przynajmniej jednej strony, zamocowana jest rama zagłówka;
- rama zagłówka ma regulator pochylenia;
- w górnych powierzchniach profilu ramki boczne mają otwory do osadzania uchwytów;
- w górnych powierzchniach profilu ramki boczne mają otwory do osadzania poprzeczek pod materac.

Ostatecznie powstało urządzenie w postaci łóżka pielęgnacyjnego, spełniającego normy medyczne, z leżem o długości 200 cm i szerokości 90 cm. Dzięki zastosowanym modyfikacjom zyskano możliwość szybkiej zmiany konfiguracji do formy transportowej o szerokości minimalnej ramy około 70 cm i maksymalnej – 130 cm. Rozwiązanie to dedykowane jest również osobom z nadwagą i otyłością.

Taka funkcjonalność ułatwia szybką ewakuację pacjentów z pomieszczeń szpitalnych z łóżkiem (bez przenoszenia na wózek) w placówkach o futrynach poniżej 100 cm szerokości, a następnie – transport wewnątrz budynku. To urządzenie o szczególnych walorach użytkowych (zdolność do szybkiej relokacji). Należy do nich intuicyjna i łatwa obsługa, co ma znaczenie dla personelu medycznego oraz osób bliskich pacjentowi wymagającemu opieki pielęgnacyjnej. Konstrukcja łóżka gwarantuje najwyższą jakość i solidność urządzenia, bezpieczeństwo osób o wyższej wadze (z nadwagą i otyłością).

Główne zalety przedstawionego rozwiązania to:

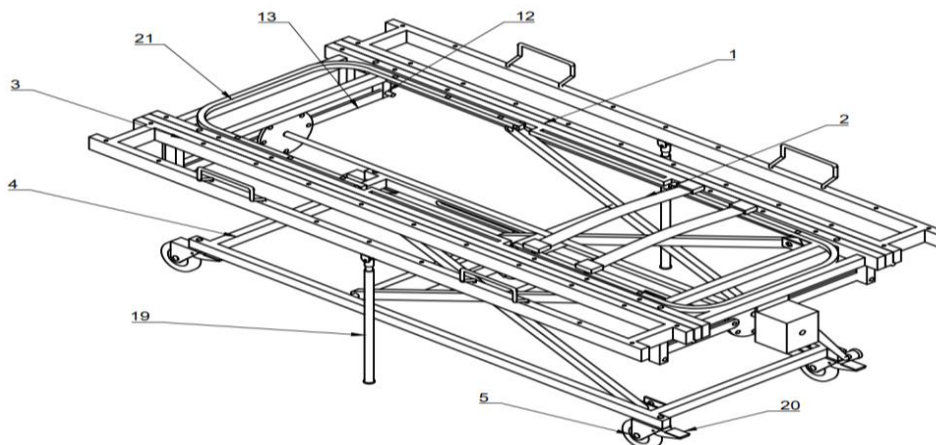
- zdolność do szybkiego i bezpiecznego prowadzenia ewakuacji pacjentów leżących w warunkach kryzysowych przy minimalnym wsparciu personelu pielęgniarstwa;
- zdolność do szybkiego i wygodnego przemieszczania łóżka do zabiegów dezynfekcji wykonywanych poza pomieszczeniami opieki pielęgniarstwa;

- przydatność do stosowania w warunkach ograniczeń przestrzennych związanych z wyposażeniem obiektów i barier architektonicznych (wąskie korytarze, mała szerokość otworów drzwiowych i korytarzy);
- zapewnienie stabilnej pozycji pacjenta podczas przemieszczania w pozycji leżącej, dzięki ergonomicznej i odpowiedniej konstrukcji;
- dostosowanie do warunków opieki domowej;
- możliwość szybkiej modyfikacji szerokości łóża;
- możliwość zabezpieczenia osoby przewożonej przed zsunieniem się z ramy górnej noszy;
- dostosowanie gabarytów (głównie szerokości łóżka pielęgnacyjnego lub/i ewakuacyjnego o zmiennej geometrii) do szerokości otworów drzwiowych lub wind;
- możliwość ustalania kąta pochylenia zagłówka z jednej strony lub dwóch stron;
- możliwość stabilizacji łóżka blokownikami kółek nośnych;
- łatwe wykonywanie manewrów łóżkiem, dzięki wahliwie osadzonym kółkom.

Przedmiot wynalazku przedstawiono na rysunkach 6.3. i 6.4. Na pierwszym z nich pokazano łóżko pielęgnacyjne lub/i ewakuacyjne o zmiennej geometrii przystosowane w widoku aksonometrycznym z boku i z góry. Rysunek 6.4. to widok aksonometryczny z tyłu i z góry na urządzenie.

Łóżko pielęgnacyjne lub/i ewakuacyjne o zmiennej geometrii przystosowane do transportu chorych ma górną ramę (1) z poprzeczkami (2) do nakładania materaca, niezaprezentowanego na rysunku i z ramkami bocznymi (3), osadzoną na ramie dolnej (4). Rama dolna (4) ma zamocowane wahliwe kółka (5).

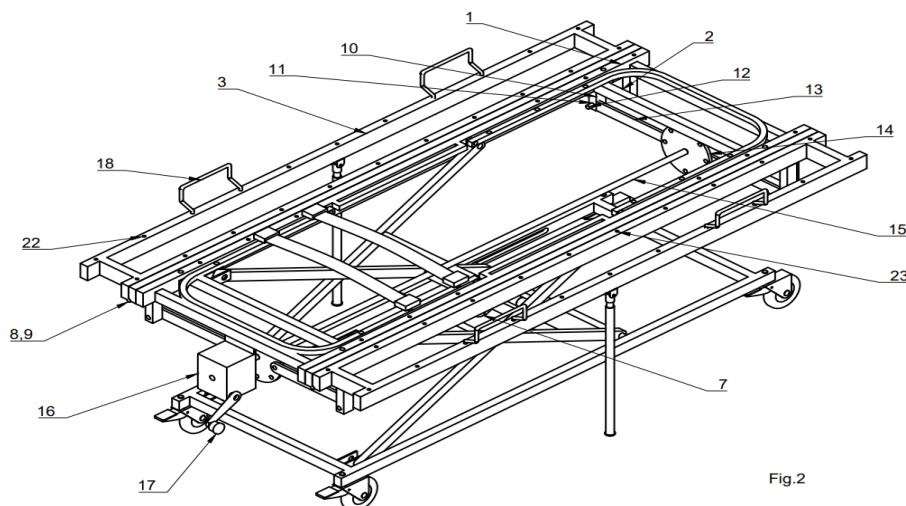
Rysunek 6.3. Łóżko pielęgnacyjne/ewakuacyjne o zmiennej geometrii przystosowane w widoku aksonometrycznym z boku i z góry



Legenda: 1 – górna rama, 2 – poprzeczki, 4 – rama dolna, 5 – wahliwe kółka, 12 – łączniki, 13 – cięgła, 19 -wspornik, 20 – blokownik obrotu, 21 – rama zagłówka.

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 6.4. Łóżko pielęgnacyjne/ewakuacyjne o zmiennej geometrii przystosowane w widoku aksonometrycznym z tyłu i z góry



Legenda: 1 – górna rama, 2 – poprzeczki, 3 – ramki boczne, 7 – hydrauliczny podnośnik, 8 – gniazda, 9 – oś obrotu, 10 – trzpienie, 11 – osie, 12 – łączniki, 13 – cięgła, 14 – obrotowe łączniki, 15 – pręt, 16 – przekładnia śrubowa, 17 – dźwignia pokrętła, 18 – uchwyt, 22 – otwory do osadzania, 23 – otwory do osadzania.

Źródło: opracowanie własne.

Rama dolna (4) z górną ramą (1) połączona jest dźwignikiem nożycowym (6), na którym osadzony jest hydrauliczny podnośnik (7). Rama górna (1) ma ramki boczne (3), zamocowane do górnej ramy (1) na gniazdach (8) osi obrotu (9). Ramki boczne (3) mają na swych profilach od strony ramy górnej (1) osadzone trzpienie (10), do których, na osiach (11) zamocowane są łączniki (12) cięgieł (13). Cięgła (13) na drugim krańcu

zamocowane są do obrotowych łączników (14), połączonych prętem (15) z przekładnią śrubową (16), mającą dźwignię pokrętła (17).

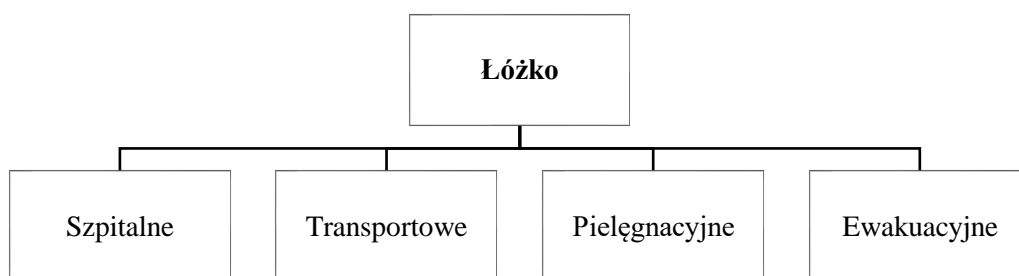
Opracowano różne sposoby (typy) wykonania łóżka. Uwzględniają one rozwiązania typu:

- ramki boczne (3) do profili od strony przeciwległej ramie górnej (1), mają zamocowane uchwyty (18);
- ramki boczne (3) do profili przeciwległych ramie górnej, mają zamocowane wsporniki (19);
- kółka nośne (5) mają blokowniki obrotu (20);
- do wewnętrznej powierzchni profili ramy górnej (1) z przynajmniej jednej strony, zamocowana jest rama zagłówka (21);
- rama zagłówka (21) ma regulator pochylenia, nie uwidoczniony na rysunku;
- w górnych powierzchniach profilu ramki boczne (3) mają otwory (22) do osadzania uchwytów (18);
- w górnych powierzchniach profilu ramki boczne (3) mają otwory (23) do osadzania nie uwidocznionych na rysunku poprzeczek pod materac.

Łóżko pielęgnacyjne lub/i ewakuacyjne o zmiennej geometrii można używać jako awaryjny środek ewakuacyjny z łóżek tradycyjnych. Takim łóżkiem ewakuacyjnym do transportu chorych można dojechać do łóżka chorego (równolegle). Blokuje się je blokownikami (20) kółka nośne (5). Dźwignią pokrętła (17) ustawia się ramki boczne (3) do położenia poziomego. Niewidoczna na rysunku dźwignia podnośnika hydraulicznego (7) podnosi lub opuszcza górną ramę (1) do poziomu łóżka chorego. W odmianach wykonania na ramkach bocznych (3) są nałożone poprzeczki, na których znajduje się materac. Po uzyskaniu w przybliżeniu płaszczyzny górnej powierzchni noszy z płaszczyzną łóżka, ustawia się na odpowiednią wysokość wsporniki (19). Po zdjęciu uchwytów można przenieść chorego na nosze. Za pomocą pokrętła (17), po założeniu uchwytów (18), ustawia się ramki boczne (3) do położenia pionowego. Za pomocą dźwigni podnośnika hydraulicznego (7) jest ustawiana wysokość odpowiednią dla osoby transportującej chorego.

Wielozadaniowość opisywanego łóżka została przedstawiona na poniższym rysunku 6.5.

Rysunek 6.5. Wielozadaniowość łóżka zgłoszonego do Urzędu Patentowego



Źródło: opracowanie własne.

6.4. Ocena projektu łóżka do transportu chorych o zmiennej geometrii i propozycje modyfikująco-doskonające

Autor niniejszej rozprawy przeprowadził wywiady eksperckie z osobami o bogatym doświadczeniu zawodowym bezpośrednio związanym z tematyką niniejszej pracy i koncepcjami prac patentowych. Wśród respondentów znaleźli się przedstawiciele służby zdrowia, straży pożarnej i pracownicy domu pomocy społecznej¹⁰⁸³. Wywiady przeprowadzono w formie klasycznej rozmowy. Autor pracy sporządził notatki z wywiadów. Wszyscy eksperci wyrazili zgodę na podanie danych dotyczących imienia i nazwiska oraz stanowiska. Jeden z nich zgodził się ponadto na nagranie filmu z prezentacji łóżka do transportu chorych w Centrum Rehabilitacji Rolników Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Jedlcu. Badania przeprowadzono w okresie jednego roku (2021/2022), które zintensyfikowano po otrzymaniu potwierdzenia z Urzędu Patentowego RP o numerze *P.440151* (patrz: załącznik nr 7). Powyższe powiązane z wytworzeniem prototypu łóżka pogładowego do dalszych celów modyfikująco-konstrukcyjnych autora.

Większość pytań do ekspertów była bardzo podobna i dotyczyła rozwiązań wdrożonych w zgłoszeniu patentowym (załącznik nr 3). Autor uznał za zasadne zapytać ekspertów o kwestie związane z bezpieczeństwem i ewakuacją, głównie osób z niepełnosprawnością ruchową. Uczestnicy badania chętnie dzielili się swoim doświadczeniem i przemyśleniami. Wszyscy eksperci zwrócili uwagę na duże znaczenie wynalazku dla bezpieczeństwa osób z niepełnosprawnością ruchową. Podczas wywiadów pozytywnie oceniono prace zespołu badawczo-wdrożeniowego z Akademii Kaliskiej nad potrzebami osób niepełnosprawnych ruchowo i rozwiązaniami ułatwiającymi ich ewakuację.

¹⁰⁸³ Wykaz ekspertów stanowi załącznik nr 2.

Ekspert nr 7¹⁰⁸⁴ podkreślił, że modyfikacja łóżka dokonana przez wdrożeniowo-badawczy zespół Akademii Kaliskiej stanowi bardzo ważny krok w kierunku udoskonalenia zdolności do szybkiej i bezpiecznej ewakuacji. Podczas wywiadów zwrócono również uwagę, że transport chorych, nie mogących poruszać się samodzielnie jest wielkim wyzwaniem¹⁰⁸⁵.

Eksperci zgodnie deklarowali, że wcześniej nie spotkali się z takim typem łóżka o zmiennej geometrii, które może mieć szerokie zastosowanie.

Ekspertka nr 6¹⁰⁸⁶ w wywiadzie zaznaczyła wyraźnie: *nie spotkałam się do tej pory z takim typem łóżka o zmiennej geometrii, z zastosowaniem do transportu, pielęgnacji i ewakuacji jednocześnie. Jestem niezmiernie wdzięczna, że tego typu łóżko może niebawem znaleźć się w posiadaniu szpitali czy w domach pomocy społecznej.*

W podobnym tonie wypowiedział się ekspert nr 4¹⁰⁸⁷: *odwołując się do mojej wieloletniej pracy w pomocy społecznej muszę podkreślić, że nie spotkałem się wcześniej z takim hybrydowym rozwiązaniem i takim łóżkiem. Łóżkiem, które łączy funkcje pielęgnacyjno-medyczne z funkcją umożliwiającą sprawną ewakuację. Łóżkiem, któremu na przeszkodzie nie staną wąskie drzwi, wąskie korytarze i mieszkańcy o masie ciała powyżej 140 kg.* Jednocześnie ten ekspert wskazał na aspekt bezpieczeństwa związany również z otyłością. Zauważył, że sam jest osobą o masie ciała znacznie przekraczającej 140 kg i ogromne znaczenie ma świadomość, że może korzystać z bezpiecznego i wytrzymałego łóżka¹⁰⁸⁸

Ekspert nr 5¹⁰⁸⁹ również zaznaczył, że w praktyce nigdy wcześniej nie spotkał się z łóżkiem, które łączyłoby funkcję medyczną z funkcją ewakuacyjną. Z kolei ekspert nr 8¹⁰⁹⁰ podkreślił, że rozwiązanie zaprezentowane przez zespół wdrożeniowo-badawczy Akademii Kaliskiej może stanowić nową jakość i duże ułatwienie dla personelu szczególnie w transporcie pacjentów otyłych z problemami ruchowymi.

¹⁰⁸⁴ Tomasz Polak, Komendant Miejski Państwowej Straży Pożarnej w Kaliszu

¹⁰⁸⁵ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 7.

¹⁰⁸⁶ Paulina Ostenda, kierownik Zespołu Terapeutyczno-Opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej im. s. M. Benodyny Koterbianki w Ostrowie Wielkopolskim, magister pielęgniarstwa

¹⁰⁸⁷ Radosław Kowalski, dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. s. M. Benodyny Koterbianki w Ostrowie Wielkopolskim

¹⁰⁸⁸ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 4.

¹⁰⁸⁹ Rafał Oleczyk, specjalista fizjoterapii, biegły sądowy z dziedziny rehabilitacji/fizjoterapii.

¹⁰⁹⁰ Tomasz Skrzypczyński, ratownik medyczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Perzyny w Kaliszu, wykładowca akademicki.

Ekspert nr 1¹⁰⁹¹ zwrócił uwagę na proste rozwiązania i modyfikacje, o których nikt wcześniej nie pomyślał¹⁰⁹². Podobne zdanie miał ekspert nr 2¹⁰⁹³ podkreślając, że jest pod ogromnym wrażeniem tego przedsięwzięcia¹⁰⁹⁴. Obaj eksperci uwypuklili problem nadmiernej wagi wielu pacjentów niepełnosprawnych ruchowo. W projektowanym rozwiązaniu uwzględniono osoby z dużą nadwagą, o większej posturze.

Jak wskazał ekspert nr 2, wcześniej nie brano pod uwagę takich osób. Jednocześnie podkreślał, że obecnie z tym jest coraz większy problem i zapotrzebowanie na tego typu rozwiązania¹⁰⁹⁵.

Zgłoszone do Urzędu Patentowego łóżko, dzięki możliwości poszerzenia, pozwala na dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjentów bariatrycznych, co wysunęła na pierwszy plan podczas wywiadu ekspertka nr 9¹⁰⁹⁶. Wskazała, że szeroka powierzchnia łóżka pozwoli na swobodniejsze odwracanie pacjenta na boki podczas na przykład wykonywania toalety jego ciała¹⁰⁹⁷.

Podobnego zdania był ekspert nr 3¹⁰⁹⁸, który podczas wywiadu opowiadał, że będąc na oddziale *covidowym* w szpitalu tymczasowym w Poznaniu zauważył, iż większość pacjentów była otyła, a łóżka, na których leżeli miały ograniczoną szerokość. W związku z tym zauważalny był problem z dokładną toaletą poranną, a ponadto trzeba było angażować do tych czynności kilka osób. Według tego eksperta, szerokie łóżko pozwala na dokładną toaletę i zabiegi pielęgnacyjne¹⁰⁹⁹. Ponadto ekspert ten wspominał o *odleżynach* otyłych pacjentów, które są dużym problemem. Wskazał, że dzięki przedstawionemu rozwiązaniu dotyczącemu rozszerzenia łóżka do 130 cm, swobodna pozycja pacjenta przyczyniłaby się do mniejszej ilości odleżyn.

Wszyscy eksperci podczas wywiadów zwracali uwagę na kwestię transportu i ewakuacji pacjentów w budynkach z ograniczeniami architektonicznymi, gdzie znajdują się wąskie otwory drzwiowe. Nie wszystkie placówki spełniają obowiązujące standardy. Wiele placówek mieści się w budynkach zabytkowych.

¹⁰⁹¹ Dariusz Bierła, dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

¹⁰⁹² Wywiad ekspercki. Ekspert nr 1.

¹⁰⁹³ Waldemar Dzieciół, kierownik działu leczenia Centrum Rehabilitacji Rolników w Jedlcu.

¹⁰⁹⁴ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 2.

¹⁰⁹⁵ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 2.

¹⁰⁹⁶ Wioletta Zawadzka, Pielęgniarka oddziałowa na oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym.

¹⁰⁹⁷ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 9.

¹⁰⁹⁸ Radosław Gatkowski, Strażak w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Ostrzeszowie, ratownik medyczny, wolontariusz na oddziale intensywnej terapii w tymczasowym szpitalu *covidowym* w Poznaniu.

¹⁰⁹⁹ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 3.

Ekspert nr 1 zauważył również, że wiele osób niepełnosprawnych ruchowo funkcjonuje w warunkach domowych. W związku z powyższymi kwestiami transport czy ewakuacja osób z niepełnosprawnością ruchową, a do tego otyłych, może stanowić duży problem logistyczny zarówno w placówkach, jak i w domu. W wątku tym pojawiają się dwa główne aspekty: szerokość otworów drzwiowych i waga pacjenta. Ekspersi zgodnie dostrzegali oba te problemy i fakt ich rozwiązania dzięki zaprezentowanemu łóżku o zmiennej geometrii.

Fotografia 6.2. Prototypowa wersja łóżka o zmiennej geometrii rozstawu w wersji złożonej do 70 cm



Źródło: opracowanie własne.

Fotografia 6.3. Prototypowa wersja łóżka o zmiennej geometrii rozstawu w wersji rozłożonej do 130 cm



Źródło: opracowanie własne.

W takim stanie rzeczy każdy z ekspertów pozytywnie ocenił zaprojektowane łóżko. Podkreślano, że *wartością dodaną* jest to, że łóżko powstało na bazie standardowego łóżka szpitalnego. Może służyć ono również jako sprzęt pomocniczy i łóżko transferowe w razie wymuszonej ewakuacji. Według ekspertów zastosowanie zmiennej geometrii łóżka jest jego największym atutem. Powyższe prezentują fotografie 6.2. i 6.3.

Podczas wywiadów zapytano ekspertów o rozwiązania wdrożone w zgłoszeniu patentowym. Jedno z pytań dotyczyło przewężenia łóżka oraz jego poszerzenia wraz ze stabilizatorem. Eksperti bardzo wysoko ocenili oba rozwiązania. Wskazano, że przewężenie może okazać się nieocenione podczas transportu, ewakuacji i manewrowania w wąskich przestrzeniach i niedostosowanych budynkach¹¹⁰⁰.

Jednocześnie podkreślono, że przyjęte rozwiązanie zwiększy bezpieczeństwo pacjenta i komfort personelu. Zdecydowana większość ekspertów wskazała jednak na konieczność rozważenia unoszenia zamiast opuszczania paneli bocznych. Forma zabezpieczenia w postaci unoszonych paneli bocznych z pewnością znacznie zwiększy bezpieczeństwo podczas transportu czy ewakuacji. Proponowane rozwiązanie ustabilizuje i zabezpieczy pacjenta. Jednocześnie nie będzie wymagane użycie dodatkowych zabezpieczeń bocznych.

Wcześniej już zasygnalizowano opinie ekspertów dotyczące poszerzenia łóżka wraz ze stabilizatorem. Warto dodać, że wszyscy eksperci entuzjastycznie odnieśli się do szerokości łóżka wynoszącej 130 cm.

Ekspert nr 3¹¹⁰¹ zauważył dodatkowe dwa rozwiązania wykorzystujące poszerzenie łóżka, na które nie zwrócili uwagi członkowie zespołu badawczo-wdrożeniowego Akademii Kaliskiej. Według tego eksperta, łóżko to przy poszerzeniu można wykorzystać do przewożenia dodatkowego sprzętu z pacjentem (na przykład defibrylator, duża butla z tlenem czy pompa infuzyjna). Ekspert ten wskazał również, że poszerzenie może służyć w stanach dużego zagrożenia do szybkiej ewakuacji dwóch pacjentów jeżeli obiekt pozwalałby na tego typu rozwiązania¹¹⁰².

¹¹⁰⁰ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 4.

¹¹⁰¹ Radosław Gatkowski, Strażak w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Ostrzeszowie, ratownik medyczny, wolontariusz na oddziale intensywnej terapii w tymczasowym szpitalu covidowym w Poznaniu.

¹¹⁰² Wywiad ekspercki. Ekspert nr 3.

Eksperci podczas oględzin łóżka i wywiadu mieli uwagi dotyczące stabilizatorów. Wskazywali na to, że należy rozważyć zastosowanie dwóch podpór stabilizacyjnych na każdej stronie.

Ekspert nr 2¹¹⁰³ stwierdził, że jedna podpora jako punkt stabilizacji to zdecydowanie za mało. Zasugerował, aby wyposażyć łóżko w co najmniej dwa punkty podparcia. Podobnego zdania byli eksperci będący ratownikami medycznymi.

Ekspert nr 8¹¹⁰⁴ wskazał, że te dwa punkty podparcia powinny znajdować się w 1/5 i 4/5 długości łóżka. Według niego, takie rozwiązanie może zapewnić większą stabilność oraz nie będzie barierą przy czynnościach pielęgnacyjnych. Podobne zdanie miał ekspert nr 4¹¹⁰⁵, który wskazał również na możliwość przypadkowego strącenia jednej podpory podczas utrzymania czystości. Ekspert ten podkreślił jednak, że sama idea zastosowania stabilizacji przy takiej konstrukcji jest konieczna, dlatego została wdrożona.

Eksperci wypowiadali się również w kwestiach innych rozwiązań zaproponowanych w zgłoszeniu patentowym. Jeden z ekspertów podkreślił, że zamieszczone blokady motylkowe są intuicyjne i łatwe w użyciu¹¹⁰⁶. Inny ekspert wskazał, że przyjęte rozwiązanie umiejscowienia mechanizmu ułatwiającego składanie i rozkładanie łóżka w części zagłówkowej jest przemyślane i poprawne. Podkreślił, że minimalizuje ono przypadkowe uruchomienie mechanizmu¹¹⁰⁷.

Ponadto eksperci wskazali na kilka innych rozwiązań, które warto rozważyć. Należą do nich między innymi:

- zamontowanie uchwytu na kroplówkę;
- zamontowanie uchwytów do prowadzenia łóżka;
- zmniejszanie powierzchni materaca przy przewężeniu łóżka;
- zastosowanie elementów odblaskowych lub farby fluorescencyjnej;
- zamontowanie dodatkowych punktów wpięcia;
- wykonanie łóżka z aluminium;
- zwiększenie średnicy kółek.

Bazując na tak przeprowadzonych badaniach i stowarzyszonych z tym wynikach, autor niniejszej rozprawy zaproponował, by w ramach wielomodułowego projektu

¹¹⁰³ Waldemar Dziecioł, kierownik działu leczenia Centrum Rehabilitacji Rolników w Jedlcu.

¹¹⁰⁴ Tomasz Skrzypczyński, ratownik medyczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Perzyny w Kaliszu, wykładowca akademicki.

¹¹⁰⁵ Radosław Kowalski, dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. s. M. Benodyny Koterbianki w Ostrowie Wielkopolskim.

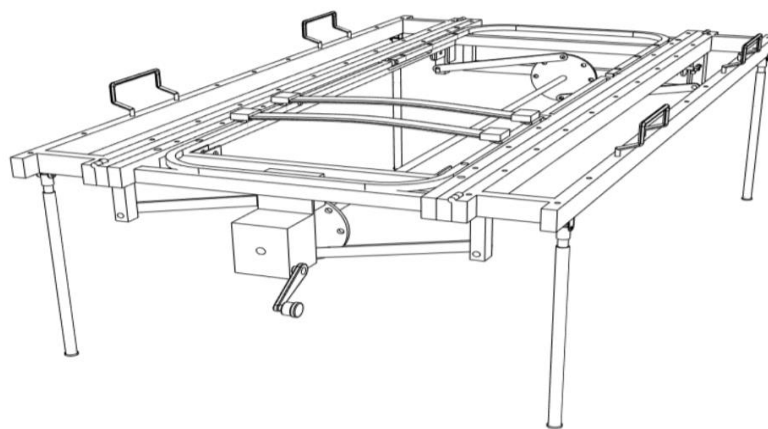
¹¹⁰⁶ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 6.

¹¹⁰⁷ Wywiad ekspercki. Ekspert nr 4.

naukowo-badawczego Akademii Kaliskiej pod tytułem: *Organizacja bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo* wprowadzić szereg zmian (patrz: załącznik nr 4). W efekcie powstały propozycje modyfikująco-doskonalące, a w tym powiązane z możliwością kolejnego zgłoszenia patentowego. U podstaw tego ostatniego, autor zaproponował platformę, pewną innowację w stosunku do wcześniej zgłoszonego i opisanego projektu *łóżka*. W ramach tej idei zaproponował *adapter*, będący swoistą, w pełni funkcjonalną *nakładką* na standardowe podwozie łóżka szpitalnego (rehabilitacyjnego). Ogólnie to rozwiązanie prezentuje rysunek 6.4.

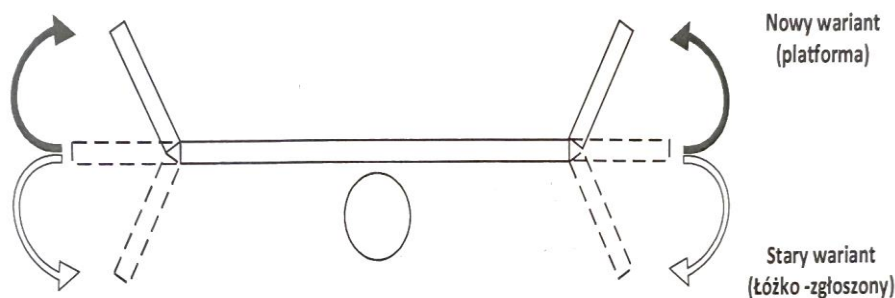
Zaproponowane autorsko innowacje w stosunku do wcześniejszego zgłoszenia całego łóżka zawierały cztery istotne kwestie. Po pierwsze platforma jest uniwersalną nakładką na podwozie standardowego łóżka, a nie całym dedykowanym łóżkiem, jak w poprzednim zgłoszeniu patentowym. Dzięki temu uzyskuje się możliwość szybkiej adaptacji dowolnego podwozia łóżka szpitalnego do formy specjalistycznej – takiej, która jest przeznaczona dla pacjentów z nadwagą i umożliwiającej szybką ewakuację w razie wystąpienia potrzeby (patrz ponownie: rysunek 6.6).

Rysunek 6.6. Wielofunkcyjny adapter łóżka rehabilitacyjnego



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 6.7. Warianty paneli bocznych



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne rozwiązanie dotyczyło paneli bocznych (patrz: rysunek 6.7). W adapterze na standardowe łóżko do transportu chorych zastosowano unoszenie paneli bocznych, a nie ich opuszczanie, jak w poprzednim zgłoszeniu. Rozwiązanie takie zaproponowano to po sugestjach ekspertów. Przez zmianę konfiguracji paneli uzyskano efekt ustabilizowania i zabezpieczenia pacjenta podczas transportu. Wyeliminowano dzięki temu rozwiązaniu dodatkowe przypinanie do łóżka zarówno pacjenta, jak i materaca, który w tym wariantcie nie zwisa po bokach łóżka.

Trzecie zaproponowane rozwiązanie dotyczyło wsporników. Uwzględniono tutaj również opinie ekspertów, którzy podczas wywiadu wskazywali na niską efektywność jednej podpory. W związku z tym zamiast jednej centralnej, dodatkowej podpory bocznej dla rozłożonego w pozycji poziomej panelu zastosowano po dwie na każdą stronę. Celem takiego rozwiązania jest poprawienie stabilności, bezpieczeństwa i komfortu obsługi rozłożonego łóżka. Ostatnim wdrożonym rozwiązaniem jest wyposażenie platformy w uniwersalne, skręcane elementy mocujące. Pozwalają one na szybkie, łatwe i trwałe przytwierdzenie *adaptera* do ramy podwozia łóżka, jakie jest w dyspozycji danej placówki.

Podsumowując powyższe, adapter na łóżko do transportu chorych mocuje się na podwoziu standardowego łóżka szpitalnego. Adapter osadzony na łóżku szpitalnym służy wraz z łóżkiem do transportu chorego. Przedstawione powyżej rozwiązanie 4 maja 2022 roku zostało zgłoszone do Urzędu Patentowego RP według numeru *P. 441084* (patrz: załącznik nr 8).

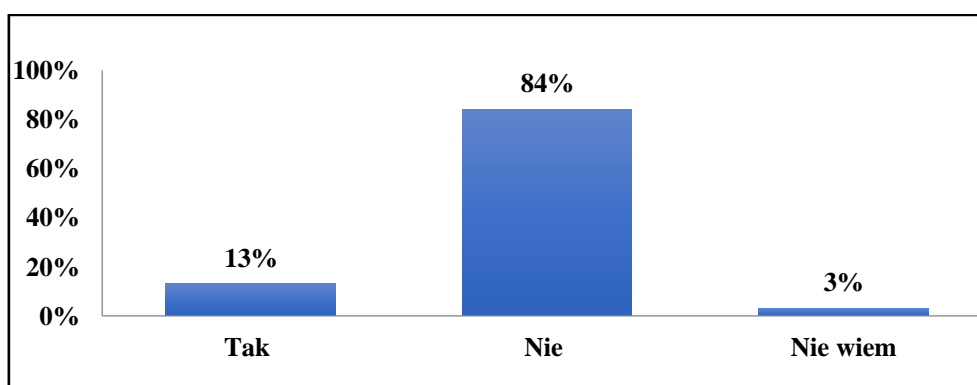
W stosunku do poprzedniego zgłoszenia patentowego w tym rozwiązaniu uzyskano dodatkowe korzyści. Należy wskazać na zwiększenie stabilności, bezpieczeństwa i komfortu obsługi rozłożonego łóżka. Ponadto niezwykle ważne jest uzyskanie efektu ustabilizowania i zabezpieczenia chorego podczas transportu bez przypinania do łóżka poprzez szybkie uniesienie paneli bocznych. Warto podkreślić również możliwość wykorzystania dowolnego podwozia łóżka szpitalnego do szybkiej konwersji do formy specjalistycznej, dedykowanej dla pacjentów z nadwagą i umożliwiającej szybką ewakuację.

Warte w tym miejscu jest podkreślenie, że oba zgłoszenia patentowe otrzymały w Urzędzie Patentowym pozytywne opinie dotyczące tak zwanego *stanu techniki*, czyli skali innowacyjności. Dla zgłoszenia według numeru *P. 440151* z dnia 03.02.2022 r. (patrz: załącznik nr 7), a dla zgłoszenia według numeru *P. 441084* z dnia 31.05.2022 r. (patrz: załącznik nr 8).

W tym miejscu należy podkreślić, że badania własne przeprowadzone przez autora pracy uwzględniły nie tylko wiedzę ekspertów, ale i doświadczenia respondentów ankietowych. Uczestników badania zapoznano z opisem łóżka, o zmiennej geometrii, które ma zastosowanie do pielęgnacji i/lub ewakuacji osób niepełnosprawnych ruchowo również tych o masie ciała przekraczającej 140 kg. Przedstawiono jego cechy szczególne i najważniejsze zalety. Zaprezentowano im także materiał zdjęciowy wykonanego prototypu, a na życzenie nawet film.

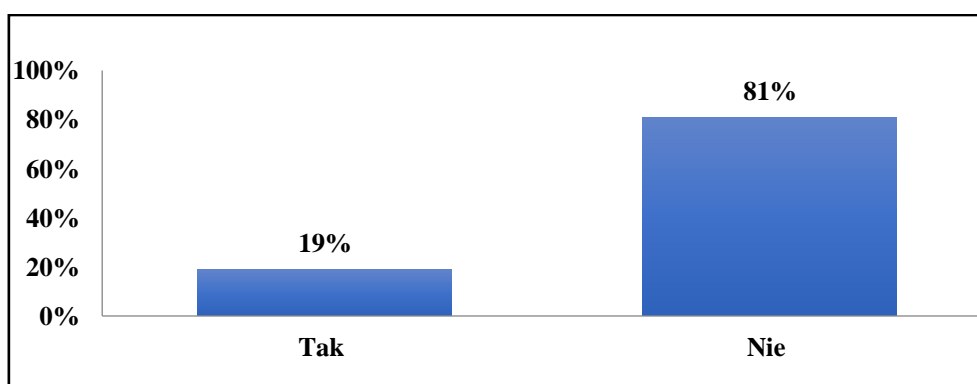
Prośbę o ocenę łóżka skierowano do osób, które miały wcześniej do czynienia z łóżkiem rehabilitacyjnym. Takie doświadczenie miało zaledwie 13% uczestników badania (patrz: wykres 6.3). W dalszej analizie uwzględniono wyłącznie ich odpowiedzi. 81% z nich nie miało potrzeby korzystania z łóżka rehabilitacyjnego (patrz: wykres 6.4).

Wykres 6.3. Wcześniejsze używanie łóżka rehabilitacyjnego przez respondentów



Źródło: badanie własne.

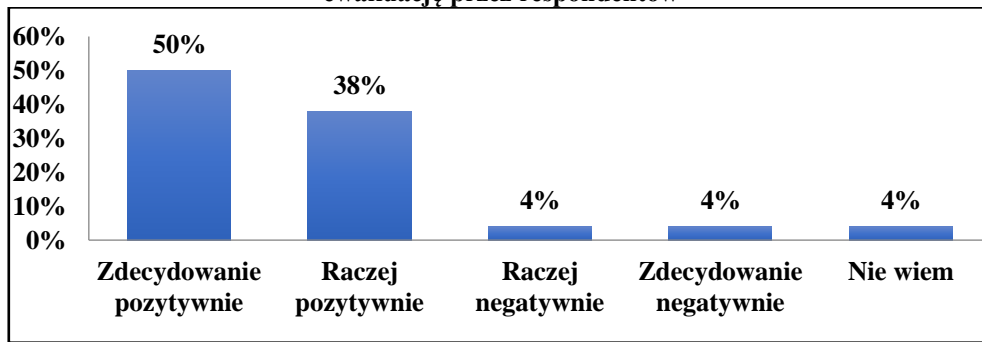
Wykres 6.4. Używanie obecnie łóżka rehabilitacyjnego przez respondentów



Źródło: badanie własne.

Łącznie 88% respondentów pozytywnie oceniło nowy model łóżka rehabilitacyjnego, który ułatwia ewakuację pacjenta (patrz: wykres 6.5).

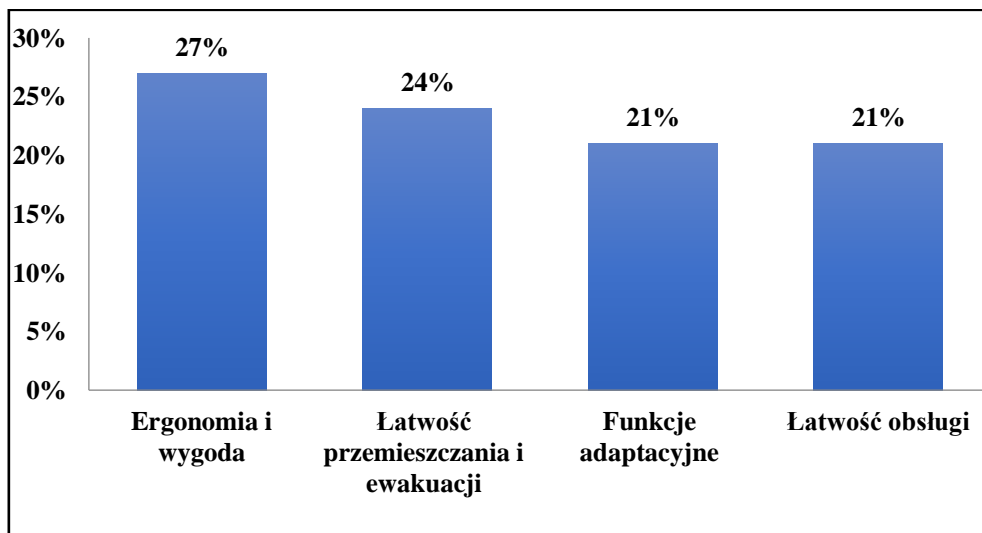
Wykres 6.5. Ocena łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację przez respondentów



Źródło: badanie własne.

W dalszej kolejności mogli wskazać jego wady i zalety. Mogli udzielić kilku odpowiedzi. Uczestnicy badania do zalet nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego z porównywalną częstotliwością zaliczyli: ergonomię i wygodę (27%), łatwość przemieszczania i ewakuacji (24%), funkcje adaptacyjne (21%) oraz łatwość obsługi (21%) (patrz: wykres 6.6.).

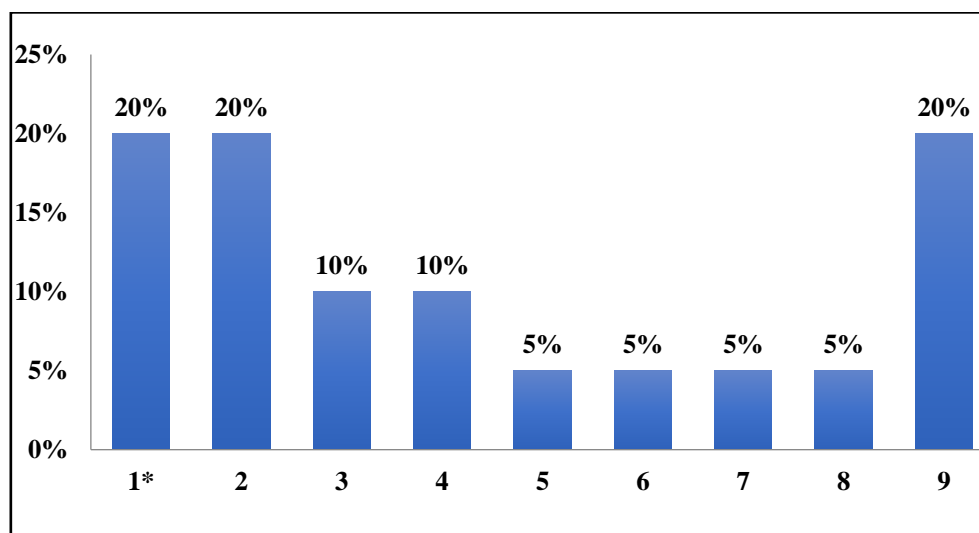
Wykres 6.6. Zalety nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego ułatwiającego ewakuację wskazane przez respondentów



Źródło: badanie własne.

Respondenci wymienili także wady tego łóżka (patrz: wykres 6.7.).

Wykres 6.7. Wady zaprezentowanego łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację



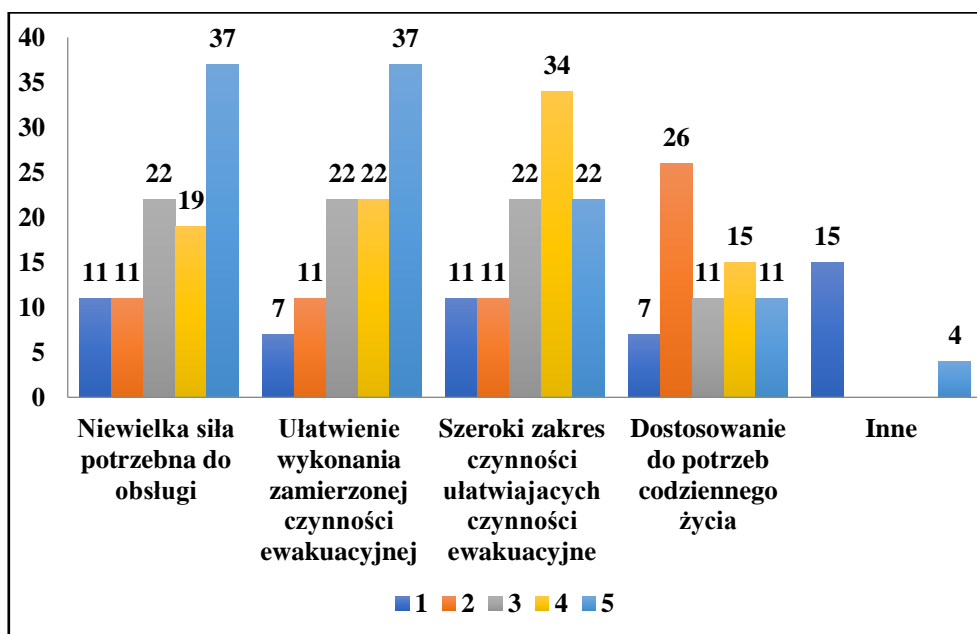
Legenda: 1* – duże gabaryty – problem z ewakuacją na schodach, 2 – jedna podpora boczna, 3 – brak barierek zabezpieczających przed wypadnięciem, 4 – niestabilna konstrukcja, 5 – wymóg obsługi przez specjalistów, 6 – kolorystyka, 7 – cena, 8 – mały komfort obsługi, 9 – nie wiem.

Źródło: badania własne.

Najczęściej uznali za nie jego duże gabaryty, które mogą powodować problem z ewakuacją po schodach (20%), oraz obecność tylko jednej podpory bocznej (20%). Respondenci rzadziej do wad tego łóżka zaliczyli brak barierek zabezpieczających przed wypadnięciem (10%) oraz niestabilną konstrukcję (10%). Sporadycznie za słabość tego sprzętu zaliczyli wymóg obsługi przez specjalistów (5%), nieatrakcyjną kolorystykę (5%) i cenę (5%) łóżka oraz mały komfort obsługi (5%).

Respondenci ocenili przydatność właściwości nowego łóżka rehabilitacyjnego, ułatwiającego ewakuację. Posłużyli się skalą ocen od 1 do 5, w której opcja 1 oznaczała najmniej istotną cechę, a ocena 5 – najbardziej istotną właściwość. Ocenie poddano cechy: niewielka siła potrzebna do obsługi sprzętu, ułatwienie w wykonywaniu zamierzonej czynności ewakuacyjnej, szeroki zakres czynności ułatwiającej czynności rehabilitacyjne, dostosowanie do potrzeb codziennego życia oraz inne właściwości (patrz: wykres 6.8).

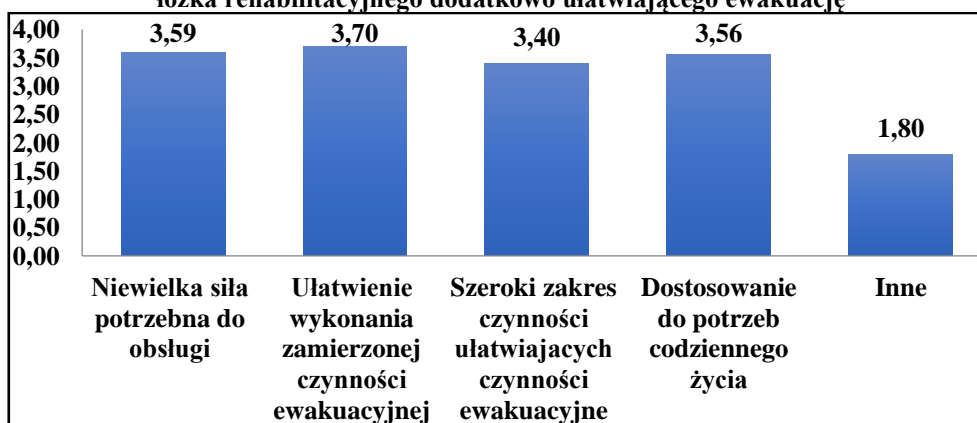
Wykres 6.8. Ocena respondentów przydatności cech nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację



Źródło: badanie własne.

Respondenci uznali, że wskazane cechy charakteryzują się umiarkowanym poziomem przydatności (patrz: wykres 6.9.).

Wykres 6.9. Średnia ocen respondentów przydatności cech nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację



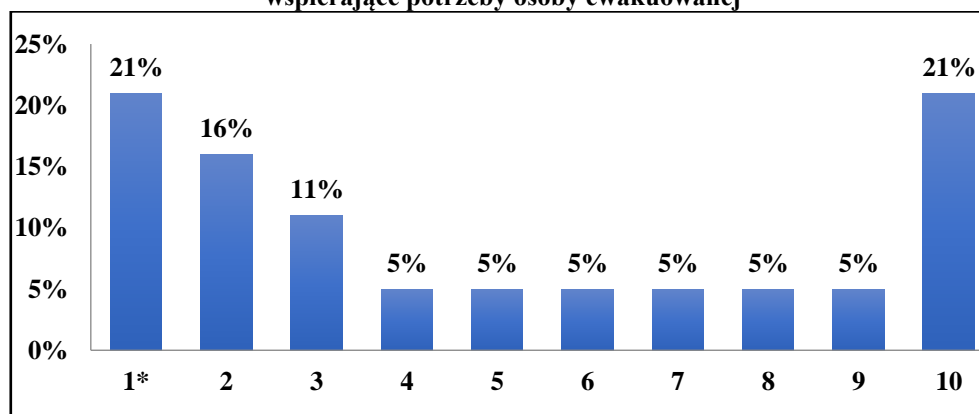
Źródło: badanie własne.

Za najbardziej użyteczny atrybut nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego uznano ułatwienie wykonania zamierzonej czynności ewakuacyjnej, niewielką siłę potrzebną do obsługi łóżka oraz dostosowanie do potrzeb codziennego życia. Nieco niżej oceniono szeroki zakres czynności ułatwiających działania rehabilitacyjne. Część respondentów wymieniło także inne cechy. Zaliczyli do nich możliwość dostosowania gabarytów łóżka, łatwą modyfikację jego szerokości, łatwość obsługi, szerokość i wygodę, jednak ocena

tych cech była znacznie niższa, niż wcześniej wymienionych. Ich przydatność ocenili niżej niż wcześniej wymienionych cech sprzętu.

Respondenci mogli zaproponować usprawnienia nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego, aby pełniej zaspokajało potrzeby ewakuowanych osób (patrz: wykres 6.10).

Wykres 6.10. Proponowane usprawnienia łóżka rehabilitacyjnego wspierające potrzeby osoby ewakuowanej



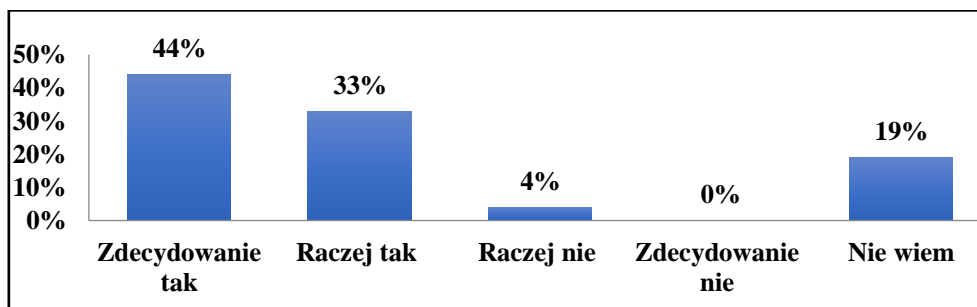
Legenda: 1* – barierki zabezpieczające pacjenta przed wypadnięciem, 2 – likwidacja środkowej podpórki, 3 – panele boczne podnoszone do góry celem zabezpieczenia pacjenta, 4 – ułatwienie ewakuacji osoby niesamodzielnej po schodach, 5 – elektryczna regulacja, 6 – możliwość załamania łóżka do pozycji siedzącej, 7 – łatwość obsługi, 8 – zwiększenie kółek, 9 – wygodny materac, 10 – nie wiem.

Źródło: badania własne.

Co trzecia osoba wskazała możliwość zamontowania barierki chroniących pacjenta przed wypadnięciem, wprowadzenie podnoszonych paneli bocznych. Uczestnicy badania byli zdania, że potencjał łóżka można zoptymalizować za pomocą likwidacji środkowej podpórki (co szósta badana osoba), ułatwienia ewakuacji osoby niesamodzielnej po schodach, elektrycznej regulacji, możliwości załamania łóżka do pozycji siedzącej, zwiększenie ilości kółek, wyposażenie łóżka w wygodny materac. Uzyskane odpowiedzi przyczyniły się do wdrożenia usprawnień w przygotowanym zgłoszeniu patentowym i prototypie urządzenia pod nazwą: *Wielofunkcyjny adapter łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji i osób z nadwagą 140+*.

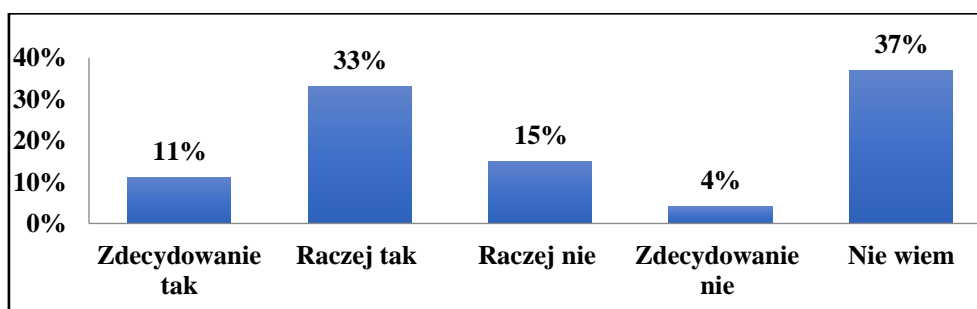
Łącznie 77% respondentów, którzy wcześniej korzystali z łóżka rehabilitacyjnego, uznało, że nowy model takiego łóżka byłby lepszy niż te, jakich używali do tej pory (patrz: wykres 6.11.). 44,0% osób chciało posiadać takie łóżko (patrz: wykres 6.12.).

Wykres 6.11. Nowy model łóżka rehabilitacyjnego lepszy od łóżek używanych dotąd przez respondentów



Źródło: badania własne.

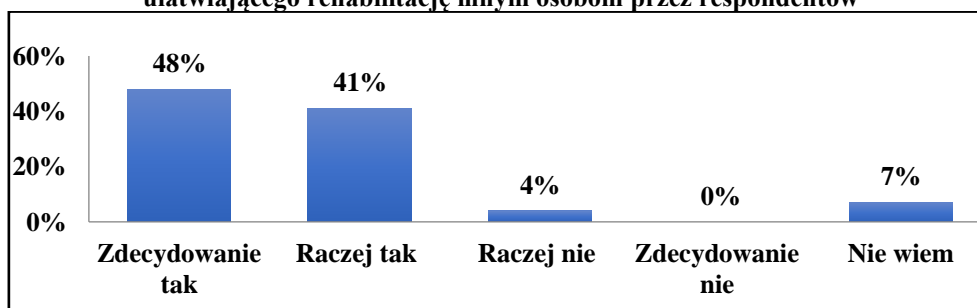
Wykres 6.12. Deklaracja respondentów dotycząca chęci posiadania nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego rehabilitację



Źródło: badanie własne.

Wśród nich 20% uczestników badania używała łóżko rehabilitacyjnego w czasie przeprowadzania badania. 89% respondentów było gotowych polecić innym nowy model łóżka dodatkowo ułatwiającego ewakuację (patrz: wykres 6.13).

Wykres 6.13. Polecenie nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego rehabilitację innym osobom przez respondentów



Źródło: badanie własne.

Podsumowując, koncepcje wsparcia osób z bezsilnością ruchową powinny ewaluować w kierunku szeroko pojętej modyfikacji sprzętu dla osób niepełnosprawnych. Takie modyfikacje wymagają konsultacji z osobami z niepełnosprawnością, ekspertami i praktykami. Należy również zintensyfikować działania profilaktyczno-szkoleniowe, zwiększające świadomość społeczną. Dzięki wskazanym zmianom możliwa stanie się

poprawa efektywności działań podejmowanych w warunkach wymuszonej ewakuacji i stanów, które odpowiadają za poziom poczucia bezpieczeństwa personalnego ewakuowanych, niepełnosprawnych osób.

6.5. Wnioski

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *W jakim kierunku powinny ewaluować koncepcje wsparcia osób z bezsilnością ruchową, aby podnieść efektywność działań, w warunkach wymuszonej ewakuacji i stanów odpowiadających poczuciu bezpieczeństwa personalnego?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiły podstawę do częściowo realizowanej weryfikacji założonej hipotezy głównej, stanowiącej przypuszczenie autora, że *złożoność organizacyjno-logistyczna ewakuacji osób ograniczonych ruchowo jest na tyle duża, że zagadnienie to powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w koncepcji wsparcia osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się. W wybranych aspektach ta koncepcja powinna być połączona z naukowo uzasadnionym projektem i wdrożeniem patentowym, co podniesie na zdecydowanie wyższy poziom bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych, efektywność prowadzonych działań ewakuacyjnych oraz neutralizację nieakceptowanych dotąd stanów.* Jednocześnie w całości znalazło potwierdzenie dla hipotezy szczegółowej H.5., w której autor zawarł, że *brakuje koncepcji wsparcia osób z bezsilnością ruchową, aby podnieść efektywność działań, w warunkach wymuszonej ewakuacji, i w tym obszarze należy doprowadzić do aktywizacji środowisk badawczo-naukowych z propozycjami patentowymi włącznie.*

Na podstawie dokonanych badań należy sformułować w ten sposób następujące wnioski:

- w Polsce system prawno-organizacyjny nie zapewnia dostatecznego bezpieczeństwa osobom niepełnosprawnym z dysfunkcjami ruchu w czasie wymuszonej ewakuacji na przykład z budynków szpitalnych, domów opieki społecznej. Zaniechania polskiego ustawodawcy prowadzą do niskiej kultury bezpieczeństwa w odniesieniu do niepełnosprawnych użytkowników – w tym osób z dysfunkcjami ruchu;
- ratownicy stosują różne sposoby i środki techniczne w czasie ewakuacji osób z niepełnosprawnością ruchową. Na proces ewakuacyjny oddziałują różne czynniki, w tym czas przemieszczania się, stan zdrowia osób i ich masa ciała.

Należy wykorzystać dostępne rozwiązania i urządzenia, np. nowy model łóżka do transportu chorych, wspierającego proces ewakuacji;

- w wielu polskich placówkach medycznych, opiekuńczych, społecznych przemieszczenia wymaga wielu pacjentów. Jednak proces ten utrudniają bariery architektoniczne – w tym zbyt wąskie otwory drzwiowe. Należy wykorzystać dostępne rozwiązania i urządzenia, np. nowy model łóżka do transportu chorych, wspierającego proces ewakuacji;
- przeprowadzone badania własne autora prowadzą do wniosku o konieczności dostosowania sprzętu ewakuacyjnego do potrzeb i cech osób z bezsilnością ruchową oraz architektonicznych i organizacyjnych warunków ewakuacji;
- zaproponowany model patentowy, wspierający proces ewakuacji zyskał aprobatę respondentów. Dostrzeżono jego potencjał w rozwiązywaniu trudności w czasie wymuszonej ewakuacji, usprawnieniu jej i podniesieniu poziomu bezpieczeństwa osób z dysfunkcjami ruchu.

ZAKOŃCZENIE

Niniejsza rozprawa doktorska stanowi efekt kilkuletnich dociekań autora dotyczących bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo w warunkach wymuszonej ewakuacji. U podstaw tego zainteresowania legły osobiste doświadczenia pozyskane w okresie trwania pandemii *Covid-19*, a wynikające z konieczności podejmowania zróżnicowanych decyzji, jako wojewody wielkopolskiego.

Zaprezentowane czynności badawcze miały charakter teoretyczno-empiryczny, tym samym badane aspekty wpisano w transdyscyplinarne odniesienie do zagadnień lokowanych w dyscyplinie *nauki o bezpieczeństwie*, wraz z objawionymi wyzwaniem, jakie towarzyszą aktualnie *bezpieczeństwu zdrowotnemu*.

W tej ostatniej sferze szczególną uwagę zwrócono w dysertacji na współczesne pozycjonowanie i atrybuty wynikające z szeregu właściwości *bezpieczeństwa osobistego człowieka* ograniczonego ruchowo. W odniesieniu empirycznym: rozpoznano czynniki ryzyka zdrowotnego, ustalono jaki jest katalog potrzeb osób z uszkodzonymi funkcjami przemieszczania się i jakie są sposoby zarządzania ich bezpieczeństwem. Wszystko to razem powiązано z ustalonymi rodzajami zagrożeń i wynikającymi z nich ryzyk ewakuacji, dotyczących niepełnosprawnych. Wyprowadzono uzasadniony wynikami badań wniosek, że w warunkach wymuszonego ewakuowania, brakuje dla takich osób koniecznych rozwiązań.

Autor osiągnął w ten sposób główny cel pracy, postrzegany w kategoriach *poznawczych* (teoretycznych) i *praktycznych* (użytkowych), który ostatecznie sprowadził się do *stworzenia rozwiązania wspierającego bezpieczną ewakuację osób niepełnosprawnych ruchowo*. Było to możliwe dzięki rozstrzygnięciu *głównego problemu badawczego* rozprawy – uzyskania odpowiedzi na pytanie: *Jakie zmiany powinny nastąpić w organizacji bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo, by mogły być efektywnie ewakuowane, pomimo istniejących wyzwań obiektowych i typowych następstw dla tego procesu?* i szeregu *problemów szczegółowych*. Czynności powyższe były nierozdzielnie powiązane z potwierdzeniem rozbudowanej treściowo *hipotezy głównej* i pięciu *hipotez szczegółowych*.

Rozwiązanie wyartykułowanych problemów badawczych i potwierdzona trafność przyjętych hipotez pozwoliły na wyprowadzenie szeregu wniosków o charakterze ogólnopodsumowującym.

Ustalono zatem, że personalny charakter wyzwań współczesnego bezpieczeństwa wywołuje coraz poważniejsze skupianie się na realizacji różnorodnych zadań stowarzyszonych z problematyką zdrowotną. Istnieją sprzyjające warunki, aby na poziomie teoretycznym i koncepcyjnym nad tym zagadnieniem się pochylić, a w tym ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych z różnymi dysfunkcjami. Skonkretyzowane badanie tego obszaru wymaga jednak współpracy o charakterze interdyscyplinarnym, ze szczególnym podkreśleniem pozycjonowania możliwości dyscypliny *nauki o bezpieczeństwie*.

Współczesne *ujmowanie bezpieczeństwa* uwzględnia jego indywidualny i systemowy wymiar, co ma szczególne znaczenie w przypadku oczekiwania osób z dysfunkcjami ruchu. Umożliwia uwzględnienie nowych aspektów, sfer i płaszczyzn ich sytuowania, które zapewni zaspokojenie typowych, ale środowiskowo specyficznych potrzeb, powiązanych z posiadaną niepełnosprawnością.

Pozycjonowanie *bezpieczeństwa zdrowotnego* ma zatem w systemowej sferze badań nad bezpieczeństwem wartość wysoką, ale jednocześnie wymagającą odpowiedniego traktowania. Należy bowiem liczyć się ze stałym wzrostem liczby jego beneficjentów, wraz z koniecznością stałego rozpoznawania nowych potrzeb i sposobów ich zaspokajania, bądź neutralizacji.

Pochylając się nad *personalnym* charakterem wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa dostrzeżono ich specyficzne właściwości, a także dokonujące się w tej sferze przekształcenia. Oceniono, że istnieje szereg zróżnicowanych czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które lokują się poza kontrolą i możliwościami oddziaływania jednostek pełno- i niepełnosprawnych. Potrzebują one odpowiedniego wsparcia, aby poprawić lub utrzymać oczekiwany poziom zdrowia, samodzielności i doświadczyć samospełnienia o charakterze fizycznym, emocjonalnym, duchowym, społecznym i strukturalnym. By ten cel osiągnąć należy monitorować poziom subiektywnych i obiektywnych odniesień do stanu bezpieczeństwa, wykorzystując do tego celu dostępne rozwiązania (teoretyczne/utylitarne) i tworzyć nowe.

Wyprowadzono następnie wniosek, że *personalne bezpieczeństwo* osób z dysfunkcjami ruchu jest kształtowane głównie przez czynniki społeczne, personalne (charakter i stopień niepełnosprawności ruchowej) i systemowe. Determinują one w różnorodny sposób zakres samodzielności i zaspokajania codziennych potrzeb. Jednak kluczowe znaczenie ma posiadany indywidualnie stan zdrowia i jego natura, ponieważ dany stopień niepełnosprawności odpowiednio polaryzuje wynikające z tego problemy.

Wszystko to razem przekłada się na różnorodne poziomowanie ocen dbałości o utrzymanie oczekiwanego stanu bezpieczeństwa, szczególnie, że osób z dysfunkcjami ruchu przybywa i staje się to coraz większym problemem społecznym i organizacyjnym. Tym samym braki w zaspokajaniu potrzeb osób niepełnosprawnych, a w tym ruchowo, są coraz bardziej kłopotliwe, nie tylko dla nich samych, ale także dla ich rodzin i środowiska oraz dla osób zarządzających.

Dzieje się tak między innymi dlatego, że w przykładowo występujących ryzykach dla wymuszonych scenariuszy ewakuacyjnych nie uwzględniono większości potrzeb osób niepełnosprawnych. Wykazano w toku badań, że w kraju doszło do szeregu zaniedbań, a nawet *zaniechań*. Szczególne oczekiwania w tym względzie zostały powiązane z wejściem w życie dnia 23 kwietnia 2022 roku *ustawy o obronie ojczyzny*, zastępującej ustawę o *powszechnym obowiązku obrony RP*, gdzie w jej treściach nie ujęto żadnych kwestii powiązanych z obroną cywilną, a w tym zagadnień dotyczących ewakuowania. Od dłuższego czasu problematyka ta jest na etapie prac koncepcyjno-ustawodawczych, co wobec sygnałów stowarzyszonych z wydarzeniami w Ukrainie budzi liczne kontrowersje. Państwo od strony formalnej podjęło jednak konieczne działania, które zostały skupione na zapewnienie osobom niepełnosprawnym pełni praw *człowieka i obywatela*. Jednak w wielu przypadkach opracowane rozwiązania nie zostały wdrożone. Osoby niepełnosprawne są nadal narażone na wyzwania architektoniczne, organizacyjne, techniczne, także w obiektach użytku publicznego: w urzędach, szkołach czy szpitalach.

Bazując na powyższym wyprowadzono, że aby zapewnić optymalny poziom bezpieczeństwa osobom z dysfunkcjami ruchu w czasie wymuszonej ewakuacji, należy podjąć liczne działania. Kluczowe znaczenie ma zdaniem autora lepsze poznanie natury bezpieczeństwa tej grupy społecznej, co wymaga podjęcia prac koncepcyjnych i badawczych, a w tym o charakterze interdyscyplinarnym. Należy stworzyć klimat dla społecznego i politycznego zainteresowania problemem bezpieczeństwa osób z dysfunkcjami ruchu. Zmiany w tym zakresie powinny przyczynić się do wystąpienia warunków, dzięki którym instytucje publiczne oraz organizacje społeczne będą mogły wywierać silniejszy nacisk na polskiego ustawodawcę i władze wykonawcze, aby zapewniono lepszą ochronę i wsparcie niepełnosprawnym, a szczególnie w czasie możliwej/wymuszonej ewakuacji. Wymaga to jednak określonych zmian na poziomie koncepcyjnym, systemowym i realizacyjnym, a także dostępu do nowych rozwiązań, technologii i urządzeń.

Zdaniem autora do tych ostatnich należą potwierdzone badawczo propozycje powiązane ze złożeniem wniosków patentowych. Od października 2021 roku został on członkiem zespołu naukowego w ramach wielomodułowego Projektu Naukowo-Badawczego Akademii Kaliskiej pod tytułem: *Organizacja bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo* i wraz z zespołem badawczym przyczynił się (w styczniu 2022 roku) do złożenia wniosku o udzielenie patentu na łóżko do transportu chorych. Udział autora w tym wniosku wynosił 30%. Dzięki badaniom powiązanim z potrzebami niniejszej dysertacji i wprowadzonym na takich podstawach wnioskom: dokonano szeregu modyfikacji i złożono niespełna cztery miesiące później kolejne zgłoszenie o udzielenie patentu. Dotyczyło ono *adaptera* na standardowe łóżko do transportu chorych. Autor miał w tym przypadku już bardzo znaczący, bo 60% udział. W lutym 2022 roku otrzymano wstępną, w przedmiocie tak zwanego *stanu techniki*, pozytywną ocenę Urzędu Patentowego RP dla zgłoszenia wynalazku *P.440151*. Drugą, również pozytywną ocenę, otrzymano w maju 2022 roku dla zgłoszenia wynalazku *P.441084*. Oba wnioski miały związek z usprawnieniami w obszarze bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych ruchowo.

Założono, że nowy model łóżka rehabilitacyjnego zaspokoi potrzeby związane z przewozem osoby niepełnosprawnej ruchowo w czasie wymuszonej ewakuacji, o ile zostaną wdrożone zmiany zalecone przez uczestników badania ankietowego i wywiadu eksperckiego. Proponowane urządzenia (*łóżko* i *adapter*) ułatwią ochronę tej grupy osób w licznych instytucjach i obiektach użyteczności publicznej, w których znajdują się pacjenci obłożnie chorzy. Z ich pomocą częściowo zostanie zniwelowany negatywny wpływ wyzwań architektonicznych, organizacyjnych i technicznych w przypadku wymuszonej ewakuacji osób obłożnie chorych, w tym – także tych z nadwagą i otyłością. Te rozwiązania ograniczą wysiłek ratowników, zwiększając ich skuteczność, podnosząc poziom bezpieczeństwa ewakuowanych osób przy obniżeniu ryzyka wystąpienia u nich wtórnych skutków ewakuacji. Na te i inne aspekty uwagę zwrócili uczestnicy badania ankietowego i wywiadu eksperckiego. Docenili oni potencjał proponowanych rozwiązań i odpowiednio wsparli nowe pomysły. Dzięki niemu możliwe stanie się rozwiązanie szeregu trudności w czasie wymuszonej ewakuacji, usprawnieniu jej i podniesieniu poziomu bezpieczeństwa osób z dysfunkcjami ruchu.

Zaproponowane wdrożenia patentowe, sformułowane wnioski nie ograniczają dostępnych możliwości i rozwiązań, które pozwolą zoptymalizować koncepcję wsparcia osób niepełnosprawnych ruchowo w czasie wymuszonej ewakuacji. Uzyskane

i przedstawione rezultaty badań cechują się jednak uniwersalnością i nowatorstwem, a w przypadku kolejnych działań autora zostały przykładowo przełożone na uwagi do opracowanych *procedur ewakuacji osób niepełnosprawnych* w Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, które zostaną wdrożone do końca 2023 roku.

BIBLIOGRAFIA

I. Akty Prawne:

1. *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.* (Dz. U. 2012 poz. 1169)
2. *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 07 grudnia 2000 r.* (Dz. U. UE, C 83, 30 marzec 2010)
3. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka – rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ przyjęta w dniu 10 grudnia 1948 r.* <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html>
4. *Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.)
5. *Ustawa z dnia 21 listopada 1996 r. o muzeach* (Dz. U. 1997 Nr 5, poz. 24)
6. *Ustawa z dnia 03 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania* (Dz. U. Nr 254 poz. 1700 z późn. zm.)
7. *Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny* (Dz.U. 2022 poz. 655 z późn. zm.).
8. *Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach* (Dz. U. 2013 poz. 21 z późn. zm.)
9. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)
10. *Ustawa z dnia 16 września 2011 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi* (Dz. U. Nr 234, poz. 1385 z późn. zm.)
11. *Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich* (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 z późn. zm.)
12. *Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami* (Dz. U. 2019 poz. 1696)
13. *Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń* (Dz. U. Nr 12, poz. 114 z późn. zm.)
14. *Ustawa z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. Nr 44 poz. 220 z późn. zm.)
15. *Ustawa z dnia 24 sierpnia 1990 r. o ochronie przeciwpożarowej* (Dz. U. 1991 nr 81 poz. 351 z późn. zm.)
16. *Ustawa z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej* (Dz. U. Nr 88, poz. 400 z późn. zm.)

17. *Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym* (Dz. U. Nr 89 poz. 590 z późn. zm.)
18. *Ustawa z dnia 26 lutego 1951 r. o terenowej obronie przeciwlotniczej* (Dz. U. Nr 14, poz. 108 z późn. zm.)
19. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.).
20. *Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe* (Dz. U. z 2001 Nr 3 poz. 18 z późn. zm.)
21. *Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji* (Dz. U. 2019 poz. 1622 z późn. zm.).
22. *Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.)
23. *Ustawa z dnia 6 czerwca 1974 r. Kodeks pracy* (Dz. U. Nr 20, poz. 141 z późn. zm.)
24. *Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane* (Dz. U. 1994 nr 89 poz. 414 z późn. zm.)
25. *Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym* (Dz. U. Nr 16, poz. 95 z późn. zm.)
26. *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. Nr 191 poz. 1410 z późn. zm.)
27. *Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej* (Dz. U. Nr 79, poz. 523 z późn. zm.)
28. *Ustawa dnia 22 czerwca 1995 r. o zakwaterowaniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz.U. Nr 86, poz. 433 z późn. zm.)
29. *Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej* (Dz. U. Nr 62 poz. 558 z późn. zm.)
30. *Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 17 maja 2022 r. w sprawie niższego udziału lub zwolnienia z obowiązku zapewniania audycji z udogodnieniami dla osób z niepełnosprawnościami w katalogach audiowizualnych usług medialnych na żądanie* (Dz. U. 2022 poz. 1140)
31. *Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego*

- dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. 2022 poz. 1717),
32. *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem* (Dz. U. 2017 poz. 1578 z późn. zm.)
 33. *Rozporządzenie Ministra Gospodarki Przestrzennej i Budownictwa z dnia 1 października 1993 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy eksploatacji, remontach i konserwacji sieci kanalizacyjnych* (Dz. U. Nr 96 poz. 437)
 34. *Rozporządzenie Ministra Gospodarki z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie minimalnych wymagań, dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, związanych z możliwością wystąpienia w miejscu pracy atmosfery wybuchowej* (Dz. U. Nr 138, poz. 931)
 35. *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakimi powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (Dz. U. Nr 75 poz. 690)
 36. *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (Dz. U. 2002 Nr 75 poz. 690)
 37. *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (tekst jedn. Dz. U. 2015, poz. 1422).
 38. *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* (tekst jedn. Dz. U. 2019 poz. 1065)
 39. *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 23 czerwca 2003 r. w sprawie informacji dotyczącej bezpieczeństwa i ochrony zdrowia oraz planu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia* (Dz. U. Nr 120 poz. 1126)
 40. *Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 6 lutego 2003 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy podczas wykonywania robót budowlanych* (Dz. U. Nr 47, poz. 401)
 41. *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2018 r. w sprawie sposobu podziału dla uczelni środków finansowych na świadczenia dla studentów oraz na zadania związane z zapewnieniem osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie przyjmowania na studia, do szkół*

- doktorskich, kształceniu na studiach i w szkołach doktorskich lub prowadzeniu działalności naukowej (Dz. U. 2018 poz. 1850 z późn. zm.)*
42. *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych (Dz.U. Nr 179, poz. 1065)*
 43. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. Nr 129 poz.884 z późn. zm.)*
 44. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie pomocy finansowej udzielanej pracodawcom prowadzącym zakłady pracy chronionej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. 2014 poz. 1975 z późn. zm.)*
 45. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (Dz. U. Nr 62 poz. 370 z późn. zm.)*
 46. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. 2014. poz. 1987 z późn. zm.),*
 47. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie refundacji kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych (Dz. U. 2014 poz. 1970)*
 48. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 8 poz. 42 z późn. zm.)*
 49. *Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2018 r. w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej (Dz. U. 2018. poz. 2342 z późn. zm.)*
 50. *Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej z dnia 7 października 1997 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budowle rolnicze i ich usytuowanie (Dz. U. Nr 132, poz. 877 z późn. zm.)*
 51. *Rozporządzenie Ministra Rozwoju z dnia 11 września 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu i formy projektu budowlanego (Dz. U. 2020 poz. 1609)*

52. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów* (Dz. U. Nr 109 poz. 719 z późn. zm.)
53. *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 lipca 2009 r. w sprawie przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę oraz dróg pożarowych* (Dz. U. Nr 124, poz. 1030)
54. *Karta Praw Osób Niepełnosprawnych z dnia 01 sierpnia 1997 r.* (M.P. Nr 50 poz. 475)
55. *Zalecenie nr Rec(2006)5 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich Plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie 2006-2015* (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 5 kwietnia 2006 podczas 961 posiedzenia zastępców ministrów)
56. *Zalecenie 2006/962/WE w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie* (Dz. U. UE L 394 z dnia 30 grudnia 2006 r.)
57. *Wytyczne Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej i Szefa Obrony Cywilnej Kraju z dnia 28 grudnia 2020 r. do działalności w dziedzinie ochrony ludności, ochrony przeciwpożarowej i obrony cywilnej w 2021 i 2022 r.*, <https://www.gov.pl/web/kgpsp/dokumenty> [dostęp: 30.12.2021]
58. *Wytyczne Szefa Obrony Cywilnej Kraju z dnia 17 października 2008 roku w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, [w:] <https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/dokumentacja-szefa-ock-w-sprawie-ewakuacji>

II. Pozycje zwarte:

1. Ajdukiewicz K., *Język i poznanie*, wyd. PWN, Warszawa 1985
2. Ajdukiewicz K., *Zagadnienia i kierunki filozofii*, Wydawnictwo ANTYK, Warszawa 2003
3. Apanowicz J., *Metodologia nauk*, wyd. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2003
4. Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, Wydawnictwo Diecezji Pelplińskiej Bernardinum, Gdynia 2002
5. Babiński A., Lubniewski P., Łuźniak A., *Współużyteczność metod oraz technik i narzędzi w badaniu bezpieczeństwa*, [w:] A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina (red.), *Nauki o bezpieczeństwie. Wybrane problemy badań*, wyd. CNBOP-PIB,

Józefów 2017

6. Bakiera L., *Styl realizacji rodzicielstwa a społeczny kontekst funkcjonowania współczesnych rodziców*, [w:] B. Harwas-Napierała, L. Bakiera (red.), *Oblicza współczesnej rodziny. Wybrane aspekty*, wyd. WN UAM, Poznań 2018
7. Baranowski B., Rychnik M., Zabłocki M., *Projektowanie przestrzeni pracy osoby niepełnosprawnej na wózku z zastosowaniem nowej postaci zapisu 3D cech antropometrycznych i biomechanicznych*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPŁ, Łódź 2011
8. Baranowski B., Zabłocki M., Pohl P., *Wybrane zagadnienia koncepcyjne i konstrukcyjne budowy urządzeń do ewakuacji osób niepełnosprawnych z wysokich budynków*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPŁ, Łódź 2011
9. Bedyńska S., Brzezicka A., Korzeniowski K., Radkiewicz P., Skarżyńska K., *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych*, wyd. PAN IP, Warszawa 2009
10. Błasiak A., *(Nowy) wymiar rodzicielstwa – wybrane aspekty*, [w:] D. Opozda, M. Leśniak (red.), *Rodzicielstwo w wybranych zagadnieniach pedagogicznych*, wyd. KPR IP KUL, Lublin 2017
11. Boczkowska K., Niziołek K., *Bezpieczeństwo i higiena pracy w zakładach zatrudniających osoby niepełnosprawne*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPŁ, Łódź 2011
12. Bolechów B., *Terroryzm w świecie podwubiegunowym – przewartościowania i kontynuacje*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2003
13. Borzucka-Sitkiewicz K., Sas-Nowosielski K., *Stosowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkół śląskich – zasięg, skutki, przeciwdziałanie*, wyd. Impuls, Kraków 2007
14. Bracha Cz., *Teoretyczne podstawy metody reprezentacyjnej*, wyd. PWN, Warszawa 1996
15. Brzeziński M., *Kategorie bezpieczeństwa*, [w:] S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, wyd. Elipsa, Warszawa 2009
16. Bugajska J., Kamińska J., Strupień A., Hadław A., Żmuda Ł. i in., *Model wsparcia*

- osób niepełnosprawnych w środowisku pracy. Mapa drogowa*, wyd. CiOP-PIP, Warszawa 2019
17. Buzan B., *People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post -Cold War Era*, wyd. Harvester Wheatsheaf, Hemel Hempstead 1991
 18. Cebul K., *Podmiot badania a przedmiot poznania – perspektywa nauk o bezpieczeństwie. Próba poszukiwania modelu metodologicznego*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
 19. Charłasz M., Kowalski J., Irzmański R., *Ergonomia w służbie chorych przewlekle unieruchomionych*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPŁ, Łódź 2011
 20. Cieślarczyk M., *Kultura bezpieczeństwa i obronności*, wyd. UPH, Siedlce 2011
 21. Cieślarczyk M. (red.), *Metody, techniki i narzędzia badawcze oraz elementy statystyki stosowane w pracach magisterskich i doktorskich*, wyd. AON, Warszawa 2006
 22. Cieślarczyk M., *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, wyd. UPH, Siedlce 2009
 23. Cieślarczyk M., *W poszukiwaniu tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Znaczenie kultury metodologicznej i kultury bezpieczeństwa dla rozwoju tożsamości nauk o bezpieczeństwie*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
 24. Coyne L.W., Murrell A.R. (tłum. S. Pikiel), *Radość z rodzicielstwa. Jak odnaleźć równowagę, spokój i szczęście. Terapia akceptacji i zaangażowania*, wyd. GWP, Sopot 2020
 25. Cytowska B., *Spędzanie czasu wolnego przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011
 26. Czakon W., *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, wyd. Oficyna, Warszawa 2013
 27. Czaputowicz J., *Studia europejskie między interdyscyplinarnością a spójnością dyscyplinarną*, [w:] J.Czaputowicz (red.), *Studia europejskie. Wyzwania interdyscyplinarności*, wyd. Wydziału Dziennikarstwa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2014

28. Czeredemska A., *Behawioralne wyznaczniki kompetencji wychowawczych*, [w:] J.M. Stanik (red), *Psychologiczno-pedagogiczne problemy trudności i zaniedbań opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie oraz sposoby ich rozwiązywania*, wyd. Comandor, Warszawa 2009
29. Czop A., *System bezpieczeństwa publicznego Rzeczypospolitej Polskiej ze szczególnym uwzględnieniem prywatnego sektora ochrony. Podręcznik akademicki*, wyd. WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2016
30. Czupryński A., *Nauki o bezpieczeństwie*, wyd. CNBOP, Józefów 2017
31. Czupryński A., Wiśniewski B., Zboina J., *Nauki o bezpieczeństwie*, Wyd. CNBOP, Józefów 2017
32. Czupryński A., Wiśniewski B., Zboina J., *Bezpieczeństwo. Teoria – Badania – Praktyka*, wyd. CNBOP, Józefów 2015
33. Czuryk M., Dunaj K., Karpiuk M., Prokop K., *Bezpieczeństwo państwa. Zagadnienia prawne i administracyjne*, wyd. UWM, Olsztyn 2016
34. Dec P., *Analiza jako metoda badawcza*, [w:] K. Kuciński (red.), *Doktoranci o metodologii nauk ekonomicznych*, wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2007
35. Drabik K., *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w perspektywie filozoficznej*, [w:] K. Drabik (red.), *Natura bezpieczeństwa w perspektywie personalnej i strukturalnej*, wyd. AON, Warszawa 2013
36. Drygiel-Bielińska M., *Podejście systemowe w badaniach bezpieczeństwa*, wyd. INSiB, Siedlce, 2015
37. Dudzińska A., *Niepelnosprawność jako obszar interwencji publicznej*, wyd. WUW, Warszawa 2021
38. Dykcik W., *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, wyd. WNPTP, Poznań 2005
39. Dziubek I.T., *Edukacja obronna „Wiedza”*, Wyd. PWSZ Kalisz, Kalisz 2015
40. Dziubek I.T., *Edukacja obronna w Polsce*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2013
41. Fehler W., *Bezpieczeństwo wewnętrzne współczesnej Polski, Aspekty teoretyczne i praktyczne*, wyd. Arte, Warszawa 2012
42. Fehler W., *Współczesne bezpieczeństwo*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń 2005
43. Filaber J., *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, wyd. WSP im. H. Chodakowskiej, Wrocław 2015
44. Firestone R.W., (tłum. I. Szyszkowska-Andruszko), *Nietoksyczne rodzicielstwo. Jak*

- mądrze wychować dzieci*, wyd. Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza Warszawa 2007
45. Frei D., *Sicherheit: Grundfragen der Weltpolitik*, wyd. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1977
 46. Gaś Z.B., *Profilaktyka w szkole*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2006
 47. Gębska M., *Ekonomiczny wymiar bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego na przykładzie wielowymiarowego wskaźnika ubóstwa (MPI)*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, wyd. ASzWoj, Warszawa 2017
 48. Gierdrewicz-Niewińska A., *Wspieranie zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temida2, Białystok 2020
 49. Gierszewski J., *Problemy tożsamości nauk o bezpieczeństwie jako dyscypliny społecznej*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
 50. Gierszewski J., *Bezpieczeństwo społeczne. Studium z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, wyd. Difin, Warszawa 2013
 51. Gierszewski J., *Organizacja systemu bezpieczeństwa społecznego*, wyd. Difin, Warszawa 2013
 52. Glen A., *Granice materialne i formalne nauk o bezpieczeństwie*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
 53. Głowacka-Rębała A., *Zachowania zdrowotne w rodzinie a problem otyłości u dzieci. Rozprawa doktorska*, wyd. WNoZ UM, Poznań 2013
 54. Gołaska P., *Postawy rodzicielskie a refleksyjność matek dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Rozprawa doktorska*, wyd. WSE UAM, Poznań 2015
 55. Goryń P., *Bezpieczeństwo społeczne - jedno, czy wiele?*, [w:] D. Boćkowski, P. Goryń, K. Goryń (red.), *Bezpieczeństwo i jego percepcja w dyskursie społecznym i militarnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2020
 56. Graf R., Kuźna J., *Zarządzanie wodą opadową w mieście w aspekcie minimalizacji zagrożeń podtopień i powodzi typu „flash flood” (na przykładzie Kalisza)*, [w:] D. Wrzeński, R. Graf, K. Plewa (red.), *Naturalne i antropogeniczne zmiany obiegu wody. Współczesne problemy i kierunki badań*, Boguski Wydawnictwo

Naukowe, Poznań 2020

57. Grobelna J., *Pandemia COVID-19 a zmiany w aktywności fizycznej – tendencje i zalecenia prewencyjne*, [w:] M. Sobera (red.), *Hipokinezja – efekt pandemii COVID-19*, wyd. WAWF, Wrocław 2021
58. Grocki R., *Osoby niepełnosprawne w sytuacji zagrożenia*, wyd. Difin, Warszawa 2014
59. Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2017
60. Hampson F.O., *Bezpieczeństwo jednostki*, [w:] P.D. Williams (red.), *Studia bezpieczeństwa*, wyd. WUJ, Kraków 2012
61. Helios J., Jedlecka W., *Współczesne oblicza przemocy. Zagadnienia wybrane*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2017
62. Herberger J., *Atmosfera wychowawcza w rodzinach zróżnicowanych typologicznie*, [w:] J. Cichła, J. Herberger, B. Skrawek (red.), *Kultura pedagogiczna współczesnej rodziny*, Wydawnictwo Druk-Ar, Głogów 2010
63. Hołyst B., *Perspektywy badawcze problematyki zagrożeń życia. Przeciwno życiu*, wyd. PWN, Warszawa 2017
64. Jakubczak R., Kalinowski R., Loranty K., *Bezpieczeństwo społeczne w erze globalizacji*, wyd. WAP, Siedlce 2008
65. Jałoszyński K., Aleksandrowicz T., Wiciak K. (red.). *Bezpieczeństwo państwa a zagrożenie terroryzmem. Instytucje państwa wobec zagrożenia terroryzmem*, wyd. WSPol, Szczytno 2016
66. Jamrogiewicz B., *Nieprzestrzeganie praw człowieka – przemoc wobec osób z niepełnosprawnościami*. W: J. Zimny (red). *Współczesne zagrożenia naturalne i cywilizacyjne*. wyd. KULJPII, Stalowa Wola 2017
67. Janicki D., Dwurnik N., *Złożoność i synkretyzm bezpieczeństwa personalnego w obliczu współczesnego terroryzmu – casus Francji*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, ASW, Warszawa 2017
68. Janicki D., Dwurnik N., *Złożoność i synkretyzm bezpieczeństwa personalnego w obliczu współczesnego terroryzmu – casus Francji*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, wyd. ASW, Warszawa 2017
69. Jarmoch E., Świdorski A., *Bezpieczeństwo człowieka a dyscyplinarność*, t. 1,

Wydawnictwo AP, Siedlce 2009

70. Jarmaszko S., *U podstaw antropologicznej konceptualizacji bezpieczeństwa*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, wyd. ASW, Warszawa 2017
71. Kaczmarek W., *Prolegomena do bezpieczeństwa publicznego*, [w:] I.T. Dziubek (red.), *Bezpieczeństwo publiczne w rejonie zurbanizowanym*, Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, Kalisz 2010
72. Kamiński S., *Nauka i metoda, Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1998
73. Kapitaniak B., *Perspektywy rozwoju ergonomii dla osób niepełnosprawnych*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPŁ, Łódź 2011
74. Karcz-Kaczmarek M., *Kultura bez barier – problematyka prawna ułatwień na rzecz osób z niepełnosprawnościami narządu wzroku i słuchu*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temina2, Białystok 2020
75. Karolczak K., *Terroryzm XXI wieku – wybrane aspekty*, [w:] D. Schlacter, A. Dąbrowska (red.), *Terroryzm. Studia, analiza, prewencja*, wyd. ABW, Warszawa 2022
76. Karpiuk M., Szczech N., *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe*, [w:] M. Karpiuk (red.), *System Bezpieczeństwa Narodowego*, t. 1, wyd. UWM, Olsztyn 2017
77. Karpiuk M., *Miejsce samorządu terytorialnego w przestrzeni bezpieczeństwa narodowego*, wyd. AON, Warszawa 2014
78. Kaźmierczak-Pec D., *Od bezpieczeństwa państwa do bezpieczeństwa ludzkiego. Ewolucja pojęcia bezpieczeństwa w rzeczywistości ponowoczesnej*, [w:] M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostkowe*, wyd. UPH, Warszawa-Siedlce 2013
79. Kessler M., Mielczarek J., *Prawa publiczne osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Giełda, R. Raszevska-Skalecka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015
80. Kisielewska-Meller J., *Wykluczenie społeczne wczoraj i dziś*, wyd. WUAM, Poznań 2012
81. Kitler W., *Domena bezpieczeństwa źródłem refleksji nad przedmiotem i celem nauk*

- o bezpieczeństwie w klasyfikacji nauk*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
82. Kołodziejczyk K., *Człowiek – centrum rozważań o bezpieczeństwie*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009
83. Kopyciński P., Macica L., *Optymalizacja metodologii badań fotresight*, wyd. MSAPAE, Kraków 2006
84. Korycki S., *System bezpieczeństwa Polski*, wyd. AON, Warszawa 1994
85. Kotarbiński T., *Elementy teorii poznania, logiki formalnej i metodologii nauk*, Wyd. Ossolineum, Wrocław 1961
86. Kotarbiński T., *O pojęciu metody*, wyd. PWN, Warszawa 1957
87. Koziej S., *Wstęp do teorii i historii bezpieczeństwa (skrypt internetowy)*, Warszawa-Ursynów 2010
88. Krasowicz-Kupis G., Wiejak K., Gruszczyńska K., *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, T. 1 – narzędzia dostępne w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach*, wyd. IBE, Warszawa 2015
89. Krzakiewicz K., *Teoretyczne podstawy organizacji i zarządzania*, wyd. AE, Poznań 2006
90. Krzyżanowski L.J., *O podstawach kierowania organizacjami inaczej: paradygmaty, filozofia, dylematy*, wyd. PWN, Warszawa 1999
91. Kubicki P., *Wyzwania polityki publicznej wobec osób z niepełnosprawnościami*, wyd. PIE, Warszawa 2019
92. Kwiatkowska A.M., *Moje bezpieczeństwo w Internecie. Jak osoba z niepełnosprawnością intelektualną może bezpiecznie korzystać z Internetu*, wyd. PSROzUU, Warszawa 2015
93. Krzewniak D., *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych*, wyd. UPH, Siedlce 2015
94. Larkowa H., *Postawy otoczenia wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Hulek (red.), *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*, wyd. WSP, Częstochowa 1985
95. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne Polaków wobec wyzwań XXI wieku*, wyd. Difin, Warszawa 2011
96. Leszczyński M., *Wybrane aspekty bezpieczeństwa społecznego*, wyd. WSPiB,

Ostrowiec Świętokrzyski 2011

97. Lewandowska A., *Środowiskowe zagrożenia cywilizacyjne w kontekście bezpieczeństwa ekologicznego państw*. [w:] N.A. Fechler, A. Zduniak (red.). *Bezpieczeństwo z perspektywy środowisk i obszarów*. T. 3. wyd. WWSB, Poznań 2015
98. Liberska H., *Co to znaczy udane rodzicielstwo? Koszty i zyski wejście w rolę rodzica*, [w:] L. Bakiera (red.), *Rodzicielstwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, wyd. WN UAM, Poznań 2020
99. Liśnieszka H., *Bezpieczeństwo personalne funkcjonariuszy wybranych grup dyspozycyjnych*, [w:] K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, wyd. ASW, Warszawa 2017
100. Lisiecki M., *Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym*, Wydawnictwo Naukowe ŁÓŚGRAF, Warszawa 2011
101. Łabędź K., *Elementy świadomości politycznej współczesnego społeczeństwa polskiego*, [w:] P. Swoboda (red.), *Poczucie bezpieczeństwa obywateli w Polsce w okresie transformacji systemowej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012
102. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, wyd. Impuls, Kraków 2000
103. Majewski T., *Ankieta i wywiad w badaniach wojskowych*, wyd. AON, Warszawa 2002
104. Malikowski M., *Diagnozowanie sytuacji i potrzeb kulturalnych*, wyd. WWSP, Rzeszów 1984
105. Marchewka A., Kurcz M., *Aktywność ruchowa osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011
106. Marjański A., *Zarządzanie kryzysowe jako element systemu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009
107. Masłow A., *Motywacja i osobowość*, (tłum. J. Radzicki), wyd. PWN, Warszawa 2006
108. Meredyk K., *Metoda badań nauk ekonomicznych*, [w:] Meredyk K. (red.), *Ekonomia ogólna*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2007
109. Michalak B., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie – zmiany podstawowej funkcji i więzi rodzinnych*, [w:] P. Dobrowolski, I. Mądry (red.), *Ubodzy i bezdomni*, wyd.

WUŚ, Katowice 1998

110. Mielczarek J., Mikołajów K., *Zatrudnianie osób niepełnosprawnych*, [w:] M. Giełda, R. Raszewska-Skałeczka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015
111. Mikołajewska E., *Wózki dla osób niepełnosprawnych. Budowa, akcesoria, dobór i użytkowanie*, wyd. BDW Margrafesen, Bydgoszcz 2012
112. Mikołajów K., *Przestrzeń publiczna osoby niepełnosprawnej*, [w:] M. Giełda, R. Raszewska-Skałeczka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015
113. Modrzejewski A.K., *Ograniczenia w dostępie do świadczenia pielęgnacyjnego w polskim systemie prawnym*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temida2, Białystok 2020
114. Moller J., *Threats. In How Asia Can Shape the World: From the Era of Plenty to the Era of Scarcities*, wyd. Iseas Yusof Ishak Institute, Signapur 2010
115. Mroczo F., *Zarządzanie kryzysowe w sytuacjach zagrożeń niemilitarnych. Zarys problemu regionu dolnośląskiego*, wyd. WWSZiP, Wałbrzych 2012
116. Netczuk-Gwoździwicz M., *Psychospołeczne funkcjonowanie ofiar przemocy*, wyd. WSOWL, Wrocław 2011
117. Nowak A., *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*, wyd. WUŚ, Katowice 2012
118. Nowak B., *Niepełnosprawni. Wymagania techniczno-budowlane*, wyd. PIP, Warszawa 2021
119. Opozda D., *Zróźnicowanie rodzicielstwa – zarys refleksji*, [w:] D. Opozda, M. Leśniak (red.), *Rodzicielstwo w wybranych zagadnieniach pedagogicznych*, wyd. KPR IP KUL, Lublin 2017
120. Olech A., Dutkiewicz P., *Zagrożenie terrorystyczne dla Francji i Polski*, Wydawnictwo Kontekst, Poznań 2021
121. Otwinowski W., *Podstawy zarządzania kryzysowego i systemu obronnego*, wyd. WWSHiU, Poznań 2015
122. Paplicki M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywatela w polskim systemie ratownictwa medycznego*, E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wrocław 2020
123. Papp D.S., *Contemporary International Relations: Frameworks for Understanding*, wyd. Longman, London 2002

124. Pawlaczyk B., *Wybrane problemy ochrony obiektów zamkniętych na przykładzie hali widowiskowo-sportowej „Arena Kalisz”* [w:] Mierczyk Z., Wasilczuk J. (red.), *Ochrona przed skutkami nadzwyczajnych zagrożeń*, wyd. WAT, Warszawa 2011
125. Pawlaczyk B. (red.), *Wymiary bezpieczeństwa publicznego i ich wieloaspektowość*, wyd. Akademii Kaliskiej, Kalisz 2022
126. Pelc M., *Wybrane problemy metodologiczne wojskowych badań naukowych*, wyd. AON, Warszawa 1998
127. Piasecka A.S., *Kompetencje rodziców dzieci uczęszczających na socjoterapię*, [w:] L. Bakiera (red.), *Rodzicielstwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, wyd. WN UAM, Poznań 2020
128. Pińkowski G., *Zarządzanie kryzysowe jako najważniejszy element zarządzania bezpieczeństwem*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009
129. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995
130. Piwowarski J., *Fenomen bezpieczeństwa. Pomiędzy zagrożeniem a kulturą bezpieczeństwa*, wyd. WSBiI „Apeiron” w Krakowie, Kraków 2015
131. Pogorzelski J.D., Michałowska A.M., *Osoby niepełnosprawne w przestrzeni publicznej – wybrane zagadnienia*, [w:] E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski, E. Zatyka, E. Jurgielewicz-Delegacz (red.), *Bezpieczeństwo osób niewidomych i słabowidzących ze szczególnym uwzględnieniem ruchu drogowego. Wybrane aspekty prawne i kryminologiczne*, wyd. WPUwB, Białystok 2014
132. Pokruszyński W., *Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka*, wyd. WWSGE, Józefów 2012
133. Pokruszyński W., *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa*, wyd. WSGE, Józefów 2010
134. Pokruszyński W., Piwowarski J., *Bezpieczeństwo. Perspektywa filozoficzna teorii i praktyki*, wyd. „Apeiron”, Kraków 2019
135. Polak-Sopińska A., Niziołek K., *Rozwój techniki, medycyny, inwencji twórczych to nowe szanse dla osób z niepełnosprawnościami*, [w:] J. Leczewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WPŁ, Łódź 2011
136. Puskarska A., *Bezpieczne miejsce pracy. Prawa i obowiązki związane z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych*, wyd. SPI, ZUS, Warszawa 2020
137. Pytkowski W., *Organizacja badań i ocena prac naukowych*, wyd. PWN, Warszawa 1985

138. Raszewska-Skalecka R., *Prawne gwarancje edukacji osób niepełnosprawnym w ustawodawstwie polskim – wybrane zagadnienia*, [w:] M. Giełda, R. Raszewska-Skalecka (red.), *Prawno-administracyjne aspekty sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce*, wyd. E-WPiEBC, Wrocław 2015
139. Rieger D., Ślosorz Z., Radwan K., Rakowska J., Porycka B., Abgarowicz I., Suchorab P., *Doraźne metody ochrony stosowane podczas powodzi ze szczególnym uwzględnieniem rękawów przeciwpowodziowych*, wyd. CNBOP-PIB, Józefów 2012
140. Rokitowska J., *Katastrofy naturalne*. W: O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*. Wydawnictwo Libron, Kraków 2018
141. Rutkowski C., *Bezpieczeństwo wewnętrzne. Tożsamość – kierowanie – zarządzanie*, wyd. Wyższa Szkoła Zarządzania i Prawa, Warszawa 2010
142. Rychły-Lipińska A.D., *System zarządzania jakością w jednostkach administracji publicznej*, wyd. WWSiE TWP, Olsztyn 2007
143. Rydzewski P., *Niepełnosprawność i praca zawodowa*, [w:] P. Rydzewski, R. Maciejewska, J. Bielecka-Prus, A. Szkoła, *Osoby niepełnosprawne na rynku pracy Lubelszczyzny*, wyd. WWSPA, Lublin 2011
144. Schimanek T., *Diagnozowanie problemów społecznych*, wyd. FISE, Warszawa 2015
145. Skarbek W.W., *Wybrane zagadnienia metodologii nauk społecznych*, wyd. NWP, Piotrków Trybunalski 2013
146. Skowrońska A., *Badania w pomocy społecznej. Zastosowanie, metody i narzędzia*, wyd. CRZL, Warszawa 2013
147. Sójka W., *Współczesne zagrożenia Polski jako kategoria naukowa i element projekcji bezpieczeństwa państwa*. W: J. Zimny (red.), *Współczesne zagrożenia naturalne i cywilizacyjne*. wyd. KUL JPII, Stalowa Wola 2017
148. Stańczyk J., *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, wyd. Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 1996
149. Starosta W., *Motoryczne zdolności koordynacyjne*, wyd. WIS, Warszawa 2003
150. Staszewska E., *Ochrona pracy osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temida2, Białystok 2020
151. Stefański M., *Związki nauk o bezpieczeństwie z socjologią*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
152. Stelmach J., *Minimalizacja skutków zamachów terrorystycznych w budynkach użyteczności publicznej. Dobre praktyki i rekomendacje*, Wydawnictwo Safety

- Project, Wrocław 2020
153. Starosta W., *Motoryczne zdolności koordynacyjne*, wyd. WIS, Warszawa 2003
154. Sulowski S., Brzeziński M., *Trzy wymiary współczesnego bezpieczeństwa*, wyd. Elipsa, Warszawa 2015
155. Swoboda P., *Poczucie bezpieczeństwa w Polsce w okresie transformacji systemowej*, [w:] K. Łabędź (red.), *Elementy świadomości politycznej współczesnego społeczeństwa polskiego*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2012
156. Sydor M., *Wybór i eksploatacja wózka inwalidzkiego*, wyd. WAR, Poznań 2003
157. Sygit M., *Zdrowie publiczne*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2017
158. Szafranski J., *Rola Policji w likwidacji zagrożeń powodowanych katastrofami naturalnymi i awariami technicznymi oraz zdarzeniami terrorystycznymi*, [w:] Ł. Sułkowski, A. Marjański (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem narodowym*, wyd. WSPiZ, Łódź 2009
159. Szarfenberg R., *Osoby niepełnosprawne*, [w:] R. Szarfenberg (red.), *Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, wyd. WRZOS, Warszawa 2011
160. Szmyd J., *Odczytywanie współczesności*, wyd. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2011
161. Szpringer M., *Profilaktyka społeczna. Rodzina, szkoła, środowisko lokalne*, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2004
162. Szpyra R., *Nauki o bezpieczeństwie – pola nakazane i zakazane*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
163. Szreder M., *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, wyd. PWE, Warszawa 2004
164. Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk” Katowice 2005
165. Szulc B., *Nauka – wiedza – mądrość*, wyd. AON, Warszawa 2011
166. Szulc B., *Proces badań w naukach o obronności, Praca naukowo-badawcza*, wyd. AON, Warszawa 2014
167. Szulc B., *Dylematy epistemologiczne i metodologiczne teorii sztuki wojennej*, [w:] M. Krauze, B. Szulc (red.), *Sztuka wojenna*, Adam Marszałek, Toruń 2000
168. Szyszka E., *Poczucie niesprawiedliwości w perspektywie jakości życia u osób*

- niepełnosprawnych ruchowo*, [w:] I. Sikorska, K. Gerc, L. Pawłowski (red.), *Sportowcy z niepełnosprawnością. Aspekty psychologiczne i społeczne*, wyd. OW AFM, Kraków 2017
169. Ściborek Z., *Obszary penetracji badawczej nauk o bezpieczeństwie*, [w:] T. Kośmider, W. Kitler (red.), *Granice tożsamości nauk o bezpieczeństwie. Perspektywa materialna i formalna*, wyd. Difin, Warszawa 2017
170. Świącicka M., *Dlaczego rodzice angażują się w wychowanie swoich dzieci? O kontrolowanej i autonomicznej motywacji rodzicielskiej w ujęciu teorii samostanowienia*, [w:] L. Bakiera (red.), *Rodzicielstwo. Ujęcie interdyscyplinarne*, wyd. WN UAM, Poznań 2020
171. Świniarski J., *O naturze bezpieczeństwa*, Agencja Wydawnicza ULMAK, Warszawa 1997
172. Tociska J.W., *Metodyka typowania i szacowania ryzyka zagrożeń dla bezpieczeństwa państwa*, [w:] T. Kośmider, L. Kołtun (red.), *Współczesny wymiar bezpieczeństwa publicznego. Kształtowanie bezpiecznych przestrzeni. Działania praktyczne*, wyd. WIWS, WSKiP, Warszawa 2019
173. Tokarczyk R., *Komparatystyka prawnicza*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2008
174. Tokarska M., *Turystyka osób niepełnosprawnych ruchowo*, [w:] Z. Głąbicki (red.), *Sprawnie dla niepełnosprawnych. Vademecum obsługi turystów z niepełnosprawnościami oraz osób starszych*, wyd. FTR, Szczecin 2020
175. Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A., *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, wyd. UWM „Vesalius”, Kraków 2002
176. Tyrała P., *Securologia – bezpieczeństwo kompleksowe*, Wydawnictwo AMELIA Aneta Siewiorek, Rzeszów 2011
177. Vukadinović R., *Międzynarodowe stosunki polityczne*, wyd. PWN, Warszawa 1980
178. Wąsiewicz E.P., Berkowska M., Bryl W., Gałęcki J., Krzyżaniak A., Wiesiołowska A., Woźniak Z., *Potrzeby rehabilitacyjne osób niepełnosprawnych na przykładzie województwa poznańskiego*, wyd. RPBR MZ IV - 8, Poznań 1990
179. Widacki J., Czapska J., *Bezpieczny obywatel – bezpieczne państwo*, wyd. KUL, Lublin 1998
180. Wiśniewska-Paź B., Stelmach J. (red.), *Bezpieczeństwo antyterrorystyczne budynków użyteczności publicznej. Terroryzm. Strategie zwalczania. Edukacja antyterrorystyczna. T. I*, wyd. Difin, Warszawa 2021
181. Winiarski M., *Rodzina – szkoła – środowisko lokalne. Problemy edukacji*

- środowiskowej*, wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Radom-Warszawa 2000
182. Wiśniewski B. (red.), *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*, Wyd. WSPol, Szczytno 2011
183. Wiśniewski E., *Metodyka wojskowych badań naukowych*, wyd. ASG WP, Warszawa 1983
184. Włodarczyk W.C., *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo LEX, Warszawa 2014
185. Włodarczyk C., *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*, wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2014
186. Włodarczyk E., *Bezpieczeństwo zdrowotne*, [w:] O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, wyd. INoB, UPKEN, Kraków 2018
187. Włodarczyk M., *Uwzględnienie potrzeb osób niepełnosprawnych w projektowaniu wzorniczym na przykładzie projektu wanny narożnej*, [w:] J. Lecewicz-Bartoszewska, A. Polak-Sopińska (red.), *Ergonomia niepełnosprawnym. Współczesne i przyszłe kierunki rozwoju*, wyd. WpŁ, Łódź 2011
188. Wolny P., *Holistyczne podejście do problemu ewakuacji*, wyd. WpŁ, Łódź 2021
189. Wolska D., *Umiejętności życiowe jako wyznacznik aktywności zawodowej dorosłych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, wyd. WNUP, Kraków 2015
190. Wolski P., *Niepełnosprawność ruchowa. Między diagnozą a działaniem*, wyd. CRZZL, Warszawa 2013
191. Wróbel J., Ziarko J., *Oddziaływanie zagrożeń naturalnych na środowisko człowieka i metody ich ograniczania*. W: M. Kwieciński (red.), *Bezpieczeństwo. Wymiar współczesny i perspektywy badań*. wyd. KTE, OW AFM. Kraków 2010
192. Zawadzka D., *Istota orientacji przestrzennej i samodzielного poruszania się osób niewidomych i słabowidzących z uwzględnieniem ich jako ofiar zagrożeń i potencjalnych sprawców czynów zabronionych*, [w:] E.M. Guzik-Makaruk, E.W. Pływaczewski, E. Zatyka, E. Jurgielewicz-Delegacz (red.), *Bezpieczeństwo osób niewidomych i słabowidzących ze szczególnym uwzględnieniem ruchu drogowego. Wybrane aspekty prawne i kryminologiczne*, wyd. WPUwB, Białystok 2014
193. Zboina J., *Bezpieczeństwo pożarowe. Rozważania na gruncie nauki i praktyki*, wyd. CNBOP-PIB, Józefów 2018
194. Zieleniewski J., *Organizacja zespołów ludzkich*, wyd. PWN, Warszawa 1982
195. Ziemiński S., *Problemy dobrej diagnozy*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1973

196. Zięba R., *Bezpieczeństwo międzynarodowe po zimnej wojnie*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Warszawa 2008
197. Zięba R., *Instytucja bezpieczeństwa europejskiego – koncepcje – struktury – a funkcjonowanie*, wyd. Scholar, Warszawa 2004
198. Zięba R., *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, Wydawnictwo Naukowe Grado, Toruń 2005
199. Ziółkowska A., *Akty planowania w zakresie bezpieczeństwa lokalnego*, [w:] L. Zacharko, A. Matan, D. Grzegorzczak (red.), *Administracja publiczna: aktualne wyzwania*, wyd. AM Poligrafia, Katowice 2015
200. Ziółkowski P., *Pedagogizacja rodziców. Potrzeby i uwarunkowania*, Studio Grafiki wyd. WSG, Bydgoszcz 2016
201. Znajmiecka M., Boczkowska K., *Kształtowanie bezpiecznych zachowań pracowników. Teoria i praktyka behavior based safety*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2020
202. Żebrowski A., *Zarządzanie kryzysowe elementem bezpieczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej*, wyd. WNUP, Kraków 2012
203. Żejmis M., *Uwarunkowania integracji osób niepełnosprawnych w Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] G. Firlit-Fesnak, E. Jaroszewska, H. Oberloskamp (red.), *Integracja społeczna jako wyzwanie dla polityki społecznej i pracy socjalnej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2012
204. Żukowska Z., *Aktywność fizyczna w prozdrowotnym stylu życia współczesnego człowieka*, [w:] A. Kaźmierczak, A. Maszorek-Szymała (red.), *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka. Teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje*, wyd. WUŁ, Łódź 2008

III. Czasopisma:

1. Antos E., Stasiak E., *Ocena aktywności fizycznej młodzieży ponadgimnazjalnej*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” Nr 1(42) 2015
2. Baou E., Koutras V. P., Zeimpekis V., Minis I. (2018). *Emergency evacuation planning in natural disasters under diverse population and fleet characteristics*, „Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management” Nr 8(4) 2018
3. Baran W., *Zjawisko terroryzmu a bezpieczeństwo narodowe Rzeczypospolitej Polskiej*, „Zbliżenia Cywilizacyjne. Zeszyty Naukowe” Nr 1 2019
4. Barański M., Haznar-Barańska A., *Ewakuacja i jej rodzaje – rewizja definicji oraz*

klasyfikacja, „Safety & Fire Technology” Vol. 58 Nr 2 2021

5. Barć M., *Praktyczne aspekty ćwiczeń epizodycznych z zarządzania w sytuacjach kryzysowych w samorządzie terytorialnym*, „Polityka i Społeczeństwo” Nr 2(19) 2021
6. Bartnik M., *Złagodzić ból niepełnosprawności. O sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo w Polsce w latach 1944-1970*, „Ethos” Nr 4(120)
7. Bartoszewicz R., Nahajowska N., *Aktywność ruchowa osób niepełnosprawnych objętych wsparciem społecznym*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” Nr 47 2014
8. Bator G., Knapik M., *Rola mediów społecznościowych jako instrument terroryzmu: analiza zamachu Brentona Tarranta*, „Studia de Securitate. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis” Nr 1 2020
9. Bąk T., Błażejewska B., *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo państwa*, „Bezpieczeństwo Publiczne” Z. 12 2018
10. Bielicki R., *Wybrane aspekty interpretowania problematyki diagnoz*, „Studia Gdańskie. Wizje rzeczywistości” T. 8 2011
11. Biel-Ziółek K., *Wpływ barier mentalnych, społecznych i zawodowych na jakość życia chorych i niepełnosprawnych*, „Rozprawy i Artykuły Naukowe. NiS” Nr 63(3) 2017
12. Błażewski M., *Ochrona osób niepełnosprawnych w procesie budowlanym – aspekty prawnopoztywne*, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis” vol. 5 Nr 1 2016
13. Bober B., *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” Nr 1 2016
14. Bochenek A., Grabowiec A., *Odżywianie i aktywność fizyczna jako element stylu życia młodzieży licealnej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. 32 2013
15. Bolach E., Bolach B., Trzonkowski J., *Motywacja osób niepełnosprawnych do uprawiania sportu*, „Mołodaja Sportiwnaja Nauka Ukrainy” T. 2 2007
16. Borowiecki P., *Jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej – przegląd wybranych badań*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 3(20) 2016
17. Bonisławska B., *Współczesne zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego*, „Zeszyty Naukowe WSEI. Seria: Administracja” Nr 1 2012
18. Brodie B., *Strategy as a Science*, „World Politics” Nr 1 1949
19. Brzyży G., *Edukacja zdrowotna osób niepełnosprawnych narządu wzroku i osób pełnosprawnych*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” Nr 3(8) 2018

20. Buczkowska J., *Poznawcza geneza języka a informacyjna struktura znaczenia*, „Studia Philosophiae Christianae UKSW” 41(2015)4
21. Buczyński J., *Teoria bezpieczeństwa: procedury i metody badawcze*, „Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa” Nr 2 2011
22. Budecka-Marciniak D., *Rodzicielstwo „do-it-ypuself”, czyli refleksyjność współczesnego rodzicielstwa*, „Pogranicze. Studia Społeczne” Nr 14 2014
23. Cabaj M., *Zarządzanie kryzysowe – integralna część bezpieczeństwa narodowego*, „Studia z zakresu prawa, administracji i zarządzania UKW” T. 6 2014
24. Caplan S.E., High A.C., *Beyond excessive use: The interaction between cognitive and behavioral symptoms of problematic Internet use*, „Communication Research Reports” 2007
25. Chodubski A., *Zagrożenia cywilizacyjne współczesnego świata*. „Przegląd Naukowo-Metodyczny „Edukacja dla Bezpieczeństwa” Nr 3(24) 2014
26. Cianciara D., Wysocki M.J., *Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego – panaceum czy placebo?*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” Nr 2(87) 2006
27. Ciekankowski Z., Marjański A., *Uwarunkowania zarządzania kryzysowego na poziomie podstawowym*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Współczesne problemy zarządzania. Bezpieczeństwo publiczne” Nr 10 2017
28. Cieślarczyk M., *Brzydkie kaczątko – czyli głos w dyskusji o miejscu i roli nauk o bezpieczeństwie wśród innych dyscyplin i dziedzin wiedzy*, „Zeszyty Naukowe AON” 4(73) 2008
29. Cieślarczyk M., *Niektóre psychospołeczne aspekty bezpieczeństwa (wyzwania, szanse i zagrożenia)*, „Zeszyty Naukowe AON” Nr 1 1999
30. Cłapa I., Dziubiński M., *Zachowania ludzi jako jeden z czynników determinujących przebieg procesu ewakuacji*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” Vol 35 Nr 3 2014
31. Czechowski K., Wilmowska-Pietruszyńska A., *O potrzebie rehabilitacji kompleksowej*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 2(19) 2016
32. Czerechowski P., *Wybrane problemy ewakuacji ludności*, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” Nr 1 2015
33. Czerwińska K., Kucharczyk I., *Niepełnosprawność wzroku nabyta w późnej dorosłości a aktywność fizyczna seniorów*, „Niepełnosprawność. Dyskursy

- pedagogiki specjalnej” Nr 34 2019
34. Czubaj A., *Miejsce jednostki we współczesnym pojmowaniu bezpieczeństwa*, „desecuritate.uph.edu.pl” Nr 1(2) 2016
 35. Czubek M., *Funkcjonowanie systemu zarządzania kryzysowego na przykładzie powiatu jarosławskiego*, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Współczesne problemy zarządzania. Bezpieczeństwo publiczne” Nr 10 2017
 36. Danecka A., *Sport osób z niepełnosprawnością – przelamywanie barier*, „Rocznik Lubuski” T. 40 Cz. 2
 37. Dąbrowski A., Rowiński R., Osiński W., *Aktywność fizyczna osób starszych z Wielkopolskie w świetle ogólnopolskich badań PolSenior*, „Gerontologia Polska” Nr 3 2013
 38. Denysiuk I., *Zarządzanie kryzysowe w Polsce jako specyficzne zadanie administracji publicznej realizowane na rzecz ochrony ludności*, „desecuritate.uph.edu.pl” Nr 2(20) 2020
 39. McDermid Ch.D., *How Money motivates Men*, „Businnes Horinzons” Vol. 3, Iss. 4, 1960
 40. Dębicka J., Mazurek E., *Postrzeżenie jakości życia przez osoby niepełnosprawne*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” Nr 483 2017
 41. Drabik J., *Ruch i wysiłek fizyczny*, „Antropomotoryka” Nr 34 2006
 42. Dubiel B., *Profilaktyka i kompensacja skutków ryzyka powodzi w gminach śląskich*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” Nr 232 2015
 43. Dworzecki J., *Terroryzm jako zagrożenie współczesnego świata*, „Zeszyt Naukowy” Nr 5 2011
 44. Dzielska A., Kowalewska A., *Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu*, „Studia BAS” Nr 2 2014
 45. Edbom-Kolarz A., Marcinkowski J.T., *Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka*, „Hygeia and Public Health” Nr 3(46) 2011
 46. Ejsmont A., Cybulski M., Hryniewicz A., Krajewska-Kułak E., *Analiza przyczyn, częstotliwości oraz profilaktyki upadków wśród mieszkańców Białegostoku w wieku podeszłym*, „Gerontologia Polska” Nr 27 2019
 47. Fischer A., *Problemy bezpieczeństwa społecznego jako wyzwanie dla gminy – jednostki samorządu terytorialnego*, „Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo” Nr 8(2)

2015

48. Florczak A., *Psychologiczne mechanizmy bezpieczeństwa zdrowotnego*, „desecuritate.uph.edu.pl” Nr 2(2) 2016
49. Florek P., Kołodziejczyk T., *Supporting Evacuation of Disabled People – Organizational and Technological Challenges*, „Safety & Fire Technology” Vol. 57, iss. 1 2021
50. Florek P., Kołodziejczyk T., *Wsparcie ewakuacji osób niepełnosprawnych – wyzwanie organizacyjne i technologiczne*, „Safety & Fire Technology” Vol. 57 Nr 1 2021
51. Florek-Łuszczki M., Lachowski S., *Działanie instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” T. 19 Nr 4 2013
52. Franczak P., *Lokalne powodzie błyskawiczne w latach 80. i 90. XX wieku w zlewni Górnej Skawy*, „Zarządzanie Ochroną Przyrody w Lasach” Nr 10 2016
53. Furmanek M., *Turystyka wyjazdowa niepełnosprawnych ruchowo mieszkańców Krakowa – stan i potrzeby*, „Turystyka” Nr 2(24) 2014
54. Gawęł A., Wojciechowski F., *Edukacja zdrowotna w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami*, „Niepełnosprawność” Nr 9 2013
55. Giermanowka E., Raclaw M., *Pomiędzy polityką życia, emancypacją i jej pozorowaniem. Pytania o nowy model polityki społecznej wobec zatrudniania osób niepełnosprawnych*, „Studia Socjologiczne” Nr 3(12) 2014
56. Gieroba B., *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” T. 9, Nr 3 2019
57. Gierszewski J., *Model bezpieczeństwa społecznego na tle teorii systemów*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Nr 2 2013
58. Glen A., *Podstawy poznawcze badań bezpieczeństwa narodowego*, „Zeszyty Naukowe AON”, Nr 2(83), 2011
59. Glin M., *Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa ochrony zdrowia w Polsce*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Res Politicae” T. 8 2016
60. Głodkowska J., *Podmiotowość a doświadczenie zależności przez osoby z niepełnosprawnością – normalizacja jako „narzędzie ideowe” rehabilitacji podmiotowej*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 3(25) 2014
61. Głogowska P., Zdrojewski P., Wagner H., *Ewakuacja i jej aspekty w ujęciu*

- teoretycznym, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” Nr 1 2016
62. Gorący A., Bluszcz M., Beecker M., *Wpływ aktywności ruchowej na rozwój zachowań prospołecznych osób dorosłych z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną*, „Aktywność Fizyczna i Zdrowia” Nr 12 2017
63. Góra T., *Bezpieczeństwo publiczne w samorządzie gminnym – wybrane zagadnienia*, „Studia Ekonomiczne Prawne i Administracyjne” Nr 2 2015
64. Góra D., *Częstość spożywania alkoholu i zażywania narkotyków przez gimnazjalistów szkół oświęcimskich*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” Nr 4 2019
65. Górecki A., Nieszporek K., Ostruszka A., *Świadomość ekologiczna młodzieży zamieszkującej okolice wybranych parków narodowych*. „Roczniki Bieszczadzkie” Nr 15 2007
66. Górnicka B., *Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w rolach rodzicielskich*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia. Sectio J” Vol. 28, Z. 1
67. Górska K., Rożej A., *Wybrane metody empiryczne w naukach o bezpieczeństwie*, „BiTP” Vol. 30 Nr 2 2013
68. Grabińska T., *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego w ideologii transhumanizmu*, „Kultura Bezpieczeństwa Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 18 2015
69. Gromadecka-Sutkiewicz M., Dziwak A., Kłos J., *Młodzież licealna i alkohol*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” Nr 2 2008
70. Gromek P., *Aspekt społeczny analizy ryzyka ewakuacji ludności w obliczu klęski żywiołowej w Polsce*, „Studia i Prace Geograficzne” T. 55 2014
71. Guzik-Makaruk E.M., Jurgielewicz-Delegacz E., *Badania nad bezpieczeństwem osób z niepełnosprawnościami, w tym osób niewidomych i słabo widzących, uczestniczących w ruchu drogowym*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 1(18) 2016
72. Gwardyński R., *System bezpieczeństwa państwa w ujęciu prakseologicznym*, „Zeszyty Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” Nr 33(4) 2019
73. Hafterndorn H., *The Serity Puzzle: Theory-Building and Discipline-Building in International Security*, „International Studies Quarterly” Vol. 35, Nr 1 1991
74. Hajdas D., *Zarządzanie bezpieczeństwem pożarowym w placówkach opieki zdrowotnej na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.

- Technika, Informatyka, Inżynieria Bezpieczeństwa” T. 6 2018
75. Hajdukiewicz D.R., *Ewakuacja*, „Ratownictwo Medyczne” Nr 5 2005
76. Harabin R., *Bezpieczeństwo, istnienie, zagrożenie. Relacyjna typologia bezpieczeństwa i wnioski dla teorii zarządzania kryzysowego*, „Granice Ludzkiego Świata: Istniejące – Nieistniejące” Nr 27 2018
77. Harabin R., *Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne*, *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje*” Nr 29 2018
78. Hostetter H., Naser M.Z., *Characterizing disability in fire evacuation: A progressive review*, „Journal of Building Engineering” Nr 1 (33) 2022
79. *How Money motivates Men* Charles McDermid „Businnes Horinzons” Vol. 3, Is. 4 1960
80. *International Classification of Impairments, Disabilites and Handicaps*. WHO, Genewa 1980, „Lancet” Nr 1 1964
81. Jackiewicz M., Białecka-Pikul M., *Kompetencja rodzicielska. Użyteczny konstrukt w badaniach nad rolą rodzicielskich oddziaływań w rozwoju dziecka*, „Psychologia Rozwojowa” T. 24, Nr 1 2019
82. Jakubiak E., *Ochrona ludności w systemie bezpieczeństwa narodowego*, „Zbliżenia Cywilizacyjne. Zeszyty Naukowe” Nr 1(15) 2019
83. Janiak M., *Bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością ruchową jako zadanie władz samorządowych. Przykład Powiatu Gnieźnieńskiego*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” Vol. 12, Nr 2 2018
84. Janiszewska-Nieścioruk Z., *Edukacyjny wymiar ubóstwa osób z niepełnosprawnością*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej” Nr 40 2020
85. Janocha W., *Marginalizacja i wykluczenie osób niepełnosprawnych z obszarów życia społecznego i religijnego*, „Roczniki Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej”, T. 4(59) 2012
86. Jarząbek-Bielecka G., Buks J., Mizgier M., Bielecki M., Pisarska-Krawczyk M., Wilczak M., Potasińska-Sobkowska A., Kędzia W., *Rola aktywności fizycznej i diety w zapobieganiu dysfunkjom seksualnym związanym z problemem cukrzycy, zespołu metabolicznego, zespołu policystycznych jajników*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” Nr 3(48) 2016
87. Jarząbek-Bielecka G., Bielacki M., Pisarska-Krawczyk M., Buks J., Kędzia

- W., *Opieka medyczna i aptekarska nad pacjentami niepełnosprawnymi w aspekcie ginekologicznym i seksuologicznym*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” Nr 1(42) 2015
88. Jethon Z., *Aktywność ruchowa jako dystres*, „Hygeia and Public Health” nr 2(48) 2013
89. Jewczak M., Twardowska K., *Potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego a skłonność do płacenia za świadczenia zdrowotne*, „Problemy Zarządzania” Nr 1 (15/3)
90. Jurczyk M., *Przemoc seksualna wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną – wymiary i oblicza*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej” Nr 34 2019
91. Jurgielewicz O., *Prawne uwarunkowania bezpieczeństwa osób niepełnosprawnych w miejscu pracy*, „Modern Management Review” Vol. 23, Nr 3(25) 2018
92. Kaczmarczyk B., *Typologia zagrożeń*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” Vol. 35, Nr 3 2014
93. Kaczmarek B., *Współczesny wymiar zagrożeń naturalnych*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 15 2014
94. Kanownik G., *Bezpieczeństwo pacjenta a dostępność do usług zdrowotnych*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia”, Nr 1(85) 2017
95. Karpiuk M., *Właściwości wojewody w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego oraz zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia*, „Zeszyty Naukowe KUL” Nr 2(242) 2018
96. Kazanowska Z., *Postawy wobec integracji społecznej osób z niepełnosprawnością w kontekście zmiany pokoleniowej*, „Edukacja – Technika – Informatyka” Nr 1(27) 2019
97. Kędziński M., *Poczucie bezpieczeństwa w parkach miejskich. Przykład badań jakościowych przeprowadzonych wśród mieszkańców Krakowa*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis” Nr 13 2019
98. Kiczka K., *Aspekty prawne bezpieczeństwa publicznego*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji” Nr 3738 2016
99. Kielch E., *Wpływ rodzaju niepełnosprawności na ryzyko ewakuacji w obliczu pożarów i innych miejscowych zagrożeń*, „Zeszyty Naukowe SGSP” Nr 76(4) 2020
100. Klamut R., *Bezpieczeństwo jako pojęcie psychologiczne*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Ekonomia i Nauki Humanistyczne” Z. 19(4) 2012

101. Klimczuk A., *Współczesna polityka społeczna wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych*, „Pogranicze. Studia Społeczne” T. 22 2013
102. Kłós A., *Przymusowa ewakuacja (1944-1946) - periodyzacja w świetle dokumentów archiwalnych Archiwum Akt Nowych w Warszawie*, „Spotkania Humanistyczne. Międzynarodowy Interdyscyplinarny Periodyk Naukowy” Nr 6 2016
103. Kołodziejczyk A., *Bezpieczeństwo jako fenomen społeczny: pojęcie bezpieczeństwa, jego interpretacje i odmiany*, „Saeculum Christianum: pismo historyczno-społeczne” Nr 14(1) 2007
104. Kołodziejczyk K., *Bezpieczeństwo. Kontekst personalno-aksjologiczny*, „Zeszyty Naukowe WSOWL” Nr 1(151) 2009
105. Kołodziejczyk K., *Personalny wymiar bezpieczeństwa*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” Nr 1(4) 2010
106. Kołodziejczyk K., *Bezpieczeństwo. Kontekst personalno-aksjologiczny*, „Zeszyty Naukowe WSOWL. Nauki o Zarządzaniu” Nr 1(151) 2009
107. Kompała D., *Istota zagrożeń*, „Obronność. Zeszyty Naukowe” Nr 3(11) 2014
108. Konarska P., *Kształcenie osób niepełnosprawnych w świetle aktualnych regulacji prawnych*, „Forum Prawnicze” Nr 5 2014
109. Konieczna I., *Ból jako doświadczenie towarzyszące chorobie przewlekłej (cz. II – badawcza)*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 2(10) 2009
110. Kopczewski M., *Zintegrowany system ratowniczy elementem zarządzania kryzysowego*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Współczesne problemy zarządzania. Bezpieczeństwo publiczne” Nr 10 2017
111. Koper M., Tasiemski T., *Miejsce sportu w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 3(8) 2013
112. Kosiński R., Grabowski A., *Matematyczne modelowanie i badanie symulacyjne zachowania się ludzi podczas ewakuacji ludzi z budynków*, „Bezpieczeństwo Pracy – Nauka i Praktyka” Nr 1 2013
113. Kowalski M., *Kultura zdrowotna – wymiary edukacyjne (w kierunku odpowiedzialności za zdrowie)*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Kultura Fizyczna” Z. 8 2009
114. Kozaczyński W., *Zarządzanie kryzysowe w systemie bezpieczeństwa narodowego w Polsce*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 1-2 2008

115. Koziej S., *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” II-2011/18
116. Krzewniak D., *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych*, „De Securitate et Defensione. O bezpieczeństwie i Obronności” Nr 1(1) 2015
117. Krzyżanowska A.M., *Formy aktywności ruchowej preferowane przez studentów uczelni warszawskich*, „Turystyka i Rozwój Regionalny” Nr 10 2018
118. Kubasińska Z., *Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych przez aktywność fizyczną w całościowej edukacji zdrowotnej*, „Polish Journal of Continuing Education” Nr 3 2017
119. Kuczabski M.J., *Kategoria bezpieczeństwa zdrowotnego w naukach o bezpieczeństwie*, „Systemy Logistyczne Wojsk” Z. 21 2021
120. Kuligowski E., Peacock R., Wiess E., Hoskins B., *Stair evacuation of older adults and people with mobility impairments*, „Fire Safety Journal” Nr 1-3(62) 2013
121. Kurkus-Rozowska B., *Wpływ rehabilitacji na poprawę wydolności fizycznej osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Bezpieczeństwo pracy” Nr 3 2002
122. Kuzara G., *Zagrożenie i bezpieczeństwo oraz ich współzależność*, „Security, Economy & Law” Nr 3 2018
123. Kuzior A., *Niepełnosprawność – wstęp do problematyki*, „Etyka Biznesu i Zrównoważony Rozwój. Interdyscyplinarne studia teoretyczno-empiryczne” Nr 4 2019
124. Kuźniar R., *Po pierwsze bezpieczeństwo*, „Rzeczypospolita” Nr 7 1996
125. Latosińska A., *Oblicza współczesnego terroryzmu w Europie na przykładzie Francji i Polski (2015-2019)*, „Krakowskie Studia Małopolskie” Nr 3 2021
126. Lejzerowicz M., *Włączanie i integracja a stygmatyzacja osób niepełnosprawnych w polskiej edukacji*, „Forum Oświatowe” Nr 1(28) 2016
127. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, „Zeszyty Naukowe AMW”, Nr 2/2011
128. Lewicka-Zelent A., *Poczucie bezpieczeństwa osób pozbawionych wolności w kontekście bezpieczeństwa społecznego i psychologicznego*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia” Vol. 32(3) 2019
129. Lubiewski P., *Krótką historia terroryzmu*, „Perspectiva. Legnickie Studia Technologiczno-Historyczne” Nr 2 2018
130. Łabuz P., *Rola polskiej Policji w bezpieczeństwie wewnętrznym*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka - Praktyka - Refleksje” T. 15 2014

131. Łaniecka J., *Niepełnosprawność i osoba niepełnosprawna – w poszukiwaniu definicji pojęć*, „Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne” Nr 4(2) 2018
132. Łapko A., Kamińska M., *Rejsy i szkolenia żeglarskie dla osób niepełnosprawnych jako modyfikacja produktu turystycznego służąca intensyfikacji ruchu turystycznego w tym segmencie konsumentów*, „Ekonomiczne Problemy Turystyki” Nr 2(34) 2016
133. Łaskowska B., *Zagrożenia współczesnego Polaka – perspektywa socjopsychologiczna*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Z. 3 2013
134. Ławniczak P., *Uwarunkowania ludzkiej motoryczności w perspektywie przemian cywilizacyjnych w dobie Internetu*, „Aktywność Ruchowa Ludzi w Różnym Wieku” Nr 4(36) 2017
135. Machniak A., *Terroryzm samobójczy – uwarunkowania zjawiska i jego wpływ na środowisko bezpieczeństwa międzynarodowego*, „Studia de Securitate. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis” Nr 2 2020
136. Magnuszewska-Otulak G., *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej” Nr 2(21) 2013
137. Majewski T., *Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń - problemy i nowe propozycje*, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” Nr 1 1998
138. Makara-Studzińska M., Madej A., *Przemoc wobec mężczyzn*, „Hygeia Public Health” Nr 4(50) 2015
139. Makara-Studzińska M., Motylowska J., *Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży*, „Roczniki Teologiczne” Nr 10 2007
140. Manasterski Sz., Mastalerz-Mogas A., *Upadki domowe wśród pacjentów 65+. Rola lekarza POZ w zapobieganiu i ograniczaniu skutków*, „Lekarz w POZ” Nr 2 2016
141. Mariański J., *Wartości moralne w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, „Edukacja Humanistyczna” Nr 1 (24) 2011
142. Matuszek K., *Anarchokapitalistyczna koncepcja bezpieczeństwa jednostki*, [w:] „Polityka i Społeczeństwo” Nr 2(16) 2016
143. Mazur R., Porowski R., Klapsa W., *Wybuchy zbiorników z gazami technicznymi – realne zagrożenie czy przejawskrawiony strach*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” Vol. 44 Nr 4 2016
144. Mazurek J., Szczygieł J., Blaszkowska A., Zgajewska K., Richter W., Opara J., *Aktualne zalecenia dotyczące aktywności fizycznej osób w podeszłym wieku*,

- „Gerontologia Polska” Nr 2 2014
145. Mazurkiewicz A., *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy”, Nr 20 2011
146. Mąka K., *System ochrony przeciwpowodziowej w Polsce*, „Poliarchia” Nr 2(3) 2014
147. Michalak J.W., *Zarządzanie kryzysowe jako specjalność w dyscyplinie naukowej – nauki o bezpieczeństwie*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 4(3) 2013
148. Michaliuk B., Denysiuk I., Szulc W., *Zapewnienie przetrwania ludności cywilnej w warunkach zewnętrznego zagrożenia państwa i w czasie wojny – wybrane problemy*, „Wiedza Obronna” Vol. 277, Nr 4 2021
149. Michalski D., *Bierna obrona przeciwlotnicza ludności cywilnej w Polsce w latach 1945-1952 – konteksty teoretyczne i praktyczne*, „Zeszyty Naukowe AON” Nr 1(98) 2015
150. Michna N., *Kryzys Europy w filozofii*, „Kultura i Wartości” Nr 4 2015
151. Misiewicz H., *Niepełnosprawność jako problem społeczny*, „Chowanna” Nr 1 2004
152. Niedbalski J., *Rola sportu w procesie urzeczywistniania idei integracji osób z niepełnosprawnościami*, „Pedagogika Społeczna” Nr 1-2(79-80) 2021
153. Niedbalski J., *Sport jako narzędzie aktywizacji i społecznej integracji osób z niepełnosprawnością fizyczną*, „Problemy Polityki Społecznej” Vol. 28 2015
154. Nowak A., *Przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych” Nr 2(19) 2014
155. Nowak A., *Rola aktywności ruchowej w życiu osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Zbliżenia Cywilizacyjne” Nr 3(12) 2016
156. Nowak K., *Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych*, „Roczniki Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sekcja J” T. 28 Z. 1 2018
157. Nowicka P. M., Kocik J., *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego*, „Studia BAS” Nr 4(56) 2018
158. Nowicka P.M., *Zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego Ukrainy*, „Nowa Polityka Wschodnia” Nr 2(27) 2018
159. Nowicki G., Rzońca P., Rudnicka-Drożak E., Młynarska M., Chemperek E., *Urazy wieku geriatrycznego w praktyce*, „Gerontologia Polska” Nr 2 2015
160. Ogrodnik R., Burtan Z., Kapusta M., *Zagrożenia naturalne i techniczne wpływające na stan bezpieczeństwa pracy w polskich kopalniach odkrywkowych*, „Moder Management Review” Vol. 24, Nr 2(24) 2017

161. Olczak-Winiarska M., *Problematyka jakości życia niepełnosprawnych w wybranych krajach europejskich (Niemczech, Norwegii i Polsce) w kontekście uregulowań prawnych*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. 37 Z 3 2018
162. Olearczyk T.E., *Czas a moralność - Czas na moralność*. „Państwo i Społeczeństwo” Nr 4 2004
163. Olejnik T., *Bezpieczeństwo w gminie*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 16 2014
164. Olejnik T., *Zarządzanie kryzysowe a komunikacja, czyli jak i kiedy informować ludzi*, „Security, Economy and Law” Nr 1(15) 2017
165. Orłowska I., Cisek M., *Praktyczne aspekty ewakuacji ludzi ze szpitali*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” Vol. 41 Nr 1 2016
166. Pała M., *Wyzwania i zagrożenia dla środowiska bezpieczeństwa europejskiego*, „Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne” Nr 12 2015
167. Paplicki M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Przegląd Prawa i Administracji” Nr 106 2016
168. Pasek A., *Badania sondażowe – technika badania opinii społecznej. Analiza przypadków*, „Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych SGH w Warszawie” T. 1 Nr 23 2019
169. Pawłowska-Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk-Zreda D., *Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Medycyna Pracy” Nr 2(64) 2013
170. Placha J., *Nadzieja a niepełnosprawność*, „Fides et Ratio. Kwartalnik Naukowy” Nr 2(2) 2010
171. Plewka K., *Następstwa hipokinezy*, *praca pogładowa*, „Physiotherapy” 14(4) 2006
172. Plecka M., *Personalny wymiar bezpieczeństwa ekonomicznego*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” Nr 35(2) 2014
173. Podgórski K., *Terroryzm w Europie Zachodniej*, „Roczniki Studenckie Akademii Wojsk Lądowych” Nr 3 2019
174. Podyma K., *Wsparcie osób z niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie mieszkalnictwa wspomaganego*, „Parezja” Nr 2(14) 2020
175. Pokorski G., Zagórski P., *Dane geoprzestrzenne w monitorowaniu i analizie zagrożeń*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 12(7) 2017
176. Popiel H., Szydłowski A., *Logistyczne aspekty sytuacji kryzysowej*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 1(4) 2013

177. Popławski A., *Bezpieczeństwo imprez masowych – wybrane zagadnienia*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Nr 3 2016
178. Preisner M., *Turystyka osób niepełnosprawnych*, „Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu” Nr 6 2011
179. Przybyłka A., *Świadczenia dla osób starszych i niepełnosprawnych w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej (wybrane zagadnienia)*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” Nr 297 2013
180. Raczyńska-Buława E., *Osoby niepełnosprawne w systemie transportu zbiorowego*, „TTS” Nr 5 2017
181. Rapca A., *Terroryzm jako czynnik kształtujący współczesną przestrzeń zurbanizowaną*, „Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo” Nr 51(1) 2019
182. Rismanian M., Zarghami E., *Evaluation of crowd evacuation in high-rise residential buildings with mixed-ability population: combining an architectural solution with management strategies*, „International Journal of Disaster Risk Reduction”, Nr 1(77) 2022
183. Romanowicz R.J., Nachnik E., Januchta-Szostak A., Starkel L., Kundzewicz Z.W., Byczkowski A., Kowalczyk P., Żelaziński J., Radczuk L., Kowalik P., Szamałek K., *Zagrożenia związane z nadmiarem wody*, „Nauka” Nr 1 2014
184. Rotschild E., *What is Security?*, „Daedalus” 124(3) 1995
185. Różański T., *Przemoc wobec ludzi starszych w rodzinie. Zarys problematyki*, „Teologia i człowiek. Kwartalnik Wydziału Teologicznego UMK” Nr 4(54) 2020
186. Rusak-Romanowska P., *Bezpieczeństwo dzieci niepełnosprawnych na gruncie prawa polskiego*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 27
187. Rogowska K., *Ochrona zdrowia jako strategiczny obszar zarządzania państwa*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” Nr 59(3) 2019
188. Roman Ł., *Istota współczesnych wyzwań i zagrożeń bezpieczeństwa*, „Journal of Modern Science” T. 4 2015
189. Romaniuk P., Brukało K., *Ochrona zdrowia jako obowiązek państwa*, „Roczniki Nauk Społecznych” T. 7(43), Nr 1 2015
190. Rychły-Lipińska A., *Model bezpieczeństwa jednostki we współczesnym zmieniającym się otoczeniu – wstępne rozważania*, „Studia nad bezpieczeństwem” Nr 2 2017
191. Rzempowska J., Zysnarska M., Stawińska-Witoszyńska B., Kłós J., Gromadecka-

- Sutnikiewicz M., Krzyżaniak A., *Niepełnosprawna młodość w środowisku wiejskim – diagnoza problemów*, „Hugeia and Public Health” Nr 4 (51) 2016
192. Sadowski A., A Szydlik, *Poznanie naukowe i kanony nauki*, ”Optimum Studia Ekonomiczne” Nr 2 (80) 2016
193. Sekściński A., *Bezpieczeństwo wewnętrzne w ujęciu teoretycznym. Geneza i współczesne rozumienie w naukach politycznych*, „ePolit” Nr 6 2013
194. Sendencka E., Wiśniewska E., Krajewska-Kułaj E., Kułak W., *Funkcjonowanie społeczne rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, „Neurologia Dziecięca” Vol. 19 2018
195. Sękowski P., *Akcja „wycofania”: Ewakuacja wybranych grup Polaków z polsko-niemieckiego obszaru przygranicznego w 1939 roku*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 1 2017
196. Sienkiewicz-Małyjurek K., *Zarządzanie bezpieczeństwem publicznym w samorządzie lokalnym – istota i inicjatywy*, „Organizacja i Zarządzanie. Kwartalnik naukowy” T. 1 2011
197. Siwiński W., Rasińska R., *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie” Nr 2 (56) 2016
198. Składanek B., *Rola Wojsk Obrony Terytorialnej w systemie zarządzania kryzysowego*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 20 2021
199. Skóra M., *Ewolucja pojęcia niepełnosprawności na gruncie prawa polskiego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego. Seria Prawnicza” Z. 112(30) 2020
200. Słowińska J., Sygit E., *Zależności i osłabione możliwości obrony jako potencjalne źródła przemocy wobec osób niepełnosprawnych i starszych. Perspektywa psychologiczna i prawna*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 2(10) 2009
201. Sobieszcańska A., Sobieszcański J., Pieciewicz-Szczęśna H., Słopiecka A., Zukow W., Karwat I.D., *Najważniejsze czynniki modelujące stan zdrowia jednostki i populacji. Cz. I*, „Journal of Education, Health and Sport” Nr 6(13) 2016
202. Sroczyński P., *Przyczyny narkomanii wśród młodzieży szkolnej*, „Perspectiva. Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne” Nr 2 2007
203. Stachowicz K., *Kryzys jako kategoria filozoficzna*, „Teologia i Moralność” T. 7 2010
204. Staręga A., *Przemoc wobec osób niepełnosprawnych*, „Niebieska Linia” Nr 4 2003
205. Stasiak-Cieślak B., *Procedura doboru urządzeń adaptacyjnych wspomagających*

- prowadzenie samochodu przez kierowcę z niepełnosprawnością*, „Prace Naukowe Politechniki Warszawskiej. Transport” Z. 121 2018
206. Stelter Ż., *Sposób realizacji roli rodzicielskiej wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, „Polskie Forum Psychologiczne” Nr 1 2014
207. Stępa M., *Specyfika choroby a przystosowanie społeczne*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 1(13) 2011
208. Sulowski S., *W poszukiwaniu definicji bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego”, 2009, nr 1
209. Sydor M., Zabłocki M., Gabryelski J., *Analiza sekwencji czynności podczas wsiadania i wysiadania niepełnosprawnego kierowcy*, „Mechanika w Medycynie” Nr 9 2008
210. Sydor M., Zabłocki M., Torzyński D., *Translacja potrzeb człowieka na konstrukcję wózka inwalidzkiego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” Nr 72 2017
211. Szabała B., Parchomiuk M., *Wsparcie społeczne matek dzieci niepełnosprawnych*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” Nr 1(13) 2011
212. Szczodry W., Kaczor-Szczodry P.M., *Wybrane aspekty zachowań ryzykownych wśród młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” Nr 4(24) 2018
213. Serzysko-Zdanowska M., *Postawy rodzicielskie wobec dzieci z upośledzeniem umysłowym*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” Nr 8 2008
214. Szmitkowski P., *Dostosowanie zbiorowej ochrony ludności do potrzeb osób z niepełnosprawnościami jako jeden z istotnych determinantów bezpieczeństwa publicznego*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 4(51) 2020
215. Szmitkowski P., *System ochrony ludności w Polsce – historia i współczesność*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” Nr 4 2012
216. Szoltysek J., *Miasto dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych – przykład działań Częstochowy i Gliwic*, „Studia Ekonomiczne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach” Nr 175 2013
217. Szostek B., *Wykluczenie społeczne niepełnosprawnych. Rys problematyki z perspektywy pastora listy*, „Warszawskie Studia Pastoralne UKSW” Nr 2(35) 2017
218. Szubrycht T., *Współczesne aspekty bezpieczeństwa państwa*, „Zeszyty Naukowe Marynarki Wojennej” Nr 4(167) 2006
219. Szwarc K., *Zapewnienie bezpieczeństwa jako przedmiot zarządzania*, „Studia

- Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 2(10) 2016
220. Szyjewski Z., *Metody badania zachowań społecznych*, „Studia i Prace WNEIZ US” Nr 54(2) 2018
221. Ścisło L., Puto G., Ptak A., Walewska E., Czupryna A., *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Hygeia and Public Health” Nr 3(49) 2014
222. Śleboda R., *Kierunek i poziom wykształcenia oraz aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 2(3) 2012
223. Teska J., *Bezpieczeństwo przedmiotem wymiany*, „Logistyka” Nr 6 2013
224. Tomek M., Seidl M., Bucová G., *Transport safety at evacuation for people with disabilities*, „Kontakt” Nr 16(3) 2014
225. Tryboń M., Grabowska-Lepczak I., Kwiatkowski M., *Bezpieczeństwo człowieka w obliczu zagrożeń XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe SGSP” Nr 41 2011
226. Ucińska M., Stasiak-Cieślak B., *Niepełnosprawny kierowca w ruchu drogowym – kompleksowe wspieranie mobilności*, „Autobusy” Nr 12 2016
227. Umiastowska D., Nowak K., *Preferowane formy aktywności fizycznej przez osoby z dysfunkcją wzroku na przykładzie mieszkańców Szczecina*, „Sport i Turystyka. Środkowoeuropejskie Czasopismo Naukowe. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie” T. 1 Nr 1 2018
228. Wałek T., *System bezpieczeństwa gminy na przykładzie Krynicy-Zdrój*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” Nr 21 2016
229. Węgrzyn-Odzioba L., *Zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego związane z technologiami informatyczno-komunikacyjnymi*, „Teki of Political Science and International Relations – UMSC” Nr 1(14) 2019
230. Więckowska B., *Systemy wyrównywania szkodliwości funkcjonujące w bazowych systemach zabezpieczenia zdrowotnego z konkurencją pomiędzy płatnikami trzeciej strony*, „Problemy Zarządzania” Nr 11/1(2) 2013
231. Wierzbicka J., Brukwicka I., Kopański Z., Rowiński J., Furmanik F., *Stopień narażenia na urazy w wieku senioralnym*, „Journal of Clinical Healthcare” Nr 2 2017
232. Wilmowska-Pietruszyńska A., *Orzecznictwo lekarskie w systemie zabezpieczenia społecznego następstw choroby*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” Nr 1(1) 2011
233. Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja*

- Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr 2(7) 2013
234. Wiśniewska M.Z., *Bezpieczeństwo – pojęcie, istota, typologia*, „Problemy Jakości”, 2017
235. Wolniak R., *Wybrane aspekty postrzegania potrzeb osób niepełnosprawnych przez pracowników urzędów miejskich w województwie śląskim*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie” Z. 92 2016
236. Wolski A., *Bezpieczeństwo personalne na gruncie społeczności lokalnej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach” Nr 1(14) 2018
237. Wójciak M., *Metody oceny zgodności opinii ekspertów na potrzeby badania foresight*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” Nr 220 2015
238. Wysocka E., *Diagnoza pozytywna w działalności pedagoga resocjalizacyjnego – założenia teoretyczne i metodologiczne identyfikacji zaburzeń w przystosowaniu*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. 35 Z. 2 2016
239. Wysocki M., *Poprawa bezpieczeństwa osób z niepełnosprawnością podczas ewakuacji obiektów użyteczności publicznej*, „Materiały Budowlane” Nr 10 (506) 2014
240. Zadora P., *Terroryzm jako źródło zagrożenia bezpieczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej*, „Security, Economy & Law” Nr 3 2019
241. Zagórski P., Szwarc K., *Modelowanie procesów zapewniania bezpieczeństwa i ciągłości działania organizacji publicznej*, „Studia Bezpieczeństwa Narodowego” Nr 12(7) 2017
242. Zapała-Wiecheć A., *Zjawisko alkoholizmu w opinii młodzieży uczęszczającej do Zespołu Szkół nr 3 w Ostrowcu Świętokrzyskim*, „Scientific Bulletin of Chełm – Section of Pedagogy” Nr 1 2012
243. Zawadziński A., Napierała M., Pezala M., Zukow W., *Aktywność ludzi niepełnosprawnych w Przedsiębiorstwie Wielobranżowym „Łuczniczka” w Tucholi*, „Journal of Health Sciences” Nr 4(14) 2014
244. Zdanowska-Serzysko M., *Postawy rodzicielskie wobec dzieci z upośledzeniem umysłowym*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” Nr 1 2008
245. Zrodowski B., *Istota bezpieczeństwa państwa*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate” Nr 9(3) 2019

246. Ziarko J., *Podejście systemowe w badaniach bezpieczeństwa organizacji*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” Nr 4 2019
247. Zięba R., *O tożsamości nauk o bezpieczeństwie*, „Zeszyty Naukowe AON” Nr 1(86) 2012
248. Żuk J., Walczuk M., *Bezpieczeństwo socjalne osób niepełnosprawnych*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i rozprawy” Nr 17(10) 2017
249. Żywucka-Kozłowska E., *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych umysłowo*, „Securitologia” Nr 1(17) 2013

IV. Encyklopedie i słowniki:

1. Borkowski J., *Słownik terminów z zakresu psychologii dowodzenia i zarządzania*, wyd. AON, Warszawa 2000
2. Dunaj B. (red.), *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, Wydawnictwo SMS, Warszawa 2001
3. Kaczmarek J., Łepkowski W., Zborowski B. (red.), *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, wyd. AON, Warszawa 2009
4. Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1983
5. Pawłowski J., Zborowski B., Kuliczkowski M. (red.), *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2020
6. Rysz-Kowalczyk B. (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001
7. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa* wyd. AON, Warszawa 2008
8. Tokarski J. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, wyd. PWN, Warszawa 1980
9. Tokarski J. (red.), *Słownik wyrazów obcych*, wyd. PWN, Warszawa 1990
10. Wasiuta O., Klepka R., Kopeć R., *Vademecum bezpieczeństwa*, wyd. Libron, Kraków, 2018

V. Raporty, opracowania statystyczne:

1. Badora B., *20 lat członkostwa Polski w NATO* –Komunikat z badań CBOS Nr 31/2019
2. Badora B., *Igrzyska w Soczi w cieniu zagrożenia terrorystycznego* – Komunikat z badań CBOS Nr 10/2014

3. Badora B., *Nastroje na rynku pracy w pierwszej dekadzie czerwca* – Komunikat z badań CBOS Nr 83/2022
4. Badora B., *Obawy i oczekiwania Polaków* –Komunikat z badań CBOS Nr 35/2022
5. Badora B., *O bezpieczeństwie państwa i kwestiach związanych z obronnością* – Komunikat z badań CBOS Nr 79/2022
6. Badora B., *O kryzysie migracyjnym po zamachach w Brukseli* – „Komunikat z badań CBOS Nr 69/2016
7. Badora B., *O polskiej armii i przygotowaniu obywateli na wypadek powszechnego zagrożenia* – Komunikat z badań CBOS Nr 125/2014
8. Badora B., *O polsko-amerykańskiej współpracy wojskowej i stosunkach bilateralnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 100/2019
9. Badora B., *Polacy o NATO i bezpieczeństwie międzynarodowym* – Komunikat z badań CBOS Nr 71/2018
10. Badora B., *Postrzeganie bezpieczeństwa państwa i stosunek do NATO* – Komunikat z badań CBOS Nr 28/2020
11. Badora B., *Po szczycie NATO w walijskim Newport* – Komunikat z badań CBOS Nr 137/2014
12. Badora B., *Polacy o bezpieczeństwie żywności i GMO* – Komunikat z badań CBOS Nr 53/2008
13. Badora B., *Rola instytucji rządowych i samorządowych w zakresie informowania obywateli o zagrożeniach terrorystycznych*, [w:] „Komunikat z badań CBOS” Nr 163 2010
14. Badora B., *Stosunek do zaangażowania Polski w działania globalnej koalicji przeciwko tzw. Państwu Islamskiemu* –Komunikat z badań CBOS Nr 109/2016
15. Badora B., *Stosunek do NATO i obecności sojusznicznych wojsk na terenie Polski* – Komunikat z badań CBOS Nr 99/2016
16. Badora B., *Stosunek do NATO i obecności wojsk sojusznicznych w Polsce* – Komunikat z badań CBOS Nr 79/2022
17. Badora B., *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 4/2016
18. Badora B., *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 3/2017
19. Badora B., *Zagrożenie terroryzmem po zamach w Brukseli* – Komunikat z badań CBOS Nr 65/2016

20. Badora B., *Zagrożenie terroryzmem po zamachach w Paryżu* – Komunikat z badań CBOS Nr 177/2015
21. Badora B., *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 60/2014
22. *Bezrobocie – reakcje i odczucia zatrudnionych w gospodarce uspołecznionej* – Komunikat z badań CBOS Nr 33/1990
23. Boguszewski R., *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 18/2012
24. Boguszewski R., *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 13/2016
25. Boguszewski R., *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 29/2018
26. Boguszewski R., *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich w latach 1998-2010*, [w:] „Komunikat z badań CBOS Nr 16/2010
27. Boguszewski R., *Co stanowi o udanym życiu?* – Komunikat z badań CBOS Nr 167/2014
28. Boguszewski R., *Oceny sytuacji na rynku pracy i poczucie zagrożenia bezrobociem* – Komunikat z badań CBOS Nr 42/2018
29. Boguszewski R., *Oceny zmian w różnych wymiarach życia społecznego i politycznego w Polsce po roku 1989* – Komunikat z badań CBOS Nr 62/2014
30. Boguszewski R., *Od końca lat osiemdziesiątych do dziś – oceny zmian w różnych wymiarach życia społecznego i politycznego w Polsce* – Komunikat z badań CBOS Nr 62/2014
31. Boguszewski R., *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 138/2015
32. Bożewicz M., *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 37/2020
33. Bożewicz M., *Dopuszczalność aborcji w różnych sytuacjach* – Komunikat z badań CBOS Nr 71/2016
34. Bożewicz M., *Poczucie bezpieczeństwa i zagrożenia przestępczością* – Komunikat z badań CBOS Nr 61/2018
35. Bożewicz M., *Opinie Polaków o bezpieczeństwie w kraju i okolicy* – Komunikat z badań CBOS Nr 72/2019

36. Bożewicz M., *Poczucie bezpieczeństwa w najbliższej okolicy i w kraju* – Komunikat z badań CBOS Nr 96/2020
37. *Centra integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2015
38. *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019
39. *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej i warsztaty terapii zajęciowej w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2021
40. Chwajda E., *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 169/2007
41. Cybulska A., *Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu?* – Komunikat z badań CBOS Nr 104/2017
42. Cybulska A., *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 112/2016
43. Cybulska A., *Oszczędzanie na zdrowiu* – Komunikat z badań CBOS Nr 118/2016
44. Cybulska A., *Poczucie bezpieczeństwa i zagrożenie przestępczością* – Komunikat z badań CBOS Nr 76/2022
45. Cybulska A., Pankowski K., *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 97/2018
46. Cybulska A., Pankowski K., *Wydarzenie roku 2015 w Polsce i na świecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 3/2016
47. Derczyński W., *Postawy wobec osób niepełnosprawnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 85/2000
48. *Dobroczynność i działalność charytatywna* – Komunikat z badań CBOS Nr 24/1994
49. *Dostępność publicznego transportu zbiorowego dla osób niepełnosprawnych w miastach na prawach powiatu* – Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 6/2016
50. *Dynamika reakcji społecznych na zmiany w systemie gospodarstw (ładzie ekonomicznym)* – Komunikat z badań CBOS NR 45/1990
51. *Działalność charytatywna – cele i zakres społeczny* – Komunikat z badań CBOS Nr 22/1998
52. Feliksiak M., *Aktywność Polaków w organizacjach obywatelskich* – Komunikat z badań CBOS Nr 41/2022

53. Feliksiak M., *Bezpieczeństwo w Internecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 109/2015
54. Feliksiak M., (oprac.), *Dzieci i młodzież w Internecie – korzystanie i zagrożenia z perspektywy opiekunów* – Komunikat z badań CBOS Nr 110/ 2015
55. Feliksiak M., *Mowa nienawiści* –Komunikat z badań CBOS Nr 139/2019
56. Feliksiak M., *Opinia publiczna wobec kryzysu na granicy z Białorusią* – Komunikat z badań CBOS Nr 160/ 2021
57. Feliksiak M., *Opinie Polaków o tarczy antyrakietowej* – Komunikat z badań CBOS Nr 128/2009
58. Feliksiak M., *Poczucie bezpieczeństwa i opinie o pracy policji* – Komunikat z badań CBOS Nr 74/2009
59. Feliksiak M., *Postawy wobec islamu i muzułmanów* – Komunikat z badań CBOS Nr 37/2015
60. Feliksiak M., *Postawy wobec islamu i muzułmanów* –Komunikat z badań CBOS Nr 148/2019
61. Feliksiak M., *Sens życia – wczoraj i dzisiaj* – Komunikat z badań CBOS Nr 41/2017
62. Feliksiak M., *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 5/2018
63. Feliksiak M., *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 6/2019
64. Feliksiak M., *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 2/2020
65. Feliksiak M., *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 5/2021
66. Feliksiak M., *Zadowolenie z życia* – Komunikat z badań CBOS Nr 8/2022
67. Feliksiak M., *Zagrożenie terroryzmem* – Komunikat z badań CBOS Nr 78/ 2013
68. Feliksiak M., *Zagrożenie terroryzmem* – Komunikat z badań CBOS Nr 50/2015
69. Feliksiak M., *Zagrożenie terroryzmem* – Komunikat z badań CBOS Nr 127/2016
70. Fish J. M., McCraw S.J., Reddish Ch.J., *Fighting in the gray zone: a strategy to close the preemption gap*, US Army War College, Strategic Studies Institute, September 2004
71. Fryłow J., *Opinie o bezpieczeństwie w Internecie*– Komunikat z badań CBOS Nr 99/2013
72. Głowacki A., *Komu i jak pomagać? Pomoc społeczne w opinii Polaków?* – Komunikat z badań CBOS Nr 118/2018

73. Głowacki A., *Polacy o dostępie do broni palnej* – Komunikat z badań CBOS Nr 137/2017
74. Gwiazda M., *Najważniejsze wydarzenie dla Polski i dla świata roku 2016* – Komunikat z badań CBOS Nr 178/2016
75. Gwiazda M., *Polacy o obowiązku szczepienia dzieci* – Komunikat z badań CBOS Nr 100/2017
76. Hipsz N., *Bezpieczeństwo publiczne* – Komunikat z badań CBOS Nr 63/2013
77. Hipsz N., *Kierunki rozwoju energetyki w Polsce. Opinie o źródłach energii i ich wykorzystaniu* – Komunikat z badań CBOS Nr 17/2015
78. Hipsz N., *Poczucie zagrożenia terroryzmem po śmierci Osamy Bin Ladena* – Komunikat z badań CBOS Nr 57/2011
79. *Instrukcja w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, SOCK, Warszawa 2008, [w:] *Instrukcja_w_sprawie_zasad_ewakuacji_ludności_zwierząt_i_mienia_na_wypadek_masowego_zagrożeni* a %20.pdf
80. *Instrukcja w sprawie zasad ewakuacji ludności, zwierząt i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, Warszawa 2008, [w:] <https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/dokumentacja-szefa-ock-w-sprawie-ewakuacji>
81. *Jak się żyje na Mokotowie? (Wstępne opracowania wyników sondażu CBOS)* – Komunikat z badań CBOS 1990
82. *Katalog form aktywności fizycznych blisko domu*, wyd. AZS, Warszawa 2020
83. Kowalczyk K., *Komu w Polsce żyje się najtrudniej?* – Komunikaty z badań CBOS Nr 139/2013
84. Kowalczyk K., *Konflikt ukraiński i wojna handlowa z Rosją* – Komunikat z badań CBOS Nr 119/2014
85. Kowalczyk K., *Kto marzy o życiu na wsi, a kto o życiu w mieście* – Komunikat z badań CBOS Nr 18/2015
86. Kowalczyk K., *O konflikcie na Ukrainie i sankcjach gospodarczych wobec Rosji* – Komunikat z badań CBOS Nr 84/2015
87. Kowalczyk K., *O uchodźcach w przededniu unijnego szczytu poświęconego kryzysowi migracyjnemu* – Komunikat z badań CBOS Nr 133/2015
88. Kowalczyk K., *Polska szkoła AD 2014* – Komunikat z badań CBOS Nr 93/2014
89. Kowalczyk K., *Zainteresowanie sytuacją na Ukrainie i poczucie zagrożenia*

w październiku – Komunikat z badań CBOS Nr 144/2014

90. Kowalczyk K., *Zadowolenie z życia* –Komunikat z badań CBOS Nr 167/2015
91. Kowalczyk K., Wendel M., *Przemoc i konflikty w domu* – Komunikaty z badań CBOS Nr 82/2012
92. *Mieszkańcy Mokotowa o swojej dzielnicy. Raport z badań CBOS na zlecenie Rady Gminy Mokotów* – Komunikat z badań CBOS 1990
93. Morysińska A., Kołakowska-Seroczyńska Z., Sochańska-Kawiecka M., Makowska-Belta E., Zielińska D., *Badanie sytuacji osób niepełnosprawnych na dolnośląskim rynku pracy i edukacji „Obserwatorium dolnośląskiego rynku pracy i edukacji”*, wyd. Centrum Monitoringu Społecznego i Kultury Obywatelskiej, Wrocław 2013
94. *Najważniejszy obecnie problem dla Polski. Wypowiedzi spontaniczne respondentów CBOS* – Komunikat z badań CBOS Nr 103/1990
95. *Najważniejszy obecnie problem dla Polski i Polaków w opinii publicznej (Spontaniczne wypowiedzi respondentów)* – Komunikat z badań CBOS Nr 103/1990
96. *Najważniejsze problemy Polski* – Komunikat z badań CBOS Nr 10/1991
97. *Nastroje społeczne w październiku '90* – Komunikat z badań CBOS Nr 124/1990
98. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2022
99. Okulicz-Kozaryn K., *Założenia do wdrażania skutecznych strategii profilaktycznych, [w:] Rekomendacje do realizowania i finansowania gimnazjalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 r.*, Warszawa 2008
100. Omyła-Rudzka M., *Aktywność fizyczna Polaków* –Komunikat z badań CBOS Nr 129/ 2013
101. Omyła-Rudzka M., *Aktywność fizyczna Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 125/ 2018
102. Omyła-Rudzka M., *Czy Polacy jedzą za dużo?* – Komunikat z badań CBOS Nr 122/2014
103. Omyła-Rudzka M., *Czy zaangażowanie społeczności międzynarodowej w rozwiązanie konfliktu ukraińskiego jest wystarczające?* – Komunikat z badań CBOS Nr 134/2014
104. Omyła-Rudzka M., *Edukacja zdalna – doświadczenia i oceny* – Komunikat z badań CBOS Nr 19/2021
105. Omyła-Rudzka M., *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych* –

- Komunikat z badań CBOS Nr 96/ 2020
106. Omyła-Rudzka M., *Niepełnosprawni wśród nas* – Komunikaty z badań CBOS Nr 169/2017
107. Omyła-Rudzka M., *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej* – Komunikat z badań CBOS Nr 113/2016
108. Omyła-Rudzka M., *Poczucie zagrożenia i zainteresowanie sytuacją na Ukrainie* – Komunikat z badań CBOS Nr 164/ 2014
109. Omyła-Rudzka M., *Przemoc i konflikty w domu* – Komunikaty z badań CBOS Nr 48/2019
110. Omyła-Rudzka M., *Stosunki polsko-ukraińskie w opiniach Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 95/2014
111. Omyła-Rudzka M., *Zaufanie do systemu bankowego* – Komunikat z badań CBOS Nr 173/2018
112. *Opinia publiczna o bezrobociu* – Komunikat z badań CBOS Nr 8/1991
113. Pankowski K., *Polacy o Siłach Zbrojnych* – Komunikat z badań CBOS Nr 125/ 2014
114. Pankowski K., *Wydarzenie roku 2018 w Polsce i na świecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 1/2019
115. Pawłowski L., *Wydarzenie roku 2015 w Polsce i na świecie* – Komunikat z badań CBOS Nr 3/2018
116. Piekut A., *Wydatki gospodarstw domowych na leki i leczenie* – Komunikat z badań CBOS Nr 114/2016
117. *Poczucie zagrożenia wojna w społeczeństwie polskim* – Komunikat z badań CBOS Nr 42 1990
118. *Polacy wobec kwestii niemieckiej* – Komunikat z badań CBOS Nr 32/1990
119. *Pomoc świadczona przez gminy osobom żyjącym w ubóstwie* – Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 12/2020
120. *Program sportowo blisko domu do 2025 roku przyjęty w ramach #Warszawa 2030. Strategia. Katalog form aktywności fizycznych blisko domu, wyd. AZS, Warszawa 2020*
121. *Przemoc i konflikty w domu* – Komunikat z badań CBOS Nr 35/2009
122. Rogala B., *Od czego zależy bezpieczeństwo kraju?* – Komunikat z badań CBOS Nr 48/2022

123. Rogala B., *Ważne kwestie społeczno-polityczne w opiniach młodych Polaków* – Komunikat z badań CBOS Nr 93/2021
124. Rogala B., *Opinie o bezpieczeństwie narodowym* – Komunikat z badań CBOS Nr 18/2014
125. Rogulska B., *15 lat członkostwa Polski w Unii Europejskiej* – Komunikat z badań CBOS Nr 59/2019
126. *Rozwój sportu osób niepełnosprawnych* – Informacja o wynikach kontroli NIK Nr ewid. 194/2016/P/16/023/KNO
127. Rutkowska M., *Czy Polacy mają problem z nadwagą?* – Komunikat z badań CBOS Nr 103/2019
128. Scovil J., *Polacy wobec wojny na Ukrainie* – Komunikat z badań CBOS Nr 73/2022
129. Siekiera K., *Dzieci i młodzież w Internecie – korzystanie i zagrożenia z perspektywy opiekunów* – Komunikat z badań CBOS Nr 129/2018
130. *Sojusznicy i wrogowie Polski. Opinie młodzieży o niektórych czynnikach bezpieczeństwa i zagrożenia kraju* – Komunikat z badań CBOS Nr 79/1990
131. *Spółczesność polskie wobec bezrobocia* – Komunikat z badań CBOS Nr 139/1990
132. *Spółczesna definicja biedy, jej zasięg i przyczyny* – Komunikaty z badań CBOS Nr 33/1997
133. *Spółczesna ocena i przewidywane następstwa programu Balcerowicza* – Komunikat z badań CBOS Nr 2 1990
134. Sochańska-Kawiecka M., *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*, PFRON, Warszawa 2017
135. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011
136. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016
137. *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, GUS, Warszawa 2021
138. *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2007
139. Strzeszewski M., *Czy na co dzień czujemy się bezpiecznie?* – Komunikat z badań CBOS Nr 77/2007
140. Strzeszewski M., *Poczucie bezpieczeństwa na co dzień* – Komunikat z badań CBOS Nr 99/2013
141. Strzeszewski M., *Rosja – Polska. Bezpieczeństwo energetyczne i opinie o wzajemnych stosunkach* – Komunikat z badań CBOS Nr 105/2007

142. Strzeszewski M., *Stosunek do obecności żołnierzy polskich w Iraku i Afganistanie* – Komunikat z badań CBOS Nr 162/2007
143. Szczepańska J., *Komu i jak pomagać? Pomoc społeczne w opinii Polaków?* – Komunikat z badań CBOS Nr 140/2008
144. Świerczewski K., *Palenie papierosów* – Komunikat z badań CBOS Nr 104/2019
145. *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania* – Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 3/2018
146. Wądołowska K., *Opinie o sytuacji na rynku pracy i zagrożeniu bezrobociem ludzi młodych* – Komunikat z badań CBOS Nr 171/2009
147. *Wydarzenia na Ukrainie a poczucie zagrożenia w Europie Środkowo-Wschodniej*, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2014
148. *Zatrudnianie osób niepełnosprawnych przez administrację publiczną i państwowe osoby prawne* – Informacja o wynikach kontroli NIK Nr 4/2019
149. Zbieranek J., *Ułatwienia w głosowaniu – opinie i oczekiwania* – Komunikat z badań CBOS Nr 50/2019

VI. Netografia:

1. Ameljańczyk A., Ameljańczyk T., *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego w państwie i jego zagrożenia*, [w:] https://rocznikikae.sgh.waw.pl/p/roczniki_kae_z25_01.pdf
2. *Badanie dotyczące poczucia bezpieczeństwa mieszkańców Krakowa. Raport z badania*, MRW, UMK, Kraków 2017, [w:] <http://www.ksp.wpia.uj.edu.pl/documents/33170217/112071295/2017+Bezpieczenstwo+raport+z+badan+czerwiec+2017.pdf/bbfdbc32-8798-46f0-a888-eae2296cf8ce>
3. *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy. Część 4 z 6. Perspektywa osób z ograniczoną sprawnością ruchową*, [w:] 7780_Raport_CZESC_4z6_N_ruchowa_final.pdf
4. Baja G., Kulak A., Sobolewska E., *Wybrane aspekty wsparcia dzieci niepełnosprawnych*, [w:] 0000052820-wcag.pdf [dostęp: 8.11.2022]
5. Bakuń-Nawłoka U., *Działania na rzecz ograniczenia sfery ubóstwa w Polsce*, [w:] <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/51215/edition/51732?language=pl>
6. Bartuzi P. i in., *Przystosowanie obiektów, pomieszczeń oraz stanowisk pracy dla osób*

- niepełnosprawnych o specjalnych potrzebach – dobre praktyki*, Warszawa 2014, [w:] https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/d/4982_Dobre_praktyki-wersja_finalna.pdf
7. Bereźnicka M., *Poczucie bezpieczeństwa jako wartość we współczesnej szkole*, [w:] https://www.researchgate.net/publication/340941337_Poczucie_bezpieczenstwa_jako_wartosc_we_wspolczesnej_szkole/link/5ea6bb3445851553fab2e3af/download,
 8. „*Bezpieczna Przyszłość*”. *Model wsparcia środowiskowego osób z niepełno sprawnością intelektualną w społeczności lokalnej*, [w:] <https://kregiwsparcia.pl/wp-content/uploads/2019/02/Model-BEZPIECZNA-PRZYSZŁOŚĆ.pdf>
 9. Bień A., Dobrowolski W., *Raport na temat interaktywnych modeli niepełno sprawności i możliwości ich adaptacji w warunkach polskich*, [w:] http://www.glusiwpracy.dobrekadry.pl/dokumenty/Raport-interaktywne_modele.pdf
 10. Biernat E., Drygas W., *Ekonomiczne i społeczne koszty niedostatecznej aktywności fizycznej Polaków*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf
 11. Borkowski M., *Pacjent (konsument) i jego miejsce w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego*, [w:] <https://wpia.uwm.edu.pl/czasopisma/sites/default/files/uploads/KPP-Monografie/8/76-83.pdf>
 12. Brutnikowski M., Jordan S., Kunc K., Robakowska E., Subocz M., *Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami. Uwzględniając koncepcję uniwersalnego postępowania – poradnik*, MiiB, Warszawa 2017, [w:] <https://instytutksiazki.pl/files/upload/files/Standardy%20dost%C4%99pno%C5%9Bci%20budynk%C3%3w%20dla%20os%C3%B3b%20z%20niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bciami.pdf>
 13. Bugajska J., Kamińska J., Zawieska W.M., *Przystosowanie środowiska pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych z wykorzystaniem Ramowych wytycznych*, [w:] https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P31200123251443541514096&html_tresc_root_id=11518&html_tresc_id=11520&html_klucz=11518&html_klucz_spis=
 14. Ciekankowski Z., *Rodzaje i źródła zagrożeń bezpieczeństwa*, [w:] http://www.bg_utp.edu.pl/artbtp2012010_bezpieczef1stwo-zc.pdf
 15. *Zagrożenia okresowe występujące w Polsce*. Wydział Analiz RCB, Warszawa 2012,

- [w:] 20150914-144029-rcb-zagrozenia-okresowe-w-polsce-aktualizacja.pdf
16. Cłapa I., Porowski R., Dziubiński M., *Wybrane modele obliczeniowe czasów ewakuacji*,
[w:] http://www.bg.utp.edu.pl/artbtp2011328201129wybrane20modele20obliczeniowe20czasf3w20ewakuacijopr_20rp.pdf
17. Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, [w:] http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf
18. Czupryński A., *Podstawy badań nad bezpieczeństwem*, [w:] J. Zboina, B. Wiśniewski (red.), *Ochrona przeciwpożarowa a bezpieczeństwo państwa*, CNBOP-PIB, Józefów 2014, [w:] <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cnbop.pl/wydawnictwa/ksiazki/978-83-61520-35-1/ochrona-ppoz.pdf>
19. *Dane demograficzne - Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych* [w:] niepelnosprawni.gov.pl
20. *Diagnoza potrzeb osób z niepełnosprawnością w kontekście modyfikacji istniejących i zaproponowania nowych instrumentów włączania społecznego. Raport zbiorczy*, [w:] <https://psoni.org.pl/wp-content/uploads/2015/09/4.-Diagnoza-potrzeb-os%C3%B3b-z-niepe%C5%82nosprawno%C5%9Bci%C4%85-.pdf>
21. Doroszewski W. (red.). *Słownik języka polskiego*, [w:] <https://sjp.pwn.pl/slowniki/ewakuacja.html>
22. *Dostępność Plus na lata 2018-2025* [w:] https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program_Dostepnosc_Plus.pdf
23. *Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawności – analiza i zalecenia*, BRPC, Warszawa 2020, [w:] https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Dostepnosc_uslug_opieki_zdrowotnej_dla_OzN.pdf
24. Drygas W., Głowczyńska R., Turska-Kmieć A., Folga A., *Aktywność fizyczna jako kluczowy czynnik w promocji zdrowia i profilaktyce chorób przewlekłych*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] <https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/>
25. *Działalność służb ratowniczych w 2017 roku*, GUS, Warszawa 2018, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2017_r.pdf](#)
26. *Działalność służb ratowniczych w 2018 roku*, GUS, Warszawa 2019, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2018_r.pdf](#)

27. *Działalność służb ratowniczych w 2019 roku*, GUS, Warszawa 2020, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2019_r.pdf](#)
28. *Działalność służb ratowniczych w 2020 roku*, GUS, Warszawa 2021, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2020_r.pdf](#)
29. *Działalność służb ratowniczych w 2021 roku*, GUS, Warszawa 2022, [w:] [dzialalnosc_sluzb_ratowniczych_w_2021_r.pdf](#)
30. Egodage N., Abdeen F.N., Sridarran P., *Fire emergency evacuation procedures for differently-abled community in high-rise buildings*, [w:] „Journal of Facilities Management” Vol. 18 No. 5 2020, ss. 505-519. <https://doi.org/10.1108/JFM-07-2020-0043>
31. encyklopedia.pwn.pl/szukaj/bezpieczenstwo%20publiczne.html
32. *Ewakuacja ludności*, [w:] [fragment-ochrona-ludności-i-obrona-cywilna.pdf](#)
33. Fiedoruk A., Śmigiełska-Kuzia J., Krajewska-Kułak E., *Metody rehabilitacji ruchowej dzieci niepełnosprawnych ze szczególnym uwzględnieniem metody NDT*, [w:] [0000065496-wcag.pdf](#)
34. Filaber J., *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, [w:] https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/79845/PDF/01_04_Filaber-J_Ewakuacja-osob-niepelnosprawnych.pdf
35. Filaber J., *Ewakuacja osób niepełnosprawnych w sytuacji kryzysowej*, [w:] <https://www.repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/84858/edition/79845?language=en>
36. Florek-Łuczki M. i in., *Ocena stanu zdrowia oraz określenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016-2021*, [Ocena.pdf](#)
37. Foryś M., *Diagnoza w pracy nauczyciela-terapeuty*, [w:] http://www.ptde.org/plugin.php/1424/mod_page/content/9/PTDE_2019_26.09_301_.pdf
38. Gajewska M., Lewtak K., Urban E., *Działania na rzecz upowszechnienia aktywności fizycznej – skala ogólnopolska*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf
39. Gardocka-Jałowicz A., Szalotka K., *Wybrane aspekty stylu życia w perspektywie*

- odpowiedzialności za zdrowie*, [w:] https://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/99733/PDF/01_01_A_Gardocka-Jalowiec_K_Szalonka_Wybrane_aspekty_stylu_zycia.pdf
40. Giermanowska E., *Niepelnosprawny jako pracownik i pracodawca*, [w:] https://dspace.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/23036/%5B67%5D-98_Giermanowska_Niepe%20nosprawny%20jako%20pracownik.pdf?sequence=4&isAllowed=y
41. Guzek A., *Sondaże opinii publicznej jako samowiedza współczesnych społeczeństw*, [w:] https://rep.up.krakow.pl/xmlui/bitstream/handle/11716/3061/02_sondaze_opinii_publicznej_a_guzik.pdf?sequence=1
42. Heinrich K., Pytel J.K., *Osoba niepełnosprawna fizycznie – potrzeby fizyczne i społeczne, cz. 1*, [w:] <http://wydawnictwo.wseit.edu.pl/wp-content/uploads/2020/06/Osoba-niepe%20nosprawna-fizycznie-%E2%80%93-potrzeby-fizyczne-i-spo%20C5%82eczne-I.pdf>
43. Heinrich K., Pytel J.K., *Osoba niepełnosprawna fizycznie – potrzeby fizyczne i społeczne, cz. 2*, [w:] <http://wydawnictwo.wseit.edu.pl/wp-content/uploads/2020/06/Osoba-niepe%20nosprawna-fizycznie-%E2%80%93-potrzeby-fizyczne-i-spo%20C5%82eczne-II.pdf>
44. <https://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>
45. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341120/WHO-EURO-2021-1204-40953-58211-pol.pdf>
46. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
47. <https://dane.gov.pl/pl/dataset/2080,statystyki-zdarzen-systemu-wspomagania-decyzji-pan>
48. <https://forsal.pl/swiat/bezpieczenstwo/artykuly/8357736,konflikty-zbrojne-na-swiecie-w-2022-r-mapa.html>
49. <https://www.mobilex.pl/blog/niepelnosprawni-w-polsce/>
50. <https://ncdrisc.org/country-profile.html>
51. <https://rampa.net.pl/problemy-osob-z-niepelnosprawnoscia-jak-je-rozwiazac-poprzez-sport/>
52. <https://sjp.pwn.pl/szukaj/synteza.html>
53. www.undp.org/publications/human-development-report-1994
54. <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-europejskie-bez-barier/dostepnosc-plus/o-programie/>
55. https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program_Dostepnosc_Plus.pdf

56. <https://www.kis.gov.pl/documents/6609173/10425091/9.+Broszura+ulga+rehabilitacyjna.pdf>
57. <https://www.pzh.gov.pl/niedostateczny-poziom-aktywnosci-fizycznej-w-polsce-jako-zagrozenie-i-wyzwanie-dla-zdrowia-publicznego-raport-komitetu-zdrowia-publicznego-polskiej-akademii-nauk/>
58. <https://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnosc/definicja.php>
59. *Human security now: protecting and empowering people/Commission on Human Security*, [w:] <https://digitallibrary.un.org/record/503749>
60. Hyjek M., Augustyniak M., Tota-Stawarczyk P., *Dostępność. Bezpieczna ewakuacja*, PBB, Warszawa 2022, [w:] https://polskabezbarier.org/documents/Dostepnosc_bezpieczna_ewakuacja.pdf
61. *ICF Międzynarodowa klasyfikacja funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia, WHO, Geneva 2001 r.*, [w:] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_pol.pdf?sequence=67&isAllowed=y
62. Janiak M., *Bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością ruchową jako zadanie dla władz samorządowych. Przykład powiatu gnieźnieńskiego*, [w:] <https://rocznikbezpieczenstwa.pl/ojs/index.php/rbm/article/view/506/455>,
63. Jan Paweł II, *Encyklika Redemptor hominis*, [w:] www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_04031979_redemptor-hominis.html
64. Jurgielewicz-Delegacz E., *Osoby niepełnosprawne – w tym niedowidzące i słabowidzące – jako uczestnicy ruchu drogowego*, [w:] <http://www.humanrights.com.pl/pdf/Tom19/9.%20Emilia%20JURGIELEWICZ-DELEGACZ%20-%20Osoby%20niepe%C5%82nosprawne%20E2%80%93%20w%20tym%20niewidome%20i%20s%C5%82abowidz%C4%85ce%20E2%80%93%20jako%20uczestnicy%20ruchu%20drogowego.pdf>
65. *Katastrofy budowlane w 2019 roku*, [w:] [analiza_katastrof_budowlanych_za_2019_r_-_wersja_na_bip.pdf](#)
66. *Katastrofy budowlane w 2020 roku*, [w:] [analiza_katastrof_budowlanych_za_2020_r_-_wersja_na_bip.pdf](#)
67. Kessler M., Mielczarek J., *Prawa publiczne osób niepełnosprawnych*, [w:] <https://www.repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/84856/edition/79843>
68. Kitler W., *Zarządzanie bezpieczeństwem na poszczególnych szczeblach samorządu terytorialnego*, [w:] https://www.researchgate.net/publication/333748481_Zaradzanie_bezpieczenstwem_na_poszczegolnych_szczeblach_samorzadu_terytorialnego/

link/5d022aac299bf13a38512671/download

69. Knapik A., Saulicz E., Rottermund J., A. Myśliwiec, Wolny T., Saulicz M., Witanowska J., Warmuz-Wancisiewicz A., *Wiek jako determinanta aktywności fizycznej i jej barier – kinezyfobii mieszkańców południowej Polski*, Knapikpraca-Ukraina.pdf
70. *Kompleksowa diagnoza sytuacji osób z niepełnosprawnościami na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Raport końcowy*, [w:] <https://ngo.kujawsko-pomorskie.pl/upload/file/aktualnosci/2021/uz-6-21-8-315-zz1.pdf>
71. Kowalczuk K., *Przemoc wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] 0000056244.pdf
72. Kowalski K., *Projektowanie bez barier – wytyczne*, Integracja, ZUS, Warszawa 2016, [w:] <https://www.integracja.org/wp-content/uploads/2017/01/Projektowanie-bez-barier-wytyczne-2016.pdf>
73. Kowalski K., *Zasady i przepisy BHP obowiązujące przy zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, [w:] https://lublin.eu/gfx/lublin/userfiles/_public/mieszkanicy/on_lublin/niepelnosprawni_w_lublinie/wydawnictwa/vademecum/ii.i.4_zasady_i_przepisy_bhp_obowiazujace_przy_zatrudnianiu_osob_niepelnosprawnych.pdf
74. Kubica A., *Aktualne rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf
75. Kuszak W., *Ewakuacji ludności*, [w:] ewakuacja2003planowa.pdf
76. Malczewski A., *Młodzież a substancje psychoaktywne*, w: M. Grabowska, M. Gwiazda (red.), *Młodzież 2018*, Warszawa 2019, za: RAPORT_MŁODZIEŻ_2018.pdf
77. Malczewski A., *Młodzież a substancje psychoaktywne*, [w:] *Młodzież 2016. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*, Warszawa 2016, za: Młodzież_2016_raport_z_badania.pdf
78. Malinowska E., *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników instytucji i organizacji pomocowych wspierających osoby zaangażowane wykluczeniem*, [w:] https://www.aktywizacja.org.pl/images/Publikacje/pdf/aktywizacja_zawodowa.pdf
79. Mazur M., *Analiza statystyczna pożarów w Polsce*, [w:] *Czerwona księga pożarów*.

- T II. Wydawnictwo CNBOP-PIB, Warszawa 2016, [w:] ckp_2016_t2_001-592_www.pdf
80. *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych* [w:] <https://web.archive.org/web/20130821093858/http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r21.htm>
81. Mikołajczyk-Lerman G., *Warunki i jakość życia w gospodarstwach domowych z dzieckiem niepełnosprawnym*, [w:] <https://dspace.uni.lodz.pl/handle/11089/28846>
82. Miśkiewicz P., *Światowy Raport o Niepełnosprawności, Biuro WHO w Polsce*, [w:] https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/p/4955_Paulina_Mi_kiewicz.pdf
83. Mordawska J., *Zjawisko przemocy wobec osób starszych – skala problemu, czynniki ryzyka, metody przeciwdziałania*, <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/41797>
84. Mruk H., *Odpowiedzialność osobista za zdrowie a długość i jakość życia*, [w:] http://repozytorium.uni.wroc.pl/Content/118599/PDF/03_01_H_Mruk_Odpowiedzialnosc_osobista_za_zdrowie.pdf
85. *Niepełnosprawność i zdrowie*. WHO, Genewa 2020, [w:] <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1qwNpWBPkS0J:https://kn.pfron.org.pl/download/5/1237/PFRONkwartalniknr36-37caloscWCAG12bNiepelnosprawnoscPLpdf&cd=2&hl=pl&ct=clnk&gl=pl>
86. *Niepełnosprawność i zdrowie*, [w:] <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1qwNpWBPkS0J:https://kn.pfron.org.pl/download/5/1237/PFRONkwartalniknr36-37caloscWCAG12bNiepelnosprawnoscPL.pdf&cd=5&hl=pl&ct=clnk&gl=pl>
87. *Ochrona przeciwpożarowa w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017, [w:] ochrona_przeciwpozarowa_w_2016_r..pdf
88. *Ogólne zasady ewakuacji na wypadek masowego zagrożenia*, [w:] <https://soinso.uj.edu.pl/ewakuacja>
89. Orzeszko A., *Ochrona i bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych w sytuacjach zagrożenia*, [w:] http://www.pedkat.pl/images/czasopisma/pk18/PK18_05.pdf
90. *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, ROPS, Rzeszów 2014, [w:] https://www.rops.rzeszow.pl/dokumenty/badania/5_niepelnosprawni.pdf
91. Ostenda J., *Psychospołeczne funkcjonowanie dzieci niepełnosprawnych*, [w:] http://www.pulib.sk/web_kniznica/el_pub/dokument/Bernatova10/subor/Ostenda.pdf
92. Paczkowski A., Więckowski D., *Potrzeba obiektywnej zdolności do prowadzenia pojazdów przez osoby niepełnosprawne*, [w:] 06_Artur_Paczkowski.pdf

93. pem.itl.waw.pl/artykuly/energia-elektromagnetyczna/
94. Pieczywok A., *Bezpieczeństwo jako wartość edukacyjna i badawcza*, [w:] <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/67849/edition/66148/content>
95. Pisarska A., *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z ryzykownymi i problemowymi zachowaniami młodzieży – kilka wskazówek*, [w:] D. Mocabder (red.), *Ryzyko używania narkotyków przez młodzież. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Warszawa 2014, za: [ryzyko_uzywania_narkotykow_26.01.2015_1.pdf](#)
96. pl.wikipedia.org/wiki/Trollowanie
97. Poliński J., *Dostosowanie kolei do przewozu osób niepełnosprawnych – skala problemu*, [w:] <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element/baztech-article-BGPK-2382-9235>
98. *Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych na lata 2021-2027. Powiat policki*, [w:] <https://policki.pl/wp-content/uploads/2021/04/Zalacznik-do-Uchwaly-Nr-21-2021-Powiatowej-Rady-Dzialalnosci-Pozytku-Publicznego-z-dnia-2-kwietnia-2021-r..pdf> *Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Powiecie Koneckim na lata 2011-2015*, WPSOiZ, Końskie 2011, [w:] <http://bip.konecki.wrota-swietokrzyskie.pl/documents/1299821/1478198/Program+Dzia%C5%82a%C5%84+na++Rzecz+Os%C3%B3b+Niepe%C5%82nosprawnych+w+Powieci+%E2%80%A6.pdf>
99. *Przemoc w rodzinie w 2012-2021*, [w:] <https://statystyka.policja.pl/download/20/361533/przemoc-w-rodzinie-2012-2021.pdf>
100. *Raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący dostępności przestrzeni publicznej dla osób starszych i niepełnosprawnych. 2018* [w:] www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/094/
101. *Raport nt. skrajnego ubóstwa wśród dzieci z niepełnosprawnością. Diagnoza i propozycje rozwiązań*, [w:] <https://pro-life.pl/raport-nt-skrajnego-ubostwa-wsrod-dzieci-z-niepelnosprawnoscia-diagnoza-oraz-propozycje-rozwiazan/>
102. *Raport o występowaniu zdarzeń o znamionach poważnej awarii w 2013 r.*, GIOŚ, Warszawa 2014, [w:] https://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/powazne_awarie/raport_o_wystepowaniu_zdarzen_do_znamionach_powaznej_awarii_w_2013_r.pdf [
103. Roberts D., *Global Governance and Biopolitics. Regulating Human Security*, Ed Books, London-New-York 2009, [w:] <https://doi.org/10.5860/choice.48-3538>
104. *Rodziny Plan Powodziowy*, [w:] <https://oswiecim.pl/wp-content/uploads/>

- 2018/01/3_rodzinny_plan_powodziowy.pdf
105. Rudzik J., Chrzanowski J., *Aktywność fizyczna jako forma rewalidacji niepełnosprawnych. Akcent: dzieci i młodzież*, [w:] <https://swfis.wum.edu.pl/sites/swfis.wum.edu.pl/files/Aktywnosc-fizyczna-jako-forma-rewalidacji-niepelnospr.pdf>
106. Ruskowska J., Kwaśniewska M., *Interwencje z zakresu zdrowia publicznego wspierające aktywność fizyczną*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, NIZP – PZH, Warszawa 2021*, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf
107. Sawano T., Senoo Y., Yoshida I., Ozaki A., Y. Nishikawa, Hori A., Oikawa T., Tanigawa K., Shigetomi S., Tsubokura M., *Emergency Hospital Evacuation From a Hospital Within 5 km Radius of Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant: A Retrospective Analysis of Disaster Preparedness for Hospitalized Patients*, [w:] „Disaster medicine and public health preparedness” Nr 16(5) 2022, ss. 2190-2193, [w:] <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.265>
108. Sierosławski J., *Używalnie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r.*, Warszawa 2015, [Raport_ESPAD_2015.pdf](#)
109. sjp.pwn.pl/sjp/diagnostyka;2555031
110. sjp.pwn.pl/slowniki/bezpieczenstwo.html
111. *Skala, przyczyny i skutki ubóstwa województwie śląskim – edycja 2020*, ROPS, Katowice 2020, [w:] https://rops-katowice.pl/wp-content/uploads/2022/01/2021-12-20-ubostwo_2021.pdf
112. *Słownik Języka Polskiego PWN*, [w:] <https://sjp.pwn.pl/slowniki/kategoria.html>
113. Staniszevska E., *Ochrona pracy osób niepełnosprawnych*, [bezpieczenstwo%20niepelnospranwych/E_Staszewska_Ochrona_pracy_osob_niepelnosprawnych.pdf](#)
114. *Strategia potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu gnieźnieńskiego na lata 2016-2020. Wersja robocza*, [zalacznik-1-strategia-2-11-2016.pdf](#)
115. stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/1800,pojecie.html
116. <https://forsal.pl/swiat/bezpieczenstwo/artykuly/8357736>,
117. Śtefanachi B., *From state to individual. Human security – a new framework of understanding sovereignty*, „Eastern Journal of European Studies” Nr 12(2) 2021,

<https://doi.org/10.47743/ejes-2021-0213>

118. Szluz B., *Integracja czy stygmatyzacja osób niepełnosprawnych*, [w:] https://repozytorium.ur.edu.pl/bitstream/handle/item/2294/Szluz_Integracja.pdf?sequence=1&isAllo wed=y s.
119. Szarfenberg R., *Prawo do odpowiednich warunków życia o ochrony socjalnej: art. 28 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Raport tematyczny*, [w:] <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/art.28kpon.pdf>
120. Szymanowska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2012, za: [programy-profilaktyczne.pdf](#)
121. Szymczak M., *Szkolenie z ochrony przeciwpożarowej*, USK, Wrocław 2022, [w:] [8_Szkolenie_ppoz.pdf](#)
122. Śmigielski W., *Aktywność fizyczna Polaków na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej*, [w:] W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia fizycznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, [w:] https://gumed.edu.pl/attachment/attachment/75626/Monografia_aktywnosc_fizyczna.pdf
123. Tikhonov A., *Znaczenie organizacji pozarządowych jako instytucji zapewniających uczestnictwo osób z niepełnosprawnością wzrokową w aktywności fizycznej*, [w:] <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/128156/edition/118609/content?&meta-lang=pl>
124. Tobolski M., *Wymagania ochrony przeciwpożarowej dla zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] <https://docplayer.pl/4985572-Wymagania-ochrony-przeciwpozarowej-dla-zaklad-ow-opieki-zdrowotnej.html>
125. Ucińska M., Stasiak B., *Wstępna analiza kierowców z niepełnosprawnością w Polsce w kontekście bezpieczeństwa ruchu drogowego*, [w:] <http://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-e5989f52-7215-4e4d-986c-e442f6bae609>
126. ULOTKA_ZKO_2011.pdf
127. UNDP (United Nations Development Programme). 1994. Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security. New York [w:] <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-1994>
128. Wolińska I., *Raport z badania warsztatów terapii zajęciowej. Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych*,

Raport-z-badania-warsztatow-terapii-zajeciowej.pdf]

129. Wolniak R., Skotnicka-Zasadzień B., Zasadzień M., *Zdefiniowanie poziomu oczekiwań osób niepełnosprawnych w zakresie barier architektonicznych w administracji publicznej*, [w:] http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2016/T2/t2_0514.pdf
130. Wolny P., *Psychologia w ewakuacji*, [w:] <https://www.ppoz.pl/czytelnia/rozpoznanie-zagrozen/Psychologia-w-ewakuacji/idn:2783>
131. www.documents1.worldbank.org/curated/en/931311505312864622/pdf/119683-REPL-OUO-9-model-3-PL.pdf
132. wsjp.pl/haslo/podglad/40953/pozyteczny-idiota
133. www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach/opracowania-analityczno-tabelary/]
134. www.undp.org/publications/human-development-report-1994
135. www.uzaleznieniabehawioralne.pl/siecioholizm/zjawisko-uzaleznienia-multimedialnego/]
136. *Zagrożenia poważnymi awariami przemysłowymi w Polsce*, [w:] https://m.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/mobi?_nfpb=true&_pageLabel=P42600613191498038218695&html_tresc_root_id=300007540&html_tresc_id=300007542&html_klucz=300007540&html_klucz_spis=]
137. Zarzeczna-Baran M., *Potrzeby zdrowotne*, [w:] http://ptpz.home.pl/bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl/public_html/upload/Potrzeby%20zdrowotne.pdf
138. *Zasady ewakuacji ludności i mienia na wypadek masowego zagrożenia*, RBiZK, Słupsk 2016, *zasady-ewakuacji.pdf*
139. Zięba R., Zajac D., *Budowa zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego Polski. Ekspertyza*, Warszawa 2010, [w:] <http://biblioteka.oapuw.pl/ryszard-zieba-justyna-zajac-budowa-zintegrowanego-systemu-bezpieczenstwa-narodowego-polski-warszawa-2010>
140. Zięba-Kołodziej B., *Uwarunkowania zażywania przez młodzież substancji uzależniających. Opinie uczniów szkół ponadgimnazjalnych*, [w:] <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/5185>

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1.1. Cel i proces poznania naukowego	19
Rysunek 2.1. Kategorie decydujące o poczuciu bezpieczeństwa człowieka	55
Rysunek 2.2. Piramida bezpieczeństwa opracowana przez Mariana Cieślarczyka	99
Rysunek 2.3. Fazy analizy systemu bezpieczeństwa	106
Rysunek 3.1. Model obiektywnego i subiektywnego uwarunkowania bezpieczeństwa personalnego	120
Rysunek 3.2. Typologia zagrożeń bezpieczeństwa	136
Rysunek 3.3. Podział zagrożeń bezpieczeństwa	140
Rysunek 4.1. Brak aktywności ruchowej człowieka i jej konsekwencje dla zdrowia – „spirala śmierci”	201
Rysunek 5.1. Wizualizacja stopni ewakuacji według Wytycznych Szefa Obrony Cywilnej Kraju	307
Rysunek 6.1. Wymagania dla dróg ewakuacyjnych budynków użyteczności publicznej i mieszkalnych	341
Rysunek 6.2. Grupy osób biorące udział w procesie ewakuacji szpitalnej	346
Rysunek 6.3. Łóżko pielęgnacyjne/ewakuacyjne o zmiennej geometrii przystosowane w widoku aksonometrycznym z boku i z góry	364
Rysunek 6.4. Łóżko pielęgnacyjne/ewakuacyjne o zmiennej geometrii przystosowane w widoku aksonometrycznym z tyłu i z góry	364
Rysunek 6.5. Wielozadaniowość łóżka zgłoszonego do Urzędu Patentowego	366
Rysunek 6.6. Wielofunkcyjny adapter łóżka rehabilitacyjnego	372
Rysunek 6.7. Warianty paneli bocznych	372

SPIS TABEL

Tabela 1.1. Płeć uczestników badania	33
Tabela 1.2. Wiek uczestników badania	34
Tabela 1.3. Wykształcenie uczestników badania	34
Tabela 1.4. Miejsce zamieszkania uczestników badania	35
Tabela 1.5. Samodzielność uczestników badania	36
Tabela 1. 6. Korzystanie z pomocy innych osób przez uczestników badania	36
Tabela 1.7. Sytuacja materialna uczestników badania	37
Tabela 1.8. Etapy przeprowadzonego procesu badawczego	39
Tabela 2.1. Uniwersalna tabela domen bezpieczeństwa według Cezarego Rutkowskiego	81
Tabela 2.2. Kryteria klasyfikacji niepełnosprawności	87
Tabela 2.3. Determinanty poczucia bezpieczeństwa	92
Tabela 2.4. Rodzaje wsparcia społecznego wyróżnione przez Helenę Sęk – w odniesieniu do osób niepełnosprawnych	93
Tabela 3.1. Nowe modele niepełnosprawności	125
Tabela 3.2. Bariery doświadczane przez osoby niepełnosprawne	129
Tabela 3.3. Zagrożenia pierwotne i wtórne dla bezpieczeństwa personalnego	137
Tabela 3.4. Modelowe ujęcie potrzeb zdrowotnych realizowanych za pomocą aktywności fizycznej	155
Tabela 3.5. Zestawienie metod identyfikacji zagrożeń	179
Tabela 4.1. Wybrane grupy osób z dysfunkcją ruchu – ze względu na przyczynę niepełnosprawności motorycznej	192
Tabela 4.2. Cele aktywności fizycznej (sportowej) osób niepełnosprawnych	199
Tabela 4.3. Bariery uprawiania sportu przez osoby niepełnosprawne.	207
Tabela 4.4. Opinie Polaków w latach 1993-2017 o podmiotach, które powinny opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi i wspomagać ich w codziennym funkcjonowaniu	223
Tabela 4.5. Rodzaje wózków inwalidzkich	234
Tabela 4.6. Centra integracji społecznej – według województw w latach 2012	241
Tabela 4.7. Centra integracji społecznej – według rodzaju podmiotu prowadzącego oraz typu obszaru, na którym znajdowała się siedziba placówki w latach 2012-2014.	241
Tabela 4.8. Liczba uczestników zajęć w centrach integracji społecznej – według województw w 2012 roku	242
Tabela 4.9. Średnia liczba uczestników zajęć na jedno centrum integracji społecznej – według województw w 2012 roku	242
Tabela 4.10. Kluby integracji społecznej – według województw w latach 2016-2020	243
Tabela 4.11. Zakłady aktywności zawodowej – według województw w latach 2012-2020	244
Tabela 4.12. Zakłady aktywności zawodowej – według rodzaju podmiotu prowadzącego oraz typu obszaru, na którym znajdowała się siedziba placówki w latach 2012-2014	245
Tabela 4.13. Warsztaty terapii zajęciowej – według województw w latach 2019-2020	246
Tabela 4.14. Uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej w tys. osób – według województw w 2012 roku	246
Tabela 4.15. Średnia liczba uczestników przypadająca na jeden warsztat terapii zajęciowej - według województw w 2012 roku	247

Tabela 4.16. Warsztaty terapii zajęciowej – według rodzaju podmiotu prowadzącego oraz typu obszaru, na którym znajdowała się siedziba placówki w latach 2012-2014.	248
Tabela 4.17. Gospodarstwa domowe z osobami niepełnosprawnymi w Polsce w 2020	263
Tabela 4.18. Samoocena stanu zdrowia i stopień niepełnosprawności prawnej respondentów z gospodarstw domowych w Polsce w roku 2020	263
Tabela 4.19. Zadania z zakresu ochrony ludności podejmowane w ramach zarządzania bezpieczeństwem	278
Tabela 5.1. Zdarzenia z udziałem jednostek ochrony przeciwpożarowej w Polsce w latach 2016-2021 (tys. zdarzeń)	288
Tabela 5.2. Katastrofy budowlane w Polsce w latach 2019-2020 – według rodzajów obiektów budowlanych	290
Tabela 5.3. Przyczyny katastrof budowlanych w Polsce w latach 2019-2020	290
Tabela 5.4. Zdarzenia losowe będące przyczyną katastrof budowlanych w Polsce w latach 2019-2020	291
Tabela 5.5. Katastrofy budowlane spowodowane przez pożar w Polsce w latach 2019-2020	291
Tabela 5.6. Osoby poszkodowane w katastrofach budowlanych w Polsce w latach 2019-2020	292
Tabela 5.7. Rodzaje ewakuacji	297
Tabela 5.8. Rodzaje procesu ewakuacji	298
Tabela 5.9. Działania podejmowane w ramach pierwszej fazy ewakuacji osób przebywających w placówce oświatowej	301
Tabela 5.10. Tabela będąca częścią scenariusza ewakuacji poszczególnych pomieszczeń lub obiektów placówki oświatowej	302
Tabela 5.11. Harmonogram ewakuacji placówki oświatowej	303
Tabela 5.12. Podmioty zarządzające ewakuacją – z uwzględnieniem stopni ewakuacji	308
Tabela 5.13. Charakterystyka kierowania procesem ewakuacji oraz kierowania akcją przyjęcia ludności	310
Tabela 5.14. Sposoby eliminacji wyzwań dla ewaluacji osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu	321
Tabela 6.1. Porównanie wymagań zawartych w rozporządzeniach dla budynków w zakresie ewakuacji	339
Tabela 6.2. Liczba pożarów w obiektach służby zdrowia za lata 2012-2022	345
Tabela 6.3. Liczba ewakuowanych osób w trakcie pożarów w obiektach służby zdrowia za lata 2012-2022	346
Tabela 6.4. Aspekty ewakuacji osób z niepełnosprawnością ruchową	352
Tabela 6.5. Standardowe techniki ewakuacji	353

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1.1. Płeć uczestników badania	33
Wykres 1.2. Wiek uczestników badania	34
Wykres 1.3. Wykształcenie uczestników badania	35
Wykres 1.4. Miejsce zamieszkania uczestników badania	35
Wykres 1.5. Samodzielność uczestników badania	36
Wykres 1.6. Korzystanie z pomocy innych osób przez uczestników badania	36
Wykres 1.7. Sytuacja materialna uczestników badania	37
Wykres 2.1. Rozumienie pojęcia bezpieczeństwo przez respondentów	47
Wykres 2.2. Niezbędne walory pojęcia „bezpieczeństwo osobiste” według respondentów	58
Wykres 2.3. Poczucie własnego bezpieczeństwa przez respondentów	67
Wykres 2.4. Oczekiwane przez respondentów cechy bezpieczeństwa zdrowotnego	99
Wykres 2.5. Wpływ odczuwanego poziomu bezpieczeństwa osobistego na stan zdrowia człowieka – według respondentów	103
Wykres 2.6. Wywieranie wpływu przez stan zdrowia na bezpieczeństwo respondentów	104
Wykres 2.7. Aspekty obecnego stanu zdrowia respondentów cechujące się największym wpływem na ich poczucie bezpieczeństwa	104
Wykres 3.1. Zasięg ustawowego ubóstwa w Polsce w latach 2011-2020 z uwzględnieniem obecności osób niepełnosprawnych w gospodarstwach domowych	128
Wykres 3.2. Zasięg skrajnego ubóstwa w Polsce w latach 2011-2022 z uwzględnieniem obecności osób niepełnosprawnych w gospodarstwach domowych	129
Wykres 3.3. Zmiana przekonań o obowiązku ochrony zdrowia wśród Polaków na przełomie XX i XXI wieku	160
Wykres 3.4. Korzystanie z usług medycznych w latach 2012-2020 przez ludność w Polsce	161
Wykres 3.5. Zadowolenie Polaków z funkcjonowania opieki zdrowotnej w latach 2001-2016	169
Wykres 4.1. Doświadczenie stanu ograniczenia ruchowego przez respondentów w wyniku choroby, wypadku, złamania kończyny czy innych podobnych okoliczności, które uniemożliwiały im samodzielne poruszanie się	193
Wykres 4.2. Aspekty doświadczanego przez respondentów stanu ograniczenia ruchowego, uniemożliwiającego im samodzielne poruszanie się	194
Wykres 4.3. Poziom bierności fizycznej Polaków w latach 2004-2018	203
Wykres 4.4. Poziom bierności fizycznej a wiek respondentów	204
Wykres 4.5. Poziom bierności fizycznej a wykształcenie respondentów	204
Wykres 4.6. Poziom bierności fizycznej a przynależność do klasy społecznej respondentów	204
Wykres 4.7. Poziom bierności fizycznej a miejsce zamieszkania respondentów	205
Wykres 4.8. Niezaspokojone potrzeby respondentów z powodu ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się	214
Wykres 4.9. Brak kontaktu Polaków z osobami niepełnosprawnymi w latach 1978-2017	216
Wykres 4.10. Pozytywny i negatywny stosunek Polaków do osób niepełnosprawnych w latach 1993-2017	217

Wykres 4.11. Udział Polaków w działalności organizacji charytatywnych wspierających osoby potrzebujące – w tym niepełnosprawnych w latach 1998-2022	218
Wykres 4.12. Udział Polaków w działalności organizacjach samopomocowych wspierających różne grupy ludzi – w tym osoby niepełnosprawne w latach 1998-2022	219
Wykres 4.13. Postawy przedstawicieli instytucji i firm wobec aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo	221
Wykres 4.14. Status osób niepełnosprawnych ruchowo na rynku pracy	222
Wykres 4.15. Struktura wiekowa osób niepełnosprawnych z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu w 2016 roku	228
Wykres 4.16. Gotowość osób niepełnosprawnych do podjęcia pracy zawodowej w sytuacji obawy o utratę renty	232
Wykres 4.17. Gotowość osób niepełnosprawnych do podjęcia pracy zawodowej*	233
Wykres 4.18. Uzyskanie przez respondentów zewnętrznego wsparcia w okresie doświadczania ograniczenia ruchowego, które uniemożliwiało im samodzielne poruszanie się	236
Wykres 4.19. Charakter wsparcia zewnętrznego uzyskanego przez respondentów w okresie doświadczania ograniczenia ruchowego, które uniemożliwiało im samodzielne poruszanie się	237
Wykres 4.20. Osoby w wieku 80 lat objęte usługami opiekuńczymi w wybranych miastach w Polsce w 2017 roku	240
Wykres 4.21. Liczba centrów integracji społecznej w Polsce w latach 2005-2020	240
Wykres 4.22. Liczba klubów integracji społecznej w Polsce w latach 2015-2020	243
Wykres 4.23. Liczba zakładów aktywności zawodowej w Polsce w latach 2005-2020	244
Wykres 4.24. Liczba warsztatów terapii zajęciowej w Polsce w latach 2005-2020	246
Wykres 4.25. Krytyczna ocena (bardzo zła lub zła) wsparcia dostępnego dla osób niepełnosprawnych – z uwzględnieniem wybranych aspektów	249
Wykres 4.26. Krytyczne opinie o systemie wsparcia osób niepełnosprawnych	250
Wykres 4.27. Stopień zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo z województwa kujawsko-pomorskiego	253
Wykres 4.28. Stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie rehabilitacji i opieki zdrowotnej osób niepełnosprawnych ruchowo z województwa kujawsko-pomorskiego	265
Wykres 5.1. Katastrofy budowlane w Polsce w latach 1995-2020	290
Wykres 5.2. Dostrzeganie przez respondentów ryzyka związanego z wymuszoną ewaluacją z zajmowanego pomieszczenia w czasie doświadczania przez nich ograniczenia ruchowego, uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się	315
Wykres 5.3. Znajomość zasad wymuszających ewakuowanie osób z zajmowanych pomieszczeń z wyszczególnieniem osób, które doświadczyły i nie doświadczyły ograniczeń ruchowych	316
Wykres 5.4. Znajomość zasad wymuszonej ewakuacji osób z zajmowanych pomieszczeń przez respondentów – z uwzględnieniem doświadczenia stanu ograniczenia ruchowego	316
Wykres 5.5. Główne obawy towarzyszące uświadomionemu ryzyku konieczności ewakuacji w przypadku posiadanego ograniczenia ruchowego	317
Wykres 5.6. Wyniki kontroli NIK w zakresie przygotowania obiektu na ewakuację osób z niepełnosprawnością	330
Wykres 6.1. Wyniki badań ryzyka obliczeniowego dla poszczególnych rodzajów niepełnosprawności (podejście ogólne)	342

Wykres 6.2. Wyniki kontroli NIK w zakresie przygotowania obiektu na ewakuację osób z niepełnosprawnością	348
Wykres 6.3. Wcześniejsze używanie łóżka rehabilitacyjnego przez respondentów	374
Wykres 6.4. Używanie obecnie łóżka rehabilitacyjnego przez respondentów	374
Wykres 6.5. Ocena łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację przez respondentów	375
Wykres 6.6. Zalety nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego ułatwiającego ewakuację wskazane przez respondentów	375
Wykres 6.7. Wady zaprezentowanego łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację	376
Wykres 6.8. Ocena respondentów przydatności cech nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację	377
Wykres 6.9. Średnia ocen respondentów przydatności cech nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację	377
Wykres 6.10. Proponowane usprawnienia łóżka rehabilitacyjnego wspierające potrzeby osoby ewakuowanej	378
Wykres 6.11. Nowy model łóżka rehabilitacyjnego lepszy od łóżek używanych dotąd przez respondentów	379
Wykres 6.12. Deklaracja respondentów dotycząca chęci posiadania nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego rehabilitację	379
Wykres 6.13. Polecenie nowego modelu łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego rehabilitację innym osobom przez respondentów	379

SPIS FOTOGRAFII

Fotografia 6.1. Przykładowa prezentacja możliwych modyfikacji standardowego łóżka szpitalnego (zaznaczone kolorem czerwonym) - obok wersja klasyczna	359
Fotografia 6.2. Prototypowa wersja łóżka o zmiennej geometrii rozstawu w wersji złożonej do 70 cm	369
Fotografia 6.3. Prototypowa wersja łóżka o zmiennej geometrii rozstawu w wersji rozłożonej do 130 cm	369

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik nr 1. Kwestionariusz ankiety	455
Załącznik nr 2. Wykaz ekspertów	463
Załącznik nr 3. Kwestionariusz wywiadu	464
Załącznik nr 4. Wniosek uzupełniający do JM Rektora Akademii Kaliskiej dotyczący planowanych zgłoszeń z wykorzystaniem prac/dorobku mgra Łukasza Mikołajczyka	466
Załącznik nr 5. Potwierdzenie przyjęcia wniosku o udzielnie patentu na wynalazek: łóżko do transportu chorych	468
Załącznik nr 6. Potwierdzenie przyjęcia wniosku o udzielnie patentu na wynalazek: adapter na standardowe łóżko do transportu chorych	470
Załącznik nr 7. Wstępna w przedmiocie tzw. stanu techniki – pozytywna ocena Urzędu Patentowego RP dla zgłoszenia wynalazku P.440151	472
Załącznik nr 8. Wstępna w przedmiocie tzw. stanu techniki – pozytywna ocena Urzędu Patentowego RP dla zgłoszenia wynalazku P.441084	477



AKADEMIA KALISKA
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowni Państwo,

jestem doktorantem w *Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego*. W ramach realizowanych czynności badawczych przygotowuję rozprawę doktorską noszącą tytuł: *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo w warunkach wymuszonej ewakuacji*.

W toku prowadzonych czynności z tego zakresu doszedłem do wniosku, że moje badania muszą zostać wsparte przez osoby ze środowiska zewnętrznego, które zechcą się podzielić ze mną swoją wiedzą i doświadczeniem.

Zwracam się zatem z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania zawarte poniżej w kwestionariuszu.

Dzięki okazanej w ten sposób uprzejmości oraz udzielonemu wsparciu – poszczególne zagadnienia mojej rozprawy zostaną odpowiednio skonkretyzowane i wzbogacone.

Jednocześnie zaznaczam, że przedmiotowa ankieta jest anonimowa, a pozyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie w celach naukowych i ukazane będą w sposób zbiorczy.

Bardzo dziękuję za udzieloną pomoc i współpracę!

Łukasz Mikołajczyk

1. Jak Pan(i) rozumie pojęcie „bezpieczeństwo”?

(można udzielić kilku odpowiedzi, przy wybranych odpowiedziach proszę postawić znak X)

- Bezpieczeństwo to brak występowania jakichkolwiek zagrożeń.
- Bezpieczeństwo to stan zaspokojenia potrzeb przetrwania, zachowania wielowymiarowej tożsamości, spokoju, posiadania i pewności do odnośnie zdarzeń przyszłych.
- Bezpieczeństwo to ochrona przed ryzykiem i zagrożeniami.
- Bezpieczeństwo to jedna z podstawowych potrzeb człowieka.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

2. Jakie walory powinno posiadać Pana(i) zdaniem „bezpieczeństwo osobiste”?

(można udzielić kilku odpowiedzi, przy wybranych odpowiedziach proszę postawić znak X)

- Bezpieczeństwo osobiste powinno ochraniać wartości istotne dla każdego człowieka, m.in. życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swoboda przekonań, poglądów i prawo do pracy.
- Bezpieczeństwo osobiste powinno zapewniać człowiekowi poczucie stanu pewności przetrwania i rozwoju, w każdych planowanych, bądź oczekiwanych przez niego warunkach.
- Bezpieczeństwo osobiste to ochrona interesów jednostki i zapewnienie jej pomocy przez stosunki społeczne, system prawny i gotowość państwa do pojęcia działania.
- Bezpieczeństwo osobiste powinno być przede wszystkim powiązane z potrzebami zdrowotnymi każdego człowieka.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

3. Jakimi cechami powinno wyróżniać się Pana(i) zdaniem „bezpieczeństwo zdrowotne”?

(można udzielić kilku odpowiedzi, przy wybranych odpowiedziach proszę postawić znak X)

- Bezpieczeństwo zdrowotne powinno u człowieka niwelować wszelkie obawy i lęki związane z możliwościami jego braku.
- Bezpieczeństwo zdrowotne powinno zapewniać poczucie stanu pewności przetrwania i rozwoju, w każdych planowanych bądź oczekiwanych przez człowieka warunkach zdrowotnych.
- Bezpieczeństwo zdrowotne to ochrona zdrowotnych interesów jednostki i społeczeństwa, jak również zapewnienie wszechstronnej w tym obszarze pomocy przez odpowiednie zarządzanie stosunkami społecznymi, systemem prawnym i gotowością państwa do pojęcia potrzebnych działań.
- Bezpieczeństwo zdrowotne powinno być powiązane z potrzebami zdrowotnymi każdego człowieka na wszystkich etapach jego życia, a przede wszystkim w sytuacjach, kiedy przestaje być samowystarczalny.
- Bezpieczeństwo zdrowotne dotyczy sytuacji kryzysowych, nieprzewidzianych i nagłych w życiu człowieka.

- Bezpieczeństwo zdrowotne powinno przede wszystkim opierać się na prawnej gwarancji opieki zdrowotnej.
- Bezpieczeństwo zdrowotne powinno przede wszystkim dotyczyć osób niepełnosprawnych oraz tych, których dotknęła nagła zmiana ich stanu zdrowia, powodująca kalectwo lub inne znaczne ograniczenie.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

4. Czy czuje się Pan(i) bezpieczny(a)?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

5. Czy Pana(i) zdaniem na odczuwalny przez człowieka poziom „bezpieczeństwa osobistego” może mieć wpływ stan zdrowia?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

6. Czy posiadany stan zdrowia ma wpływ na Pana(i) bezpieczeństwo?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

7. Jaki aspekt posiadanego stanu zdrowia miałby największy wpływ na Pana(i) poczucie bezpieczeństwa?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Ogólne kłopoty zdrowotne.
- Pogarszający się wzrok.
- Stres, zmęczenie, przebyte choroby.
- Problemy przy poruszaniu się.
- Wady wrodzone lub nabyte wskutek wypadku.
- Unieruchomienie.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

8. Czy doświadczył(a) Pan(i) jakiegokolwiek stanu ograniczenia ruchowego poprzez chorobę, wypadek, złamanie kończyn lub innych podobnych okoliczności uniemożliwiających samodzielne poruszanie się?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Tak.
- Nie wiem.
- Nie.

9. Jeżeli doświadczył(a) Pan(i) jakiegokolwiek stanu ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się, to jakiego aspektu czynności to dotyczyło?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Brak możliwości poruszania się wywołana wypadkiem.
- Brak możliwości poruszania się wywołana chorobą.
- Brak możliwości poruszania się wywołana postępującym wiekiem.
- Inne (jakie?)
- Nie dotyczy.

10. Jeżeli doświadczył Pan(i) jakiegokolwiek stanu ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się, to czy w tym okresie udzielono Panu(i) jakiegokolwiek wsparcia z zewnątrz?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.
- Nie dotyczy.

11. Jeżeli doświadczył Pan(i) wsparcia w okresie trwania ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się, to na czym ono polegało?

(można udzielić kilku odpowiedzi, przy wybranych odpowiedziach proszę postawić znak X)

- Pomoc pielęgniarska i rehabilitacyjna.
- Zapewnienie przedmiotów (laska, kule, łóżko rehabilitacyjne, wózek inwalidzki itp.) ułatwiających przemieszczanie się.
- Inne (jakie?)
- Nie dotyczy.

12. Jakich Pan(a/i) potrzeb nie udało się zaspokoić w okresie trwania ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się?

(proszę o udzielenie pisemnej odpowiedzi)

.....
.....
.....
.....
.....

13. Czy zna Pan(i) zasady wymuszające ewakuowanie osób z zajmowanych pomieszczeń (takie jak na przykład: pożar domu, uszkodzenie instalacji wodno-kanalizacyjnej, zgłoszenie o podłożeniu ładunku wybuchowego)?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

14. Czy w okresie trwania ograniczenia ruchowego uniemożliwiającego samodzielne poruszanie się dostrzegal(a) Pan(i) problem ryzyka ewakuacji z zajmowanego pomieszczenia?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

15. Jaka główna obawa towarzyszyłaby Panu(i) wobec uświadomionego ryzyka konieczności ewakuacji w przypadku posiadanego ograniczenia ruchowego?

(proszę o udzielenie pisemnej odpowiedzi)

.....
.....
.....
.....
.....

16. Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek do czynienia z łóżkiem rehabilitacyjnym, które dodatkowo ułatwiałoby ewakuację?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

17. Czy wcześniej używał(a) Pan(i) jakiegokolwiek łóżko rehabilitacyjne?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Tak.
- Nie.
- Nie wiem.

Jeśli na pytanie 17. udzielił(a) Pan(i) twierdzącej odpowiedzi, proszę zapoznać się z załączonym materiałem opisowym wniosku patentowego, bądź praktycznie wypróbować zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne, a następnie odpowiedzieć na poniższe pytania:

18. Czy nadal korzysta Pan(i) z łóżka rehabilitacyjnego?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Tak.
- Nie.

19. Jak Pan(i) ocenia zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne dodatkowo ułatwiające ewakuację?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie pozytywnie.
- Raczej pozytywnie.
- Nie wiem.
- Raczej negatywnie.
- Zdecydowanie negatywnie.

20. Jakie zalety – Pana(i) zdaniem – posiada zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne dodatkowo ułatwiające ewakuację?

(proszę o udzielenie pisemnej odpowiedzi)

.....
.....
.....
.....

21. Jakie wady – Pana(i) zdaniem – posiada zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne dodatkowo ułatwiające ewakuację?

(proszę o udzielenie pisemnej odpowiedzi)

.....
.....
.....
.....

22. Które cechy zaprezentowanego łóżka rehabilitacyjnego dodatkowo ułatwiającego ewakuację uznał(a)by Pan(i) za najbardziej, a które za najmniej istotne?

(proszę wpisać w poszczególnych kratkach cyfry od 1 do 5, gdzie 5 oznacza cechę najbardziej istotną, 1 – najmniej istotną)

- Niewielka siła potrzebna do jego obsługi.
- Ułatwienie wykonania zamierzonej czynności ewakuacyjnej.
- Szeroki zakres czynności ułatwiających czynności rehabilitacyjne.
- Dostosowanie do potrzeb codziennego życia.
- Inne (jakie?)

23. W jaki sposób, bądź o jakie aspekty, należałoby Pana(i) zdaniem usprawnić zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne dodatkowo ułatwiające ewakuację, aby lepiej zaspokajało potrzeby osoby ewakuowanej?

(proszę o udzielenie pisemnej odpowiedzi)

.....
.....
.....
.....
.....

24. Czy Pan(i) zdaniem zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne jest lepsze, niż wcześniej używane bądź znane?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

25. Czy chciał(a)by Pan(i) zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne dodatkowo ułatwiające ewakuację posiadać na własny użytek?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

26. Czy zaprezentowane łóżko rehabilitacyjne dodatkowo ułatwiające ewakuację polecił(a)by Pan(i) do użytkowania innym osobom?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, stawiając przy niej znak X)

- Zdecydowanie tak.
- Raczej tak.
- Nie wiem.
- Raczej nie.
- Zdecydowanie nie.

METRYCZKA

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

1. Płeć:

- Kobieta.
- Mężczyzna.

2. Wiek (w latach):

-

- 3. Wykształcenie:**
- Podstawowe.
 - Gimnazjalne.
 - Zasadnicze zawodowe.
 - Średnie.
 - Wyższe.
- 4. Miejsce zamieszkania:**
- Miasto.
 - Wieś.
- 5. Czy mieszka Pan(i) sam(a)?**
- Tak.
 - Nie.
- 6. Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?**
- Tak.
 - Nie.
- 7. Jak Pan(i) ocenia swoją sytuację materialną?**
- Bardzo dobra.
 - Raczej dobra.
 - Raczej zła.
 - Bardzo zła.
 - Odmawiam odpowiedzi.

SPOSÓB WYPEŁNIENIA ANKIETY

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- Osobiste (samodzielne) wypełnienie ankiety przez Respondenta(kę)
- Ankieta wypełniona przez Ankietera(kę) (czytającego(cą) pytania i odpowiedzi, notującego(ą) odpowiedzi udzielane przez Respondenta(kę).

Bardzo dziękuję za udział w badaniu!

Załącznik nr 2. Wykaz ekspertów

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko
1.	Bierła Dariusz	Dyrektor Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.
2.	Dzięcioł Waldemar	Kierownik działu leczenia Centrum Rehabilitacji Rolników w Jedlcu.
3.	Gatkowski Radosław	Strażak w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Ostrzeszowie, ratownik medyczny, wolontariusz na oddziale intensywnej terapii w tymczasowym szpitalu covidowym w Poznaniu.
4.	Kowalski Radosław	Dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. S. M. Beonodyny Koterbianki w Ostrowie Wielkopolskim.
5.	Olczyk Rafał	Specjalista fizjoterapii, biegły sądowy z dziedziny rehabilitacji/fizjoterapii.
6.	Ostenda Paulina	Kierownik Zespołu Terapeutyczno – Opiekuńczego w Domu Pomocy Społecznej im. S. M. Beonodyny Koterbianki w Ostrowie Wielkopolskim.
7.	Polak Tomasz	Komendant Miejski Państwowej Straży Pożarnej w Kaliszu.
8.	Skrzypczyński Tomasz	Ratownik medyczny w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Perzyny w Kaliszu, wykładowca akademicki.
9.	Zawadzka Wioletta	Pielęgniarka oddziałowa na oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym.



**AKADEMIA KALISKA
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO**

KWESTIONARIUSZ WYWIADU

Szanowni Państwo,

jestem doktorantem w *Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego*. W ramach realizowanych czynności badawczych przygotowuję rozprawę doktorską noszącą tytuł: *Bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych ruchowo w warunkach wymuszonej ewakuacji*.

W toku prowadzonych czynności z tego zakresu doszedłem do wniosku, że moje badania muszą zostać wsparte przez ekspertów, którzy zechcą się podzielić ze mną swoją wiedzą i doświadczeniem.

Zwracam się zatem z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na zadane przeze mnie pytania zawarte poniżej w kwestionariuszu.

Dzięki okazanej w ten sposób uprzejmości oraz udzielonemu wsparciu – poszczególne zagadnienia mojej rozprawy zostaną odpowiednio skonkretyzowane i wzbogacone.

Jednocześnie bardzo proszę o wyrażenie zgody na podanie w rozprawie doktorskiej imienia i nazwiska oraz funkcji pełnionej przez eksperta.

Bardzo dziękuję za udzieloną pomoc i współpracę!

Łukasz Mikołajczyk

1. Co Ekspert sądzi na temat transportu chorych, którzy nie mogą samodzielnie się poruszać?
2. Jak Ekspert ocenia pomysł modyfikacji łóżka szpitalnego?
3. Jak to rozwiązanie może wpływać na bezpieczeństwo pacjentów i ewakuację?
4. Czy Ekspert spotkał się z takimi łóżkami, które z jednej strony klasycznie wykorzystywano do transportu chorego i rehabilitacji, a jednocześnie przewidziano możliwość wykorzystania ich do ewakuacji w warunkach innych niż klasyczne tzn. utrudnionych ze względu na szerokość drzwi, wind itp.?
5. Jeżeli Ekspert nie miał do czynienia z takim rozwiązaniem to jak ocenia zaprezentowane łóżko z jednoczesną możliwością ewakuacji przez otwory drzwiowe o szerokości 80 cm i przemieszczania z osobami powyżej 140 kg?
6. Jak Ekspert ocenia rozwiązanie 1 czyli z przewężeniem łóżka do transportu chorego?
7. Jak Ekspert ocenia poszerzenie wraz ze stabilizatorem?
8. Jak Ekspert ocenia możliwość zabezpieczenia i mechanizm ułatwiający składanie i rozkładanie łóżka?
9. Jak Ekspert ocenia sposób krawędziowego ograniczenia dla ciała pacjenta (lokalizacje, przemieszczenie, blokady na zabezpieczenie motylkowe)?
10. Czy zdaniem Eksperta we właściwy sposób dobrano przekroje ścianki i czy w jego przekonaniu nie powinno to ulec jakiejś zmianie?
11. Co Ekspert ogólnie sądzi o takim rozwiązaniu, jakie widzi zalety takiego rozwiązania?
12. Sugestie, opinie Eksperta dotyczące ewakuacji, czy jest duża świadomość dotycząca ewakuacji osób z niepełnosprawnością ruchową?

Załącznik nr 4. Wniosek uzupełniający do JM Rektora Akademii Kaliskiej dotyczący planowanych zgłoszeń z wykorzystaniem prac/dorobku mgra Łukasza Mikołajczyka



AKADEMIA KALISKA
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

84.

Prof. Akademii Kaliskiej
dr hab. Ireneusz T. Dziubek
Dyrektor Centrum
Badawczo-Wdrożeniowego
Akademii Kaliskiej

Kalisz, dnia 28.10.2021 roku

Zgodnie
KANCLERZ
mgr Grzegorz Szymanski

JM Rektor
Akademii Kaliskiej
im. Prezydenta S. Wojciechowskiego

AKADEMIA KALISKA
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

Wzrostu data: 4.11.2021 56
Lp.: 4495
Składowo do: BRG

Prof. Akademii Kaliskiej
dr hab. n. med. Andrzej WOJTYŁA

Księgowość
Kanclerz

1.02P.252.562.8221
REKTOR
GŁÓWNY KSIĘGOWY
Zgodnie
Juli
mgr inż. Marianna Witczak

Wniosek uzupełniający

dot. uczelnianych badań naukowych - przygotowania zgłoszeń patentowych

Magnificencjo Rektorze,

informuję, że w ramach wielomodułowego *Projektu Naukowo-Badawczego Akademii Kaliskiej*, pod tytułem: *Organizacja bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo - Doktorant Naszej Uczelni*, a zarazem członek realizującego powyższe Zespołu Naukowego - mgr Łukasz Mikołajczyk zaproponował szereg zmian w przygotowywanym zgłoszeniu patentowym i prototypie urządzenia pod nazwą: *Wielofunkcyjny adapter łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji i osób z nadwagą 140+*.

W ocenie Zespołu przełoży się to na zmianę stanu dot. uczelnianych badań naukowych - przedstawionych JM Rektorowi w pierwotnym *Wniosku* z dnia 19.07.2021 roku - a tym samym na ilość przewidywanych zgłoszeń patentowych i wzorów użytkowych Naszej Uczelni.

W związku z powyższym zwracam się z prośbą do JM Rektora o wyrażenie zgody na dalsze czynności realizacyjne, a w tym przede wszystkim na pozytywną decyzję związaną z pokryciem niezbędnych wydatków na rzecz uzupełnienia dotychczasowego stanu badań w postaci:

- analizy wcześniejszych konstrukcji *łóżek rehabilitacyjnych* i konsultacji technicznych - wykona mgr Łukasz Mikołajczyk (16 godz. x wg stawki 50,00 zł): 800,00 zł; ✓

- zmian i uzupełnień w egzemplarzu testowym *Wielofunkcyjnego adaptera łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji i osób z nadwagą 140+* według przekazanych instrukcji i wytycznych mgra Łukasza Mikołajczyka (wykonanie na podstawie zleconego zewnętrznie zamówienia): 2 400,00 zł; ✓
- doboru i prób wytrzymałościowych - zakładanych do zastosowania w prototypie materiałów - wykona mgr Łukasz Mikołajczyk (24 godz. x wg stawki 50,00 zł): 1 200,00 zł; ✓
- testów sprawdzianowych na wybranej grupie pacjentów i w konsultacji z ekspertami - *Wielofunkcyjnego adaptera łóżka rehabilitacyjnego do celów szybkiej ewakuacji i osób z nadwagą 140+* przeprowadzonych badawczo przez mgra Łukasza Mikołajczyka (36 godz. x wg stawki 50,00 zł): 1 800,00 zł; ✓
- przejazdów dot. zewnętrznych konsultacji, ustaleń, testów i sprawdzeń w ramach delegacji (1.000,00 zł): dr hab. Ireneusz Dziubek, dr inż. Paweł Rubiński, mgr Łukasz Mikołajczyk.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie przedmiotowego wniosku!

Wpłynęło dnia 28.03.2014.

podpis STARSZY REFERENT
dz. Zarządzania Finansowymi

mgr Izabela Soltyszak

Forma realizacji zamówienia:
por. 7 ust 1 pkt 17

Wydatek nie podlega Ustawie o
KIEROWNIK
Działu Zarządzania Finansowymi Publicznych
28.03.2014
mgr inż. Marcin Pawłaczyk

Z poważaniem,

DYREKTOR
CENTRUM
BADAWCZO-WZROZENIOWEGO

prof. Akademii Kaliskiej
dr hab. Ireneusz Dziubek

Załącznik nr 5. Potwierdzenie przyjęcia wniosku o udzielenie patentu na wynalazek: łóżko do transportu chorych



URZĄD PATENTOWY
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

al. Niepodległości 188/192
00-950 Warszawa, skr. poczt. 203
tel.: (+48) 22 579 05 55 | fax: (+48) 22 579 00 01
e-mail: kontakt@uprp.gov.pl | www.uprp.gov.pl

Kancelaria Ogólna

Warszawa, 2022-01-18

Nasz znak: POTWIERDZENIE/199860/P.440151

Wasz znak: Nz26/2022

POTWIERDZENIE

Urząd Patentowy RP stwierdza, że dnia 2022-01-18 przyjęto w formie elektronicznej wnioski o udzielenie patentu na wynalazek:

Łóżko, do transportu chorych

Zgłoszenie oznaczono numerem: **P.440151**

[WIPO ST 10/C PL440151]

Zgłaszający: **Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, Kalisz, Polska**

Dokument wystawiony automatycznie przez system teleinformatyczny UPRP.

Pouczenie:

1. Strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić Urząd o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny (art. 41 kpa).
2. O zgłoszeniu wynalazku Urząd Patentowy dokonuje ogłoszenia niezwłocznie po upływie 18 miesięcy od daty pierwszeństwa do uzyskania patentu. Zgłaszający może w okresie 12 miesięcy od daty pierwszeństwa złożyć wniosek o dokonanie ogłoszenia w terminie wcześniejszym (art. 43 ustawy z dnia 30 czerwca 2000r. Prawo własności przemysłowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 324)).
3. W korespondencji należy powoływać się na nr P.440151.

Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej z siedzibą w Warszawie, adres: al. Niepodległości 188/192, 00-950 Warszawa, skrytka pocztowa 203;
2. Inspektor Ochrony Danych, dane kontaktowe: adres: al. Niepodległości 188/192, 00-950 Warszawa, tel. bezpośredni (022) 579 00 25, fax (022) 579 00 01, e-mail: iod@uprp.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizowania zadań Urzędu Patentowego RP określonych przepisami ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej;

TYTUŁ WYNAŁAZKU

TYTUŁ WYNAŁAZKU
Łóżko, do transportu chorych

TWÓRCA

1. TWÓRCA

IMIE
Ireneusz, Teodor

NAZWISKO
Dziubek

2. TWÓRCA

IMIE
Paweł

NAZWISKO
Rubinski

3. TWÓRCA

IMIE
Łukasz

NAZWISKO
Mikołajczyk

4. TWÓRCA

IMIE
Cezary

NAZWISKO
Wojtyła

Załącznik nr 6. Potwierdzenie przyjęcia wniosku o udzielenie patentu na wynalazek: adapter na standardowe łóżko do transportu chorych



URZĄD PATENTOWY
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

al. Niepodległości 188/192
00-950 Warszawa, skr. poczt. 203
tel.: (+48) 22 579 05 55 | fax: (+48) 22 579 00 01
e-mail: kontakt@uprp.gov.pl | www.uprp.gov.pl

Kancelaria Ogólna

Warszawa, 2022-05-04

Nasz znak: POTWIERDZENIE/236586/P.441084

Wasz znak: Nz263/2022

POTWIERDZENIE

Urząd Patentowy RP stwierdza, że dnia 2022-05-04 przyjęto w formie elektronicznej wniosek o udzielenie patentu na wynalazek:

Adapter na standardowe łóżko do transportu chorych

Zgłoszenie oznaczono numerem: **P.441084**

[WIPO ST 10/C PL441084]

Zgłaszający: **Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego, Kalisz, Polska**

Dokument wystawiony automatycznie przez system teleinformatyczny UPRP.

Pouczenie:

1. Strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić Urząd o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniebdania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny (art. 41 kpa).
2. O zgłoszeniu wynalazku Urząd Patentowy dokonuje ogłoszenia niezwłocznie po upływie 18 miesięcy od daty pierwszeństwa do uzyskania patentu. Zgłaszający może w okresie 12 miesięcy od daty pierwszeństwa złożyć wniosek o dokonanie ogłoszenia w terminie wcześniejszym (art. 43 ustawy z dnia 30 czerwca 2000r. Prawo własności przemysłowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 324).
3. W korespondencji należy powoływać się na nr P.441084.

Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej z siedzibą w Warszawie, adres: al. Niepodległości 188/192, 00-950 Warszawa, skrytka pocztowa 203;
2. Inspektor Ochrony Danych, dane kontaktowe: adres: al. Niepodległości 188/192, 00-950 Warszawa, tel. bezpośredni (022) 579 00 25, fax (022) 579 00 01, e-mail: iod@uprp.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizowania zadań Urzędu Patentowego RP określonych przepisami ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej;

TYTUŁ WYNALEZKU

TYTUŁ WYNALEZKU

Adapter na standardowe łóżko do transportu chorych

TWÓRCA

1. TWÓRCA

IMIĘ
Łukasz

NAZWISKO
Mikołajczyk

2. TWÓRCA

IMIĘ
Ireneusz, Teodor

NAZWISKO
Dziubek

3. TWÓRCA

IMIĘ
Paweł

NAZWISKO
Rubiński

4. TWÓRCA

IMIĘ
Cezary

NAZWISKO
Wojtyła

**Załącznik nr 7. Wstępna w przedmiocie tzw. stanu techniki –
pozytywna ocena Urzędu Patentowego RP dla zgłoszenia wynalazku
P.440151**



URZĄD PATENTOWY
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

al. Niepodległości 188/192
00-950 Warszawa, skr. poczt. 203
tel.: (+48) 22 579 05 55 | fax: (+48) 22 579 00 01
e-mail: kontakt@uprp.gov.pl | www.uprp.gov.pl

Departament Elektroniki i Mechaniki

Warszawa 03.02.2022 r.

WPLYNEŁO
dnia 16.02.2022
L.dz. 60
Podpis [Signature]

rzecz. pat. Barbara Urbańska-Luczak
KANCELARIA PATENTOWA TAX-
PAT S.C. B. URBAŃSKA-LUCZAK, J.
ŁUCZAK
ul. Kościuszki 103/1
61-717 Poznań

Wstępna ocena zgłoszenia wynalazku nr P.440151

Urząd przedstawia wstępną ocenę zgłoszonego rozwiązania.

Wstępną ocenę opracowano do wersji opisu zgłoszeniowego i zastrzeżeń patentowych z dn. 18.01.2022 r.

Stan techniki

Ocena merytoryczna została dokonana w odniesieniu do następujących dokumentów:

CN 213311155U (HAIKOU PEOPLES HOSPITAL CENTRAL SOUTH UNIV YIANGYA SCHOOL OF MEDICINE), CHINY, 1.06.2021 R.

CN 210170308 U (1ST AFFILIATED HOSPITAL NANYANG MEDICAL COLLEGE), CHINY, 24.03.2020 R.

JP 2012095903 (AMIYA SADAYUKI), JAPONIA, 24.05.2012 R.

Patenty są udzielane bez względu na dziedzinę techniki na wynalazki, które są nowe, posiadają poziom wynalazczy i nadają się do przemysłowego stosowania. Wynalazek uważa się za nowy jeżeli nie jest on częścią stanu techniki.

Przyjęty w praktyce i orzecznictwie sposób uwzględniania stanu techniki polega na wybraniu jednego dokumentu najbliższego rozwiązaniu przedmiotowemu (lub kilku

dokumentów, gdy przedmiotowe rozwiązanie ma charakter kilku rozwiązań cząstkowych i rozpatrywaniu nieoczywistości przedmiotowego rozwiązania w stosunku do tego dokumentu. Dopuszcza się zastosowanie kilku dokumentów ocenie nieoczywistości każdego rozwiązania cząstkowego w przypadku prostego zastąpienia znanych środków technicznych w znanym rozwiązaniu ich ekwiwalentami (wstęp do rozdz. 3.1 i orzeczenie T 176/89 oraz orzeczenia T 745/92 i T 552/89 Komisji Odwoławczej EPO, „ Orzecznictwo Komi-Odwoławczych Europejskiego Urzędu Patentowego” (Część I – Zdolność patentowa) materiały i audia zeszyt 7, Polska Izba Rzeczników patentowych , Warszawa 1998).

Kryteria określające jakie rozwiązania zalicza się do rozwiązań oczywistych to:

- dostosowanie do danych warunków znanego już w tej samej bądź podobnej dziedzinie rozwiązania (drobne udoskonalenia, przeniesienie);
- zastąpienie w rozwiązaniu znanego już środka technicznego innym również znanym równoważnikiem;
- proste wykorzystanie znanej już ogólnie zasady dla osiągnięcia w świetle tej zasady celu (analogii);
- zwyczajne połączenie kilku znanych rozwiązań, bądź nawet rozwiązanie dokonane wprost przez skojarzenie kilku takich rozwiązań.

Urząd wskazuje, że zgodnie z art. 24 i 26 ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności (Dz.U. z 2020 r. poz. 286), patenty są udzielane na wynalazki, które są nowe, posiadają poziom wynalazczy i nadają się do przemysłowego stosowania.

Wynalazek uważa się za posiadający poziom wynalazczy, jeżeli wynalazek ten nie wynika dla znawcy w sposób oczywisty ze stanu techniki. Dodatkowo Urząd wskazuje, że przez stan techniki rozumie się wszystko to co przed data, według której oznacza się pierwszeństwo do uzyskania patentu zostało udostępnione do wiadomości powszechnej w formie pisemnego lub ustnego opisu, przez stosowanie, wystawienie lub ujawnienie w inny sposób.

W przypadku gdy Zgłoszenie dotyczy kategorii sposobu Urząd oceniając zgłoszenie bierze pod uwagę zespół czynności, operacji bądź procesów technologicznych, uporządkowanych według ustalonej z góry kolejności, jak również środki techniczne (np. materiały) do ich realizacji.

W przypadku gdy zgłoszenie dotyczy wytworu zdeterminowanego przestrzennie, Urząd oceniając zgłoszenie bierze pod uwagę cechy techniczne dotyczące jego struktury konstrukcyjnej. Nie podlegają ochronie uzyskane efekty konstrukcji.

Poziom wynalazczy zostaje zdyskwalifikowany wówczas, gdy powiązanie zgłoszonego rozwiązania ze znanym stanem techniki jest oczywiste, a więc łatwo (dla fachowca) zauważalne, gdy dojście do zgłaszanego rezultatu nie wymaga wysiłku twórczego, a jedynie

wykorzystania dostępnej wiedzy (w tym na temat dostępnych rozwiązań ekwiwalentnych) i standardowych umiejętności. O poziomie wynalazczym można mówić, gdy rozwiązanie jest pewnym zaskoczeniem dla znawcy, pod względem osiąganych efektów i zastosowanych środków technicznych" (P. Kostański, prawo własności przemysłowej, komentarz pod red. Dr P. Kostańskiego, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010).

Zakresy wymiarów oraz własności użytych materiałów jest zwykłym doбором i nie jest procesem twórczym. Takie dopasowanie może wykonać zwykły technik aby uzyskać zakładany efekt. Dobór materiału o odpowiednich własnościach i zastosowaniu nie wykazuje również cech procesu twórczego, podlegającego ochronie, gdyż ogólnie dostępne są normy PN-EN oraz ISO aby takich doborów dokonywać bez wkładu intelektualnego. Mając zatem konstrukcję znaną ze stanu techniki można dowolnie dobierać wymiary i materiał, aby uzyskać zakładany efekt, przy czym cechy konstrukcyjne pozostają dalej tożsame ze znanymi ze stanu techniki (WSA Syg. Akt VI SA/Wa 414/16).

Urząd w oparciu o całą załączoną dokumentację i biorąc pod uwagę cechy wytworu wskazuje, że zastrzegane rozwiązania łóżka do transportu chorych wg zgłoszenia P.440151 nie wynika w sposób oczywisty dla znawcy. Nie miałyby one możliwości w sposób zawodowy i rutynowy dojść do zastrzeganego w zgłoszeniu P.440151 rozwiązania dostosowując przeciwstawione ze stanu techniki przykłady do danych warunków lub poprzez proste ich skojarzenie. W tego typu rozwiązaniach wprowadzane zmiany nie przebiegają w sposób losowy lub przypadkowy, nie są też wynikiem niewymagającego wkładu intelektualnego doboru lub zastąpienia. Wymagany jest szereg badań, obliczeń i pomiarów na etapie projektowym a tym samym obszerna ilość pracy twórczej aby uzyskać zakładany efekt końcowy. Rozwiązanie w pozostałej treści spełnia wymóg art. 24, 25 i 26 ustawy Pwp.

Tomasz Potyra

Ekspert

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/
Pismo wydane w formie dokumentu elektronicznego



Warszawa, 16.02.2022

Nasz znak: DE.P.440151.rap1.tpot
Wasz znak: Nz26/2022

rzecz. pat. Barbara Urbańska-Luczak
KANCELARIA PATENTOWA TAX-PAT S.C.
B. URBAŃSKA-LUCZAK, J. LUCZAK
ul. Kościuszki 103/1
61-717 Poznań

Dotyczy: zgłoszenia wynalazku **P.440151**
dokonanego dnia **2022-01-18**
przez **AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO, Kalisz, Polska**

PISMO PRZEWODNIE

Zgodnie z art. 47 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej (Dz.U. z 2020 r. poz. 286) Urząd Patentowy RP przesyła w załączeniu sprawozdanie o stanie techniki obejmujące wykaz publikacji, które będą brane pod uwagę przy ocenie przedmiotu zgłoszenia oraz pozwolą Zgłaszającemu na zorientowanie się co do szans uzyskania ochrony i podjęcie dalszych działań związanych z wykorzystywaniem zgłoszonego rozwiązania, wraz ze wstępna ocena przedmiotu zgłoszenia

Tomasz Potyra
Ekspert

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Pismo wydane w formie dokumentu elektronicznego

UWAGA:

1. W badaniu przedmiotu zgłoszenia mogą być również wzięte pod uwagę dowody i materiały wykraczające poza wykaz objęty sprawozdaniem o stanie techniki (art. 49 ust. 2 ustawy).
2. Materiały wskazane w sprawozdaniu są dostępne do wglądu w Urzędzie Patentowym w godzinach urzędowania. Na pisemny wniosek Zgłaszającego Urząd Patentowy może wykonać odpłatnie i przesłać kserokopie wskazanych materiałów. Zgłaszający może również skorzystać z baz komputerowych poprzez Internet – <https://uprp.gov.pl/pl/wyszukiwarki>.
3. Wykaz dokumentów objęty sprawozdaniem o stanie techniki i/lub uwagi zawarte we wstępnej ocenie nie stanowią wezwania do zajęcia stanowiska przez Zgłaszającego. Badanie zgłoszonego rozwiązania nastąpi po ogłoszeniu w Biuletynie Urzędu Patentowego o dokonaniu zgłoszenia i wówczas Zgłaszający może być wezwany pisemnie do zajęcia stanowiska.
4. Po dokonaniu ogłoszenia o zgłoszeniu w Biuletynie Urzędu Patentowego Urząd Patentowy może udostępnić osobom trzecim wyłącznie sprawozdanie o stanie techniki. Wstępna ocena zgłoszenia nie będzie w żadnym razie udostępniana osobom trzecim (art. 47 ust. 4 ustawy).
5. Do czasu wydania przez Urząd Patentowy decyzji ostatecznej w sprawie udzielenia patentu zgłaszający może wprowadzać uzupełnienia i poprawki do zgłoszenia wynalazku, które nie mogą wykraczać poza to, co zostało ujawnione w dniu dokonania zgłoszenia jako przedmiot rozwiązania w opisie zgłoszeniowym wynalazku obejmującym opis wynalazku, zastrzeżenia patentowe i rysunki (art. 37 ustawy).



SPRAWOZDANIE O STANIE TECHNIKI ZGŁOSZENIA NR P.440151

Klasyfikacja zgłoszenia: A61G1/06; A61G7/10; A61G1/00 (2006.01)		
Poszukiwania prowadzone w klasach: A61G1/06; A61G7/10; A61G1/00		
Bazy komputerowe, w których prowadzono poszukiwania: baza wewnętrzna UP, baza zewnętrzna esp@cenet, Epoquenet		
Kategoria dokumentu	Dokumenty - z podaną identyfikacją	Odniesienie do zastrz.
A	CN 213311155U (HAIKOU PEOPLES HOSPITAL CENTRAL SOUTH UNIV YIANGYA SCHOOL OF MEDICINE), CHINY, 1.06.2021 R.	1-8
A	CN 210170308 U (1ST AFFILIATED HOSPITAL NANYANG MEDICAL COLLEGE), CHINY, 24.03.2020 R.	1-8
A	JP 2012095903 (AMIYA SADAYUKI), JAPONIA, 24.05.2012 R.	1-8
<input type="checkbox"/> Dalszy ciąg wykazu dokumentów na następnej stronie		
<p>A - dokument określający ogólny stan techniki, który nie jest uważany za posiadający szczególne znaczenie, E - dokument stanowiący wcześniejsze zgłoszenie lub patent, ale opublikowany w lub po dacie zgłoszenia, L - dokument, który może poddawać w wątpliwość zastrzegane pierwszeństwo(-wa), lub przytoczony w celu ustalenia daty publikacji innego cytowanego dokumentu lub z innego szczególnego powodu, O - dokument odnoszący się do ujawnienia ustnego przez zastosowanie, wystawienie lub ujawnienie w inny sposób, P - dokument opublikowany przed datą zgłoszenia, ale później niż zastrzegana data pierwszeństwa, T - dokument późniejszy, opublikowany po dacie zgłoszenia lub w dacie pierwszeństwa i niebędący w konflikcie ze zgłoszeniem, ale cytowany w celu zrozumienia zasad lub teorii leżących u podstaw wynalazku, X - dokument o szczególnym znaczeniu; zastrzegany wynalazek nie może być uważany za nowy lub nie może być uważany za posiadający poziom wynalazczy, jeżeli ten dokument brany jest pod uwagę samodzielnie, Y - dokument o szczególnym znaczeniu; zastrzegany wynalazek nie może być uważany za posiadający poziom wynalazczy, jeżeli ten dokument zostanie połączony z jednym lub kilkoma tego typu dokumentami, a takie połączenie będzie oczywiste dla znawcy, & - dokument należący do tej samej rodziny patentowej.</p>		

Sprawozdanie wykonał/-a: Tomasz Potyra

data 03.02.2022r.

Ekspert

/-podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym-/
Pismo wydane w formie dokumentu elektronicznego

Uwagi do zgłoszenia

Sprawozdanie zostało wykonane w oparciu o wersję zastrzeżeń patentowych z 18.01.2022 r.

**Załącznik nr 8. Wstępna w przedmiocie tzw. stanu techniki –
pozytywna ocena Urzędu Patentowego RP dla zgłoszenia wynalazku**

P.441084



URZĄD PATENTOWY
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

al. Niepodległości 188/192
00-950 Warszawa, skr. poczt. 203
tel.: (+48) 22 579 05 55 | fax: (+48) 22 579 00 01
e-mail: kontakt@uprp.gov.pl | www.uprp.gov.pl

Departament Elektroniki i Mechaniki

Warszawa, 31.05.2022

Nasz znak: DE.P.441084.rap1.tpot
Wasz znak: Nz263/2022

rzeczn. pat. Barbara Urbańska-Luczak
KANCELARIA PATENTOWA TAX-PAT S.C.
B. URBAŃSKA-ŁUCZAK, J. ŁUCZAK
ul. Kościuszki 103/1
61-717 Poznań

Dotyczy: zgłoszenia wynalazku **P.441084**
dokonanego dnia **2022-05-04**
przez **AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO, Kalisz,
Polska**

PISMO PRZEWODNIE

Zgodnie z art. 47 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej (Dz.U. z 2020 r. poz. 286) Urząd Patentowy RP przesyła w załączeniu **sprawozdanie o stanie techniki** obejmujące wykaz publikacji, które będą brane pod uwagę przy ocenie przedmiotu zgłoszenia oraz pozwolą Zgłaszającemu na zorientowanie się co do szans uzyskania ochrony i podjęcie dalszych działań związanych z wykorzystywaniem zgłoszonego rozwiązania, wraz ze **wstępna ocena** przedmiotu zgłoszenia

Tomasz Potyra
Ekspert

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Pismo wydane w formie dokumentu elektronicznego

UWAGA:

1. W badaniu przedmiotu zgłoszenia mogą być również wzięte pod uwagę dowody i materiały wykraczające poza wykaz objęty sprawozdaniem o stanie techniki (art. 49 ust. 2 ustawy).
2. Materiały wskazane w sprawozdaniu są dostępne do wglądu w Urzędzie Patentowym w godzinach urzędowania. Na pisemny wniosek Zgłaszającego Urząd Patentowy może wykonać odpłatnie i przesłać kserokopie wskazanych materiałów. Zgłaszający może również skorzystać z baz komputerowych poprzez Internet – <https://uprp.gov.pl/pl/wyszukiwarki>.
3. Wykaz dokumentów objęty sprawozdaniem o stanie techniki i/lub uwagi zawarte we wstępnej ocenie **nie stanowią wezwania do zajęcia stanowiska** przez Zgłaszającego. Badanie zgłoszonego rozwiązania nastąpi po ogłoszeniu w Biuletynie Urzędu Patentowego o dokonaniu zgłoszenia i wówczas Zgłaszający może być wezwany pisemnie do zajęcia stanowiska.
4. Po dokonaniu ogłoszenia o zgłoszeniu w Biuletynie Urzędu Patentowego Urząd Patentowy może udostępnić osobom trzecim **wyłącznie** sprawozdanie o stanie techniki. Wstępna ocena zgłoszenia nie będzie w żadnym razie udostępniana osobom trzecim (art. 47 ust. 4 ustawy).
5. Do czasu wydania przez Urząd Patentowy decyzji ostatecznej w sprawie udzielenia patentu zgłaszający może wprowadzać uzupełnienia i poprawki do zgłoszenia wynalazku, które nie mogą wykraczać poza to, co zostało ujawnione w dniu dokonania zgłoszenia jako przedmiot rozwiązania w opisie zgłoszeniowym wynalazku obejmującym opis wynalazku, zastrzeżenia patentowe i rysunki (art. 37 ustawy).



Departament Elektroniki i Mechaniki

Warszawa 31.05.2022 r.

rzecz. pat. Barbara Urbańska-Luczak
KANCELARIA PATENTOWA TAX-PAT S.C.
B. URBAŃSKA-ŁUCZAK, J. ŁUCZAK
ul. Kościuszki 103/1
61-717 Poznań

Wstępna ocena zgłoszenia wynalazku nr P.441084

Urząd przedstawia wstępną ocenę zgłoszonego rozwiązania.

Wstępną ocenę opracowano do wersji opisu zgłoszeniowego i zastrzeżeń patentowych z dn. 04.05.2022 r.

Stan techniki

Ocena merytoryczna została dokonana w odniesieniu do następujących dokumentów:

CN 212997267 U (WANG PEISONG), Chiny, 20.04.2021 r.

CN 208464465 U (WENG DINGMEI), Chiny, 05.02.2019 r.

CN 202665818 U (SHANDONGSHINUA MED INSTR CO), Chiny, 16.01.2013 r.

Patenty są udzielane bez względu na dziedzinę techniki na wynalazki, które są nowe, posiadają poziom wynalazczy i nadają się do przemysłowego stosowania. Wynalazek uważa się za nowy jeżeli nie jest on częścią stanu techniki.

Przyjęty w praktyce i orzecznictwie sposób uwzględniania stanu techniki polega na wybraniu jednego dokumentu najbliższego rozwiązaniu przedmiotowemu (lub kilku dokumentów, gdy przedmiotowe rozwiązanie ma charakter kilku rozwiązań częściowych i rozpatrywaniu nieoczywistości przedmiotowego rozwiązania w stosunku do tego dokumentu. Dopuszcza się zastosowanie kilku dokumentów ocenie nieoczywistości każdego rozwiązania

częstkowego w przypadku prostego zastąpienia znanych środków technicznych w znanym rozwiązaniu ich ekwiwalentami (wstęp do rozdz. 3.1 i orzeczenie T 176/89 oraz orzeczenia T 745/92 i T 552/89 Komisji Odwoławczej EPO, „ Orzecznictwo Komi-Odwoławczych Europejskiego Urzędu Patentowego” (Część I – Zdolność patentowa) materiały i audia zeszyt 7, Polska Izba Rzeczników patentowych , Warszawa 1998).

Kryteria określające jakie rozwiązania zalicza się do rozwiązań oczywistych to:

- dostosowanie do danych warunków znanego już w tej samej bądź podobnej dziedzinie rozwiązania (drobne udoskonalenia, przeniesienie);
- zastąpienie w rozwiązaniu znanego już środka technicznego innym również znanym równoważnikiem;
- proste wykorzystanie znanej już ogólnie zasady dla osiągnięcia w świetle tej zasady celu (analogii);
- zwyczajne połączenie kilku znanych rozwiązań, bądź nawet rozwiązanie dokonane wprost przez skojarzenie kilku takich rozwiązań.

Urząd wskazuje, że zgodnie z art. 24 i 26 ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności (Dz.U. z 2020 r. poz. 286), patenty są udzielane na wynalazki, które są nowe, posiadają poziom wynalazczy i nadają się do przemysłowego stosowania.

Wynalazek uważa się za posiadający poziom wynalazczy, jeżeli wynalazek ten nie wynika dla znawcy w sposób oczywisty ze stanu techniki. Dodatkowo Urząd wskazuje, że przez stan techniki rozumie się wszystko to co przed data, według której oznacza się pierwszeństwo do uzyskania patentu zostało udostępnione do wiadomości powszechnej w formie pisemnego lub ustnego opisu, przez stosowanie, wystawienie lub ujawnienie w inny sposób.

W przypadku gdy Zgłoszenie dotyczy kategorii sposobu Urząd oceniając zgłoszenie bierze pod uwagę zespół czynności, operacji bądź procesów technologicznych, uporządkowanych według ustalonej z góry kolejności, jak również środki techniczne (np. materiały) do ich realizacji.

W przypadku gdy zgłoszenie dotyczy wytworu zdeterminowanego przestrzennie, Urząd oceniając zgłoszenie bierze pod uwagę cechy techniczne dotyczące jego struktury konstrukcyjnej. Nie podlegają ochronie uzyskane efekty konstrukcji.

Poziom wynalazczy zostaje zdyskwalifikowany wówczas, gdy powiązanie zgłoszonego rozwiązania ze znanym stanem techniki jest oczywiste, a więc łatwo (dla fachowca) zauważalne, gdy dojście do zgłaszanego rezultatu nie wymaga wysiłku twórczego, a jedynie wykorzystania dostępnej wiedzy (w tym na temat dostępnych rozwiązań ekwiwalentnych) i standardowych umiejętności. O poziomie wynalazczym można mówić, gdy rozwiązanie jest pewnym zaskoczeniem dla znawcy, pod względem osiągniętych efektów i zastosowanych

środków technicznych" (P. Kostański, prawo własności przemysłowej, komentarz pod red. Dr P. Kostańskiego, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010).

Zakresy wymiarów oraz własności użytych materiałów jest zwykłym doбором i nie jest procesem twórczym. Takie dopasowanie może wykonać zwykły technik aby uzyskać zakładany efekt. Dobór materiału o odpowiednich własnościach i zastosowaniu nie wykazuje również cech procesu twórczego, podlegającego ochronie, gdyż ogólnie dostępne są normy PN-EN oraz ISO aby takich doborów dokonywać bez wkładu intelektualnego. Mając zatem konstrukcję znaną ze stanu techniki można dowolnie dobierać wymiary i materiał, aby uzyskać zakładany efekt, przy czym cechy konstrukcyjne pozostają dalej tożsame ze znanymi ze stanu techniki (WSA Syg. Akt VI SA/Wa 414/16).

Urząd w oparciu o całą załączoną dokumentację i biorąc pod uwagę cechy wytworu wskazuje, że zastrzegane rozwiązanie adapteru na standardowe łóżko do transportu chorych wg zgłoszenia P.441084 nie wynika w sposób oczywisty dla znawcy. Nie miałby on możliwość w sposób zawodowy i rutynowy dojść do zastrzeganego w zgłoszeniu P.441084 rozwiązania dostosowując przeciwstawione ze stanu techniki przykłady do danych warunków lub poprzez proste ich skojarzenie. W tego typu rozwiązaniach wprowadzane zmiany nie przebiegają w sposób losowy lub przypadkowy, nie są też wynikiem niewymagającego wkładu intelektualnego doboru lub zastąpienia. Wymagany jest szereg badań, obliczeń i pomiarów na etapie projektowym a tym samym obszerna ilość pracy twórczej aby uzyskać zakładany efekt końcowy. Rozwiązanie w pozostałej treści spełnia wymóg art. 24, 25 i 26 ustawy Pwp.

Tomasz Potyra

Ekspert
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/
Pismo wydane w formie dokumentu elektronicznego



SPRAWOZDANIE O STANIE TECHNIKI ZGŁOSZENIA NR P.441084

Klasyfikacja zgłoszenia: A61G1/06; A61G7/10; A61G1/00 (2006.01)		
Poszukiwania prowadzone w klasach: A61G1/06; A61G7/10; A61G1/00		
Bazy komputerowe, w których prowadzono poszukiwania: baza wewnętrzna UP, baza zewnętrzna esp@cenet, Epoqenet		
Kategoria dokumentu	Dokumenty – z podaną identyfikacją	Odniesienie do zastrz.
A	CN 212997267 U (WANG PEISONG), CHINY, 20.04.2021 R.	1-7
A	CN 208464465 U (WENG DINGMEI), CHINY, 05.02.2019 R.	1-7
A	CN 202665818 U (SHANDONGSHINUA MED INSTR CO), CHINY, 16.01.2013 R.	1-7
<input type="checkbox"/> Dalszy ciąg wykazu dokumentów na następnej stronie		
<p>A – dokument określający ogólny stan techniki, który nie jest uważany za posiadający szczególne znaczenie, E – dokument stanowiący wcześniejsze zgłoszenie lub patent, ale opublikowany w lub po dacie zgłoszenia, I – dokument, który może poddawać w wątpliwość zastrzegane pierwszeństwo(-wa), lub przytoczony w celu ustalenia daty publikacji innego cytowanego dokumentu lub z innego szczególnego powodu, O – dokument odnoszący się do ujawnienia ustnego przez zastosowanie, wystawienie lub ujawnienie w inny sposób, P – dokument opublikowany przed datą zgłoszenia, ale później niż zastrzegana data pierwszeństwa, T – dokument późniejszy, opublikowany po dacie zgłoszenia lub w dacie pierwszeństwa i niebędący w konflikcie ze zgłoszeniem, ale cytowany w celu zrozumienia zasad lub teorii leżących u podstaw wynalazku, X – dokument o szczególnym znaczeniu; zastrzegany wynalazek nie może być uważany za nowy lub nie może być uważany za posiadający poziom wynalazczy, jeżeli ten dokument brany jest pod uwagę samodzielnie, Y – dokument o szczególnym znaczeniu; zastrzegany wynalazek nie może być uważany za posiadający poziom wynalazczy, jeżeli ten dokument zostanie połączony z jednym lub kilkoma tego typu dokumentami, a takie połączenie będzie oczywiste dla znawcy, & – dokument należący do tej samej rodziny patentowej.</p>		

Sprawozdanie wykonał/-a: Tomasz Potyra

data 31.05.2022r.

Ekspert

/-podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/
Pismo wydane w formie dokumentu elektronicznego

Uwagi do zgłoszenia

Sprawozdanie zostało wykonane w oparciu o wersję zastrzeżeń patentowych z 04.05.2022 r.