



AKADEMIA KALISKA

im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

RADA NAUKOWA DYSCYPLINY NAUK O BEZPIECZEŃSTWIE

ROZPRAWA DOKTORSKA

**Systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej
jako element podwyższania bezpieczeństwa osobistego**

**Opracowała:
mgr Oliwia Przygodzka**

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

**Promotor pomocniczy:
dr Cezary Wojtyła**

KALISZ

2023

SPIS TREŚCI

STRESZCZENIE	6
SUMMARY.....	8
WSTĘP.....	11
1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE ROZPRAWY	15
1.1. Uzasadnienie podjęcia badań	15
1.2. Przedmiot i cel badań	17
1.3. Problem badawczy i hipotezy	18
1.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....	20
1.5. Dobór i charakterystyka próby badawczej	27
1.6. Proces badań.....	33
2. ISTOTA I POJMOWANIE BEZPIECZEŃSTWA	35
2.1. Pojęciowe i definicyjne ujmowanie bezpieczeństwa.....	36
2.2. Właściwości i atrybuty bezpieczeństwa	42
2.3. Obiektywne i subiektywne diagnozowanie bezpieczeństwa.....	57
2.4. Potrzeby bezpieczeństwa społecznego	62
2.5. Koordynaty bezpieczeństwa zdrowotnego.....	68
2.6. Wnioski	74
3. BEZPIECZEŃSTWO PERSONALNE I JEGO WYMIARY	77
3.1. Teorie i właściwości bezpieczeństwa osobistego	78
3.2. Zagrożenia dla bezpieczeństwa personalnego	104
3.3. Potrzeby i ograniczenia indywidualnego bezpieczeństwa człowieka.....	113
3.4. Życie i zdrowie w bezpieczeństwie osobowym	118
3.5. Transformacje i aplikacyjny transhumanizm bezpieczeństwa prywatnego	119
3.6. Wnioski	122
4. RYZYKO ZDROWOTNE I PROFILE BEZCZYNNOCI RUCHOWEJ CZŁOWIEKA	125
4.1. Współczesne wyzwania zdrowotne i strategiczne sposoby neutralizacji zagrożeń	126
4.2. Społeczne i personalne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego	135
4.3. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego	142
4.4. Programy profilaktyczne i problemy aktywności zdrowotno-ruchowej.....	150
4.5. Ograniczenia aktywności ruchowej i zdrowotne następstwa	154
4.6. Wnioski	157
5. DOMENY I SPOSOBY ORGANIZACJI BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA	159

5.1. Polityka zdrowotna i formalno-prawna organizacja zabezpieczenia zdrowotnego	160
5.2. Opieka medyczna i korzystanie ze świadczeń zdrowotnych	165
5.3. Struktura i kategorie bezpieczeństwa pacjenta.....	168
5.4. Zarządzanie ryzykiem i rola czynnika ludzkiego w bezpieczeństwie pacjenta	174
5.5. Zaplecze koncepcyjne i oddolne sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta	181
5.6. Wnioski	183
6. POSTULATYWNY MODEL WSPARCIA BEZSILNOŚCI RUCHOWEJ PACJENTA.....	187
6.1. Implementacja osób niepełnosprawnych w koncepcjach teoretycznych	188
6.2. Rodzaje unieruchomienia pacjenta i typowe następstwa.....	190
6.3. Metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo	205
6.4. Istota i założenia projektowe urządzenia wspierającego pacjenta dysfunkcyjnego ruchowo	209
6.5. Taksacja wniosku patentowego i propozycje modyfikująco-doskonające	218
6.6. Wnioski	259
ZAKOŃCZENIE	263
BIBLIOGRAFIA.....	265
SPIS TABEL.....	305
ZAŁĄCZNIKI	313

STRESZCZENIE

Dysertacja pt. *Systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej jako element podwyższania bezpieczeństwa osobistego* doprowadziła do poznania istoty bezpieczeństwa osobistego, jego wymiarowania i organizacji na rzecz potrzeb osób niepełnosprawnych w stanach bezsilności ruchowej, jak również do wykrycia związków i zależności zachodzących pomiędzy poziomem teoretycznych założeń i przygotowań, a skutecznością i efektywnością stosowanych rozwiązań.

Przedmiotem badań była problematyka dotycząca poczucia bezpieczeństwa osób z cechami bezsilności ruchowej i możliwości wsparcia za sprawą specjalnie opracowanego manipulatora o cechach systemowych.

Celem teoretycznym było rozpoznanie sposobów pojmowania bezpieczeństwa osobistego, jego wymiarowania i organizacji zachowań, na rzecz potrzeb osób niepełnosprawnych w stanach bezsilności ruchowych. *Cel praktyczny* stowarzyszono z koniecznością określenia zmian i możliwości wsparcia bezpieczeństwa personalnego ludzi z ograniczeniami ruchowymi, poprzez specjalnie opracowany manipulator o cechach systemowych.

Główny problem badawczy niniejszej dysertacji ujęto w postaci następującego pytania: *Jakie cechy powinien posiadać systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej, by mógł stanowić istotny element podwyższania bezpieczeństwa osobistego?*

Do tak przyjętego celu dysertacji i głównego problemu badawczego na podstawie stanu wiedzy, analizy literatury, a także prognozowanych zmian sformułowano *hipotezę główną*: *Stan faktyczny pojmowania bezpieczeństwa osobistego, jego wymiarowania, i organizacji zachowań na rzecz potrzeb osób w stanach bezsilności ruchowej jest niewystarczający, a jego optymalizacja jest możliwa między innymi z wykorzystaniem specjalnie opracowanego manipulatora o cechach systemowych.*

Poza wprowadzeniem metodologicznym praca składa się z pięciu części merytorycznych, gdzie w rozdziale zatytułowanym: *Istota i pojmowanie bezpieczeństwa* dokonano analizy pojęciowego i definicyjnego ujmowania bezpieczeństwa. Przedstawiono również cechy oraz atrybuty tego zjawiska i omówiono problematykę bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego.

W kolejnym rozdziale pt.: *Bezpieczeństwo personalne i jego wymiary* scharakteryzowano bezpieczeństwo osobiste. Zaprezentowano rezultat analizy podstawowych pojęć opisujących bezpieczeństwo jednostki i zbiorowości.

W części czwartej pt.: *Ryzyko zdrowotne i profile bezczynności ruchowej* zawarto opis wybranych wyzwań zdrowotnych i ryzyka zdrowotnego z perspektywy społecznej i personalnej. Wskazano również sposoby ich neutralizacji.

W rozdziale piątym pt.: *Domeny i sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta* ulokowano taką ochronę w kontekście polityki zdrowotnej, organizacji zabezpieczenia zdrowotnego oraz dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce. Uwzględniono znaczenie zarządzania ryzykiem, czynnika ludzkiego oraz aktywności organizacji zrzeszających pacjentów w zapewnieniu tej ochrony.

Rozdział szósty pt.: *Postulatywny model wsparcia bezsilności ruchowej niepełnosprawnych* zawarł opis oraz ocenę prototypu manipulatora dostosowanego do potrzeb osób z dysfunkcją ruchową.

Pracę zakończyło stosowne podsumowanie, załączniki, a w tym kwestionariusz ankiety i wywiadów eksperckich wraz ze zdjęciami, listami pytań wywiadów eksperckich, zdjęciami prototypu manipulatora oraz dokumentacją potwierdzającą przyznanie patentu i wzoru przemysłowego.

SUMMARY

Dissertation titled. *Systemic manipulator of motionless support as an element of increasing personal security* led to knowledge of the essence of personal security, its dimensioning and organization for the needs of disabled people in states of motionlessness, as well as to the detection of relationships and dependencies between the level of theoretical assumptions and preparations, and the effectiveness and efficiency of applied solutions.

The subject of the research was the issue of the sense of security of people with mobility disability and the possibility of support by means of a specially developed manipulator with systemic features.

The theoretical aim was to identify ways of understanding personal safety, its dimensioning and organisation of behaviours, for the needs of disabled people in states of mobility impotence. *The practical goal* was associated with the need to determine changes and possibilities to support personal safety of people with mobility limitations, through a specially developed manipulator with systemic features.

The main research problem of this dissertation is the following question: *What should be the features of a systemic manipulator to support mobility in order to be an important element of increasing personal safety?*

Based on the state of knowledge, literature analysis, as well as predicted changes, *the main hypothesis* was formulated: *The actual state of understanding personal security, its dimensioning, and the organisation of behaviours for the needs of people in states of mobility impotence are insufficient, and its optimization is possible, among other things, with the use of a specially developed manipulator with systemic features.*

In addition to the methodological introduction, the work consists of five substantive parts, one of which entitled: *Essence and understanding of security*; it contains the analysis of the conceptual and definitional understanding of security, the characteristics and attributes of this phenomenon as well as the issues of social security and health.

The chapter *Personal security and its dimensions* describes personal security. It presents the result of the analysis of basic concepts describing the security of the individual and the community.

Part Four *Health Risk and Inactivity Profiles* defines selected health challenges and health risks from a social and personal perspective. There are also indicated ways to neutralize the above mentioned.

The fifth chapter, titled *Domains and Methods of Organizing Patient Safety*, situates such protection in the context of healthcare policy, healthcare security organization, and access to healthcare services in Poland. In this chapter, there have also been taken into account the importance of risk management, human factors, and the activities of patient organizations in providing this protection.

The sixth chapter, titled *Postulative Model of Mobility Impairment Support*, contains a description and evaluation of a prototype manipulator adapted to the needs of individuals with mobility dysfunction.

The work was completed by an appropriate summary, appendices, including a questionnaire of the survey and expert interviews with photos, question lists of expert interviews, photographs of the manipulator prototype and documentation confirming the grant of a patent and industrial design.

WSTĘP

Pojęcie *system* w tłumaczeniu z języka greckiego rozumiane jest jako przedmiot ogólnie stanowiący jakąś większą spójną całość. Takie jest też właśnie podstawowe założenie wsparcia bezsilności ruchowej człowieka, czyli skupienie się nie na samym tylko wątku zdrowotnym, ale na całym systemie bezpieczeństwa, w którym funkcjonuje.

Powiązanie podmiotu z potrzebą bezpieczeństwa jako pewności przetrwania i rozwoju, jest bezsporne. Pewność jest wynikiem nie tylko braku zagrożeń, ale powstaje także wskutek kreatywnej działalności danego podmiotu i jest zmienna w czasie, mając naturę procesu społecznego.

Zarówno wąskie odniesienie do postrzegania bezpieczeństwa, koncentrujące się na obronie przed zagrożeniami, jak i szerokie, które wiąże się przede wszystkim z jego rozwojem – z racji szeregu złożoności – nie może się jednak odnosić do wszystkich niekorzystnych okoliczności funkcjonowania podmiotu, a zatem jego interesów realizowanych w konkretnym środowisku.

Jednocześnie bezpieczeństwu przypisuje się bardzo szeroki wachlarz powinności – najczęściej realizowanych przez państwo – w różnym zakresie grupowanych i sytuowanych. Powiązane z tym zobowiązania, bądź typologiczne podziały, opatrywane są bardzo zróżnicowanymi uzasadnieniami, które nie zawsze stanowią dobry budulec na rzecz potrzeb podmiotu, a nawet mogą nadawać temu fałszywe perspektywy badawcze.

Jedną z grup społecznych poddanej takiej dekompozycji są zdaniem autorki niepełnosprawni zdrowotnie. Każda forma takiej niedyspozycji stanowi szczególnie trudną sytuację nie tylko dla danej jednostki, ale staje się także coraz powszechniejszym problemem społecznym. Obserwuje się bowiem wzrost liczby osób niepełnosprawnych, co między innymi należy wiązać ze współczesnymi procesami demograficznymi (głównie ze starzeniem się populacji) oraz cechami współczesnej cywilizacji, odpowiedzialnymi za rozwój licznych chorób (w tym tych cywilizacyjnych), dużą liczbę wypadków komunikacyjnych i innych zróżnicowanych (co do źródeł powstania) urazów. W rezultacie – coraz więcej osób stopniowo lub nagle traci sprawność ruchową, samodzielność i zdolność do samoopieki oraz samoobsługi. Taki stan rzeczy sprawia, że obniża się ich jakość życia i poziom bezpieczeństwa personalnego.

Szczególną *luką oczekiwań* w opisywanym powyżej zakresie dotknięte są osoby ze znaczną dysfunkcją ruchu, bądź w ogólnym stanie bezsilności ruchowej. Utrata

posiadanego wcześniej stanu pewności, a w tym stabilizacji zdrowotnej, z czasem przekłada się na świadomość, że człowiek przestaje stanowić o samym sobie i czuje się istotą społecznie wykluczoną.

Poczucie bezpieczeństwa zmienia się i uzależnione wówczas bywa od doznanych sytuacyjnie wielopostaciowych profili beczynności. Stan taki najczęściej postępowo narasta wobec utraty zdrowia i pobytu podmiotu w szpitalu. Pierwszą ostoją staje się wówczas dla niego lekarz, dostępny tam personel i zgromadzone wokół tego środki. W następnej kolejności wsparcia udziela rodzina i bliscy znajomi. Problemy i dylematy narastają w miarę jak choroba postępuje i w różnorodny sposób ogranicza ruchowo pacjenta. Formalno-prawna organizacja bezpieczeństwa człowieka z bezsilnością ruchową najczęściej wówczas zawodzi, podobnie jak ogólne i powszechnie przyjęte sposoby wsparcia.

Wspomożenie takich osób nie zawsze musi być jednak permanentne bądź szczególnie intensywne. Niezbędny zakres pewności i poczucia oczekiwanego stanu bezpieczeństwa osobistego może ulegać stopniowej optymalizacji w stanach, kiedy osoby niepełnosprawne będą zdolne do samodzielnego podjęcia lub oczekiwanego przez siebie zorganizowania codziennych czynności. Wiele symptomów wskazuje przy tym na to, że podniesienie korzystnej samooceny w doświadczanej bezsilności można by osiągnąć za sprawą wprowadzania nowych metod terapeutycznych, poprawy dostępu do nowoczesnych technologii bądź urządzeń wspierających potencjał ruchowy. Jednak na rynku nie ma urządzeń wspierających osoby z dysfunkcją ruchu, za pomocą których byłyby one zdolne do wykonywania prostych, codziennych czynności, bez konieczności angażowania i pomocy innych ludzi.

W takim stanie rzeczy w niniejszym opracowaniu założono konieczność badawczego pochylenia się nad sposobami pojmowania bezpieczeństwa osobistego, jego wymiarowania i organizacji zachowań na rzecz potrzeb osób niepełnosprawnych w stanach bezsilności ruchowej. Z tak sformułowanego celu teoretycznego wyniknął cel praktyczny, który wyłonił konieczność określenia zmian i możliwości wsparcia bezpieczeństwa personalnego ludzi z ograniczeniami ruchowymi, poprzez specjalnie opracowany manipulator o cechach systemowych.

Stosownie do przyjętego przedmiotu i celu badań sformułowano *problem główny* w postaci pytania: *Jakie cechy powinien posiadać systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej, by mógł stanowić istotny element podwyższania bezpieczeństwa osobistego?*

Praca składa się ze wstępu, sześciu rozdziałów i zakończenia.

Pierwszy rozdział – *Założenia metodologiczne rozprawy* – rozpoczyna się od wyjaśnienia wyboru tematu dysertacji. W dalszej, zasadniczej części rozdziału przedstawiono przedmiot i cele badań, problemy i hipotezy badawcze. Opisano również wybrane metody, techniki i narzędzia badawcze. Wskazano sposób doboru próby badawczej i zamieszczono charakterystyki uczestników badania ankietowego oraz wywiadu eksperckiego. W rozdziale opisano sposób przeprowadzenia badań.

W rozdziale drugim – *Istota i pojmowanie bezpieczeństwa* – dokonano analizy pojęciowego i definicyjnego ujmowania bezpieczeństwa. Następnie przedstawiono cechy i atrybuty tego zjawiska. Scharakteryzowano rodzaje bezpieczeństwa oraz jego subiektywne i obiektywne diagnozowanie. W dalszej kolejności omówiono problematykę bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego. Badania jakie przeprowadzono na potrzeby tej części pracy, służyły rozwiązaniu szczegółowego problemu badawczego o treści: *jakie są właściwości i atrybuty bezpieczeństwa oddziałujące na podmioty z bezsilnością ruchową?* Uzyskanie odpowiedzi pozwoliło zweryfikować szczegółową hipotezę badawczą. Ten i kolejne rozdziały zostały zakończone wnioskami, stanowiącymi podstawę rozważań i rozwiązań ujętych w dalszych częściach rozprawy.

Rozdział trzeci – *Bezpieczeństwo personalne i jego wymiary* – zawiera charakterystykę bezpieczeństwa osobistego, która uwzględnia prezentację teorii, filozoficzne ujęcia tej ochrony, jej cechy i zagrożenia. Zaprezentowano rezultat analizy podstawowych pojęć opisujących bezpieczeństwo jednostki i zbiorowości. W opisie bezpieczeństwa personalnego uwzględniono jego konotacje z ochroną zdrowia i życia człowieka oraz współczesną medycyną. Opisane powyżej badania służyły rozwiązaniu kolejnego szczegółowego problemu badawczego o treści: *jakimi właściwościami, wymiarami i zagrożeniami cechuje się bezpieczeństwo personalne?*

Rozdział czwarty – *Ryzyko zdrowotne i profile bezczynności ruchowej* – obejmuje opis wybranych wyzwań zdrowotnych i ryzyka zdrowotne z perspektywy społecznej i personalnej. Wskazano tam na sposoby ich neutralizacji, w tym także za sprawą programów profilaktycznych. Zwrócono uwagę na rolę aktywności fizycznej w ograniczaniu zagrożeń zdrowotnych, aby w tym kontekście omówić ograniczenia tej aktywności oraz ich skutki zdrowotne. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy pozwoliły rozwiązać następujący, szczegółowy problem badawczy: *Jakie są współczesne wyzwania zdrowotne i profile bezczynności ruchowej człowieka?*

Rozdział piąty – *Domeny i sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta* – lokuje taką ochronę w kontekście polityki zdrowotnej, organizacji zabezpieczenia zdrowotnego i dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce. Uwzględniono w nim znaczenie zarządzania ryzykiem, czynnika ludzkiego i aktywności organizacji zrzeszających pacjentów w zapewnieniu tej ochrony. Badania przeprowadzone na potrzeby tej części pracy, służyły rozwiązaniu szczegółowego problemu badawczego o treści: *Jakie są domeny i sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta z ograniczeniami ruchowymi?*

Rozdział szósty – *Postulatywny model wsparcia bezsilności ruchowej niepełnosprawnych* – zawiera opis i ocenę prototypu manipulatora dostosowanego do potrzeb osób z dysfunkcją ruchową. Materiał tam zawarty usytuowano w kontekście potrzeb osób niepełnosprawnych, charakterystyki niepełnosprawności ruchowej, stosowanych metod terapeutycznych i technik rehabilitacyjnych osób niepełnosprawnych ruchowo. Realizowane w ten sposób badania pozwoliły rozwiązać szczegółowy problem badawczy: *W jaki sposób zaprojektowany systemowo manipulator powinien zaspokajać potrzeby osób z dysfunkcją ruchu?*

Występujące w każdym z rozdziałów wnioski, ułatwiły kontynuację opisu rezultatów procesu badawczego na każdym etapie weryfikacji hipotez i usystematyzowania rozwiązań zdefiniowanych wcześniej problemów badawczych. Dzięki temu możliwe stało się opracowanie wniosków końcowych zaprezentowanych w *Zakończeniu*.

Pracę kończą *Załączniki*. Zawarto w nich kwestionariusz ankiety, dwie listy pytań wywiadu eksperckiego, zdjęcia prototypu manipulatora, dokumentację potwierdzającą przyznanie patentu i wzoru przemysłowego.

Dołączone do pracy załączniki zawierają panieńskie nazwisko autorki, która od 2022 roku posługuje się nazwiskiem Przygodzka.

1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE ROZPRAWY

1.1. Uzasadnienie podjęcia badań

W grupie podstawowych zainteresowań życiowych człowieka – tuż za fizjologicznymi – lokalizuje się potrzeba zapewnienia mu bezpieczeństwa. Powyższe stanowisko uzasadnia powszechnie znana, a opracowana przez amerykańskiego psychologa Abrahama Masłowa klasyfikacja potrzeb człowieka, która stanowi inspirację dla wielu badaczy i jest najbardziej znaną teorią dotyczącą motywacji kierujących ludzkimi zachowaniami. Bezpieczeństwo jest przy tym rozumiane jako stan pewności i gwarancji jego utrzymania, w połączeniu z poczuciem stabilizacji i świadectwem dalszego rozwoju jednostki. Taka konieczność ładu i harmonii charakteryzuje się brakiem obawy przed utratą takich wartości jak przede wszystkim życie i zdrowie.

Potrzeba stabilizacji i bezpieczeństwa jest konieczna w każdym momencie ludzkiego życia, ale zainteresowanie tą sferą wzrasta w sytuacji różnorodnych ryzyk, które wywołują natychmiastowy niepokój i poczucie zagrożenia.

Jednym ze skrajnych stanów takich doświadczeń jest niepełnosprawność. Stanowi o szeregu wyzwań dla dotkniętego nią podmiotu oraz jego otoczenia – bliższego, lokalnego i dalszego. Osoba niepełnosprawna doświadcza licznych problemów w codziennym życiu, przy podejmowaniu różnych ról, funkcjonowaniu w sferze prywatnej, zawodowej i społecznej¹.

Z tymi utrudnieniami mierzą się także jednostki z dysfunkcją ruchu, które często nie są zdolne do samodzielnego wykonywania codziennych czynności, samoobsługi i samoopieki. W rezultacie obniża się poziom ich jakości życia, samoocena i poczucie bezpieczeństwa. Często osoby takie uważają, że przestają stanowić o samym sobie i czują się istotami wykluczonymi społecznie².

¹ Zob. I. Fajfer-Kruczek, *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, WUŚ, Katowice 2015; A. Tikhonov, *Zjawisko niepełnosprawności od przeszłości ku przyszłości*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temida 2, Białystok 2020, s. 34-36.

² Zob. J. Bartkowski, *Położenie społeczno-ekonomiczne i jakość życia osób niepełnosprawnych w Polsce*, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014; Obiektywna i subiektywna jakość życia dorosłych osób z niepełnosprawnością i intelektualną zamieszkujących województwo wielkopolskie. *Uwarunkowania środowiskowe oraz poziom wsparcia realizatorów polityki społecznej. Raport z badania*, za: bezpieczeństwo %20osobiste%20pacjenta/Dane%20do%206.1/Jakość-życia-dorosłych-osób-z-niepełnosprawnością-intelektualną-raport-2014.pdf, [dostęp: 23.09.2022].

Opisanych powyżej stanów będzie doświadczała coraz większa część populacji, ponieważ dynamicznie postępuje proces starzenia się społeczeństwa (następuje wzrost liczby osób starszych powyżej 70. roku życia)³.

W przypadku seniorów wzrasta ryzyko niepełnosprawności ruchu, co należy powiązać z mechanizmem starzenia się ludzkiego organizmu, występowaniem licznych, chorób współistniejących, podatności na urazy i wypadki. Nie można także zapomnieć, że niepełnosprawność fizyczna może mieć źródło w wypadkach komunikacyjnych, urazach mechanicznych, a także stanowić jeden ze skutków chorób – także określanych mianem *cywilizacyjnych*. Zatem dla współczesnego społeczeństwa i jego członków wyzwaniem pozostaje zapewnienie – coraz liczniejszej grupie osób z dysfunkcją ruchu – optymalnego poziomu jakości życia i poczucia bezpieczeństwa – nie tylko za pomocą zagwarantowania im społecznej pomocy i wsparcia, ale również dzięki stworzeniu im warunków, aby mogły nadal podejmować działania w ramach samoopieki i samoobsługi, chociaż w zakresie nielicznych, codziennych czynności.

Aby osiągnąć ten cel, należy wyposażyć osoby z dysfunkcją ruchu we wszelkie dostępne i konieczne rozwiązania techniczne i urządzenia⁴, aby mogły samodzielnie poruszać się, podejmować codzienne czynności, realizować aktywność społeczną – w otoczeniu rodzinnym, lokalnym i makroregionalnym. Nie mogą bowiem stale oczekiwać pomocy ze strony członków swojego środowiska, instytucjonalnego systemu wsparcia osób niepełnosprawnych⁵, bądź korzystać z publicznych i komercyjnych usług⁶. W takim stanie rzeczy, dla wielu osób obciążonych dysfunkcją ruchu, dużym osiągnięciem staje się zachowanie zdolności do chociażby częściowej samoobsługi oraz samoopieki.

³ Zob. M.I. Zawartka-Czekaj, *Bezpieczeństwo społeczne osób starszych w aspekcie systemu wsparcia społecznego na przykładzie Siemianowic Śląskich*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin Polonia. Sectio J” 2016 vol. 29, z. 1; *Bezpieczeństwo osób starszych w Polsce*. Raport, FPP, 2020, za: <http://przyszloscpokolen.pl/Bezpieczenstwo-osob-starszych-w-Polsce.pdf>, [dostęp: 23.09.2022]; Z. Szarota, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, WUP, Kraków 2010.

⁴ Zob. A. Rogacka-Kaczmarek, *Wybrane środki służące zapewnieniu dostępności cyfrowej dla osób z niepełnosprawnościami*, [w:] A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, wyd. Temida 2, Białystok 2020; J. Królewski, T. Masłyk, E. Migaczewska, M. Stojkow, D. Żucjowska, *Potencjał Internetu i jego (nie)wykorzystanie w kontekście potrzeb osób niepełnosprawnych*, w: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014.

⁵ Zob. B. Gąciarz, P. Kubicki, S. Rudnicki, *System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji*, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014; P. Kubicki, *Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2017.

⁶ Zob. B. Gąciarz, M. Grewiński, S. Rudnicki, K. Geletta, *Usługi publiczne i komercyjne: kierunki zmian systemu indywidualnego wsparcia osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014.

Wspomożenie takich potrzebujących nie musiałyby być jednak permanentne bądź szczególnie intensywne. Wiele oznak potwierdza słuszność założenia, że podniesienie korzystnej samooceny w doświadczanej bezsilności można by osiągnąć za sprawą wprowadzania nowych metod terapeutycznych, poprawy dostępu do nowoczesnych technologii bądź urzędzeń wspierających potencjał ruchowy. Jednak na rynku nie ma urzędzeń wspierających systemowo osoby z dysfunkcją ruchu, za pomocą których byłyby one zdolne do wykonywania prostych, codziennych czynności, bez konieczności angażowania i pomocy innych ludzi.

Przedstawione uwarunkowania generują *sytuację problemową*, w której zachodzi potrzeba ustalenia stanu faktycznego dotyczącego pojmowania bezpieczeństwa osobistego, jego wymiarowania i organizacji zachowań na rzecz potrzeb osób w stanach bezsilności ruchowej oraz określenia perspektyw zmian bądź możliwości wsparcia bezpieczeństwa personalnego ludzi z ograniczeniami ruchowymi poprzez specjalnie opracowany manipulator o cechach systemowych.

1.2. Przedmiot i cel badań

Wieloaspektowość bezpieczeństwa i wynikające ze sformułowania tematu rozprawy zainteresowanie problematyką osób niepełnosprawnych, wymagają *metodologicznych* wyjaśnień, określających cel i procedury prowadzonych czynności naukowych – *teoretycznych* – obejmujących i porządkujących rozpoznany stan badawczego pochylenia się nad kształtowaniem się bezpieczeństwa personalnego i dotychczasowych form osobowego wsparcia bezsilności ruchowej oraz *empirycznych* – koncentrujących się na analizie i wynikach badań własnych.

Swoistą wartością *dodaną* staje się przy tym zobrazowanie bezpieczeństwa w ujęciu interdyscyplinarnym: personalnym, społecznym, zdrowotnym, a nawet koncepcyjno-patentowym.

W odniesieniu do zaprezentowanych treści przyjęto, że *przedmiotem badań* będzie bezpieczeństwo osobiste osób niepełnosprawnych, postrzegane w złożonych konfiguracjach ich bezsilności ruchowej oraz określenia możliwości poprawy istniejącego stanu rzeczy.

Zaprezentowany powyżej obszar pozwolił na sprecyzowanie *głównego celu badań*, postrzeganego w kategoriach *poznawczych* (teoretycznych) i *praktycznych* (użytecznych).

Cel poznawczy sprowadził się zatem do poznania istoty bezpieczeństwa osobistego, jego wymiarowania i organizacji na rzecz potrzeb osób niepełnosprawnych w stanach

bezsilności ruchowej jak również do wykrycia związków i zależności zachodzących pomiędzy poziomem teoretycznych założeń i przygotowań, a skutecznością i efektywnością stosowanych rozwiązań.

Cel praktyczny został sprowadzony do przygotowania naukowo uzasadnionego modelu wsparcia bezpieczeństwa personalnego ludzi z ograniczeniami ruchowymi, poprzez specjalnie opracowany manipulator o cechach systemowych.

1.3. Problem badawczy i hipotezy

Przyjęty przedmiot i cel badań spowodowały, że *główny problem badawczy* w niniejszej pracy sformułowano w postaci pytania: *Jakie cechy powinien posiadać systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej, by mógł stanowić istotny element podwyższania bezpieczeństwa osobistego?*

Rozwiązanie sformułowanego w ten sposób *głównego problemu badawczego* uwarunkowane zostało koniecznością uzyskania odpowiedzi na *cząstkowe (szczegółowe) problemy badawcze*. Charakteryzują się one pewną odrębnością, ale tworzą logicznie uporządkowaną całość, podporządkowaną osiągnięciu wskazanego powyżej celu badań.

Problemy te ujęto w formie następujących pytań:

1. *Jakie są właściwości i atrybuty bezpieczeństwa oddziałujące na podmioty z bezsilnością ruchową?*
2. *Jakimi właściwościami, wymiarami i zagrożeniami cechuje się bezpieczeństwo personalne?*
3. *Jakie są współczesne wyzwania zdrowotne i profile bezczynności ruchowej człowieka?*
4. *Jakie są domeny i sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta z ograniczeniami ruchowymi?*
5. *W jaki sposób zaprojektowany systemowo manipulator powinien zaspokajać potrzeby osób z dysfunkcją ruchu?*

Problemy badawcze stanowiły podstawę do formułowania *hipotez*, których zasadność była bieżąco weryfikowana w toku przeprowadzonych badań. Podstawą dla stanowienia o hipotezie głównej i szczegółowych hipotezach badawczych były: przyjęty obszar, cel badań, problemy badawcze i posiadana wiedza zdobyta dzięki wcześniej przeprowadzonej analizie literatury.

Hipotezę główną sprowadzono do założenia, że stan faktyczny pojmowania bezpieczeństwa osobistego, jego wymiarowania i organizacji zachowań na rzecz potrzeb osób w stanach bezsilności ruchowej jest niewystarczający, a jego optymalizacja jest możliwa między innymi z wykorzystaniem specjalnie opracowanego manipulatora o cechach systemowych.

Wyartykułowano także następujące szczegółowe hipotezy badacze:

- H.1. zakłada się, że odejście od koncepcji bezpieczeństwa militarnego na rzecz bezpieczeństwa wewnętrznego spowodowało, że jego podmiotem stali się także społeczeństwo i pojedynczy obywatel. Dokonana zmiana przyczyniła się do uwzględnienia postrzegania bezpieczeństwa przez pryzmat jego cech, uwarunkowań, percepcji i wpływu jaki wywiera ono na funkcjonowanie jednostki i grupy społecznej (społeczeństwa, narodu). Potrzeba zapewnienia populacji bezpiecznych warunków istnienia została uznana za cel różnych typów bezpieczeństwa wewnętrznego, w tym – bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego. Dzięki nim jednostka i grupa może w pełni wykorzystać posiadane zasoby, a także liczyć na wsparcie, kiedy zaistniałe wyzwania przekraczają jej możliwości;*
- H.2. przypuszcza się, że bezpieczeństwo personalne to stan braku zagrożeń dla przetrwania, funkcjonowania i rozwoju potencjału człowieka lub ludzkiej zbiorowości. Nie ogranicza się ono do ochrony życia, ludzkiej godności i zdrowia ludzi w czasie sytuacji wyjątkowych (kryzysu militarnego czy naturalnego), ale obejmuje – wszystkie prawa człowieka. Uwzględnia jego aktywność na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa osobowego sobie i bliskim, ale również obejmuje działania instytucjonalne (państwowe) i społeczne, kiedy dana jednostka czy zbiorowość ludzka potrzebuje pomocy i wsparcia w przypadku nagłego ograniczenia (lub braku) możliwości codziennego funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej. Bezpieczeństwo personalne jest podatne na zagrożenia zewnętrzne, napływające z otoczenia jednostki czy ludzkiej zbiorowości oraz wewnętrznie – powiązane z cechami podmiotu bezpieczeństwa. Cechy współczesnej cywilizacji i kultury powodują, że bezpieczeństwo to jest zagrożone w obu tych wymiarach. Bezpieczeństwo personalne, cywilizacja i kultura mają charakter społeczny, w rezultacie poczucie bezpieczeństwa jednostki lub/i grupy społecznej jest determinowane przez twory kulturowe i cywilizacyjne, ponieważ stanowią one stały element najbliższego otoczenia i świadomości ludzi;*
- H.3. zakłada się, że bezpieczeństwo zdrowotne osób niepełnosprawnych z dysfunkcją ruchu jest w dużej mierze determinowane przez czynniki kształtujące stan zdrowia danej*

populacji. Jednak w ich przypadku ze szczególną siłą ich kondycję zdrowotną obniża ograniczenie aktywności ruchowej, będącej skutkiem unieruchomienia. Dostrzeżono potrzebę zapewniania im wsparcia w formie programów profilaktycznych adresowanych do ogółu populacji lub wybranych jej grup, np. osób w wieku senioralnym i osób niepełnosprawnych ruchowo;

H.4. przypuszcza się, że bezpieczeństwo pacjenta jest tożsame z wyeliminowaniem lub znaczącym ograniczeniem występowania zdarzeń niepożądanych, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. Ten stan ochrony zależy od systemu prawno-organizacyjnego, pacjenta, opieki medycznej jakiej został on poddany oraz sposobów zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Bezpieczeństwo pacjenta stanowi dobro społeczne, w którego ochronę muszą być zaangażowane wskazane podmioty, a także – inne organizacje – w tym te zraszające pacjentów;

H.5 zakłada się, że osoby z dysfunkcją ruchu potrzebują dostępu do urządzenia, zapewniającego im większe poczucie samodzielności i bezpieczeństwa. Uczestnicy badania ankietowego i wywiadu eksperckiego najprawdopodobniej nie zetknęli się nigdy z urządzeniem podobnym do prototypu manipulatora. Oceny (ogólne i szczegółowe) urządzenia przez osoby z dysfunkcją ruchu nie będą zatem zależne od ich cech demograficzno-społecznych, ale potrzeb i stanu doświadczonych ograniczeń ruchowych.

1.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W pracy zastosowano *teoretyczne* i *empiryczne* metody badawcze. Za pomocą tych pierwszych możliwe stało się przede wszystkim pozyskanie materiału badawczego zawartego w dostępnych publikacjach. Pozwoliły one wyodrębnić istotne składniki w czasie procesu badawczego, ich dalsze porównanie i syntezę. Za pomocą metod teoretycznych możliwe stało się sformułowanie wniosków na każdym z etapów procesu badawczego.

W ramach istniejących metod *teoretycznych* przede wszystkim wykorzystano:

- *analizę* – stanowiącą myślowe rozłożenie przedmiotu badań na elementy składowe, dzięki czemu mogły być one poddane osobnemu badaniu. To pozwoliło ustalić ich składniki oraz powiązania jakie między nimi zachodzą. W niniejszej pracy w każdym z rozdziałów posłużono się analizą jakościową, a ilościową w rozdziale szóstym. Metoda analizy była także pomocna w czasie studiowania literatury i różnych źródeł z tym stowarzyszonych. Umożliwiła gromadzenie i selekcję zawartych tam informacji. W rezultacie możliwe stało się ustalenie aktualnego stanu wiedzy na temat dostępnych

rozwiązań technologicznych wspierających osoby z dysfunkcją ruchu. Dzięki analizie literatury i źródeł – możliwe stało się też opracowanie problemów badawczych i sformułowanie hipotez⁷;

- *syntezę* – powiązaną z metodą analizy i sprowadzającą się do połączenia wcześniej wyszczególnionych składników przedmiotu badań, dzięki któremu powstaje nowa całość. Umożliwia ona wskazanie kluczowych związków i cech badanego zjawiska. Metodę syntezy wykorzystano w każdym z rozdziałów niniejszej pracy, a w tym w procesie formułowania problemów i hipotez badawczych oraz opisu wyników badań⁸.

Sięgnięto również po inne metody teoretyczne typu: *abstrahowanie, uogólnienie, porównanie, analogia*. Ich cechy i sposób użycia opisano w kolejnych rozdziałach. Za stały i systematycznie realizowany badawczo proces myślowy uznano *wnioskowanie*.

W niniejszej pracy posłużono się także *metodą empiryczną* jaką jest *sondaż diagnostyczny*. Za jego pomocą możliwe stało się poznanie opinii i ocen wybranej grupy badawczej⁹ dotyczących prototypu manipulatora oraz kwestiach związanych z poczuciem bezpieczeństwa i funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu. Wyniki uzyskane za pomocą sondażu diagnostycznego przedstawiono w rozdziale czwartym, piątym i szóstym niniejszej rozprawy.

W ramach sondażu diagnostycznego posłużono się technikami *ankietowania* i *wywiadu eksperckiego*. W pierwszym przypadku narzędziem badawczym był autorski *kwestionariusz ankiety* (zał. 1.), a w drugim – dwie *listy pytań* skierowanych do ekspertów (zał. 2. i 3.).

Założenia dotyczące zakresu i pozyskania wyników badania sondażowego były zróżnicowane, ale podporządkowane przyjętym celom badawczym.

W przypadku chęci ustalenia ogólnej oceny poziomu poczucia bezpieczeństwa respondentów odpowiedziom nadano określone wartości punktowe (patrz: Tabela 1.1.).

⁷ Zob. M. Adamska, M. Szewczuk-Stępień, *Badania jakościowe jako narzędzie pozyskania, analizy i interpretacji wiedzy eksperckiej – wymiar praktyczny*, [w:] M. Adamska, M. Szewczuk-Stępień (red.), *Know how – efektywna komunikacja w regionalnym transferze wiedzy. Rozwinięcie i synteza wyników*, wyd. ITR, Opole 2012, s. 167; M. Szarucki, *Metodyka analizy porównawczej w badaniach międzynarodowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2010 nr 827, s. 52; J. Apanowicz, *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, wyd. Difin, Warszawa 2005, s. 28.

⁸ Zob. A. Babiński, P. Lubiewski, A. Łuźniak, *Współużyteczność metod oraz technik i narzędzi badawczych w badaniu bezpieczeństwa*, [w:] A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina (red.), *Nauki o bezpieczeństwie. Wybrane problemy badań*, wyd. CNBOP-PIB, Józefów 2017, s. 72;

⁹ Zob. J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Wydawnictwo Diecezji Gdańskiej, Gdańsk 2002, s. 70; I. Muchnicka, *Metoda sondażu diagnostycznego w pedagogice empirycznej*, [w:] R. Wroczyński, T. Pileh (red.), *Metodologia pedagogiki społecznej*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo PAN, Wrocław 1974, s. 134.

Tabela 1.1. Sposób uzyskania informacji o poziomie poczucia bezpieczeństwa respondentów

Pytanie	Minimum	Maksimum
1	0	5+
2	0	5+
3	0	6
4	0	6
6	1	5
Razem	1	27+

Legenda: + jeżeli w ramach odpowiedzi inne respondenci wskazali kilka czynników, każdy z nich to 1 punkt. Sposób interpretacji.

Źródło: opracowanie własne.

Znalazło to następnie przełożenie na możliwe przyporządkowanie poziomów poczucia bezpieczeństwa respondentów do poszczególnych przedziałów zakresowych/punktowych (patrz: Tabela 1.2.).

Tabela 1.2. Sposób ustalenia poziomu poczucia bezpieczeństwa respondentów

Poziom poczucia bezpieczeństwa	Minimum	Maksimum
Brak poczucia bezpieczeństwa	1	5
Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	6	10
Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	11	15
Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	15	21
Bardzo wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	22	27+

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei, aby ustalić ogólną ocenę cech testowanego manipulatora wykorzystano stwierdzenia (oceny) dotyczące jego właściwości wskazane w pytaniu III.1. Wartości punktowe od 0 do 65 przypisano do pięciu poziomów ocen cech tego urządzenia (patrz: Tabela 1.3.).

Tabela 1.3. Sposób określenia ogólnej oceny cech testowanego manipulatora

Ocena cech testowanego manipulatora	Minimum	Maksimum
Brak	0	15
Niski poziom	16	26
Średni poziom	37	47
Wysoki poziom	48	58
Bardzo wysoki poziom	59	65

Źródło: opracowanie własne.

Analogicznie, do ustalenia oceny poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora wykorzystano odpowiedzi respondentów na pytanie III.2. Wartości punktowe od 0 do 50 przypisano do pięciu poziomów ocen

możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem tego urządzenia (patrz: Tabela 1.4).

Tabela 1.4. Sposób określenia oceny możliwości wykonania poszczególnych czynności za pomocą testowanego manipulatora

Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności	Minimum	Maksimum
Brak	0	10
Niski poziom	11	20
Średni poziom	21	30
Wysoki poziom	31	40
Bardzo wysoki poziom	41	50+

Źródło: opracowanie własne.

Aby ustalić ocenę poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora, wykorzystano oceny wskazane w pytaniu III.3. Wartości punktowe od 0 do 45 przypisano do pięciu poziomów ocen podejmowania tych czynności za pomocą tego urządzenia (patrz: Tabela 1.5.).

Tabela 1.5. Sposób określenia oceny możliwości chwytania wybranych przedmiotów za pomocą testowanego manipulatora

Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu	Minimum	Maksimum
Brak	0	9
Niski poziom	10	19
Średni poziom	20	29
Wysoki poziom	30	39
Bardzo wysoki poziom	40	45+

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie – jak powyżej – do ustalenia oceny poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora posłużono się odpowiedziami uczestników badania na pytanie III.4.

Wartości punktowe od 0 do 45 przypisano do pięciu poziomów ocen możliwości wykonania tych czynności z użyciem tego urządzenia (patrz: Tabela 1.6.).

Tabela 1.6. Sposób określenia oceny poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranych przedmiotów za pomocą testowanego manipulatora

Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranych przedmiotów	Minimum	Maksimum
Brak	0	9
Niski poziom	10	19
Średni poziom	20	29
Wysoki poziom	30	39
Bardzo wysoki poziom	40	45+

Źródło: opracowanie własne.

Aby ustalić ocenę poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora, wykorzystano oceny wskazane w pytaniu III.5. Wartości punktowe od 0 do 45 przypisano do pięciu poziomów ocen tego potencjału urządzenia (patrz: Tabela 1.7.).

Tabela 1.7. Sposób określenia oceny poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora

Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Minimum	Maksimum
Brak	0	9
Niski poziom	10	19
Średni poziom	20	29
Wysoki poziom	30	39
Bardzo wysoki poziom	40	45+

Źródło: opracowanie własne.

Analogicznie – jak powyżej – do ustalenia oceny poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora wykorzystano odpowiedzi respondentów na pytanie III.6. Wartości punktowe od 0 do 30 przypisano do pięciu poziomów ocen możliwości satysfakcji z użycia tego urządzenia (patrz: Tabela 1.8.).

Tabela 1.8. Sposób określenia poziomu zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora

Poziom zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Minimum	Maksimum
Brak	0	5
Niski poziom	6	11
Średni poziom	12	17
Wysoki poziom	22	27
Bardzo wysoki poziom	28	30+

Źródło: opracowanie własne.

Aby uzyskać ogólną ocenę testowanego manipulatora, wykorzystano uzyskane oceny jego cech, możliwości wykonywania poszczególnych czynności, chwytania wybranego

przedmiotu, przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu, alarmowania otoczenia dzięki wykorzystaniu tego urządzenia, ogólną ocenę zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora oraz odpowiedzi na pytania III.9,10,11 (patrz: Tabela 1.9.).

Tabela 1.9. Sposób uzyskania informacji o ogólnej ocenie testowanego manipulatora

Ogólna ocena	Minimum	Maksimum
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	0	65+
Ogólna ocena możliwości wykonania poszczególnych czynności	0	50+
Ogólna ocena możliwości chwytania wybranego przedmiotu	0	45+
Ogólna ocena możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu	0	45+
Ogólna ocena możliwości alarmowania otoczenia	0	45+
Ogólna ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	0	30+
Pytania 9,10,11	0	18
Razem	0	298+

Źródło: opracowanie własne.

Wartości punktowe od 0 do 285 przypisano do pięciu poziomów ogólnych ocen testowanego manipulatora (patrz: Tabela 1.10.).

Tabela 1.10. Sposób określenia ogólnej oceny testowanego manipulatora

Ogólna ocena	Minimum	Maksimum
Bardzo negatywna	0	60
Negatywna	61	117
Umiarkowana	118	174
Pozytywna	175	231
Bardzo pozytywna	232	298+

Źródło: opracowanie własne.

W pracy zastosowano *analizę statystyczną*. Podstawowy test w analizach statystycznych to *Chi-kwadrat na niezależność zmiennych*. Używany jest przede wszystkim w przypadku pytań zbudowanych na skalach nominalnych. Analiza *Chi-kwadrat* cechuje się dokładnością wtedy, kiedy żadna z liczebności teoretycznych nie jest mniejsza od jedności. 20% liczebności teoretycznych nie może być mniejsze od 5. Z tego powodu w pracy do każdej analizy testem *Chi-kwadrat* zostały wykonane dodatkowe testy.

W pracy posłużono się także testami: *Phi* oraz *V Kramera*. Miara *Phi* informuje o kierunku związku (dodatni lub ujemny), aby określić siłę związku między współzmiennymi. Dzięki mierze *Phi* uzyskano również informuje o kierunku związku, który może być dodatni lub ujemny.

W pracy wykorzystano również testy używane w przypadku mało licznych prób. Wiązały się one z posłużeniem się metodami typu: *dokładna* lub *Monte Carlo*.

W przeprowadzonej analizie statystycznej oszacowane prawdopodobieństwo testowe p ilustruje, czy poddany analizie związek można uznać za istotny statystycznie.

W pracy pod każdą tabelą krzyżową przy wyniku testu *Chi-kwadrat* występuje litera (a). Wskazuje ona, że rezultat analizy statystycznej może cechować się niespełnionym warunkiem minimalnej liczebności oczekiwanej.

Na taką ewentualność został przeprowadzony test z użyciem metody *dokładnej* lub *Monte Carlo*. Wówczas kiedy wartość p została wyliczana dzięki metodzie *Monte Carlo*, została ona dodatkowo oznaczona literą (b). Istotność p współczynników *Phi* oraz *V Kramera* była określana na podstawie wyniku testu *Chi-kwadrat*. Kiedy zmienne cechowały się charakterem porządkowym, wówczas posłużono się odpowiednimi współczynnikami: *Tau-b Kendalla* (w przypadku tabel o takiej samej liczbie kolumn i wierszy) oraz *Tau-c Kendalla* (w przypadku tabel o różnej liczbie kolumn i wierszy). Ich wartości mogły przyjmować wartości ujemne jak w mierze *Phi*. Te dane umożliwiają określenie siły i kierunku korelacji¹⁰.

Pod każdą tabelą krzyżową wskazano wartość współczynnika i istotność statystyczną p . Wyliczono wartość p za pomocą metody *Monte Carlo*. Te dane oznaczono za pomocą litery (c). Gdy w czasie analizy ustalono brak korelacji istotnych statystycznie z wykorzystaniem współczynników *Tau-b* oraz *Tau-c Kendalla* – wówczas sprawdzano zależność w oparciu o test *chi-kwadrat* oraz odpowiednią miarę symetryczną. Za jej pomocą informowano o sile związku, aby możliwe stało się ustalenie ewentualnej zależności, która nie ma charakteru monotonicznego.

Miary siły związku dla wyżej wymienionych współczynników mieszczą się w zakresie od 0 do 1. Wyższa wartość współczynnika ilustruje silniejszą korelację. Uzyskane wyniki mogą przyjmować wartości ujemne (oprócz miary *V Kramera*). Wskazują wówczas kierunek zależności, mimo że interpretacja siły związku jest podobna.

Metoda *Monte Carlo* zasadniczo opiera się o próbę 10000 tabel przy liczbie startowej generatora liczb losowych 2000000.

¹⁰ J. Górnica, J. Wachnicki, *Pierwsze kroki w analizie danych*, wyd. SPSS, Kraków 2008; M. Nawojczyk, *Przewodnik po statystyce dla socjologów*, wyd. SPSS, Kraków 2002; S. Bedyńska, A. Brzezicka, *Statystyczny drogowskaz*, wyd. SWPS, Warszawa 2007; W. Szymczak, *Podstawy statystyki dla psychologów*, wyd. Difin, Warszawa 2008; T.W. Pavkov, K.A. Pierce, *Wprowadzenie do SPSS dla Windows*, wyd. GWP, Gdańsk 2005.

Analiza statystyczna została wykonana za pomocą pakietu *IBM SPSS 26.0* wraz z modulem *Exact Tests* – testy dokładne. Wszelkie ustalone korelacje są istotne statystycznie gdy $p \leq 0,05$.

Domyślnie *IBM SPSS Statistics* pozwala obliczyć statystyczną istotność przy testach nieparametrycznych metodą asymptotyczną. Wartości p są raportowane na podstawie założenia, że dane (uwzględniając wystarczający stopień i duży rozmiar próby) pozostają zgodne z określonym rozkładem. Kiedy zestaw danych okazuje się mały, obserwacje są nieliczne i nierównomiernie rozłożone, metoda asymptotyczna niekiedy daje niewiarygodne wyniki. Wówczas należy obliczyć statystyczną istotność p za pomocą *metody dokładnej*. Nie wiąże się to koniecznością zakładania założeń, które mogą nie zostać spełnione przez dane.

Dokładne wartości p ma znaczenie dla celów naukowych. Te wartości często sprawiają duże problemy obliczeniowe, dlatego w praktyce stosuje się wyniki asymptotyczne. Dla dużych i dobrze zrównoważonych zestawów danych wyniki istotności statystycznej uzyskane za pomocą metod dokładnych oraz asymptotycznych okazują się bardzo zbliżone. W przypadku nielicznych prób bywają często odmienne, więc mogą prowadzić do przeciwnych wniosków w trakcie weryfikacji hipotez.

Pakiet *IBM SPSS* z modulem *Exact Tests* (testy dokładne) umożliwiają zastosowanie dwóch metod uzyskiwania wartości p . Są to: metoda *dokładna* oraz *Monte Carlo*. Pierwsza z nich jest stosowana głównie do małych zestawów danych, zagarniając wystarczającą moc obliczeniową. W rezultacie można uniknąć przerwania procesu obliczeń z racji przekroczonego limitu czasu i braku wystarczającej ilości pamięci. Dla liczniejszych prób oraz tabel z większą kategorią wskazań stosuje się obliczenia, sięgając po metodę *Monte Carlo*. Działania obliczeniowe trwają wówczas krócej. Przy czym uzyskane wyniki istotności statystycznej okazują się zbliżone do rezultatów, jakie są osiągnęte za pomocą metody *dokładnej*.

1.5. Dobór i charakterystyka próby badawczej

W badaniu ankietowym zastosowano nielosowy dobór uczestników. Wybrano osoby z istniejącą niepełnosprawnością ruchową z terenu powiatu kaliskiego. Podjęto działania, aby respondenci cechowali się dużym zróżnicowaniem. Uwzględniono osoby wysportowane, mające problemy zdrowotne, aktywne społecznie, tak aby zyskać możliwie szeroki wachlarz opinii o prezentowanym prototypie manipulatora.

Dobór ekspertów był celowy. Ustalono stosowne kryteria, które objęły ich wiedzę, kompetencje oraz doświadczenie zawodowe. Nie kierowano się wyłącznie zajmowanymi przez nich stanowiskami. Liczba ekspertów, którzy uczestniczyli w badaniu została zdeterminowana między innymi przez przedmiot badania i charakter dziedziny, której dotyczy problem badawczy¹¹. Badania sondażowe powiązane z metodą delficką wymagały właściwego ustalenia badanej próby. Respondentami byli zatem eksperci cechujący się właściwościami przedstawionymi w Tabeli 1.11.¹²

Tabela 1.11. Właściwości cechujące eksperta

Ekspert		
Posiada cecha	Status	Przekazywanie
Dysponowanie dużą wiedzą z danej dziedziny (większą od innych, bardziej usystematyzowaną, udokumentowaną)	Bycie uznanym za eksperta w danej dziedzinie (także przez innych przedstawicieli danej dziedziny)	Umiejętność rzetelnego i sumiennego przekazywania wiedzy
Dysponowanie szeroką, holistyczną perspektywą i spojrzeniem na problem z którym musi się zmierzyć	Niezależność prezentowanych ocen, poglądów i wydawanych opinii	Entuzjastyczne przekazywanie posiadanej wiedzy i wzbudzanie zainteresowania innych
Posiadanie umiejętności komunikacyjnych, wspierających przekazywanie informacji	Nienaganna etyka postępowania	Przekazywanie wiedzy eksperckiej w sposób wspierający proces decyzyjny osób, którzy z niej korzystają
Dysponowanie profesjonalnym warsztatem metodycznym do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania wiedzy eksperckiej	Świadomość odpowiedzialności związanej z przekazywaniem wiedzy	
	Wieloletnia praktyka w danej dziedzinie	

Źródło: M. Adamska, M. Szewczuk-Stępień, *Badania jakościowe jako narzędzie pozyskania, analizy i interpretacji wiedzy eksperckiej – wymiar praktyczny*, w: M. Adamska, M. Szewczuk-Stępień (red.), *Know how – efektywna komunikacja w regionalnym transferze wiedzy. Rozwinięcie i synteza wyników*, wyd. ITR, Opole 2012, s. 169-170.

W badaniu wzięło udział 112 osób. Wszyscy uczestnicy samodzielnie wypełnili kwestionariusz ankiety bez pomocy osób trzecich (patrz: Tabela 1.12.).

¹¹ M. Adamska, M. Szewczuk-Stępień, dz. cyt., s. 171.

¹² Tamże, s. 169-170.

Tabela 1.12. Sposób wypełnienia ankiety przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Tak	112	100,0
Nie	0	0,00
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Wśród ankietowanych 50,0% to kobiety, a drugie 50% mężczyźni (patrz: Tabela 1.13.).

Tabela 1.13. Płeć respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Kobiety	56	50,0
Mężczyźni	56	50,0
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania cechowali się dużym zróżnicowaniem pod względem wieku (tabela 1.14). Najliczniej reprezentowane były osoby w wieku od 41 do 55 lat (33,30%), od 26 do 40 lat (22,3%) oraz od 56 do 71 lat (22,3%). W badaniu wzięli udział także respondenci w wieku od 17 do 25 lat (15,2%) oraz od 71 do 84 lat (7,1%). Minimalny wiek uczestników badania wyniósł 17 lat, a maksymalny wiek – 84 lata. Średnia wieku wyniosła 45,46 lat. Mediana wieku to 45,00 lat przy odchyleniu standardowym wynoszącym 16,269.

Tabela 1.14. Wiek respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Od 17 do 25 lat	17	15,2
Od 26 do 40 lat	25	22,3
Od 41 do 55 lat	37	33,0
Od 56 do 70 lat	25	22,3
Od 71 do 84 lat	8	7,1
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Obszar 45,5% uczestników badania legitymował się wykształceniem średnim (patrz: Tabela 1.15). Co trzeci respondent (33,3%) posiadał wykształcenie wyższe. W badaniu

wzięły udział także osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (19,6%) oraz podstawowym (1,8%).

Tabela 1.15. Wykształcenie respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Podstawowe	2	1,8
Zasadnicze zawodowe	22	19,6
Średnie	51	45,5
Wyższe	37	33,0
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

66,1% respondentów mieszkało w mieście, a 33,9% osób było mieszkańcami wsi (patrz: Tabela 1.16.).

Tabela 1.16. Miejsce zamieszkania respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Miasto	74	66,1
Wieś	38	33,9
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Z pozyskanych w ten sposób danych wynikało również, że 95,5% uczestników badania nie mieszkało samotnie (patrz: Tabela 1.17.).

Tabela 1.17. Samotne mieszkanie przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Tak	5	4,5
Nie	107	95,5
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Rozpoznając stopień niesprawności ruchowej respondentów ustalono jednocześnie, że 54,5% nie korzystało z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności (patrz: Tabela 1.18.).

Tabela 1.18. Korzystanie przez respondentów z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Tak	51	45,5
Nie	61	54,5
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość respondentów pozytywnie oceniła swoją sytuację materialną (patrz: Tabela 1.19.). Stanowili łącznie 91,9% uczestników badania. Uznali ją za dobrą (49,1%), raczej dobrą (33,0%) i bardzo dobrą (9,8%). Negatywnie swoją sytuację materialną oceniło łącznie 8,1% pytaných osób. Uznali ją za raczej złą (6,3%) lub złą (1,8%).

Tabela 1.19. Sytuacja materialna respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Bardzo dobra	11	9,8
Dobra	55	49,1
Raczej dobra	37	33,0
Raczej zła	7	6,3
Zła	2	1,8
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Bardzo wysoki procent bo odnoszący się do wartości 93,8% uczestników badania było osobami praworęcznymi (patrz: Tabela 1.20.).

Tabela 1.20. Dominująca ręka u respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Bycie osobą praworęczną	105	93,8
Bycie osobą leworęczną	7	6,3
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

W wywiadzie eksperckim wzięły udział 4 osoby, z których 3 – w ramach obowiązków zawodowych – miały kontakt z osobami z ograniczeniami ruchu:

- Anna Zielińska (AZ) – rehabilitantka z Przychodni Rehabilitacyjno-Leczniczej *Oks-med* w Jarocinie,

- Grażyna Kaczmarek (GK) – pracownik socjalny Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie,
- Piotr Matyjaszczyk (PM) – medyczny pracownik oddziału rehabilitacji szpitala w Ostrowie Wielkopolskim.

Uczestnikiem badania była również Barbara Urbańska-Łuczak przedstawicielka biura patentowego (PBP) – kancelarii patentowej *Tax-Pat s.c.* w Poznaniu, które odpowiadało za opracowanie wniosku patentowego prototypu manipulatora dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcjami ruchu.

Uczestnicy wywiadu eksperckiego, pracujący na co dzień z osobami z dysfunkcjami ruchu nie wzięli udziału w takich konsultacjach czy spotkaniu eksperckim (AZ, GK, PM) (pytanie 11, zał. 2). Tymczasem uczestniczył w nich przedstawiciel biura patentowego (pytanie 4, zał. 2). Respondent przyznał, że w ostatnim okresie był uczestnikiem konsultacji i spotkania eksperckiego, które dotyczyły urządzeń wspierających osoby z dysfunkcją ruchu. W ramach swoich obowiązków nawiązał współpracę z pracownikiem naukowym i ortopedą, aby dzięki temu powstało urządzenie ułatwiające podnoszenie osób niepełnosprawnych. Następnie sam zaangażował się w prowadzenie rozmów przez twórcę urządzenia i właściciela firmy, mogącego być jego producentem (PBP).

Przedstawiciel biura patentowego (pytanie 1, zał. 3) udzielił odpowiedzi na pytanie 1 (zał. 3): *Prowadzi Pan/i Kancelarię Patentową. Proszę przedstawić ideę jej funkcjonowania, krótką charakterystykę i specyfikę działalności?*

Według respondenta, idea jego biura patentowego obejmuje dążenie do uzyskania zysku oraz przybliżenia społeczeństwu problemu własności przemysłowej¹³. Aby osiągnąć ten ostatni cel, zdaniem uczestnika badania należy podjąć szeroko zakrojone działania edukacyjne, ponieważ nadal Polacy myślą znak towarowy z patentem (PBP)¹⁴.

Przedstawiciel biura patentowego opowiedział na pytanie 2 (zał. 3): *Jak często zdarza się, że Pan/i jako Pełnomocnik – Rzecznik patentowy przygotowuje zainteresowanym wnioszek o udzielenie patentu na wynalazek stowarzyszony z celem, jakim jest wspomaganie osób wykazujących różnorodne dysfunkcje w zakresie sprawności ruchowej?*

¹³ Uczestnik badania przyznał: *Moim zdaniem, tę ideę można opisać tak. Nie jesteśmy księdzem, który może nie mieć misji, nie jesteśmy lekarzem, który może mieć misję. Naszą misją jest zarobek. Aby osiągnąć ten cel, trzeba działać w taki sposób, aby go osiągnąć. To misja naszej firmy. Chcemy zarobić i przybliżyć ludziom problem własności przemysłowej. Zachęcamy do zgłoszeń, jeżeli ktoś nie jest zbyt pewny dążenia do uzyskania patentu, wówczas przedstawiamy wady i zalety tej procedury (PBP).*

¹⁴ Według respondenta: *Spoleczeństwo nadal ma też niski poziom świadomości o działalności biur patentowych. Aby zmienić ten stan, należy zapewne prowadzić wykłady już od szkoły podstawowej, aby młodzież miała czas zapoznać się z tymi trudnymi zagadnieniami. Ludzie nadal myślą patenty ze znakami towarowymi, co powoduje liczne problemy (PBP).*

Respondent przyznał, że jego biuro rzadko przyjmuje takie wnioski. Chociaż przygotowało dwa z nich w ciągu ubiegłego miesiąca. Według uczestnika wywiadu, *Dotyczyły one stelażu do przenoszenia osoby niepełnosprawnej ruchowo oraz frezów ortopedycznych (PBP).*

Przedstawiciel biura patentowego odpowiedział na pytanie 3 (zał. 3): *Jeżeli takie zgłoszenia występowały, to jakich dotyczyły profili bezsilności ruchowej osób niepełnosprawnych?*

Zdaniem respondenta, przygotowane przez jego firmę wnioski *o udzielenie patentu na wynalazek dotyczący zminimalizowania bezsilności ruchowej osób niepełnosprawnych dotyczyły stelażu do przenoszenia osoby niepełnosprawnej ruchowo oraz frezów ortopedycznych (PBP).*

1.6. Proces badań

Realizowany na potrzeby niniejszej rozprawy doktorskiej proces badań został przez autorkę podzielony na trzy fazy.

Część pierwszą określić należałoby mianem fazy *planowania*. Obejmowała ona wytyczenie podstawowych dróg dla zakładanego procesu badawczego. W tej części czynności doszło do wykrystalizowania obszaru zainteresowania badawczego, przedmiotu i celu badań, wstępnego określenia zmiennych, sformułowania problemów badawczych i hipotez. Autorka dobrała wówczas metody, określiła ogólnie potrzebną próbę badawczą i teren badań – zamykając te działania ostatecznym wyartykułowaniem koniecznych narzędzi badawczych. Powyższe stowarzyszono w oparciu o wstępną analizę dostępnej literatury przedmiotu.

Druga faza, czyli *etap badań właściwych* miała charakter działalności polegającej na zastosowaniu procedur metod teoretycznych i empirycznych koniecznych do realizacji wcześniej wytyczonego procesu badawczego.

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od 10 stycznia do 20 grudnia 2020 roku na terenie powiatu kaliskiego: w placówkach medycznych, rehabilitacyjnych, domach respondentów. Uzyskano 123 ankiety, z których 11 nie zostało właściwie wypełnionych, więc w dalszej analizie wykorzystano tylko 112 ankiet.

W badaniu, przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy w okresie od 1 lutego do 14 grudnia 2021 roku, w roli ekspertów wystąpili pracownicy mający bezpośredni, zawodowy kontakt z osobami z ograniczeniem ruchu oraz przedstawiciel biura patentowego.

Autorka pracy spotkała się z nimi i przeprowadziła wywiady, które nagrała, uzyskawszy na to ich zgodę.

Na tym etapie wypracowano również dane pozwalające na zgłoszenie wzoru przemysłowego *urządzenia wspomagającego ruch ręki* osoby niepełnosprawnej.

W trzeciej fazie przystąpiono do opracowania wyników badań. Uporządkowano zatem i pogrupowano zebrane materiały z odpowiednią ich klasyfikacją, weryfikacją, selekcją i skalowaniem. Analiza jakościowa i ilościowa zgromadzonego w ten sposób materiału pozwoliła na ostateczną interpretację wyników badań, weryfikację hipotez i pisarskie opracowanie całości w formie dysertacji.

2. ISTOTA I POJMOWANIE BEZPIECZEŃSTWA

Dotychczasowe, zróżnicowane rozważania teoretyczne o bezpieczeństwie oraz podejmowane działania na rzecz jego uzyskania i utrzymania stały się przedmiotem prac naukowych, norm prawa międzynarodowego i krajowego, jak również założeń i planów, które stanowią podstawę strategii bezpieczeństwa o zasięgu międzynarodowym, regionalnym czy lokalnym. w rozdziale przedstawiono cechy bezpieczeństwa i sposób jego pojmowania. Analizę ograniczono do wybranych typów bezpieczeństwa wewnętrznego, ponieważ mają one wpływ na osobiste bezpieczeństwo osoby, która doświadcza bezsilności ruchowej.

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakie są właściwości i atrybuty bezpieczeństwa oddziałujące na podmioty z bezsilnością ruchową?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiły podstawę do weryfikacji hipotezy szczegółowej: *H.1. zakłada się, że odejście od koncepcji bezpieczeństwa militarnego na rzecz bezpieczeństwa wewnętrznego spowodowało, że jego podmiotem stali się także społeczeństwo i pojedynczy obywatel. Dokonana zmiana przyczyniła się do uwzględnienia postrzegania bezpieczeństwa przez pryzmat jego cech, uwarunkowań, percepcji i wpływu, jaki wywiera ono na funkcjonowanie jednostki i grupy społecznej (społeczeństwa, narodu). Potrzeba zapewnienia populacji bezpiecznych warunków istnienia została uznana za cel różnych typów bezpieczeństwa wewnętrznego, w tym – bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego. Dzięki nim jednostka i grupa może w pełni wykorzystać posiadane zasoby, a także liczyć na wsparcie, kiedy zaistniałe wyzwania przekraczają jej możliwości.*

Aby rozwiązać wyartykułowany problem badawczy i zweryfikować wskazaną powyżej hipotezę sięgnięto po następujące, teoretyczne, metody badawcze:

- analizę – zastosowaną głównie w badaniu literatury przedmiotu;
- syntezę – użytą dla scalania wyników analizy w syntetyczną całość;
- analogię – zastosowaną dla logicznego sformułowania wniosków;
- uogólnienie – użyte dla połączenia faktów dzięki podobieństwu przy wskazaniu tendencji lub dominujących cech bezpieczeństwa i jego przejawów;
- abstrahowanie – zastosowane do wyróżniania lub pominięcia określonych elementów, które stanowiły rezultat analizy literatury przedmiotu;

- dedukcję – wykorzystaną dla uogólnienia opracowanych wniosków¹⁵.

2.1. Pojęciowe i definicyjne ujmowanie bezpieczeństwa

W języku polskim wyraz *bezpieczeństwo* ma złożony źródłosłów, który odnosi się do rozwoju polszczyzny oraz do spuścizny łacińskiej, jak również do zapożyczeń leksykalnych z języków angielskiego i francuskiego.

Słowo *bezpieczeństwo* zgodnie z polskim źródłosłowem pochodzi od wyrazu *piecza*, oznaczającego *opiekę* lub *staranie*. Wcześniej to słowo używano, aby opisać *dbałość*, *troskliwość*, *staranie*, *staranność*¹⁶. Nie można zapomnieć o przyimku *bez*, który wskazuje na brak obecności kogoś lub czegoś, części lub cechy, działania lub stanu, jak również czegoś, co determinuje coś i stanowi instrument czegoś¹⁷. w polszczyźnie przymiotnik *bezpieczny*, czyli *niewymagający opieki* pojawił się w XV wieku. Z czasem jego znaczenie ewoluowało, w wyniku czego oznaczał on *beztroski*, *niczym niezagrożony*, *nie zagrażający*, *wolny od niebezpieczeństwa*¹⁸. Według Janusza Stefanowicza, w polszczyźnie wyraz *bezpieczeństwo* świadczy o pierwotności poczucia zagrożenia w stosunku do poczucia, że jest się bezpiecznym – *bez pieczy*, czyli *bez dostatecznej ochrony*¹⁹.

Termin *bezpieczeństwo* ma łaciński źródłosłów. Pochodzi od łacińskiego wyrażenia *sine cura*, które oznacza *bez troski* lub *bez uwagi*²⁰. Weszło do zasobów leksykalnych niektórych języków europejskich. Przyczyniły się do powstania wyrazu *security* w języku angielskim oraz słowa *securité* w języku francuskim²¹. W potocznym rozumieniu wskazują one wystąpienie braku zagrożeń, utraty życia, zdrowia i mienia, ale także na poczucie wolności od zagrożeń, spokoju i komfortu życia. Odnosi się także do braku konfliktu między człowiekiem i jego otoczeniem. Bezpieczeństwo odnosi się do niewystępowania

¹⁵ O wskazanych powyżej metodach szerzej: J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, WSAiB, Gdańsk 2002, s. 25-51.

¹⁶ Zob. A. Brückner, *Słownik etymologiczny języka polskiego*, WP, Warszawa 1993, s. 406, S. Jarmuszko, *Teoretyczne konceptualizacje i sensory bezpieczeństwa w naukach społecznych*, w: S. Jarmuszko, C. Kalita, J. Maciejewski, *Nauki społeczne wobec problemu bezpieczeństwa (wybrane zagadnienia)*, UP-H, Siedlce 2016, s. 25.

¹⁷ J. Świniarski, *O dwoistej naturze pojęć „szczęście” i „bezpieczeństwo”*, w: M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostki*, WUP-H, Warszawa-Siedlce 2011, s. 12.

¹⁸ B. Bombała, *Pytanie o paradygmat nauk o bezpieczeństwie – ujęcie personalistyczno-fenomenologiczne*, „Zagadnienia Naukoznawstwa” 2017 nr 1, s. 86.

¹⁹ Cyt. za: A. Polcyn-Radomska, *Wartość, znaczenie i uwarunkowania bezpieczeństwa narodowego*, „Fides et Ratio. Kwartalnik Naukowy” 2014 nr 1, s. 217.

²⁰ Zob. R. Zięba, *O tożsamości nauk w bezpieczeństwie*, „Zeszyty Naukowe AON” 2012 nr 1, s. 7; R. Socha, *Bezpieczeństwo i zagrożenia. Wzajemne relacje*, w: B. Kaczmarek, A. Wawrzusin (red.), *Wybrane aspekty badań nad bezpieczeństwem*, MODN, Ełk 2014, s. 13.

²¹ *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, AON, Warszawa 2008, s. 14.

ich kolizyjnego współistnienia, również – tego przyrodniczego, jak również do wiary w efektywność pomocy, kiedy zaistnieją zagrożenia²².

Bezpieczeństwo należy do codziennych i powszechnych zjawisk obecnych w życiu jednostek, grup i społeczeństw. Często w sposób intuicyjny doświadczają go ludzie i inne podmioty, co prowadzi do różnic w jego postrzeganiu. Problemem staje się obecność terminu *bezpieczeństwo* w różnych dziedzinach wiedzy. Ten stan przyczynia się do braku wspólnego stanowiska środowisk naukowych i zróżnicowanych, niekiedy opozycyjnych stanowisk, które dotyczą cech badanego zjawiska. W rezultacie nie ma uniwersalnej definicji pojęcia *bezpieczeństwo*, także w danej dziedzinie wiedzy, np. w nauce o bezpieczeństwie. Liczne i zróżnicowane definicje terminu *bezpieczeństwo* przyczyniły się do rozmycia istoty opisywanego zjawiska. Zdaniem Ryszarda Wróblewskiego, ten stan stanowi konsekwencję braku spójności siatki pojęciowej, dowolności przyjętego zakresu badania nad bezpieczeństwem, nasilania się tendencji odmilitaryzowania lub militaryzacji bezpieczeństwa, braku spójności licznych teoretycznych i metodologicznych perspektyw badawczych oraz niskiej jakości rozważań (przewaga opisem nad wyjaśnianiem i uznaniem, zapożyczanie teorii z innych dziedzin nauk)²³.

Jerzy Stańczyk dokonuje uporządkowania pojęciowych kategorii bezpieczeństwa, eksponując ich wieloznaczność i polisemantyczność. Według autora, wieloznaczność pojęcia *bezpieczeństwo* determinują czynniki historyczne, kulturowe i polityczne. Sposób postrzegania bezpieczeństwa wpływa na to, że przejawia się ono w licznych i różnych sferach codziennego życia, działaniach państwa i organizacji międzynarodowych. Takie czynniki powodują, że w ramach społeczności międzynarodowej bezpieczeństwo zyskało status ogólnoludzkiego dobra. Obserwowane trudności związane z uporządkowaniem pojęciowych kategorii bezpieczeństwa mają źródło w ewoluowaniu sposobu pojmowania terminu *bezpieczeństwo*. Na jego ujmowanie oddziaływały wybitne osoby, wydarzenia, zjawiska i procesy, jak również różne trendy rozwojowe. Wspomniane uwarunkowania powodują, że pojmowanie pojęcia *bezpieczeństwo* zyskuje nowe konteksty znaczeniowe. Nie można także zapomnieć o dużej liczbie nurtów teoretycznych, które odnoszą się do bezpieczeństwa,

²² M. Lisiecki, N. Kwiatkowska-Basałaj, Pojęcie bezpieczeństwa oraz prognostyczny model jego zapewnienia, w: P. Tyrała (red.), Zarządzania bezpieczeństwem, PSB, Kraków 2000, s. 56.

²³ R. Wróblewski, *Od nauk wojskowych do nauk o bezpieczeństwie*, w: W. Kitler, T. Kośmider (red.), *Metodologiczne i dydaktyczne aspekty bezpieczeństwa narodowego*, Difin, Warszawa 2015, s. 25.

jak również na stale powiększającym się bogactwie definicji pojęcia *bezpieczeństwo*, które ilustruje wielość indywidualnych stanowisk badaczy²⁴.

Aleksandra Skrabacz przeanalizowała sposoby ujęcia terminu *bezpieczeństwo*. Na tej podstawie wyróżnia najczęstsze ujęcia tego pojęcia typu: stan niezagrożenia, spokoju czy pewności; stan dający poczucie pewności i gwarancję jego zachowania, potencjalne warunki na jego optymalizację; pewność oraz brak zagrożenia fizycznego lub ochrona przed nim; racjonalny (rozumny) standard życia; naczelna ludzka i społeczna potrzeba; podstawowa potrzeb państwa i systemów międzynarodowych²⁵.

Definicje terminu *bezpieczeństwo* dzieli się na: podmiotowe, podmiotowo-psychologiczne, podmiotowo-wliczające oraz przedmiotowe, kiedy uwzględnia wymiary i warunki bezpieczeństwa jednostki i grupy społecznej (patrz: tabela 2.1.)²⁶.

Tabela 2.1. Podział definicji pojęcia *bezpieczeństwo* ze względu na wymiary i warunki bezpieczeństwa jednostki i grupy społecznej

Rodzaj definicji pojęcia „bezpieczeństwa”	Sposób ujęcia bezpieczeństwa w definicjach
Definicje podmiotowe	Definicje eksponujące najważniejsze (rudymentalne) elementy bezpieczeństwa, czyli: szansa jednostki na przeżycie, brak żadnych zagrożeń (sytuacji generujących ryzyko), postrzeganie jednostki lub państwa jako podmiotu bezpieczeństwa
Definicje podmiotowo-psychologiczne	Skupienie uwagi na przeżyciach i stan psychiczny jednostki, bezpieczeństwo (spokój, brak zagrożenia) jako czynnik rozwoju i funkcjonowania jednostki w danym społeczeństwie; ujmowanie czynników psychologicznych (np. poczucia pewności, wsparcia społecznego, czyli oparcia w ludziach i instytucjach) jako determinant poczucia niezagrożenia jednostki
Definicje podmiotowo-wliczające	Bezpieczeństwo postrzegane jako stan zaspokajający niektóre potrzeby podmiotów wyliczanych w określonej kolejności, czyli człowieka, grupy społecznej czy społeczeństwa
Definicje przedmiotowe	Ujęcie bezpieczeństwa umożliwiające wskazanie warunków, determinujących (warunkowych) istnienie jednostki i trwania społeczeństwa

Źródło: E. Moczuk, *Bezpieczeństwo jako kategoria analizy socjologicznej*, „Ius et Administratio” 2013 nr 3, s. 87-88.

Wskazuje się także podział na definicje eksponujące rozumienie: podmiotowe, przedmiotowe i funkcjonalne²⁷. Zgodnie z inną klasyfikacją wyróżnia się: pozytywne (bezpieczeństwo jako

²⁴ P. Siemiątkowski, *Obszar, problematyka i interdyscyplinarność badań nad bezpieczeństwem w polskim dyskursie naukowym*, w: Z. Polcikiewicz, P. Siemiątkowski, P. Tomaszewski (red.), *Współczesne wyzwania polityki bezpieczeństwa państwa*, TNOiK, Toruń 2019, s. 15.

²⁵ A. Polcyn-Radomska, *Wartość...*, dz. cyt., s. 221.

²⁶ E. Moczuk, *Bezpieczeństwo jako kategoria analizy socjologicznej*, „Ius et Administratio” 2013 nr 3, s. 87-88.

²⁷ K. Grabowski, *Bezpieczeństwo człowieka i państwa edukacyjnym wyzwaniem początku XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne” 2014 nr 10, s. 12.

dążenie m.in. do dobrobytu, samorealizacji, rozwoju) i negatywne (bezpieczeństwo jako wolność od zagrożeń), subiektywne (percepcja stanu zagrożeń) i obiektywne (realny stan bezpieczeństwa i poziom zagrożeń)²⁸ (patrz: tabela 2.2.), jak również dyskursywne (*akt mowy* jako czynnik zaliczenia do sfery bezpieczeństwa) definicje terminu *bezpieczeństwa*²⁹.

Tabela 2.2. Definicyjne ujęcia terminu *bezpieczeństwa*

Wyszczególnienie	Definicyjne ujęcia pojęcia „bezpieczeństwo”			
	Pozytywne	Negatywne	Obiektywne	Subiektywne
Istota bezpieczeństwa	Możliwość przeciwstawienia się zagrożeniom	Brak zagrożeń	Uczestniczenie w trwałym procesie skutecznego realizowania troski o człowieka	Poczucie uczestnictwa w trwałym procesie skutecznego realizowania troski o człowieka
Implikacje	Podmiotowe uczestniczenie w trwałym procesie skutecznego realizowania troski o człowieka	Przedmiotowe uczestniczenie w trwałym procesie skutecznego realizowania troski o człowieka		

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Najder-Stafaniak, *Problem bezpieczeństwa współczesnego człowieka jako wyzwanie dla etyki*, „Studies in Global Ethics and Global Education” 2015 nr 4, s. 61.

Tradycyjne ujęcie terminu *bezpieczeństwo* kładzie nacisk na przetrwanie podmiotu bezpieczeństwa. Jest typowe dla bezpieczeństwa egzystencjalnego³⁰. Wąskie, tradycyjne ujęcie pojęcia *bezpieczeństwo* zalicza się do negatywnych definicji, ponieważ utożsamia to zjawisko z brakiem zagrożeń³¹. Bezpieczeństwo bywa postrzegane jako wolność *od*. Mamy do czynienia z negatywnym rozumieniem tego zjawiska. Dochodzi do sprowadzenia ludzkiej egzystencji do prostego i zachowawczego poziomu, w ramach którego dochodzi do ograniczenia działania jednostki do wyeliminowania ryzyka. Taka percepcja bezpieczeństwa to rezultat wpływu kultury i osobowości podmiotu, skupionego

²⁸ T. Terlikowski, *Analiza politycznego środowiska bezpieczeństwa narodowego w wymiarze wewnętrznym*, w: J. Zboina (red.), *Bezpieczeństwo na lądzie, morzu i w powietrzu w XXI wieku*, Wydawnictwo CNBOP-PIB, Józefów 2014, s. 36; K. Najder-Stafaniak, *Problem bezpieczeństwa współczesnego człowieka jako wyzwanie dla etyki*, „Studies in Global Ethics and Global Education” 2015 nr 4, s. 61.

²⁹ Zob. M. Adamczyk, *Teoretyczne wprowadzenie do badań nad bezpieczeństwem*, w: M. Debita, M. Adamczyk (red.), *Polska – Europa – świat wczoraj i dziś*, Media-Expo, Poznań 2017, s. 58.

³⁰ J. Teska, *Bezpieczeństwo przedmiotem wymiany*, „Logistyka” 2013 nr 6, s. 456.

³¹ Zob. P.D. Williams, *Security studiem: An Introduction*, w: P.D. Williams (red.), *Security studiem: An Introduction*, Routledge, London 2008, s. 6; M. Paździor, J. Trubalska, *Pojęcie bezpieczeństwa państwa*, w: M. Paździor, J. Trubalska, Ł. Wojciechowska, A. Żywicka (red.), *Bezpieczeństwo państwa w XXI wieku. Podręcznik akademicki*, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe WSEiI, Lublin 2018, s. 15; J. Czaputowicz, *Bezpieczeństwo międzynarodowe. Współczesne koncepcje*, WN PWN, Warszawa 2012, s. 8.

na zagrożeniach i przejawiającego postawę nieufności wobec własnego otoczenia³². Według Jerzego Kulikowskiego, należy utożsamić bezpieczeństwo z brakiem zagrożeń, jego poczuciem i zdolnością *narodu do ochrony jego wewnętrznych wartości przed zewnętrznymi zagrożeniami*³³. Tego typu wąskie ujęcia definicyjne skupiają uwagę na analizie wpływu podmiotu bezpieczeństwa, służącego ochronie przed zagrożeniami, które generują ryzyko dla jego ważnych wartości wewnętrznych³⁴. Zdaniem części badaczy, z bezpieczeństwem mamy do czynienia wyłącznie wtedy, kiedy *nie występuje jednocześnie rzeczywiste zagrożenie (czynnik obiektywny) i jego poczucie (czynnik subiektywny)*³⁵.

Pozytywne ujęcie definicyjne terminu *bezpieczeństwo* koncentruje się na analizie kreatywnej aktywności podmiotu, który chce, aby doszło do ukształtowania się jego pewności przetrwania, posiadania i swobód rozwojowych³⁶. Dominuje ujęcie bezpieczeństwa *do*³⁷, co powoduje zwrócenie uwagi na brak zagrożeń. Takie pozytywne definicje słownikowe ujmują termin *bezpieczeństwo* jako synonim m.in. *pewności, ochrony przed zagrożeniami czy stanu przeciwstawnego zagrożeniu*³⁸. Daniel Lerner uważa, że znaczenie tego terminu należy utożsamić z *pewnością (safety)*. Zgodnie z takim założeniem, słowo *bezpieczeństwo* charakteryzuje *brak zagrożeń (danger) fizycznego albo ochronę przed nim*³⁹. Podobne pojęcie proponuje Lech Chojnowski, definiując pojęcie *bezpieczeństwa jako pewność istnienia, posiadania, harmonijnego funkcjonowania i rozwoju podmiotu*. Ich podstawę stanowi brak zagrożeń lub posiadanie zdolności do ochrony przez ich negatywnym (szkodliwym) oddziaływaniem⁴⁰.

Termin *bezpieczeństwo* bywa definiowany w sposób obiektywny lub subiektywny. W pierwszym przypadku opisywane zjawisko zostaje ujęte jako zewnętrzne warunki życia

³² A. Wolski, *Bezpieczeństwo personalne na gruncie społeczności lokalnej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach” 2018 nr 1, s. 158.

³³ Cyt. za: A. Araucz-Boruc, *Bezpieczeństwo i pokój we współczesnej myśli humanistycznej*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate et Educatione Civili” 2017 nr 7, s. 79-80.

³⁴ R. Zięba, *Instytucjonalizacja bezpieczeństwa europejskie*, Scholar, Warszawa 2004, s. 30.

³⁵ B. Wiśniewski, *System bezpieczeństwa państwa. Konteksty teoretyczne i praktyczne*, WSPol, Szczytno 2013, s. 40.

³⁶ Zob. R. Zięba, *Instytucjonalizacja...*, op. cit., s. 30; P. Sienkiewicz, H. Świeboda, *Perspektywy badań nad bezpieczeństwem*, w: M. Kwieciński (red.), *Bezpieczeństwo. Wymiar współczesny i perspektywy badań*, OW AFM, Kraków 2012, s. 12; A. Czupryński, *Bezpieczeństwo w ujęciu teoretycznym*, w: A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina (red.), *Bezpieczeństwo. Teoria – badania – praktyka*, Wydawnictwo CNBOP-PIB, Józefów 2015, s. 10.

³⁷ J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, WN PWN, Warszawa 1996, s. 19.

³⁸ Zob. R. Zięba, *Teoria bezpieczeństwa*, w: R. Zięba, S. Bień, J. Zajac (red.), *Teorie i podejścia badawcze w nauce o stosunkach międzynarodowych*, WDiNPUW, Warszawa 2015, s. 87; Zob. J. Świniarski, *O dwoistej naturze pojęć „szczęście” i „bezpieczeństwo”*, w: M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostkowe*, UP-H, Warszawa – Siedlce 2013, s. 12-13.

³⁹ W. Pokruszyński, *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa*, WSGE, Józefów 2010, s. 8.

⁴⁰ L. Chojnowski, *Bezpieczeństwo. Zarys teorii*, WNAP, Słupsk 2015, s. 15.

człowieka, które poddają się procesowi mierzenia z użyciem wymiernych wskaźników⁴¹. Obiektywne definicje koncentrują się na rzeczywistym stanie lub procesie zapewnienia bezpieczeństwa⁴². Zdaniem Arnolda Wolfersa, takie ujęcie bezpieczeństwa skupia się na stanie braku zagrożeń dla wartości, które pełnią ważną rolę dla cywilizacji⁴³. Natomiast w ujęciu subiektywnym pojęcie *bezpieczeństwo* odnosi się do indywidualnych doświadczeń jednostki⁴⁴. Opisuje stan psychiczny jednostki. Odwołuje się do pierwotnego bezpieczeństwa człowieka: odczuwania bezpieczeństwa i doświadczania zagrożenia⁴⁵. Subiektywne ujęcie definicyjne terminu *bezpieczeństwo* charakteryzuje uczestnictwo w bezpiecznej sytuacji⁴⁶. Według Wolfersa, takie ujęcie sprowadza się do uznania tego zjawiska za stan braku obaw przed zagrożeniem dla wartości istotnych dla cywilizacji⁴⁷. Tymczasem definicja *bezpieczeństwa* opracowana przez Mariana Cieślarczyka łączy obiektywny i subiektywny charakter tego zjawiska, uwzględnia również jego swoisty fenomen *psychospołeczny i organizacyjny (prakseologiczny)*, który wynika, w ocenie tego autora z faktu, że ma on charakter subiektywny i (lub) obiektywny. Bezpieczeństwo przy tym uznane za jedną z podstawowych potrzeb i wartości danego podmiotu, a tym samym jeden z jego celów. Według Cieślarczyka, wspomniane potrzeby, wartości i cele są realizowane oraz osiągnięte dzięki (...) właściwym relacjom między podmiotem a jego otoczeniem (środowiskiem) i odpowiednim systemom bezpieczeństwa⁴⁸.

Na potrzeby pracy przyjęto ujęcie bezpieczeństwa jakie zaproponował Włodzimierz Fehler. Według tego autora, pojęcie *bezpieczeństwo* to *mający dynamiczny charakter stan, w którym dany podmiot ma nie tylko zapewniony na satysfakcjonującym poziomie dostęp do najbardziej cenionych wartości (dóbr), ale także pewność, iż dostęp ten nie będzie gorszy w przyszłości, a pojawiające się w tym obszarze zakłócenia, będą skutecznie oddalane lub usuwane*⁴⁹.

⁴¹ R. Klamut, *Bezpieczeństwo jako pojęcie psychologiczne*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Ekonomia i Nauki Humanistyczne” 2012 nr 206, z. 19, s. 41.

⁴² K. Najder-Stafaniak, *Problem...*, op. cit., s. 61.

⁴³ M.J. Malinowski, *Bezpieczeństwo we współczesnym świecie. Istota zjawiska i jego uwarunkowania (refleksje osobiste)*, „Civitas Hominibus” 2018 nr 13, s. 8.

⁴⁴ L.F. Korzeniowski, *Securologia. Nauka o bezpieczeństwie człowieka i organizacji społecznych*, EAS, Kraków 2008, s. 71.

⁴⁵ Zob. M. Jurgielewicz, *Bezpieczeństwo państwa a bezpieczeństwo jednostki*, „Modern Management Review” 2018 vol. 23, nr 1, s. 52; T. Kuć, *Istota i dylematy bezpieczeństwa demokratycznego państwa, desecuritate*.uph.edu.pl 2015 nr 2, s. 83.

⁴⁶ K. Najder-Stafaniak, *Problem...*, dz. cyt., s. 61.

⁴⁷ M.J. Malinowski, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 8.

⁴⁸ M. Cieślarczyk, *Współczesne rozumienie bezpieczeństwa*, w: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teoriach i badaniach naukowych*, WSPoL, Szczytno 2011, s. 17.

⁴⁹ W. Fehler, *Bezpieczeństwo przestrzeni publicznej*, w: W. Fehler (red.), *Bezpieczeństwo publiczne w przestrzeni miejskiej*, Arte, Warszawa 2010, s. 16.

2.2. Właściwości i atrybuty bezpieczeństwa

Bezpieczeństwo należy do zjawisk o złożonej i dynamicznej specyfice, której natura zależy także od podmiotu, któremu ten stan jest zapewniony lub który pragnie takiej ochrony. w pierwszym przypadku możemy mówić o właściwościach bezpieczeństwa, które powodują, że to zjawisko nie jest tożsame z żadnym innym, odróżniając się przykładowo od *dobrych*, *szczęścia* czy *zagrożeń*. w drugim przypadku, czyli atrybutów bezpieczeństwa, mamy do czynienia z ujęciem tego zjawiska z perspektywy podmiotu. Należy pamiętać, że wyraz *atrybut* wskazuje *nierozłączną, podstawową cechę podmiotu, bez której nie mógłby istnieć*⁵⁰. Zatem uwaga koncentruje się na tym, czym bezpieczeństwo jest dla jednostki, grupy, społeczeństwa czy narodu.

Pojęcie *bezpieczeństwo* ma charakter antropocentryczny, ponieważ zjawisko opisywane za jego pomocą jest ujmowane z perspektywy człowieka⁵¹. Taka perspektywa nie znika, kiedy bezpieczeństwo dotyczy przyrody ożywionej i nieożywionej. Wspomniana cecha bezpieczeństwa powoduje, że staje się ono kategorią wszechstronną, potencjalnie wykraczającą poza potrzeby egzystencjalne. Według Michała Brzezińskiego nie można mówić o bezpieczeństwie bez człowieka, ponieważ wtedy to zjawisko zostaje ograniczone do sfery fizycznej lub przyrodniczej. Kiedy bezpieczeństwo zostaje powiązane z człowiekiem, wtedy zjawiska m.in. fizyczne i przyrodnicze zostają sprowadzone do roli potencjalnego zagrożenia dla bezpieczeństwa. Zyskują status przedmiotu badań nad bezpieczeństwem. Wspomniane badania nadal wiele uwagi poświęcają człowiekowi, który jest postrzegany jak podmiot bezpieczeństwa w kontekście bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego. Bezpieczeństwo personalne skupia się na stanie bezpieczeństwa jednostki, natomiast bezpieczeństwo strukturalne – na bezpieczeństwie grup społecznych⁵².

Bezpieczeństwo ma charakter społeczny, ponieważ podmiot bezpieczeństwa podejmuje nieustanną aktywność, której celem staje się rozwijanie i dostosowywanie kultury

⁵⁰ B. Dunaj (red.), *Słownik współczesnego języka polskiego*, Wilga, Warszawa 1996, s. 29.

⁵¹ Zob. J. Kukulka, *Bezpieczeństwo a współpraca europejska: podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, UPH, Siedlce 2009, s. 9; M. Brzeziński, *Kategorie bezpieczeństwa*, w: S. Sulkowski, M. Brzeziński (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, Elipsa, Warszawa 2009, s. 30-34.

⁵² P. Bogdański, *Bezpieczeństwo kadrowe Policji na przykładzie przesłanek dobru do służby*, WSPol, Szczytno 2015, s. 20.

bezpieczeństwa oraz zapewnienie braku lub redukcji istniejących zagrożeń dla podmiotu bezpieczeństwa⁵³.

Bezpieczeństwo cechuje się mierzalnością, mimo że brakuje kryteriów dokonywania pomiaru. Kluczowe znaczenie ma sposób percepcji tego zjawiska przez podmioty typu: jednostki, grupy, społeczeństwo, władze państwa⁵⁴. Bezpieczeństwo to relacja podmiotu i zagrożenia. Cechuje się zwrotnością, symetryczną lub asymetryczną przeciwzwrotnością⁵⁵. Bezpieczeństwo bywa ujmowane ontologicznie (istota bytu), epistemologicznie (definiowanie sposobu naukowego poznania) i przedmiotowo (zakresowo, wskazanie znaczenia)⁵⁶. Te trzy wymiary badanego zjawiska scharakteryzowano w tabeli 2.3.

Według Ryszarda Zięby, do atrybutów bezpieczeństwa należy pewność, która dotyczy istnienia, przetrwania, stanu posiadania i funkcjonowania podmiotu⁵⁷. Ta właściwość powoduje, że bezpieczeństwo można rozpatrywać w ujęciu obiektywnym, subiektywnym i syntetycznym. w tym ostatnim przypadku mamy do czynienia z obiektywną *pewnością gwarancji nienaruszalnego przetrwania i swobód rozwojowych*⁵⁸. Stanowi ona rezultat wyeliminowania lub braku zagrożeń, który jest osiągnięty dzięki kreatywnej aktywności podmiotu. Wspomniana pewność jest dynamiczna i cechuje się zmiennością w czasie, ponieważ stanowi proces społeczny⁵⁹.

Pojęcie *bezpieczeństwo* wskazuje na brak ryzyka utraty czegoś, co zostało uznane za wartościowe (ważne) dla jednostki, więc okazuje się wartością ochrony. Synonimem tego terminu są *stan niezagrożenia, spokój* lub *pewność*. Człowiek może dążyć do zapewniania ochrony wartościom typu: życie, zdrowie, rodzina, praca itd. Bezpieczeństwo jest związane ze swobodą działania, brakiem poczucia zagrożenia i warunkiem przetrwania⁶⁰. Jest ono również postrzegane jako struktura, którą tworzą wyzwania i zagrożenia, podmiotowa i przedmiotowa struktura bezpieczeństwa⁶¹.

⁵³ G. Kuzara, *Zagrożenie i bezpieczeństwo oraz ich współzależność*, „Security, Economy & Law” 2018 nr 3, s. 104.

⁵⁴ J. Falecki, *Bezpieczeństwo*, w: O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, Libron, Kraków 2018, s. 69.

⁵⁵ R. Harazin, *Bezpieczeństwo, istnienie, zagrożenie. Relacyjna typologia bezpieczeństwa i wnioski dla teorii zarządzania kryzysowego*, „The Peculiarity of Man” 2018 nr 17, s. 213.

⁵⁶ B. Zborowski, *Istota bezpieczeństwa*, „Annales Universitatis Pedagogicae Cracoviensis” 2019 nr 9, s. 48.

⁵⁷ R. Zięba, *O tożsamości nauk...*, dz. cyt., s. 8.

⁵⁸ W. Pokruszyński, *Teoretyczne aspekty...*, dz. cyt., s. 10.

⁵⁹ R. Zięba, *O tożsamości nauk...*, dz. cyt., s. 8.

⁶⁰ R. Gwardyński, *Interdyscyplinarne aspekty bezpieczeństwa – zarys teorii problemu*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2017 nr 24, s. 190.

⁶¹ R. Zięba, *O tożsamości nauk...*, dz. cyt., s. 21.

Tabela 2.3. Porównanie ujęcia ontologicznego, epistemologicznego i przedmiotowego bezpieczeństwa

Rodzaj ujęcia bezpieczeństwa	Charakterystyka ujęcia bezpieczeństwa	
	Wyszczególnienie	Opis
Ujęcie ontologiczne	Sposób ujęcia bezpieczeństwa	Natura bezpieczeństwa i jej byt to pochodna wartość o istotnym znaczeniu w relacji czasu (bezpieczeństwo promujące i utrzymujące inne wartości godne ochrony), bezpieczeństwo pochodną podmiotu
	Właściwości bezpieczeństwa	Podmiotowość (brak samodzielnego bytu bezpieczeństwa, uzależnienie od podmiotu determinujące charakter realny lub abstrakcyjny bezpieczeństwa), tożsamość strukturalna
	Podmiotowość bezpieczeństwa	Dwa ujęcia podmiotu z perspektywy bytu: podmiotowi przypisywane bezpieczeństwo; podmiotem osoba badająca bezpieczeństwo;
	Bezpieczeństwo podmiotową potrzebą	Upodmiotowienie bezpieczeństwa i jego zależność od rodzaju podmiotu
Ujęcie epistemologiczne	Sposób ujęcia bezpieczeństwa	Bezpieczeństwo jako przedmiot badania i poznania, czyli aktywności podmiotu badającego przyjmującego postawę obiektywną (bezpieczeństwo realną częścią każdego podmiotu) lub subiektywną (poczucie bezpieczeństwa o charakterze społecznym, grupowym lub jednostkowym)
	Właściwości bezpieczeństwa	Ujmowane przez nauki społeczne w sposób realistyczny: dysponowanie siłą skupioną na odstraszeniu potencjalnego podmiotu i przeciwstawieniu się wszelkim zagrożeniom; ujęcie idealistyczne – ogół elementów otoczenia podmiotu bezpieczeństwa nie są ukierunkowane przeciwko niemu
Ujęcie przedmiotowe	Sposób ujęcia bezpieczeństwa	Bezpieczeństwo to brak zagrożenia podmiotu i jego podstawowych wartości, ochrona przed zagrożeniami; bezpieczeństwo to jeden z zasadniczych celów działania podmiotu; bezpieczeństwo to wartość dla podmiotu
	Podmioty bezpieczeństwa	Jednostka, grupa, naród, państwo
	Właściwości bezpieczeństwa	Bezpieczeństwo: stan, proces, percepcja, sytuacja, zdolność, potrzeba

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Zborowski, *Istota bezpieczeństwa*, „Annales Universitatis Pedagogicae Cracoviensis” 2019 nr 9, s. 48-52.

Bezpieczeństwo bywa rozpatrywane w wymiarze podmiotowym, przedmiotowym, funkcjonalnym i procesualnym⁶². w pierwszym przypadku odnosi się do pewności istnienia danego uczestnika życia społecznego oraz pewności jego przetrwania. w drugim przypadku bezpieczeństwo zapewnia pewność stanu posiadania, obejmującego także tożsamość i szanse (swobody) rozwojowe, jakimi może dysponować jednostka, natomiast w ostatnim przypadku obserwujemy temporalną zmienność obiektywnych i subiektywnych aspektów

⁶² W. Pokruszyński, *Filozoficzne aspekty...*, dz. cyt., s. 10.

bezpieczeństwa⁶³. Mówimy o pewności funkcjonowania i rozwoju podmiotu⁶⁴. Bezpieczeństwo zdaniem Waldemara Kitlera należy rozpatrywać na płaszczyźnie jednostkowej, narodowej i międzynarodowej. w pierwszym ujęciu zostaje sprowadzone do osobistego poczucia bezpieczeństwa oraz jednostkowej oceny stanu zagrożenia. w drugim przypadku bezpieczeństwo to odczucie ogółu obywateli, które dotyczą bezpieczeństwa państwa, a w trzecim – odnosi się do międzynarodowej pozycji państwa⁶⁵.

Bezpieczeństwo gwarantuje jednostce przeżycie, o ile spełni określone warunki czy wymagania. Obejmują możliwość i chęć przeżycia. Bezpieczeństwo jest liniowe i zróżnicowane. Pierwsza z tych właściwości sprawia, że wykazuje ono występowanie całego spektrum elementów bezpieczeństwa, które są uporządkowywane od najprostszych i najsłabszych po te złożone i najmocniejsze. Zróżnicowanie bezpieczeństwa jest determinowane przez liczne czynniki, których podmiot (jednostka, grupa społeczna, społeczeństwo) może nie być świadomy. Bezpieczeństwo cechuje się nietrwałością, ponieważ oddziałują na nie liczne i zróżnicowane zagrożenia⁶⁶.

Ladislav Hofreiter wyróżnia formy bezpieczeństwa, stosując kryterium znaczenia bezpieczeństwa. Wyróżnia bezpieczeństwo jako stan dochodzenia do minimalizowania lub wyeliminowania ryzyka oraz jego skutków, kiedy człowiek nie odczuwa zagrożenia, ponieważ on i jego otoczenie muszą dostosować się do obowiązujących norm prawnych. Bezpieczeństwo stanowi również manifestację braku obecności ryzyka i zagrożenia dla człowieka także w sferze materialnej i duchowej. Hofreiter uważa, że bezpieczeństwo może przybrać formę minimalizacji wystąpienia ryzyka czy zagrożeń oraz ich likwidacji, jak również zbioru społecznych norm prawnych, które zostały ustalone dla ochrony interesów jednostki lub grupy społecznej, oraz gwarancji przetrwania człowieka lub grupy społecznej, dzięki czemu możliwa staje się ochrona dziedzictwa o charakterze materialnym i duchowym. Według autora, formą bezpieczeństwa staje się także zbiór wszelkich elementów, które służą zapewnieniu ochrony i skutkują ochroną ogółu parametrów bezpieczeństwa⁶⁷.

⁶³ S. Koziej, *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” 2011 nr 18, s. 20.

⁶⁴ R. Zięba, *O tożsamości nauk...*, dz. cyt., s. 8-9.

⁶⁵ P. Swoboda, *Poczucie bezpieczeństwa w Polsce w okresie transformacji systemowej*, w: K. Łabędź (red.), *Elementy świadomości politycznej współczesnego społeczeństwa polskiego*, WNUP, Kraków 2012, s. 173.

⁶⁶ E. Moczuk, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 88.

⁶⁷ A. Lewicka-Zelent, *Poczucie bezpieczeństwa osób pozbawionych wolności w kontekście bezpieczeństwa społecznego i psychologicznego*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J” 2019 vol. 32, z. 3, s. 262-263.

Według *Słownika terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, termin *bezpieczeństwo* opisuje stan, który daje poczucie pewności i gwarancję jego zachowania oraz szansę na doskonalenie⁶⁸. Pojęcie wskazuje jedną z podstawowych potrzeb człowieka⁶⁹. Bezpieczeństwo można postrzegać jako stan, proces lub/i wartość. Witold Pokruszyński uważa, że bezpieczeństwo należy ujmować (definiować) jako stan i proces trwania, przetrwania i rozwoju każdej formy bytu⁷⁰. Dla Janusza Stefanowicza, bezpieczeństwo to zjawisko o dwoistym charakterze, które jest stanem i procesem. Dzięki takiemu ujęciu, zasadne staje się ujęcie bezpieczeństwa w danym miejscu i czasie, kiedy nie charakteryzuje się niezmiennością w wyniku oddziaływania przeciwstawnych sił⁷¹. Według Kazimierza Lastawskiego, bezpieczeństwo należy zaliczyć do *głównych korelatów stosunków między ludźmi, małymi i dużymi grupami społecznymi (państwami, sojuszami, wspólnotami)*. Zawiera w sobie obiektywne oceny zagrożenia (stanu zbrojeń, zawartych układów, wymiany handlowej, rozwoju osobowego itp.) oraz subiektywne oceny poczucia zagrożenia podstawowych wartości politycznych, gospodarczych oraz kulturalno-cywilizacyjnych. Jest jednocześnie stanem i procesem⁷². Autor jest przekonany, że można opisać bezpieczeństwo tu i teraz, ponieważ to zjawisko dynamiczne, którego właściwości zależą od zmian w układzie sił.

Bezpieczeństwo należy do najbardziej istotnych ludzkich wartości⁷³. Jest zaliczane do tzw. dóbr uniwersalnych. Bezpieczeństwo lokuje się wśród wartości typu: dobro, prawda, sprawiedliwość⁷⁴.

W polszczyźnie słowo *wartość* oznacza *wartość, która stanowi cel sam w sobie*⁷⁵. w potocznym rozumieniu wyraz *wartości* opisuje cechę kogoś lub czegoś, co jest uważane za dobre pod jakimś względem, posiada zalety oraz cechuje się poziomem wartości, zasadami i przekonaniami, które składają się na podstawę norm etycznych danej

⁶⁸ *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, dz. cyt., s. 14.

⁶⁹ Tamże, s. 14.

⁷⁰ W. Pokruszyński, *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa*, WSGE, Józefów 2011, s. 11.

⁷¹ A. Sekściński, *Bezpieczeństwo wewnętrzne w ujęciu teoretycznym. Geneza i współczesne rozumienie w naukach politycznych*, „Kwartalnik Naukowy OAP UW „e-Politikon”” 2013 nr 6, s. 46.

⁷² K. Lastawski, *Pojęcie i główne wyznaczniki bezpieczeństwa narodowego i międzynarodowego*, w: W. Fehler (red.), *Współczesne bezpieczeństwo*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002, s. 13.

⁷³ Zob. J. Szmyd, *Poczucie bezpieczeństwa jako wartość społeczna, etyczna i egzystencjalna. Rozważania podstawowe*, „Państwo i Społeczeństwo” 2014 nr 2, s. 15; K. Novikova, A. Orzyłowska, *Jednostka ludzka w obliczu zagrożeń współczesności: bezpieczeństwo indywidualne w Polsce*, „Journal of Modern Science” 2019 t. 1, s. 315.

⁷⁴ A. Węgrzecki, *Ontologiczne i aksjologiczne aspekty bezpieczeństwa*, w: *Bezpieczeństwo jako wartość. Wydanie pokonferencyjne z II Konferencji Naukowej z cyklu „Bezpieczeństwo jako wartość” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie, 18 kwietnia 2008*, WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2010, s. 20.

⁷⁵ R. Skrzypniak, *Wartości w procesie wychowania rodzinnego*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2000 nr 12, s. 33.

społeczności⁷⁶ itd. Zgodnie z ujęciem instrumentalnym, mamy do czynienia z wartościami, które służą *realizacji innych celów i wartości*⁷⁷. Według Mieczysława Łobockiego *pojęcie wartość obejmuje to wszystko, co uchodzi za ważne i cenne dla jednostki i społeczeństwa oraz jest godne podążania, co łączy się z pozytywnymi przeżyciami i stanowi cel dążeń ludzkich*⁷⁸. Zdaniem Andrzeja Grzegorzcyka, termin *wartość* opisuje *wyrażone przez jednostkę przeżycie psychiczne, związane przez nią z zajęciem w rzeczywistości stanu nagrody. Inaczej ujmując, jest to wyobrażone przeżycie pozytywne, związane z zajęciem w rzeczywistości określonego stanu rzeczy*⁷⁹.

Do typowych cech wartości zalicza się odniesienie do różnych klas przedmiotów, bycie w relacji z innymi faktami i kompleksowy charakter. Dokonuje się ich podziału ze względu na: podmiot (wartości: indywidualne, grupowe i ogólne), formy działania (np. wartości: moralne, poznawcze, ekonomiczne), materię wartości (wartości materialne i duchowe), zasięg (wartości jednostkowe, ogólnoludzkie, odnoszące się do danej kultury), czas (wartości aktualne i historyczne), trwałość (wartości trwałe i nietrwałe), sferę zaangażowania (wartości intelektualne i uczuciowe) oraz ogólną ocenę (wartości pozytywne i negatywne)⁸⁰. w takim ujęciu bezpieczeństwo może być wartością pozytywną, materialną i duchową (psychiczną), jednostkową, która dotyczy danej społeczności i ogółu ludzkości. Cechuje się aktualnością, nietrwałością, zaangażowaniem wartości emocjonalnych lub/i intelektualnych. Według filozofii wartości (aksjologii), bezpieczeństwo należy do uniwersalnych i centralnych wartości ważnych dla człowieka. Można je postrzegać - jak chce Henry Kissinger - jako *fundament wszystkiego, co czynimy*⁸¹. Bezpieczeństwo stanowi wartość o charakterze bezwzględny. Definiuje nieprzemijającą wartość przypisywaną osobie, dziełu, rzeczy lub zjawisku⁸².

Bezpieczeństwo to wartość ważna dla podmiotu. Pragną go wszyscy, widząc w nim cenną wartość i dobro, dzięki któremu mogą istnieć, zyskać szanse na funkcjonowanie

⁷⁶ Zob. K. Dziwańska, *Cele, plany życiowe oraz wartości młodzieży w kontekście rozwoju orientacji przyszłościowej w okresie dorastania*, WITE, Radom 2011, s. 40.

⁷⁷ Zob. U. Sokal, *Wartości preferowane przez osoby dorosłe pochodzące z rodzin pełnych i rozwiedzionych*, „Rodzina w Czasach Szybkich Przemian. Roczniki Socjologii Rodziny” 2001 nr 13, s. 163; K. Piotrowska, *Wartości jako socjopsychologiczna determinant zachowań menedżerskich. Perspektywa dialektyczna*, „Nauki o Zarządzaniu” 2014 nr 1, s. 53.

⁷⁸ K. Denek, *Rola wartości w edukacji*. w: W. Furmanek (red.). *Teoria i praktyka. Wartości w pedagogice*. WUR, Rzeszów 2011, s. 72.

⁷⁹ U. Sokal, *Wartości...*, dz. cyt., s. 164.

⁸⁰ Zob. A. Domurat, *Identyfikacja wartości osobistych w badaniach psychologicznych. Wartości jako cele działań i wyborów*, WUW, Warszawa 2009, s. 14; K. Popielski, *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, WKUL, Lublin 2008, s. 252; R. Skrzypniak, op. cit., s. 34-35; E. Wysocka, *System wartości i orientacje wartościujące jako wyznaczniki zachowania młodego pokolenia*, WUR, Rzeszów 2011, s. 97.

⁸¹ W. Pokruszyński, *Filozoficzne aspekty...*, dz. cyt., s. 13.

⁸² Tamże, s. 13-14.

i rozwój⁸³. Bezpieczeństwo należy do kluczowych wartości człowieka obok wolności, sukcesu, autorytetu czy samorealizacji⁸⁴. Zalicza się je do dóbr publicznych. Zapewnia pewność braku zagrożeń i mobilizuje do podjęcia aktywności dostosowanej do wymogów czasu i potrzeb procesu społecznego⁸⁵. Bezpieczeństwo to wartość, którą uznają i chronią prawa człowieka wskazane m.in. przez Europejską Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 roku. Piotr Hofmański uważa, że ta Konwencja zapewnia jednostce bezpieczeństwo osobiste obejmujące gwarancję, zgodnie z którą nie zostanie pozbawiona wolności w sposób arbitralny. Ten akt prawny łączy lub/i utożsamia wolność z bezpieczeństwem osobistym. Jednostce zapewnia się prawo do bezpieczeństwa osobistego⁸⁶. Takie zapisy w normach prawa międzynarodowego oddziałują na zasady konstytucyjne i prawo krajowe. Bezpieczeństwo stanowi wartość, którą chroni państwo. Przynależy ono człowiekowi. W polskim prawie bezpieczeństwo osobiste gwarantuje Konstytucja RP z 1997 roku⁸⁷ oraz inne akty prawne⁸⁸.

Bezpieczeństwo jest postrzegane jako ważna lub/i nadrzędna wartość dla podmiotu⁸⁹. Według Andrzeja Urbanka, jego rola ma związek z wartościami typu: spokój, pewność, niezawodność, szansa lepszej przyszłości. w rezultacie bezpieczeństwo staje się wartością istotną z perspektywy istnienia, funkcjonowania i posiadania przez podmiot. Zdaniem Urbanka, w ten sposób bezpieczeństwo zyskuje charakter obiektywny, powszechny, podstawowy i uniwersalny⁹⁰. Według nauk społecznych, bezpieczeństwo przyczynia się do zaspokojenia potrzeb podmiotu. Stanowi o istnieniu, przetrwaniu, rozwoju, zachowaniu całości i tożsamości (identyczności), niezależności, spokoju, posiadaniu i gwarancji (pewności) rozwoju. O wartości bezpieczeństwa stanowi to, że jest ono podstawową potrzebą człowieka, grup społecznych, państw i systemów międzynarodowych⁹¹. w ten sposób postrzega je również Helga Haftendon. Autorka widzi

⁸³ B. Wiśniewski, W. Chojnacki, *Pojęcie i typologie bezpieczeństwa i zagrożeń*, w: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*, WSPol, Szczytno 2011, s. 20.

⁸⁴ J. Zawisza, S. Ćmiel, *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa strukturalnego w kontekście bezpieczeństwa narodowego i międzynarodowego*, „Journal of Modern Science” nr 3, s. 195.

⁸⁵ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo jako dobro publiczne w społeczeństwie ryzyka*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2020 nr 61, s. 118.

⁸⁶ O. Cabaj, O. Łachacz, *Strasburski standard prawa człowieka do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Implikacje w sferze prawa polskiego*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanistycznego” 2012 nr 3, s. 15-16.

⁸⁷ *Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)*

⁸⁸ R. Rubiś, *Polityka bezpieczeństwa osobistego i wolności w Polsce w kontekście uprawnień policji w obszarze zatrzymania na przykładzie Komendy Powiatowej Policji w Sieradzu*, „Civitas Hominibus” 2016 nr 11, s. 207.

⁸⁹ A. Sekściński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 45.

⁹⁰ P. Bogdański, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 21.

⁹¹ R. Zięba, *Instytucjonalizacja...*, dz. cyt., s. 27.

w nim wartość i system, który służy utrzymaniu jej w relacji czasu. Jest tożsama z brakiem zagrożeń⁹².

Bezpieczeństwo - zdaniem Arkadiusza Sekścińskiego - rozpatrywane jako wartość staje się kategorią socjologiczną. Kiedy jest ujmowane jako potrzeba, zyskuje status kategorii psychologicznej⁹³. Bezpieczeństwo należy bowiem do naczelných ludzkich potrzeb⁹⁴. Należy uznać bezpieczeństwo za stan zaspokojenia potrzeb, stanowiących podstawę satysfakcji jednostki ze swojego życia, zdrowia i możliwości samorozwoju⁹⁵. Lokuje się ono obok innych priorytetowych ludzkich wartości typu: istnienie, przetrwanie, tożsamość, spokój, posiadanie, pewność rozwoju, niezależność itd., generując i rozbudzając ludzkie potrzeby. One z kolei warunkują określone zachowania człowieka, który dąży do ich zaspokojenia. Stanowią one zadania postawione sobie przez jednostkę lub narzucone jej z zewnątrz.

Należy wyjaśnić, że termin *potrzeba* opisuje stan organizmu wywołany przez odczuwanie braku. Takie odczucie przyczynia się do zachwiania wewnętrznej równowagi organizmu i zakłócenia procesu życia i rozwoju. Pojęcie *potrzeba* wskazuje *odczuwany przez jednostkę stan braku czegoś, co w związku ze strukturą organizmu, indywidualnym doświadczeniem oraz miejscem jednostki w społeczeństwie, jest niezbędne do utrzymania jej przy życiu, umożliwienia jej rozwoju, utrzymania określonej roli społecznej, zachowania równowagi psychicznej*⁹⁶. Potrzebie przypisuje się cechy typu: dynamiczny i dynamizujący charakter, zróżnicowany oraz zindywidualizowany poziom odczuwania potrzeby, skuteczne lub nieskuteczne inicjowanie procesu służącego zaspokojeniu potrzeb, posiadanie zdolności mobilizowania i aktywizowania podmiotu do podjęcia działania dla zaspokojenia odczuwanej potrzeby, podatność na oddziaływanie czynników wewnętrznych i zewnętrznych⁹⁷. Potrzeba stanowi wewnętrzny stan, który determinuje ludzkie postępowanie i wpływa na proces postrzegania. Powoduje, że pewne rezultaty jednostkowego działania są oceniane jako atrakcyjne⁹⁸. Potrzeby należy uznać za pewną właściwość, polegającą na braku zaspokojenia,

⁹² A. Sekściński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 45.

⁹³ . Bogdański, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 22.

⁹⁴ Z. Ciekankowski, *Rodzaje i źródła zagrożeń bezpieczeństwa*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” 2010 nr 1, s. 27.

⁹⁵ D. Tułowicki, *Bezpieczeństwo kulturowe a obecność lub/i eliminacja religii w polskim kanonie kultury*, „Zeszyty Naukowe KUL” 2016 nr 4, s. 91.

⁹⁶ J. Pieter, *Słownik psychologiczny*, WP, Warszawa 1963, s. 153.

⁹⁷ B.R. Kuc, *Zarządzanie doskonałe*, Wydawnictwo Oskar-Master of Biznes, Warszawa 1999, s. 181.

⁹⁸ S. Borkowska, *Jak wynagradzać?*, Oficyna Ekonomiczna, Warszawa 2002, s. 37.

oraz za stan przeżywany przez człowieka, odznaczający się niespełnieniem określonych warunków i subiektywnym odczuwaniem braku⁹⁹.

Bezpieczeństwo należy do ważnych ludzkich potrzeb. Zdaniem Bernarda Wiśniewskiego, charakter takiej potrzeby powoduje, że *jednym z podstawowych celów działania jednostki jest zapewnienie sobie bezpiecznego bytu i warunków rozwoju*¹⁰⁰. Brak bezpieczeństwa motywuje jednostkę do podjęcia działania w wyniku wzbudzenia popędów, ponieważ odczuwa niepokój lub/i zagrożenie. Człowiek doświadcza potrzeb bezpieczeństwa, które mogą być pierwotne lub/i wtórne, zaspokojone lub/i niezaspokojone. Potrzeby społeczne i bezpieczeństwa wykazują pewną zbieżność. Ludzie szukają optymalnych rozwiązań za pomocą proaktywnych działań dla zapewnienia sobie bezpieczeństwa. Jednostka może ograniczyć osobiste *ja* lub łączyć się w grupy, aby zyskać ich wsparcie i pomoc, utrzymać lub zoptymalizować własne poczucie bezpieczeństwa¹⁰¹. Roman Kuźniar definiuje pojęcie *bezpieczeństwo* jako *pierwotną, egzystencjalną potrzebę jednostek, grup społecznych, wreszcie państw*¹⁰². Bezpieczeństwo stanowi elementarną i naczelną potrzebę podmiotu. To *subiektywnie odczuwany stan niedoboru, niezbędny do funkcjonowania podmiotu*¹⁰³.

Bezpieczeństwo to część ludzkich potrzeb. Brak bezpieczeństwa staje się silnym, wewnętrznym bodźcem, który skłania (motywuje) podmiot bezpieczeństwa do podjęcia działania. Do potrzeb bezpieczeństwa zalicza się potrzebę: pewności, stabilności, przewidywalności, oparcia, opieki, ładu, wolności od strachu, lęku i chaosu¹⁰⁴. Według Abrama Masłowa, należą one do podstawowych potrzeb człowieka. W opracowanej przez niego tzw. piramidzie potrzeb potrzeba bezpieczeństwa lokuje się ponad potrzebami fizjologicznymi, wchodząc w skład potrzeb psychologicznych¹⁰⁵. Według Masłowa potrzeba bezpieczeństwa obejmuje potrzeby środowiska emocjonalnego i psychicznego. Jednostka pragnie doświadczać wolności od trosk materialnych, poczucia stabilności, porządku, ochrony, sprawiedliwości. Dla człowieka ważnym elementem poczucia bezpieczeństwa staje

⁹⁹ R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa, 1998, s. 458.

¹⁰⁰ B. Wiśniewski, *System bezpieczeństwa państwa. Konteksty teoretyczne i praktyczne*, WSPoL, Szczytno 2013, s. 23.

¹⁰¹ R. Gwardyński, *Interdyscyplinarne aspekty bezpieczeństwa – zarys teorii problemu*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2017 nr 3, s. 191.

¹⁰² W. Pokruszyński, *Teoretyczne aspekty...*, dz. cyt., s. 9.

¹⁰³ A. Sekściński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 44.

¹⁰⁴ A. Korwin-Szymanowska, *Psychospołeczne aspekty poczucia bezpieczeństwa*, w: *Bezpieczeństwo jako wartość. Wydanie pokonferencyjne z II Konferencji Naukowej z cyklu „Bezpieczeństwo jako wartość” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie, 18 kwietnia 2008*, WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2010, s. 32.

¹⁰⁵ R. Gwardyński, *Interdyscyplinarne...*, dz. cyt., s. 190.

się wyeliminowanie zagrożeń i ryzyka, co zachęca go do podjęcia działania łącznie z modyfikacją własnego otoczenia¹⁰⁶. W ramach potrzeb pierwotnych (biologicznych) i wtórnych (psychicznych) potrzeby bezpieczeństwa mogą być zaspokojone lub pozostają niezaspokojone. Niezaspokojenie psychicznej potrzeby bezpieczeństwa powoduje, że jednostka zostaje zmotywowana do aktywności, formułowania celów oraz dążenia do ideałów. Poszukuje i wdraża coraz lepsze rozwiązania, mające zapewnić jej bezpieczeństwo. Tak przejawiana aktywność jednostki i proces zaspokajania potrzeby pozostają rozciągnięte w czasie, ponieważ człowiek doświadcza lub chce odczuwać trwałość poczucia bezpieczeństwa¹⁰⁷.

Zatem bezpieczeństwo to podstawowa ludzka potrzeba, związana z brakiem ryzyka utraty czegoś, co podmiot uważa za szczególnie cenne. Za takie wartości może uznać życie, zdrowie, pracę, szacunek, uczucia, dobra materialne lub/i niematerialne. Człowiek wysoko ceni sobie ten stan. Brak bezpieczeństwa powoduje, że podmiot zostaje narażony na silny niepokój i poczucie zagrożenia, więc często podejmuje działania, aby nie doświadczać takiego stanu.

Ujęcie bezpieczeństwa jako stanu, obecne w definicjach tego pojęcia, eksponują stałość zjawiska i wolność od zagrożenia i ryzyka¹⁰⁸. Stan bezpieczeństwa cechuje się brakiem podatności na zmierzenie. Posiada wymiar, skalę trwałości i dotyczy określonego obszaru (terytorium). Stan bezpieczeństwa jest postrzegany w sposób obiektywny lub/i subiektywny przez podmiot bezpieczeństwa¹⁰⁹. Obiektywne definicje pojęcia *bezpieczeństwa* opisują stan lub formę o charakterze abstrakcyjnym, idealizacyjnym i idealnym. Stan bezpieczeństwa jest identyfikowany z pokojem, porządkiem, powszechną zgodą, brakiem wojny oraz myśleniem skupionym na trwaniu i jego kontynuacji. w ujęciu subiektywnym bezpieczeństwo bywa opisywane jako konkretne, podmiotowe i realne¹¹⁰.

Daniel Frei wyróżnia cztery stany bezpieczeństwa, które stanowią korelację rzeczywistych zagrożeń ze sposobem ich postrzegania¹¹¹. Autor wyróżnia stany: braku bezpieczeństwa, obsesji, fałszywego bezpieczeństwa oraz bezpieczeństwa¹¹² (tabela 2.4).

¹⁰⁶ J. Zawisza, S. Ćmiel, *Filozoficzne...*, dz. cyt., s. 195.

¹⁰⁷ R. Harabin, *Bezpieczeństwo, istnienie, zagrożenie. Relacyjna typologizacja i wnioski dla teorii zarządzania kryzysowego*, „The Pelularity of Man” 2018 nr 7, s. 207-208.

¹⁰⁸ Zob. M. Falkowski, *Współczesny wymiar bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2018 t.2 nr 66, s. 111.

¹⁰⁹ T. Wałek, *Wielowymiarowość bezpieczeństwa – zarys problematyki*, wałek.pdf, dostęp: 5.12.2020, s. 706.

¹¹⁰ J. Świniarski, *O dwoistej...*, dz. cyt., s. 29.

¹¹¹ Zob. J. Korzeniowski, *Daniela Freia rozumienie bezpieczeństwa*, w: M. Cieślarczyk, I.A. Trzpił, D. Zbroszczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, UP-H, Siedlce 2017.

¹¹² Zob. M. Pietraś, *Bezpieczeństwo ekologiczne w Europie*, WUMCM, Lublin 1996, s. 19; M. Adamczyk, *Teoretyczne...*, dz. cyt., s. 58.

Tabela 2.4. Stany bezpieczeństwa według Daniela Frei

Stan bezpieczeństwa	Opis stanu bezpieczeństwa	
	Zagrożenie	Percepcja zagrożenia
Stan braku bezpieczeństwa	Występowania dużego zagrożenia	Prawidłowe postrzeganie zagrożenia
Stan obsesji	Nieznaczne zagrożenie	Zagrożenie postrzegane jako duże
Stan fałszywego bezpieczeństwa	Poważne zagrożenie	Zagrożenie postrzegane jako niewielkie
Stan bezpieczeństwa	Nieznaczne zagrożenie zewnętrzne	Prawidłowe postrzeganie zagrożenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: T. Walek, *Wielowymiarowość bezpieczeństwa – zarys problematyki*, DOI: <https://www.fbi.uniza.sk>, dostęp: 19.11.2020, s. 707.

W definicjach terminu *bezpieczeństwo* ujmujących to zjawisko jako stan przypisuje się mu cechy typu: spokój, pewność, wolność od zagrożeń oraz skutków, jakie te generują, oraz ochrona przed takim ryzykiem. Te właściwości stanu bezpieczeństwa powodują, że Jerzy Stańczyk uznaje go za przejaw *wolności od zagrożeń, strachu czy ataki*¹¹³. To ujęcie jest obecne w definicji pojęcia *bezpieczeństwo* opracowanej przez Eugeniusza Zielińskiego. Według autora, ten termin odnosi się do subiektywnie odczuwanego stanu niedoboru, który okazuje się niezbędny dla funkcjonowania człowieka¹¹⁴. To stanowisko podziela Leszek Korzeniowski, według którego pojęcie *bezpieczeństwo* opisuje *stan obiektywny, polegający na braku zagrożeń, odczuwany subiektywnie przez jednostki lub grupy*¹¹⁵.

Podobną opinię formułuje Andrzej Włodarek, który definiuje termin *bezpieczeństwo* jako stan zapewniający podmiotowi pewność istnienia, gwarantujący ciągłość i stanowiący motywację i szansę podmiotu na rozwój¹¹⁶. Podobne ujęcie bezpieczeństwa występują w innych definicjach. Traktują one pojęcie *bezpieczeństwo* jak *stan pewności, spokoju, braku zagrożeń oraz ochrony przez zagrożeniami*¹¹⁷. Takie ujęcie tego zjawiska stanowi rezultat ewolucji procesów bezpieczeństwa. Stan bezpieczeństwa odnosi się do sytuacji, w której jest obecny podmiot bezpieczeństwa. Jest zazwyczaj tożsamy z właściwym stanem bezpieczeństwa. Stan bezpieczeństwa charakteryzuje się poziomem (skalą) trwałości i zasięgiem terytorialnym¹¹⁸. Natomiast według Krzysztofa Ficonia, pojęcie *bezpieczeństwo*

¹¹³ Cyt. za: M. Adamczyk, *Teoretyczne...*, dz. cyt., s. 57.

¹¹⁴ E. Zieliński, *Nauka o państwie i polityce*, Elipsa, Warszawa 2006, s. 213-214.

¹¹⁵ L. Korzeniowski, *Zarządzanie bezpieczeństwem. Rynek, ryzyko, zagrożenie, ochrona*, w: P. Tyrała (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem*, WPSB, Kraków 2000, s. 437.

¹¹⁶ A. Włodarek, *Problemy międzypokoleniowe a poczucie bezpieczeństwa*, w: D. Czajkowska-Ziobrowska, A. Zduniak (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa – bezpieczna szkoła, bezpieczny uczeń*, WWSB, Poznań 2007, s. 97-98.

¹¹⁷ S. Mordwa, *Percepcja zagrożeń społeczno-przestrzennych w mieście a subiektywne ryzyko wiktyimizacyjne i zachowania obronne osób w wieku powyżej 60 lat*, w: A. Janiszewska (red.), *Jakość życia ludzi starszych – wybrane problemy*, „Space – Society – Economy” 2015 nr 14, s. 103.

¹¹⁸ A. Czupryński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 16.

bywa rozpatrywane w kategoriach jakościowych jako zdeterminowany, ale niewymierny stan oraz kategoriach ilościowych jako pewien proces, z natury scholastyczny, cechujący się zmiennością w czasie¹¹⁹. Autor wychodzi z założenia, że postrzeganie bezpieczeństwa jako stan powoduje, że to zjawisko zostaje ograniczone do wymiaru bezpieczeństwa, skali jego trwałości i określonego zasięgu terytorialnego¹²⁰.

Zatem bezpieczeństwo to stan braku zagrożenia, doświadczania spokoju i pewności, wolności od zagrożeń, strachu czy ataku. Nie poddaje się zmierzaniu i cechuje się zależnością od postrzegania stanu bezpieczeństwa przez podmioty typu: jednostka, grupa społeczna, społeczeństwo czy władze państwa¹²¹. Bezpieczeństwo jako stan gwarantuje podmiotowi pewność istnienia i przetrwania¹²². Jednak, aby podmiot bezpieczeństwa mógł go doświadczać, musi podejmować określone i stałe działania.

Ujęcie procesowe bezpieczeństwa jest prezentowane przez niektórych autorów definicji pojęcia *bezpieczeństwo*. To ujęcie jest często obecne w naukach o polityce i zarządzaniu. Ujęcie procesowe bezpieczeństwa podkreśla brak stałego i niezmiennego charakteru bezpieczeństwa¹²³. Według Ficonia, bezpieczeństwo ma złożoną (dualistyczną) naturę. Jest procesem i stanem. Taki proces stanowi nieustannie umacnianie i kształtowanie bezpieczeństwa¹²⁴. Józef Kukulka uważa, że pojęcie *bezpieczeństwo* nie wskazuje na stan, ale – ciągły i społeczny proces. w jego ramach *podmioty działające starają się doskonalić mechanizmy zapewniające im poczucie bezpieczeństwa*¹²⁵. Autor prezentuje doktrynę, która określa istotę bezpieczeństwa w kategorii procesu. Według tej doktryny, bezpieczeństwo to ciągły proces społeczny, którego celem staje się doskonalenie mechanizmów, służących zapewnieniu bezpieczeństwa¹²⁶. Taka procesowa percepcja bezpieczeństwa sprawia, że temu zjawisku przypisuje się charakter dynamiczny ze względu na nieustannie kształtowany i umacniany stan bezpieczeństwa. Proces bezpieczeństwa cechuje się umacnianiem się (rosnącym) zakresem podmiotowym, przedmiotowym i przestrzennym¹²⁷. Procesowe cechy bezpieczeństwa eksponuje Mariusz Nepelski. Według autora, należy utożsamić

¹¹⁹ Cyt. za: P. Bogdański, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 23.

¹²⁰ Tamże, 23.

¹²¹ T. Wałek, *Wielowymiarowość...*, dz. cyt., s. 707.

¹²² P. Majer, w *poszukiwaniu uniwersalnej definicji bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego” 2012 nr 7, s. 11.

¹²³ M. Adamczyk, *Teoretyczne...*, dz. cyt., s. 56.

¹²⁴ P. Bogdański, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 23.

¹²⁵ Cyt. za: M. Adamczyk, *Teoretyczne...*, dz. cyt., s. 56.

¹²⁶ P. Bogdański, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 23.

¹²⁷ T. Wałek, *Wielowymiarowość...*, dz. cyt., s. 706

to zjawisko z dążeniem do uzyskania lub/i utrzymania stanu niezagrażenia, pewności i spokoju. Każdy człowiek postrzega i doświadcza tego stanu w sposób indywidualny¹²⁸.

Zdaniem Stanisława Kozieja, bezpieczeństwo ma procesowy i dynamiczny charakter. Na bezpieczeństwo podmiotu składają się jego aktywność, zmierzająca *do zapewnienia możliwości przetrwania, rozwoju i swobody realizacji własnych interesów w konkretnych warunkach*, co staje się możliwe dzięki pełnemu wykorzystaniu *okoliczności sprzyjających (szans), podejmowaniu wyzwań, redukowaniu ryzyka oraz przeciwdziałaniu (zapobieganiu i przeciwstawianiu) wszelkiego rodzaju zagrożeniom dla podmiotu i jego interesów*¹²⁹. Bezpieczeństwo to dynamiczny proces, który zdaniem Kozieja stanowi rezultat odniesienia do danego podmiotu bezpieczeństwa, podejmującego działania dla zapewnienia sobie *przetrwania, rozwoju i swobody realizacji swoich interesów w konkretnych warunkach*¹³⁰. Takie cele są osiągnięte przez niego za pomocą wykorzystania szans, podejmowania wyzwań, ograniczenia ryzyka i profilaktyce zagrożeniom dla podmiotu i jego interesów. Bezpieczeństwo jako proces zapewnia podmiotowi poczucie pewności oraz optymizm, a także – gwarancję ich utrzymania w przyszłości¹³¹.

Bezpieczeństwo jako proces polega na kreowaniu przez podmiot pożądanego stanu bezpieczeństwa. Stanowi nietrwały i niestabilny stan bezpieczeństwa, który wymaga ciągłej aktywności jednostek, grup społecznych, państwa oraz innych podmiotów¹³². Bezpieczeństwo w ujęciu procesowym charakteryzuje się permanentną ewolucją, co ma związek z występowaniem jednych zdarzeń, zanikaniem innych oraz obecnością na tym samym poziomie również innej grupy zdarzeń. Takie ujęcie bezpieczeństwa kładzie nacisk na potrzeby człowieka i jego system wartości, w tym również te wartości, które jednostka chce chronić¹³³.

Ujęcie bezpieczeństwa dzieli się na podmiotowe, przedmiotowe, przestrzenne i sposobu organizacji¹³⁴ (tabela 2.5).

¹²⁸ M. Falkowski, *Współczesny...*, dz. cyt., s. 112.

¹²⁹ Cyt. za: B. Wiśniewski, W. Chojnacki, *Współczesne rozumienie bezpieczeństwa*, w: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*, WSPoL, Szczytno 2011, s. 13.

¹³⁰ B. Wiśniewski, W. Chojnacki, *Współczesne rozumienie bezpieczeństwa*, op. cit., s. 13.

¹³¹ B. Bombała, *Pytanie...*, dz. cyt., s. 86.

¹³² A. Polcyn-Radomska, *Wartość...*, dz. cyt., s. 219.

¹³³ A. Czupryński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 16.

¹³⁴ M. Adamczyk, *Teoretyczne...*, dz. cyt., s. 65.

Tabela 2.5. Charakterystyka ujęć bezpieczeństwa

Kryterium ujęcia bezpieczeństwa	Charakterystyka ujęcia bezpieczeństwa	
	Wyszczególnienie	Opis
Kryterium podmiotowe	Podmiot referencyjny	Dawcy bezpieczeństwa (głównie aktorzy państwowi)
	Przedmiot referencyjny	Biorcy bezpieczeństwa: jednostki, grupy i mniejszości społeczne (etniczne), instytucje itd.
Kryterium przedmiotowe (zakresu)	Tradycyjny zakres bezpieczeństwa	Bezpieczeństwo: militarne, polityczne, ekonomiczne (energetyczne), cybernetyczne
	Nowy zakres bezpieczeństwa	Bezpieczeństwo: ekonomiczne, socjalne, ekologiczne, społeczne
Kryterium przestrzenne	Zakres	Bezpieczeństwo: lokalny, regionalny, globalny, subregionalny, ponadregionalny
Kryterium sposobu organizacji	Właściwości	Kryterium powiązane z kryterium przestrzennym, klasyfikacja problemu ze względu na liczbę podmiotów zaangażowanych do procesu zapewnienia bezpieczeństwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Adamczyk, *Teoretyczne wprowadzenie do badań nad bezpieczeństwem*, w: M. Debita, M. Adamczyk (red.), *Polska – Europa – świat wczoraj i dziś*, Media-Expo, Poznań 2017, s. 65-68.

Bezpieczeństwo bywa rozpatrywane w sposób jednostkowy, narodowy czy międzynarodowy¹³⁵. W *Słowniku terminów z zakresu psychologii dowodzenia i zarządzania* wyodrębniono rodzaje bezpieczeństwa typu: globalne, regionalne, narodowe; militarne, polityczne, społeczne; fizyczne, psychiczne, socjalne; strukturalne i personalne¹³⁶. Za pomocą kryterium klasy zagrożenia można wyróżnić antynomiczne typy bezpieczeństwa. Wymienia się więc bezpieczeństwo obiektywne lub subiektywne, wewnętrzne lub zewnętrzne, indywidualne lub grupowe, abstrakcyjne lub konkretne, potencjalne lub aktywne, statyczne lub dynamiczne¹³⁷.

Jan Widawski i jego współpracownicy uważają, że należy wyróżnić trzy typy bezpieczeństwa. Obejmują bezpieczeństwo powszechne (zadania państwa i jego instytucji związane z eliminacją zagrożeń dla władzy publicznej, struktur społecznych i obywateli), porządek publiczny (eliminacja naruszeń norm prawnych i obyczajowych w przestrzeni publicznej) oraz bezpieczeństwo obywateli. w tym ostatnim przypadku mamy do czynienia z wymogiem wyeliminowania bezpośrednich zagrożeń dla indywidualnych osób, czyli zamachów na ich życie, zdrowie lub/i mienie¹³⁸.

¹³⁵ J. Jancz, *Poczucie bezpieczeństwa Polaków w latach 2010-2015 w zmieniającym się środowisku bezpieczeństwa*, „Teologia i Moralność” 2016 vol. 11, nr 1, s. 135.

¹³⁶ J. Borkowski, M. Dyrda, L. Kanarski, B. Rokicki, *Słownik terminów z zakresu psychologii dowodzenia i zarządzania*, AON, Warszawa 2000, s. 17.

¹³⁷ L.F. Korzeniowski, *Securitologia na początku XXI wieku*, „Securitologia / Securitology” 2007 nr 6, s. 181-192.

¹³⁸ A. Pieczywok, *Działania społeczne w sferze bezpieczeństwa wewnętrznego*, WSEiI, Lublin 2018, s. 17.

Zięba dokonuje podziału bezpieczeństwa za pomocą kryterium: podmiotowego (np. bezpieczeństwo osobowe, społeczne, narodowe, międzynarodowe), przedmiotowego (np. bezpieczeństwo: polityczne, wojskowe, gospodarcze, kulturowe, ideologiczne, ekologiczne, informacyjne), przestrzennego (np. bezpieczeństwo: lokalne, subregionalne, regionalne, ponadregionalne, globalne), czasu (stan i proces bezpieczeństwa) i sposobu organizowania (np. bezpieczeństwo indywidualne – unilaterne, hegemonizm mocarstwowy, izolacjonizm, socjusze)¹³⁹.

Włodzimierz Fehler proponuje typologię kryteriów bezpieczeństwa, wyróżniając te: podmiotowe, przedmiotowe, przestrzenne, czasu i źródła zagrożeń. Za pomocą kryterium podmiotowego można wyróżnić bezpieczeństwo międzynarodowe (zewnętrzne), państwa (wewnętrzne, ogólnospołeczne) i jednostki¹⁴⁰. Dzięki kryterium przedmiotowemu można wskazać bezpieczeństwo: polityczne, ekonomiczne, militarne, ekologiczne, kulturowe, informacyjne, społeczne, socjalne, zdrowotne. Na podstawie kryterium przestrzennego wyróżnia się bezpieczeństwo globalne, regionalne i lokalne, a dzięki kryterium czasu – stan lub okres bezpieczeństwa. Ze względu na kryterium źródła zagrożenia wobec podmiotu bezpieczeństwa można wskazać bezpieczeństwo wewnętrzne i zewnętrzne¹⁴¹.

Obecnie bezpieczeństwo ma charakter m.in. militarny, zewnętrzny, wewnętrzny, socjalny, ekonomiczny, psychiczny, fizyczny, społeczny, religijny, ideologiczny, morski, ekologiczny, kulturowy lub dotyczący zatrudnienia (pracy)¹⁴². W kolejnych punktach rozdziału więcej uwagi poświęcono bezpieczeństwu społecznemu i zdrowotnemu, których wspólnym mianownikiem jest bezpieczeństwo wewnętrzne. Według Fehlera, stanowi ono *taki zakotwiczony w porządku ustrojowym stan stosunków i procesów wewnątrz państwa, który zapewniając skuteczną i harmonijną realizację interesów państwa i obywateli jednocześnie tworzy zdolności do sprawnego diagnozowania i reagowania w przypadkach pojawiających się zagrożeń godzących w te interesy*¹⁴³. Na poziomie bezpieczeństwa wewnętrznego ujawnia się jego dualny charakter, czyli obiektywny lub subiektywny. W pierwszym przypadku jest determinowane przez otoczenie, w tym m.in. przez system polityczny, jakość elit rządzących,

¹³⁹ J. Falecki, op. cit., s. 70.

¹⁴⁰ W. Fehler, *Bezpieczeństwo wewnętrzne współczesnej Polski. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Wydawnictwo Arte, Warszawa 2012, s. 9.

¹⁴¹ S. Lis, *Pojęcie i wybrane typy bezpieczeństwa*, w: A. Szylar, B. Zięba-Kołodziej, P. Maciaszczyk (red.), *Bezpieczeństwo. Wybrane aspekty*, PWSZ, Tarnobrzeg 2015, s. 27.

¹⁴² Zob. P. Głogowska, P. Zdrojewska, H. Wagner, *Bezpieczeństwo i zagrożenia – wzajemne relacje*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2016 nr 20, s. 26; P. Majer, op. cit., s. 11.

¹⁴³ W. Fehler, *Lokalny wymiar bezpieczeństwa wewnętrznego państwa*, w: W. Fehler, *Bezpieczeństwo w środowisku lokalnym*, Arte, Warszawa 2009, s. 22.

stosunki międzynarodowe, gospodarka, jakość policji i wojska. W drugim przypadku stanowi silnie powiązane z poczuciem bezpieczeństwa, cechującym się dużym zróżnicowaniem i silnym powiązaniem z każdą osobą, dla której pozostaje ono wyjątkowe¹⁴⁴.

2.3. Obiektywne i subiektywne diagnozowanie bezpieczeństwa

Słowo *diagnoza* etymologicznie wywodzi się z greki, w której wyrazy *dia* i *giginosko* oznaczają *przez* i *wiedzieć*. Diagnoza to sztuka odróżniania, poznawania za pomocą pośredniego poznania¹⁴⁵. Wincenty Okoń uważa, że diagnoza to *rozpoznanie jakiegoś obiektu, zdarzenia czy jakiejś sytuacji w celu zdobycia dokładnej informacji o przygotowaniu się do działań*¹⁴⁶. Działanie diagnostyczne polega na rozpoznaniu, którego podstawę stanowią typowe właściwości. Takie rozpoznanie sprowadza się do analizy zjawisk, która uwzględnia także ich ocenę¹⁴⁷. Do celów procesu diagnostycznego należy zaliczyć ustalenie stanu obecnego, jego uwarunkowań i działań, jakie należy podjąć aby go zoptymalizować¹⁴⁸. Diagnozowanie to działania służące wyjaśnieniu przyczyn określonego zjawiska, które występuje w wybranym obszarze¹⁴⁹. Pojęcie *diagnoza* bywa postrzegane jako proces diagnostyczny oraz rezultat (efekt) wystąpienia tego procesu. W ujęciu wiąże się ze *złożoną czynnością diagnozowania, obejmującą: formułowanie pytań diagnostycznych, wybór odpowiednich narzędzi, zbieranie danych, ich ocenę i integrację*¹⁵⁰. Tak ujęta diagnoza stanowi więc *proces podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów i testowania hipotez diagnostycznych. Jej efektem jest sformułowanie odpowiedzi na pytanie diagnostyczne i wyznaczenie dalszych kierunków postępowania*¹⁵¹. W przypadku kiedy diagnoza jest utożsamiana z rezultatem procesu diagnostycznego, wówczas stanowi rozpoznawanie, rozumienie problemu przez dany podmiot, które prowadzi do sformułowania opinii, planu działania.

¹⁴⁴ P. Głogowska, P. Zdrojewska, H. Wagner, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 26.

¹⁴⁵ Zob. J. Świniarski, *Diagnozowanie bezpieczeństwa*, w: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*, WSP, Szczytno 2018, s. 61; N. Gumińska, M. Zając, *Diagnostyka pedagogiczna w placówkach opiekuńczo-wychowawcze szansą na optymalny rozwój dziecka*, w: J. Skibska, J. Wojciechowska (red.), *Diagnoza i terapia pedagogiczna w przestrzeni edukacyjnej*, Libron, Kraków 2014, s.100.

¹⁴⁶ W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2005, s. 53.

¹⁴⁷ J. Świniarski, *Diagnozowanie...*, dz. cyt., s. 61.

¹⁴⁸ W.J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Scholar, Warszawa 2001, s. 21.

¹⁴⁹ B. Skałbana, *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień*, Impuls, Kraków 2009, s. 73.

¹⁵⁰ 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*, IBE, Warszawa 2015, za: [ibe-katalog-metod-diagnozy-rozwoju-t1.pdf](#), dostęp: 17.02.2021, s. 7.

¹⁵¹ Tamże, s. 7.

Diagnozowanie bezpieczeństwa, zgodnie z greckim źródłosłowem wyrazu *diagnoza*, sprowadza się do rozróżnienia i rozpoznania badanego zjawiska¹⁵², a także z poszukiwaniem sposobów jego zoptymalizowania. Diagnoza bazuje na doświadczeniu i rozpoznaniu¹⁵³. Bezpieczeństwo może być ujmowane i opisywane w sposób obiektywny i subiektywny, kiedy podstawą podziału staje się stosunek do tego zjawiska i charakter podmiotu, który dokonuje opisu bezpieczeństwa, jak również – jego potencjał (np. dostępne i wykorzystane informacje, narzędzia i techniki analityczne). Diagnozowanie bezpieczeństwa najczęściej koncentruje się na analizie zagrożeń, które mają charakter obiektywny lub/i subiektywny.

Obiektywne i subiektywne diagnozowanie bezpieczeństwa wiąże się z rozpoznaniem obiektywnych zagrożeń i oszacowaniem ryzyka, jakie one generują. Należy wyjaśnić, że termin *zagrożenie* odnosi się do samoistnej kategorii, która ma związek z określonym podmiotem i oddziałuje na niego w szkodliwy lub destrukcyjny sposób¹⁵⁴. W szerokim rozumieniu słowo *zagrożenie* wskazuje na zjawisko, które lokuje się w opozycji do stanu bezpieczeństwa. W węższym rozumieniu ten wyraz stanowi antonim bezpieczeństwa państwa, społeczeństwa czy jednostki. Richard H. Ullman uważa, że *zagrożenie* to *działanie lub sekwencja zdarzeń, która drastycznie i w relatywnie krótkim czasie grozi degradacją jakości życia mieszkańców lub grozi znacznym zawężeniem zakresu decyzji politycznych dostępnych dla rządu tego państwa lub dla prywatnych, pozarządowych podmiotów wewnątrz państwa*¹⁵⁵. Autor podkreśla właściwości zjawiska, czyli drastyczne i szybkie wywoływanie niepożądanych skutków, ponieważ one wywołują sytuację kryzysową, wywierając destrukcyjny wpływ na życie społeczne i polityczne państwa. W takich przypadkach wypracowane wcześniej rozwiązania funkcjonowania i niesienia pomocy okazują się nieefektywne ze względu na skalę problemów i nagłość ich wystąpienia. Ullman zwraca jednak uwagę, że podłożem takiej sytuacji kryzysowej może stać się *działanie lub sekwencja zdarzeń*, które mogą wystąpić wewnątrz państwa lub w jego otoczeniu międzynarodowym. Powiązanie tych dwóch źródeł zagrożeń, według Stanisława Dworeckiego, powoduje splot niekorzystnych zdarzeń wewnętrznych i międzynarodowych, który może prowadzić do ograniczenia lub utraty warunków do niezakłóconego bytu

¹⁵² E. Jarmoch, *Diagnozowanie i doskonalenie kultury bezpieczeństwa społecznego*, „Kultura Bezpieczeństwa” 2018 nr 9, s. 15.

¹⁵³ J. Świniarski, *Diagnozowanie...*, dz. cyt., s. 62.

¹⁵⁴ Zob. M. Rozwadowski, *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych oraz działania zmierzające do jego poprawy*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 2014 nr 15, s. 248-249; M. Karwat, *Istota i rodzaje zagrożeń. Ujęcie prakseologiczne*, w: H. Cwiąg, A. Zasuń (red.), *Współczesne zagrożenia a polityka publiczna*, AJD, Częstochowa 2015, s. 15.

¹⁵⁵ Cyt. za: T. Szubrycht, *Współczesne aspekty bezpieczeństwa państwa*, „Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej” 2006 nr 4, s. 89.

i rozwoju wewnętrznego także na arenie międzynarodowej¹⁵⁶. W ten sposób można postrzegać współczesne zagrożenia dla bezpieczeństwa wewnętrznego. Na terenie Unii Europejskiej można do nich zaliczyć przestępczość tradycyjną, cybernetyczną i terrorystyczną, katastrofy naturalne, klęski żywiołowe i ekologiczne, spowodowane przez działania człowieka awarie przemysłowe i słabość granic zewnętrznych¹⁵⁷.

Dla Stanisława Kozieja, termin *zagrożenie* wskazuje na *pośrednie lub bezpośrednie destrukcyjne oddziaływanie na podmiot, w podziale na zagrożenie potencjalne lub realne, subiektywne i obiektywne, zewnętrzne i wewnętrzne, militarne i niemilitarne*¹⁵⁸. Można je także podzielić na zagrożenia czasu wojny i pokoju, naturalne i antropogeniczne, militarne i niemilitarne (antropogeniczne, naturalne, społeczne i cywilizacyjne)¹⁵⁹. Również Zięba uważa, że zagrożenie to złożone zjawisko o charakterze obiektywnym i subiektywnym. Wychodzi z założenia, że jest to *pewien stan psychiczny lub świadomościowy wywołany postrzeganiem zjawisk, które subiektywnie ocenia się jako niekorzystne lub niebezpieczne, a z drugiej to czynniki obiektywne powodujące stany niepewności i obaw*¹⁶⁰. Na złożony charakter zagrożeń bezpieczeństwa wskazuje także Juliusz Piwowarski, który utożsamia to zjawisko z uświadomionym lub nieuświadomionym przez podmiot poczuciem straty czy uszczerbku wartości o charakterze materialnym lub niematerialnym. Dla niego takie dobro, które może on stracić potencjalnie w sposób trwały lub doraźny, stanowi czynnikiem rozwojowym¹⁶¹. Takie ujęcie zagrożenia proponuje także Roman M. Kalina, który uważa, że pozostaje ono uświadomione lub nieuświadomione przez podmiot, dotycząc niebezpieczeństwa lub utraty cenionego dobra czy wartości, jak również czasowej lub względnie trwałej utraty zdolności do rozwoju (szeroki rozumianego)¹⁶².

Fehler eksponuje subiektywną naturę zagrożenia, zwracając uwagę na jego subiektywny odbiór. w takim ujęciu stanowi opozycję dla bezpieczeństwa, wskazując na *sytuację*,

¹⁵⁶ Tamże, s. 89-90.

¹⁵⁷ W. Fehler, K.M. Marczyk, *Wstęp*, w: W. Fehler, K.M. Marczyk (red.), *Polityka Unii Europejskiej w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego. Uwarunkowania – realizacja – wyzwania w drugiej dekadzie XXI wieku*, Difin, Warszawa 2015, s. 14.

¹⁵⁸ Cyt. za: M. Pałęga, M. Knapiński, D. Rydz, *Informacja i ocena zagrożeń bezpieczeństwa informacji za pomocą wybranych instrumentów zarządzania jakością*, za: http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2018/T2/2018_t2_283.pdf, dostęp: 23.02.2021, s. 285.

¹⁵⁹ W. Otwinowski, *Wybrane zagrożenia bezpieczeństwa państwa i człowieka*, WSB, Poznań 2014, s. 19-21.

¹⁶⁰ R. Zięba, *Pojmowanie bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*, w: R. Rosa (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa i pokoju w jednoczącej się Europie. Teorie i zastosowanie*, WSR-P, Siedlce-Chlewiska 1999, s. 48.

¹⁶¹ G. Kuzara, *Zagrożenie i bezpieczeństwo oraz ich współzależność*, „Security, Economy, Law” 2028 nr 3, s. 111.

¹⁶² Tamże, s. 112.

w której istotne dla danego podmiotu wartości staną się trudno dostępne, doznają erozji lub wręcz zostają unicestwione¹⁶³.

Obiektywne i subiektywne diagnozowanie bezpieczeństwa koncentruje się na szerokim opisie i analizie bezpieczeństwa z uwzględnieniem jego właściwości, przejawów, determinant i sposobów optymalizacji, kompetencje i obiektywizm podmiotu badającego itd. Różnią się one charakterem użytych metod, technik i materiałów badawczych. w przypadku obiektywnej diagnozy bezpieczeństwa podstawą są sprawdzone - głównie ilościowe - metody i techniki badawcze, rzetelne wyniki analiz z różnych dziedzin. Pozwalają one wiarygodnie porównać i prognozować stan badanego bezpieczeństwa. Obiektywne diagnozowanie bezpieczeństwa nie uwzględnia oddziaływania czyjejkolwiek świadomości, czyli wpływu, jaki wywiera jednostka lub grupa na proces diagnostyczny. Kluczową rolę pełnią więc obiektywne informacje i rzetelne (obiektywne) proces analizy¹⁶⁴.

Obiektywna diagnoza bezpieczeństwa wymaga uwzględnienia różnych rodzajów zagrożeń, których wpływ może obniżyć poziom bezpieczeństwa. Ze względu na kryterium typologiczne dzieli się je na: przedmiotowe, dotyczące skutków, skali, zasięgu, dynamiki rozwoju i źródeł zagrożeń, a także – środowiska i charakterystyki stosunków społecznych¹⁶⁵. Na podstawie źródeł (przyczyny) wyróżnia się zagrożenia naturalne i cywilizacyjne¹⁶⁶. Obiektywna diagnoza bezpieczeństwa dotyczy zagrożeń i ich wpływu na stan bezpieczeństwa, co wymaga operowania wybranymi, rzetelnymi wskaźnikami. Opisują one zjawiska typowe dla danego typu bezpieczeństwa. Przykładowo poziom bezpieczeństwa społecznego państwa może być szacowany za pomocą np. liczby osób populacji, która żyje na granicy skrajnego ubóstwa¹⁶⁷. W przypadku bezpieczeństwa zdrowotnego kluczowe znaczenie będzie miała liczba osób chorych na choroby cywilizacyjne, liczba zgonów i ich przyczyny, wydatki na ochronę zdrowia, liczba placówek medycznych i personelu medycznego w przeliczeniu na 1000 osób ludności itd.

W przypadku subiektywnej diagnozy bezpieczeństwa największe znaczenie mają doświadczenia, opinie i odczucia podmiotów, które odczuwają stan bezpieczeństwa. Główną rolę pełnią więc metody i techniki badawcze ilościowe i jakościowe, pozwalające poznać

¹⁶³ W. Fehler, *Zagrożenie – kluczowa kategoria teorii bezpieczeństwa*, w: K. Jałoszyński, B. Wiśniewski, T. Wojtuszek (red.), *Współczesne postrzeganie bezpieczeństwa*, WSA, Bielsko-Biała 2007, s. 34.

¹⁶⁴ L.F. Korzeniowski, *Podstawy nauk o bezpieczeństwie*, Difin, Warszawa 2012, s. 41.

¹⁶⁵ Z. Ciekanowski, J. Nowicka, H. Wyrębek, *Bezpieczeństwo państwa w obliczu współczesnych zagrożeń*, WUPH, Siedlce 2016, s. 71.

¹⁶⁶ Tamże, s. 98.

¹⁶⁷ S. Wojciechowski, *Stan i poczucie bezpieczeństwa w Polsce. Pentagonalny model bezpieczeństwa*, w: S. Wojciechowska, A. Wejkszner (red.), *Kluczowe determinanty bezpieczeństwa Polski na początku XXI wieku*, Difin, Warszawa 2013, s. 13.

i zinterpretować opinie wybranej populacji. Należy pamiętać, że indywidualne doświadczanie jednostki może dotyczyć bezpieczeństwa, które w takim ujęciu jest postrzegane w sposób subiektywny. Takie diagnozowanie bezpieczeństwa wiąże się więc z poczuciem bezpieczeństwa, które dotyczy poczucia wolności od strachu, które oddziałuje na podmiotowe zaspokojenie potrzeb¹⁶⁸. Takie poczucie odnosi się do wartościowej egzystencji, jaką wie dzie człowiek. Zaspokojenie potrzeb poczucia bezpieczeństwa jednostki odnosi się do licznych obszarów o charakterze egzystencjalno-bytowym (odpowiednie warunki bytowe, materialne, aktywność zawodowa, poziom wynagrodzenia), psychiczno-duchowym (dostosowane do potrzeb rozwojowych jednostki), edukacyjno-kulturowym (optymalne warunki edukacyjne, dobre wykształcenie, dostęp do obiektów sportu i kultury), społecznym (akceptacja społeczna, funkcjonowanie w społeczeństwie wolnym od aktów przemocy, przejawów naruszania prawa i porządku publicznego) i przyrodniczym (np. ochrona środowiska, bezpieczeństwo ikonologiczne, zmiany klimatyczne)¹⁶⁹.

Diagnozie poddawane jest poczucie bezpieczeństwa, czyli *stan doświadczania spokoju, pewności, odczuwania braku zagrożeń, także przekonania o dysponowaniu wystarczającymi zasobami do działań podmiotowych*¹⁷⁰. Podmiot przeżywa satysfakcję i zadowolenie, których źródłem jest odczuwany poziom bezpieczeństwa, ale także – pozwala zaspokoić potrzebę bezpieczeństwa. Na jego poczucie bezpieczeństwa oddziałują czynniki psychiczne i dostępne informacje, dlatego ma ono charakter subiektywny¹⁷¹.

Subiektywne poczucie bezpieczeństwa jest determinowane przez różne czynniki, do których należy zaliczyć rodzaj bezpieczeństwa oraz podmiot, który go doświadcza. Kluczowe znaczenie mają doświadczenia indywidualne i zbiorowe. w przypadku jednostki istotne są te doświadczenia, które wpływają na jakość jej życia w wymiarze indywidualnym, społecznym i zawodowym. Człowiek czuje się bezpieczny, kiedy jest przekonany o sensie własnego istnienia, stabilności i normalności własnej sytuacji życiowej, a także – o szansach realizacji własnych planów życiowych i posiadaniu materialnych podstaw egzystencji. Potrzebuje także przynależności do grup znaczących, akceptacji ze strony członków środowiska rodzinnego, bliższego i dalszego, a także – ich wsparcia w przypadku wystąpienia

¹⁶⁸ M. Piątek, *Wybrane aspekty poczucia bezpieczeństwa studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu*, w: A. Szylar, B. Zięba-Kołodziej, P. Maciaszczyk (red.), *Bezpieczeństwo. Wybrane aspekty*, PWSZ, Tarnobrzeg 2015, s. 374.

¹⁶⁹ J. Ryba, M. Ogrodniczak, *Bezpieczeństwo społeczne w wymiarze lokalnym jako element bezpieczeństwa narodowego*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny” 2016 nr 2, s. 125.

¹⁷⁰ R. Klamut, *Bezpieczeństwo jako pojęcie psychologiczne*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Ekonomia i Nauki Humanistyczne” 2012 z. 19, s. 46.

¹⁷¹ Tamże, s. 48.

problemów, z którym sam sobie nie radzi¹⁷². Według Ryszarda Grosseta, świadomościowe aspekty bezpieczeństwa społecznego determinują różne czynniki. Należą do nich jednostkowe doświadczenia własne lub/i osób bliskich (ze środowiska rodzinnego, bliższego i lokalnego), obserwacje najbliższego otoczenia, dominujące poglądy, opinie i przekonania otoczenia, przekazy i obraz rzeczywistości kreowany przez media, raporty, informacje i działania profilaktyczne, edukacyjne oraz przekazy oficjalnych instytucji o bezpieczeństwie publicznym¹⁷³. Dla społeczności lokalnej determinanty subiektywnego poczucia bezpieczeństwa obejmują m.in. poziom autonomii, posiadany system norm regulujących społeczne funkcjonowanie zbiorowości, siłę więzi kulturowych, społecznych i interpersonalnych, wielkość zamieszkanego obszaru, poczucie przynależności i zakorzeniania ludności do danego miejsca¹⁷⁴. Jednostka może uważać, że jej życie jest bezpieczne, kiedy jej istnienie cechuje się normalnością i stabilnością sytuacji życiowej (więc można ją także przewidzieć).

2.4. Potrzeby bezpieczeństwa społecznego

Bezpieczeństwo społeczne można uznać za stan, w którym społeczeństwo nie doświadcza żadnych zagrożeń. Barbara Rysz-Kowalczyk pojęciem tym określa *stan wolności od niedostatku materialnych środków utrzymania i istnienie realnych gwarancji pełnego rozwoju jednostek*¹⁷⁵. w takim ujęciu do właściwości tego stanu należy zaliczyć wolność do zagrożenia i ryzyka socjalnego, psychospołecznego jednostki, które może być generowane przez całokształt uwarunkowań o charakterze społecznym, politycznym, ekonomicznym i kulturowym. Również Ryszard Jakubczyk, Romuald Kowalczyk i Krzysztof Loranty uważają, że termin *bezpieczeństwo społeczne* opisuje stan. Według tych autorów, taki stan nie ogranicza się do zagwarantowania trwania państwa i narodu, ale także zapewnia im rozwój¹⁷⁶. Ów rozwój stanowi przejaw potrzeby jednostki i grupy, aby dać wyraz własnej aktywności, indywidualności, tożsamości oraz dostosować się do zachodzących zmian – także

¹⁷² K. Dziurzyński, A. Sawicki, *Doświadczenie bezpieczeństwa w wymiarze lokalnym*, w: W. Fehler, *Bezpieczeństwo w środowisku lokalnym*, Arte, Warszawa 2009, s. 8-9.

¹⁷³ K. Szewior, *Bezpieczeństwo społeczne państwa narodowego. Przykład Polski. Pentagonalny model bezpieczeństwa*, w: S. Wojciechowska, A. Wejkszner (red.), *Kluczowe determinanty bezpieczeństwa Polski na początku XXI wieku*, Difin, Warszawa 2013, s. 279.

¹⁷⁴ M. Rozwadowski, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 248.

¹⁷⁵ Cyt. za: A. Finster, P. Zientkowski, *Problemy bezpieczeństwa społecznego jako wyzwanie dla gminy – jednostki samorządu terytorialnego*, „Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo” 2015 nr 8/2, s. 199.

¹⁷⁶ R. Jakubczak, R. Kalinowski, K. Loranty, *Bezpieczeństwo społeczne w erze globalizacji*, WAP, Siedlce 2008, s. 47.

w otoczeniu społecznym, cywilizacyjnym i kulturowym. Takie ujęcie przyjmuje Robert B. Woźniak, dokonując jego poszerzenia. Uważa, że bezpieczeństwo społeczne to *stan, w którym jednostki, grupy społeczne i instytucje są dla siebie wzajemnie wiarygodne w zaspokojeniu podstawowych potrzeb ludzkich, gwarantując poczucie pewności i brak lęku przed utratą czegoś, co człowiek, grupa społeczna, społeczność lokalna czy społeczeństwo szczególnie ceni*¹⁷⁷.

Definicje pojęcia *bezpieczeństwo społeczne* bywają również ujmowane w sposób systemowy¹⁷⁸. Takie ujęcie proponuje Krzysztof M. Księżopolski, który dokonuje rozróżnienia bezpieczeństwa społecznego i bezpiecznego socjalnego. Uważa, że to zjawisko ma związek z wolnością od niedostatku materialnego i gwarancją rozwoju człowieka¹⁷⁹. Według Księżopolskiego, bezpieczeństwo społeczne sprowadza się do gwarancji uzyskania przez jednostkę pomocy zewnętrznej, o charakterze pozarodzinnym, kiedy doszło do losowych zdarzeń czy innych sytuacji, jakie określiło prawo lub umowy¹⁸⁰. Janusz Gierszewski uważa, że termin *bezpieczeństwo społeczne* opisuje zbiór przepisów i regulacji normatywno-prawnych, które służą zapewnieniu bezpieczeństwa dzięki wykorzystaniu czynników o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym rozwoju społeczno-gospodarczego oraz organizacji, powołanych, aby w kontekście państwa zagwarantować niezagrożony rozwój i ład społeczny¹⁸¹. Andrzej Szymonik uważa, że bezpieczeństwo społeczne należy utożsamiać z działaniami prawnymi, organizacyjnymi i realizowanymi przez instytucje państwowe i samorządowe, jak również przez samych obywateli dla zapewnienia *pewnego poziomu życia osobom, rodzinom, grupom społecznym*¹⁸². Służą także *niedopuszczeniu do ich marginalizacji i wykluczenia społecznego*¹⁸³. Podobne, systemowe ujęcie proponuje Marek Leszczyński, który uważa, że termin *bezpieczeństwo społeczne* 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*

¹⁷⁷ R.B. Woźniak, *Spoleczne wymiary bezpieczenstwa wewnetrznego w miescie portowym*, „Edukacja Humanistyczna” 2014 nr 1, s. 135.

¹⁷⁸ Zob. J. Szczutkowska, M. Sławińska, P. Wiśniewska, *NFZ – krok ku przyszłości, czyli o najnowszych zmianach w systemie ubezpieczeń zdrowotnych*, w: K. Łyskawa, P. Majewski, D. Walczak (red.), *Ubezpieczenia i finanse – nowe perspektywy*, t. 4, IBG, PTE, Toruń 2015.

¹⁷⁹ P. Zając, *Definicja bezpieczenstwa spolecznego okiem prawnika – krytyczna próba usystematyzowania pojęć*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2019 z. 4, s. 133.

¹⁸⁰ J. Gierszewski, *Model bezpieczenstwa spolecznego na tle teorii systemów*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Spolecznych. Kwartalnik” 2013 nr 2, s. 60.

¹⁸¹ J. Gierszewski, *Bezpieczenstwo spoleczne. Studium z zakresu bezpieczenstwa narodowego*, Difin, Warszawa 2013, s. 174.

¹⁸² A. Szymoniak, *Organizacja i funkcjonowanie systemów bezpieczenstwa*, Difin, Warszawa 2011, s. 160.

¹⁸³ Tamże, s. 160.

*do ich marginalizacji i wykluczenia społecznego*¹⁸⁴. Autor kładzie nacisk na działania prawne i organizacyjne, jakie podejmują różne podmioty, aby zapewnić osobom i grupom społecznym pewien poziom życia. Aleksandra Skrabacz uważa, że bezpieczeństwo jest tożsame z ochroną podstaw egzystencjalnych życia i czynnikiem wspierającym realizację życiowych aspiracji, ponieważ kreuje warunki do nauki, pracy, ochrony zdrowia i zapewnienia gwarancji emerytalnych¹⁸⁵.

Anna Gdula uważa, że bezpieczeństwo społeczne jest złożonym zjawiskiem, które jest determinowane przez liczne i zróżnicowane czynniki, aspekty życia ludności. Stanowi także wartość samą w sobie. Jego podmiotami są państwo, społeczeństwo i człowiek. Według autorki, bezpieczeństwo społeczne należy rozpatrywać jako zbiór licznych zależności oraz oddziaływań typu: przewyższanie stereotypów, efektywne przekazy informacji, poziom efektywnej komunikacji między ludźmi, odpowiedzialność za drugiego człowieka. Na to bezpieczeństwo składa się również współpraca społeczeństwa z rządem oraz zaangażowanie państwa w zapewnienie ochrony obywatelom, a tym samym – na zapewnienie im bezpieczeństwa w wymiarze indywidualnym¹⁸⁶.

Bezpieczeństwo społeczne, określane jako bezpieczeństwo społeczno-kulturowe¹⁸⁷, pełni ważną funkcję w strukturze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, ponieważ obejmuje jednostki, grupy społeczne i państwo. Takie bezpieczeństwo zapewnia bowiem ochronę, którą dostarcza społeczeństwo własnym członkom, aby zapobiegać nędzy społecznej (wykluczeniu społecznemu) i ekonomicznej, której źródłem mogą stać się: ograniczenie zarobków, bezrobocie, choroba, macierzyństwo (szczególnie samotne rodzicielstwo), niepełnosprawność i wiek senioralny. Bezpieczeństwo społeczne stanowi więc *stan ochrony egzystencjalnych fundamentów życia ludzkiego oraz możliwość zaspokojenia jego indywidualnych potrzeb materialnych oraz duchowych, jak również zapewnienie realizacji aspiracji życiowych przez tworzenie stosownych warunków do nauki, pracy i ochronę pracy*¹⁸⁸. Bezpieczeństwo społeczne dotyczy społecznej akceptacji wobec działań organów władzy publicznej oraz istniejącej struktury społecznej¹⁸⁹. Koncepcje bezpieczeństwa społecznego państwa

¹⁸⁴ M. Leszczyński, *Wybrane aspekty bezpieczeństwa społecznego*, Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”, Ostrowiec Świętokrzyski 2011, s. 57.

¹⁸⁵ A. Skrabacz, *Bezpieczeństwo społeczne. Podstawy teoretyczne i praktyczne*, Elipsa, Warszawa 2012, s. 38.

¹⁸⁶ A. Gdula, *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego w XXI wieku*, „Kwartalnik Bellona” 2017 nr 3, s. 22.

¹⁸⁷ Zob. M. Brzeziński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 7.

¹⁸⁸ J. Ryba, M. Ogrodniczak, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 123-124.

¹⁸⁹ W. Pokruszyński, *Współczesne bezpieczeństwo narodowe. Podręcznik akademicki*, WSGE, Józefów 1999, s. 52.

opierają się na kategoriach typu: wartości typowe dla polityki społecznej, dobra i ryzyka socjalne i społeczne¹⁹⁰.

W skład bezpieczeństwa społecznego wchodzi takie komponenty, jak bezpieczeństwo: socjalne, wspólnotowe i rozwojowe¹⁹¹. W innych ujęciach bezpieczeństwa społecznego wyróżnia się aspekty – kulturowy i socjalny. Pierwszy z nich ma związek z tożsamością kolektywną (społeczną), a drugi – z tożsamością indywidualną¹⁹². Bezpieczeństwo socjalne to ochrona egzystencjalnych podstaw życia ludzi, zapewnienie im możliwości zaspokajania zindywidualizowanych potrzeb o charakterze materialnym i duchowym, aspiracji życiowych za pomocą warunków do pracy i nauki, ochrony zdrowia i gwarancji emerytalnym¹⁹³. Bezpieczeństwo rozwojowe odnosi się do ogólnych warunków wspierających postęp i rozwój obywatela w danym państwie. Państwo wpływa na szanse i możliwości rozwojowe, jakie jednostka ma do swojej dyspozycji¹⁹⁴. Bezpieczeństwo jest warunkowane przez poziom kapitału ludzkiego, warunki instytucjonalne, poziom decentralizacji państwa i stopień upodmiotowienia obywatela w danym systemie prawnym, warunki bytowe, możliwości rozwoju społecznego, strukturę społeczną i kulturę, rozwiązania prawno-organizacyjne państwa wspierające to bezpieczeństwo¹⁹⁵. Cel bezpieczeństwa rozwojowego to optymalny rozwój kapitału ludzkiego państwa. Bezpieczeństwo wspólnotowe koncentruje się na rozwoju kapitału społecznego populacji kraju, odnosząc się również do sfery doznań i emocji, doznań jednostki mających związek z poczuciem bycia częścią większej wspólnoty społeczeństwa¹⁹⁶.

Bezpieczeństwo społeczne zapewnia pomoc ludziom, którzy czasowo lub trwale okazują się niezdolni do pracy zawodowej, ponieważ znaleźli się w wyniku własnej bezradności w trudnej sytuacji życiowej lub stali się ofiarami zdarzeń losowych (niezależnych od jednostki lub/i grupy), np. pożaru, powodzi, innych klęsk żywiołowych. To bezpieczeństwo podkreśla konieczność wzmacnienia odpowiedzialności obywateli za los własny i swojego środowiska rodzinnego, by nie doszło do rozwoju i umocnienia postaw będących wynikiem syndromu wyuczonej bezradności. Działania w ramach tego

¹⁹⁰ K. Szewior, *Bezpieczeństwo społeczne państwa narodowego. Przykład Polski*, w: S. Wojciechowski, A. Wejkszner (red.), *Kluczowe determinanty bezpieczeństwa Polski na początku XXI wieku*, Difin, Warszawa 2013, s. 277.

¹⁹¹ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne Polaków wobec wyzwań XXI wieku. Zarządzanie bezpieczeństwem*, Difin, Warszawa 2011, s. 59.

¹⁹² M. Brzeziński, *Bezpieczeństwo społeczne z perspektywy bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Zeszyty Naukowe WSOWL” 2013 nr 3, s. 8.

¹⁹³ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne Polaków...*, dz. cyt., s. 57.

¹⁹⁴ E. Charymska, *Człowiek w obliczu wyzwań współczesności*, „Rozprawy Społeczne” 2015 t. 9, nr 2, s. 7.

¹⁹⁵ Zob. M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne Polaków ...*, dz. cyt., s. 58; W. Pokruszyński, J. Piwowarski, *Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka*, WSBiI „Apeiron”, Kraków 2019, s. 179.

¹⁹⁶ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne Polaków ...*, dz. cyt., s. 58.

bezpieczeństwa obejmują budowanie i wzmocnianie poczucia wspólnoty, kreowanie więzi społecznych opartych na zaufaniu¹⁹⁷. Bezpieczeństwo społeczne kształtują polityka społeczna państwa, która stanowi rezultat procesów i zjawisk społecznych wykraczających poza oddziaływanie o charakterze administracyjnym. Ważną rolę pełnią sieci wsparcia społecznego, umożliwiające kreowanie społecznego poczucia bezpieczeństwa i jakości życia, stan wzajemnej zgody społecznej, akceptacja społeczeństwa dla działań władz centralnych i samorządowych¹⁹⁸.

Bezpieczeństwu społecznemu zagrażają zjawiska typu: destabilizacja struktur społecznych, asymetryczność, dezorganizacja, niewydolność, zawodność oraz brak profesjonalizmu rządu¹⁹⁹. Analogiczne ryzyko generują: bezrobocie, ubóstwo, pauperyzacja społeczeństwa, wykluczenie społeczne, masowa migracja, brak asymilacji kulturowej mniejszości narodowych i emigrantów, przestępczość, patologie społeczne (np. przemoc domowa, narkomania, alkoholizm, przemoc seksualna), naruszanie i łamanie praw człowieka²⁰⁰.

Definicja pojęcia *bezpieczeństwo społeczne* wskazuje *zrównoważony rozwój, dążenie do dobrobytu oraz zapewnienie wysokiej, jakości życia mieszkańców państwa, wyrażanej w szeroko pojmowanej ochronie praw człowieka*²⁰¹. Wskazuje na ludzką, podstawową potrzebę bezpieczeństwa, która zapewnia jednostce trwanie, funkcjonowanie i rozwój²⁰². We wskazanej wcześniej definicji *bezpieczeństwa społecznego* ujęto potrzeby bezpieczeństwa społecznego jednostki, grupy i społeczeństwa. Nie ograniczają się one do doświadczania braku zagrożeń, środków, obaw i lęku, optymalnych warunków socjalnych, ale obejmują także szansę na rozwój²⁰³. Marian Kowalewski uważa, że potrzeby społeczne bezpieczeństwa stanowią *typ potrzeb społeczności, narodów, grup i jednostek, których zaspokojenie wymaga istnienia i działania organizacji społecznych zmierzających*

¹⁹⁷ M. Leszczyński, *Wybrane aspekty bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 57-58.

¹⁹⁸ Zob. R. Jakubczak, R. Kalinowski, K. Loranty, *Bezpieczeństwo ...*, dz. cyt., s. 62-63; S. Janczewska, *Migracja a bezpieczeństwo społeczne w Polsce*, „Systemy Logistyczne Wojsk” 2017 nr 46, s. 80.

¹⁹⁹ W. Pokruszyński, J. Piwowarski, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 184.

²⁰⁰ Zob. J. Ryba, M. Ogródniczak, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 124; M. Leszczyński, *Wybrane obszary zagrożeń dla rozwoju społeczno-ekonomicznego i bezpieczeństwa społecznego*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A. Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne” 2012 nr 1, s. 53-54; S. Janczewska, *Migracja...*, dz. cyt., s. 81; P. Lizakowski, M. Fitas, A. Krampichowski, M. Ponichtera, *Uwarunkowania bezpieczeństwa społeczności lokalnych*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny” 2017 nr 4, s. 167-168.

²⁰¹ Cyt. za: M. Czapski, *Bezpieczeństwo społeczne w Polsce*, „Gumanitarny Korpuz” 2019 nr 30, s. 48.

²⁰² S. Topolewski, P. Żarkowski, *Współczesny wymiar bezpieczeństwa narodowego (wybrane zagadnienia)*, UP-H, Siedlce 2015, s. 16.

²⁰³ Zob. M.I. Zawartka-Czekaj, *Bezpieczeństwo społeczne osób starszych w aspekcie systemu wsparcia społecznego na przykładzie Siemianowic Śląskich*, „Annales Universitatis Mariae Curiae-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J” 2016 vol. 29, z. 1, s. 141; A. Korcz, *Bezpieczeństwo społeczne Rzeczypospolitej Polskiej*, za: www.adamkorcz.w.interia.pl/pol.pdf, dostęp: 10.02.2021.

do osiągnięcia założonych celów bezpieczeństwa z równoczesną oceną skutków działania w tym obszarze²⁰⁴. Takie potrzeby cechują się dużym zróżnicowaniem. Zalicza się do nich zapewnienie warunków do funkcjonowania i rozwoju podmiotów będących uczestnikami życia społecznego, społeczeństwa obywatelskiego, dostępu do edukacji i rynków pracy, instytucji kulturalnych i sportowych, harmonijnego funkcjonowania społeczeństwa i jego członków zdolnego do przestrzegania norm prawnych i społecznych, tolerancji, rozwoju i adaptacji do nowych wyzwań, jak również do kreowania własnej tożsamości i aspiracji.

Bezpieczeństwo społeczne ma wspierać zaspokojenie różnych rodzajów bezpieczeństwa wskazanych, np. przez Masłowa za pomocą piramidy potrzeb. Przyczynia się także do wzmocnienia odpowiedzialności jednostki za swój los i położenie członków swojego środowiska rodzinnego. Pomoc zapewniana przez państwo i społeczeństwo w sytuacjach kryzysowych nie może spowodować wykształcenia się u beneficjentów wyuczonej bezradności, która powoduje, że okazują się niezdolni do samodzielnego rozwiązywania własnych problemów i pokonywania trudności. Zapobiegać temu ma kreowanie dla populacji warunków rozwojowych, aby dzięki temu mogli oni korzystać z edukacji, kultury i uczestniczyć w różnych przejawach życia społecznego, zyskując tym samym wsparcie dla zaspokojenia własnych potrzeb i aspiracji²⁰⁵.

W ujęciu psychologii humanistycznej i psychoanalizy bezpieczeństwo społeczne można opisać za pomocą wskaźników, do których należy gwarancja przetrwania danego podmiotu w stanie nienaruszalnym oraz pewność. Wskazano główne potrzeby społeczne, jakich doświadcza jednostka, grupa i społeczeństwo. Potrzebują gwarancji przetrwania, aby zapewnić sobie możliwość istnienia i przetrwania, warunki zachowania tożsamości i podejmowania aktywności, zaspokojenia rudymenarnych potrzeb, ochrona przed utratą, zachowanie integralności i niepodległości, profilaktyka konfliktów, doświadczenie szczęśliwego życia. Drugi ze wskazanych wskaźników bezpieczeństwa społecznego, czyli pewność, odnosi się do potrzeby, jaką jest *obiektywna gwarancja nienaruszalnego przetrwania i swobód rozwojowych*²⁰⁶. Ludzie pragną zapewnienia, że będą mogli podejmować działania w atmosferze spokoju i zadowolenia²⁰⁷. W takich warunkach mogą podejmować różne formy aktywności i rozwijać się.

²⁰⁴ M. Kowalewski, *Aspekty bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*, OWPW, Warszawa 2015, s. 79.

²⁰⁵ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne w wymiarze lokalnym*, „Biuletyn Polska Akademia Nauk. Komitet Przestrzennego zagospodarowania Kraju” 2014 nr 253, s. 176.

²⁰⁶ W. Pokruszyński, J. Piwowarski, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 180.

²⁰⁷ Tamże, s. 180.

2.5. Koordynaty bezpieczeństwa zdrowotnego

Zdrowie jest przedmiotem ochrony jednostki, społeczeństwa i państwa, ponieważ stanowi istotną wartość jako *całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny*²⁰⁸. Jest to stan wolny od choroby, niedomagań i złego samopoczucia. Zdrowie ujęte w sposób dynamiczny cechuje się przystosowaniem się organizmu do warunków, które dotyczą sfery biologicznej, psychicznej i społecznej²⁰⁹. Stan zdrowotny warunkuje dobrą kondycję podmiotu i jego szanse na funkcjonowanie i rozwój²¹⁰. W związku z tym zdrowie staje się przedmiotem ochrony i zabezpieczenia, ponieważ sprowadza się do zdolności do życia jednostki, grupy czy społeczeństwa, czyli obiektu biologicznego. Taka zdolność stanowi elementarny elementem zdrowia²¹¹. Zdrowie jest obecnie postrzegane nie tylko jako wartość sama w sobie, ale przede wszystkim jako element postępu społecznego i ekonomicznego oraz element determinujący wartość zasobów ludzkich (społecznych) w danym państwie²¹².

Bezpieczeństwo zdrowotne bywa utożsamiane z dobrem i wartością, które mają charakter indywidualny i społeczny. W ujęciu społecznym stanowi ono *zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mających na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności*²¹³. Zatem bezpieczeństwo zdrowotne należy postrzegać w kontekście bezpieczeństwa państwowego (nawet globalnego²¹⁴), społecznego oraz indywidualnego (jednostkowego). W tym ostatnim przypadku na pojedynczym człowieku ciąży obowiązek troski o własne zdrowie, jak również o zachowania prozdrowotne członków swojego środowiska rodzinnego. Do jego obowiązków

²⁰⁸ Z. Woźniak, w stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004 z. 1, s. 161.

²⁰⁹ K. Błaszczyk, D. Rynkowska, *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej. Podręcznik dla studentów*, WUR, Rzeszów 2014, s. 14.

²¹⁰ Zob. E. Włodarczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne*, w: O. Wasiuta, R. Klepska, R. Kopec (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, Libron, Warszawa 2018, s. 171-172; M. Glin, *Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa ochrony zdrowia w Polsce*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Res Polticae” 2016 t. 8, s. 115; K. Harasim, *Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 2018 nr 29, s. 62-63.

²¹¹ J. Stańczyk, *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny*, w: M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski (red.), J. Ważniewska, *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, „Monografia nr 128” WUP-H, Siedlce 2011, s. 21.

²¹² W.A. Zatoński, M. Mańczuk, U. Sułkowska, *Wyrównanie różnic w zdrowiu między krajami Unii Europejskiej*, CO-IMS-C, Warszawa 2011, s. 13.

²¹³ M. Stańczyk-Minkiewicz, *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka w państwach dysfunkcyjnych Afryki. Czy to w ogóle możliwe?*, w: M. Borkowski, A. Wesolowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, WGSW, Gdańsk 2013, s. 44.

²¹⁴ Zob. M.J. Zabielska, *Sytuacja zdrowotna na świecie a proces globalizacji*, w: K. Pujer (red.), *Zdrowie i choroba w ujęciu socjomedycznym. Monografia*, Exante, Wrocław 2017, s. 16-17.

zalicza się więc zdobywanie podstawowych informacji z zakresu edukacji zdrowotnej, aby za ich pomocą wieść zdrowe życie, czyli zdrowy styl życia. Do jego elementów należą: racjonalna i zbilansowana dieta, optymalny poziom aktywności fizycznej i wypoczynku, satysfakcjonująca aktywność społeczna, troska o higienę, diagnostykę i profilaktykę zdrowotną, także za sprawą przeprowadzania badań kontrolnych, podejmowanie leczenia w razie wystąpienia choroby²¹⁵ itd. Stosunek jednostki wobec własnego bezpieczeństwa zdrowotnego to rezultat oddziaływania społecznych wzorów zachowań zdrowotnych, norm i postaw. Stanowi rezultat wpływu zdrowotnej polityki państwa i przekazów medialnych. Dzięki nim jednostka zostaje przekonana, że jest zobowiązana do troski o zdrowie, ponieważ stanowi ono dobro społeczne²¹⁶. Brak przestrzegania norm zdrowotnych jest więc traktowane jako przejaw odrzucenia wartości społecznych i źródło ryzyka dla zdrowia publicznego oraz potencjału państwa, który jest potrzebny, aby nieść pomoc osobom chorym z powodu braku troski o własny stan zdrowia. Rozpatrywanie chorób cywilizacyjnych (np. nadciśnienia, cukrzycy i otyłości) w kategoriach obciążeń finansowych dla systemu opieki zdrowotnej – lokuje działanie prozdrowotne jednostki jako przejaw świadomości zdrowotnej, odpowiedzialności wobec własnego potencjału i społeczeństwa, którego jest częścią.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie publiczne to *nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia przez zorganizowany wysiłek społeczeństwa*²¹⁷. Zdrowie publiczne stanowi element bezpieczeństwa społecznego. Bezpieczeństwo zdrowotne należy do kluczowych sfer ludzkiego życia, wartości społecznych i elementów bezpieczeństwa państwa²¹⁸. Zdrowie publiczne i jednostkowe stanowi wartość, która jest chroniona przez normy prawne. w polskim systemie prawnym gwarantuje to norma konstytucyjna zawarta w art. 68 Konstytucji RP²¹⁹, ustawach²²⁰ i aktach wykonawczych.

²¹⁵ Zob. M. Żmuda-Pałka, M. Siwek M., *Uczestnictwo w fitness klubach i siłowniach jako jeden z elementów zdrowego stylu życia mieszkańców Krakowa*, „Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie. Sport i Turystyka. Środkowoeuropejskie Czasopismo Naukowe” 2018 t.1, nr 2; M. Kowalski, W. Malinowski, P. Kowalski, *Elementy prozdrowotnego stylu życia studentów kierunków nauczycielskich na tle oddziaływań edukacyjnych*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Kultura Fizyczna” 2005 z. 6; T. Niewiadomska, M. Napierała, M. Pezala, W. Zukow, *Aktywność fizyczna i odżywiania w zdrowym stylu życia uczniów w wieku 10-13 lat ze Szkoły Podstawowej nr 9 w Inowrocławiu*, „Journal of Education, Health and Sport” 2015 nr 5; L. Sękowska, *Styl życia a choroby cywilizacyjne*, „Idö – Ruch dla Kultury. Rocznik naukowy” 2004 nr 4; E. Włodarczyk, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 173.

²¹⁶ Zob. P. Szulich, *Kategorie bezpieczeństwa w naukach społecznych – wybrane elementy*, w: A. Szylar, B. Zięba-Kołodziej, P. Maciaszczyk (red.), *Bezpieczeństwo. Wybrane aspekty*, PWSZ, Tarnobrzeg 2015.

²¹⁷ Cyt. za: J. Szymańczak, *Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia*, w: G. Ciura (red.), *Zdrowie Polaków*, „Studia BAS” 2009 nr 4, s. 222.

²¹⁸ M. Skarżyński, *Możliwości zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce (wybrane aspekty)*, „Nowiny Lekarskie” 2012 nr 5, s. 516.

²¹⁹ Zob. M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, za: https://nil.org.pl/uploaded_files/1579510028_11-mikos.pdf, dostęp: 22.02.2021.

Państwo kreuje podstawy prawno-organizacyjne ochrony zdrowia, prowadzi politykę zdrowotną²²¹. Zgodnie z zapisem w *Narodowym Programie zdrowia na lata 2007-2015*, celem działania państwa stało się *zjednoczenie wysiłków społeczeństwa i administracji publicznej prowadzące do zmniejszenia nierówności i poprawy stanu zdrowia, a tym samym jakości życia Polaków*²²².

Zdrowie jednostkowe i zdrowie publiczne to wartości, które należy chronić. Modyfikacja bezpieczeństwa przyczyniła się do tego, że mówimy o bezpieczeństwie zdrowotnym. Według Izabeli A. Trzypil, również i ono stanowi nieocenioną wartość społeczną, która jest tożsama z upragnionym dobrostanem. Ów pożądany stan *zależy od samego człowieka, ale też od działań profilaktycznych i systemowych rozwiązań instytucjonalnych i finansowych w zakresie opieki zdrowotnej*²²³.

Termin *bezpieczeństwo zdrowotne* nie posiada uniwersalnej definicji, mimo że jest często używane w prawie międzynarodowym i polskich strategiach bezpieczeństwa. W szerokim ujęciu pojęcie *bezpieczeństwo zdrowotne* dotyczy wszystkiego, *co bezpośrednio wpływa lub pośrednio wpływa na (...) życie człowieka lub społeczeństwa*²²⁴. J. Ruskowski uważa, że brak bezpieczeństwa zdrowotnego stanowi subiektywne poczucie zagrożenia, które występuje u *pacjentów i ich rodziny w sytuacji choroby*. Ten stan lokuje się w opozycji do bezpieczeństwa zdrowotnego, które autor utożsamia z osiągnięciem przez nich pełnego dobrostanu. Termin *bezpieczeństwo zdrowotne* bywa definiowany wąsko. WHO w 2001 roku uznało, że stanowi ono uzewnętrznienie w globalnej strategii, która służy zapobieganiu chorobom zakaźnym. w innym, równie wąskim ujęciu, ten termin wskazuje wyłącznie

²²⁰ Zob. *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzecznika Praw Pacjenta* (Dz. U. 2020 r., poz. 849), *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135, z późn. zm.).

²²¹ Na tę politykę składają się: monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa, podejmowanie walki z chorobami cywilizacyjnymi i mającymi znaczenie społeczne, urazami i wypadkami; diagnoza, identyfikacja i zwalczanie zagrożeń dla zdrowia publicznego obecnych w środowisku antropologicznym (miejsce pracy, zamieszkania, odpoczynku) i przyrodniczym. Państwo odpowiada także za nadzór epidemiologiczny i nad zagrożeniami środowiskowymi, zarządza opieką zdrowotną, ekonomiką zdrowia, system ochrony zdrowia (aspektem organizacyjnym i finansowym jego działania), jak również za ocenę jakości dostępnych świadczeń zdrowotnych, kwestii prawnych w medycynie, bioetyce i orzecznictwie lekarskim. Polityka zdrowotna państwa obejmuje również: profilaktykę indywidualną i o zasięgu społecznym, funkcjonowanie służb zapobiegawczych i poradnictwa, podstawowa opieka zdrowotna, funkcjonowanie opieki zdrowotnej organizowanej przez podmioty pozarządowe (J. Szymańczak, *Zdrowie...*, dz. cyt., s. 223-224; M. Glin, *Współczesne...*, dz. cyt., s. 118).

²²² *Narodowy program zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007*, s. 7.

²²³ I.A. Trzypil, *System ochrony zdrowia a bezpieczeństwo zdrowotne*, w: M. Cieślarczyk, I.A. Trzypil, D. Zbroszczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, UP-H, Siedlce 2017, s. 78.

²²⁴ B. Sikorski, *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka*, w: M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski (red.), J. Ważniewska, *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, „Monografia nr 128” WUP-H, Siedlce 2011, s. 50.

ochronę przed zagrożeniami zewnętrznymi, co powoduje, że nie jest ono tożsame ze znaczeniem pojęć *zdrowie publiczne* i *polityka zdrowotna*. Wzrasta rola bezpieczeństwa zdrowotnego wśród komponentów bezpieczeństwa wewnętrznego państwa²²⁵.

Paweł Grzywna uważa, że za pomocą terminu *bezpieczeństwo zdrowotne* należy rozumieć *zapewnienie przez państwo oraz jego agendy 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*²²⁶. Poziom tego bezpieczeństwa jest determinowany przez dostępność do ochrony zdrowia²²⁷. Nie można zapomnieć, że na to bezpieczeństwo składają się zabezpieczenie przed ryzykiem choroby, utraty zdrowia lub życia oraz przed ich skutkami, głównie tymi o charakterze finansowym²²⁸, społecznym i emocjonalnym. Te skutki choroby i utraty zdrowia są szczególnie widoczne w przypadku osób przewlekle chorych lub/i niepełnosprawnych²²⁹.

Stanisław Jarmoszko wychodzi z założenia, że *bezpieczeństwo zdrowotne* jest zjawiskiem, które nie ogranicza się do analizy zagrożeń zdrowotnych, ponieważ obejmuje także szanse generowane przez zdobycze cywilizacyjne, do których należą m.in. nowoczesne procedury diagnostyczne, sposoby leczenia, profilaktyki, edukacji i promocji zdrowotnej oraz kształtowania i wdrażania polityki zdrowotnej. Równocześnie ciężar obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego jest przenoszony z jednostki na *wymiar zbiorowy*, kiedy to bezpieczeństwo dotyczy zapobiegania chorobom i podnoszenia zdrowotnej świadomości społeczeństwa²³⁰.

W ujęciu systemowym, na co wskazuje Jerzy Konieczny, bezpieczeństwo zdrowotne jest uzyskiwane, kiedy *państwo oraz jego obywatele są przygotowani do ochrony zdrowia*

²²⁵ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, WUŚ, Katowice 2017, s. 37.

²²⁶ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne – wprowadzenie do problematyki*, „Studia Politicae Universitatis Solesiensis” 2015 t. 14, s. 116.

²²⁷ Takie ujęcie terminu „bezpieczeństwo zdrowotne” akceptuje także K. Harasim (K. Harasim, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 65-66).

²²⁸ D. Cianciara, N.J. Wysocki, *Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego – panaceum czy placebo?*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2006 nr 2, s. 79.

²²⁹ Zob. A. Owoc, T. Gajewski, J. Kotula, *Wybrane zagadnienia niepełnosprawności a aktywność zawodowa*, w: A. Owoc, Z. Wołek (red.), *Niepełnosprawność – cywilizacyjne wyzwanie. Prewencja i wsparcie*, LWSZP, Zielona Góra 2012; G. Bręczewski, *Wybrane psychospołeczne aspekty niepełnosprawności. w kierunku rozwojowej wizji procesu rehabilitacji*, AWF, Poznań 2010; J. Śledzianowski, *Niepełnosprawni i „pełnosprawni”*, Jedność, Kielce 2012; P. Lizakowski, M. Malewski, *Bezpieczeństwo społeczne osób niepełnosprawnych w świetle działań podejmowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny” 2019 nr 2.

²³⁰ S. Jarmoszko, *O bezpieczeństwie zdrowotnym z perspektywy antropologii bezpieczeństwa*, w: M. Cieślarczyk, I.A. Trzpił, D. Zbrozczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, UP-H, Siedlce 2017, s. 49.

*i życia w warunkach normalnych i sytuacjach kryzysowych, poprzez ustawiczne monitorowanie zagrożeń, prowadzenie odpowiedniej profilaktyki, podejmowanie niezbędnych działań w celu ratowania ludzi, mienia i środowiska oraz zapewnienie poszkodowanym dostępu do odpowiednich środków leczenia (szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe, środki leczenia oparzeń, środki leczenia ostrych zatruc, centra rehabilitacyjne, centrum pomocy psychologicznej) oraz przywracanie środowiska do stanu równowagi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, prawnej i nauki do bezpieczeństwa*²³¹.

Bezpieczeństwo zdrowotne to stan zdrowotny populacji: społeczeństwa lub grupy oraz jednostki, determinowany przez efekty zdrowotne rozpatrywane w skali społecznej. Są rezultatem oddziaływania obiektywnych czynników (np. polityka zdrowotna, dostępność do usług medycznych i leków²³², praktyki zdrowotne, styl życia, jakość produktów spożywczych) i subiektywnych, poczucie zagrożenia. Bezpieczeństwo zdrowotne wykracza poza ochronę zdrowia, która stanowi wyłącznie jego element składowy. Niekiedy dochodzi do błędnego rozróżnienia systemu bezpieczeństwa zdrowotnego i systemu ochrony zdrowia, co obserwujemy m.in. w *Strategii Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*²³³. Nie można także zapomnieć, że bezpieczeństwo zdrowotne jest utożsamiane z subiektywnym poczuciem zagrożenia, jakiego doświadcza pacjent oraz członkowie jego rodziny w sytuacji choroby²³⁴. To bezpieczeństwo bywa utożsamiane z dobrostanem fizycznym i psychicznym, spadkiem umieralności, zachorowań, niepełnosprawności i wzrostem postrzeganego poziomu zdrowia. Do cech bezpieczeństwa zdrowotnego zalicza się wzrost liczby lat życia w zdrowiu i lat skorelowanych niepełnosprawnością przy spadku liczby zgonów, zachorowań, urazów oraz ich skutków²³⁵.

Bezpieczeństwo zdrowotne jest kształtowane przez determinanty świadomościowe, organizacyjne, materialne i środowiskowe²³⁶. Taką rolę odgrywają potrzeby społecznościowe (makrospokopowe) i techniczne (parametryczne), wskaźniki makroskopowe (średni wiek

²³¹ J. Konieczny, L. Dajerling, *Bezpieczeństwo zdrowotne w badaniach zintegrowanych*, w: J. Konieczny, L. Dajerling, *Bezpieczeństwo zdrowotne. Postępy monitorowanie, obrazowania stanu zdrowia i środowiska*, WNUAM, Poznań 2019, s. 16.

²³² Zob. M. Borkowski, *Bezpieczeństwo zdrowotne – wybrane prawa pacjenta w aptece*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate” 2019 nr 3.

²³³ M. Borkowski, *Pacjent (konsument) i jego miejsce w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego*, za: <https://wpia.uwm.edu.pl/czasopisma/sites/default/files/uploads/KPP-Monografie/8/76-83.pdf>, dostęp: 23.02.2021, s. 75.

²³⁴ B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2016 nr 1, s. 37.

²³⁵ C.W. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane problemy*, WUJ, Kraków 2007, s. 22-23.

²³⁶ A. Trzpił, *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, w: M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski (red.), J. Ważniewska, *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, „Monografia nr 128” WUP-H, Siedlce 2011, s. 37.

obywatela i średnia długość jego życia, wskaźnik umieralności i zapadalności na choroby cywilizacyjne, stosunek obywateli zdolnych do pracy zawodowej do ogólnej liczby ludności w wieku produkcyjnym, wielkość przyrostu naturalnego)²³⁷. Ważną rolę ogrywają także obecne możliwości gospodarcze i finansowe państwa, aktualna sytuacja polityczna i społeczna, wpływ mediów i koncernów farmaceutycznych²³⁸.

Zbigniew Woźniak uważa, że współczynnik bezpieczeństwa zdrowotnego to wypadkowa posiadanych zasobów i potencjału, jaki jest ulokowany poza systemem danej grupy (zbiorowości, społeczności). Wspomniane zasoby można podzielić na: ludzkie (liczba, jakość, stan zdrowia członków zbiorowości), materialne (dostępne dochody, zasobność społeczności, gospodarstw domowych), strukturalne (typy rodzin, konfiguracje stosunków społecznych w zbiorowości), funkcjonalne (statusy i role społeczne) oraz zdolności adaptacyjne (odporność na kryzys, stosowane i dostępne wzory radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych). Natomiast potencjał, jaki znajduje się poza daną zbiorowością, to: zasięg i sieci powiązań społecznych, charakter zaplecza instytucjonalnego, system zabezpieczeń społecznych, dostępność innych systemów wsparcia społecznego, system sygnałowy wspierający szybkie reagowanie dzięki zasobom znajdującym się poza daną zbiorowością²³⁹.

Bezpieczeństwo zdrowotne można ujmować w sposób obiektywnym i subiektywnym. w pierwszym przypadku wyraża się za pomocą prawa do zapewnienia ochrony zdrowia łącznie z dostępem do świadczeń medycznych zgodnie z zachowaniem zasady równości. W drugim przypadku mamy do czynienia z oczekiwaniami społecznymi wobec systemu ochrony zdrowia lub/i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Kluczową rolę pełnią: spełnienie żądań dotyczących zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, stopień ich zaspokojenia, wpływający na subiektywne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego²⁴⁰. Na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego oddziałują także czynniki typu: wiedza o organizacji systemu ochrony zdrowia, dostępność dla pacjentów usług medycznych świadczonej przez ten system, ograniczenie barier, poczucie równości beneficjentów, charakter relacji zachodzących między pacjentem a organizacją, stabilność reguł postępowania, troska o jakość zapewnianych świadczeń medycznych²⁴¹ itd.

²³⁷ B. Bober, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 35, 38.

²³⁸ A. Ameljańczyk, T. Ameljańczyk, *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego w państwie i jego zagrożenia*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych. Szkoła Główna Handlowa” 2012 nr 25, s. 10.

²³⁹ Z. Woźniak, w *stronę...*, dz. cyt., s. 167-168.

²⁴⁰ P. Grzywina, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 118.

²⁴¹ K. Harasim, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 64.

2.6. Wnioski

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakie są właściwości i atrybuty bezpieczeństwa oddziałujące na podmioty z bezsilnością ruchową?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.1. zakłada się, że odejście od koncepcji bezpieczeństwa militarnego na rzecz bezpieczeństwa wewnętrznego spowodowało, że jego podmiotem stali się także społeczeństwo i pojedynczy obywatel. Dokonana zmiana przyczyniła się do uwzględnienia postrzegania bezpieczeństwa przez pryzmat jego cech, uwarunkowań, percepcji i wpływu, jaki wywiera ono na funkcjonowanie jednostki i grupy społecznej (społeczeństwa, narodu). Potrzeba zapewnienia populacji bezpiecznych warunków istnienia została uznana za cel różnych typów bezpieczeństwa wewnętrznego, w tym – bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego. Dzięki nim jednostka i grupa może w pełni wykorzystać posiadane zasoby, a także liczyć na wsparcie, kiedy zaistniałe wyzwania przekraczają jej możliwości.*

W konsekwencji powyższego sformułowano następujące wnioski:

- odejście od militarnego ujęcia bezpieczeństwa stworzyło warunki, dzięki którym coraz silniejszą rolę ogrywa postrzeganie bezpieczeństwa z perspektywy narodu, społeczeństwa i jednostki;
- bezpieczeństwo jest zjawiskiem, które z uwagi na jego właściwości: złożony charakter (subiektywny lub obiektywny, stan lub proces), zróżnicowany przedmiot i podmiot ochrony, dynamikę, mierzalność – wykazuje się zdolnością dopasowania do licznych grup podmiotów;
- atrybuty bezpieczeństwa wskazują na jego znaczenie w życiu jednostki, grup, społeczności i narodu, dla których stanowi ono kluczową wartość i potrzebę, bez którego nie mogą istnieć, funkcjonować i rozwijać się. Z tego powodu te podmioty podejmują różne działania dla utrzymania tego stanu, uwzględniając procesowy charakter bezpieczeństwa, który wymaga od nich aktywności, celowego działania i współdziałania;
- aby zapewnić podmiotom: jednostce, grupie społecznej i społeczeństwu optymalny, oczekiwany poziom bezpieczeństwa, należy uwzględnić obiektywne i subiektywne

ujęcie tego zjawiska. Konieczna jest dwutorowa diagnoza bezpieczeństwa, ponieważ oba sposoby jego postrzegania są ze sobą powiązane;

- dążenie do zapewnienia populacji bezpiecznych warunków istnienia i rozwoju wiąże się z umożliwieniem jej zaspokojenia potrzeb społecznych. Wymaga zagwarantowania mu bezpieczeństwa społecznego, które wspiera funkcjonowanie, rozwój, zadowolenie i wykorzystanie posiadanego potencjału przez jednostki i grupy społeczne, a także zapewnia im wsparcie i pomoc w chwili kryzysu;
- jednostka może wykorzystać własny potencjał i prowadzić wartościowe życie, jeżeli jest zdrowa i podejmuje zachowania prozdrowotne. To wymaga objęcia jej systemem ochrony zdrowia, edukacji i promocji zdrowotnej, a także zapewnienia jej opieki zdrowotną w przypadku wystąpienia choroby (długotrwałej choroby) lub/i niepełnosprawności, aby dzięki terapii i rehabilitacji, mogła zaspokajać swoje potrzeby;
- dostrzeżono potencjał i znaczenie bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego, ale oba te typy bezpieczeństwa nie zostały dotąd dostatecznie scharakteryzowane. Nie wypracowano nadal adekwatnych modeli teoretycznych, dlatego wykorzystuje się koncepcje i ujęcia opracowane przez nauki społeczne, medyczne czy polityczne. Prowadzi do to sytuacji, w której nie określono ram, definicji i kluczowych właściwości bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego;
- dla grupy i jednostki bezpieczeństwo, w tym to społeczne i zdrowotne, to zjawiska, które cechują się dynamiką, złożonością i powiązaniem z innymi typami bezpieczeństwa. Można je ujmować w sposób subiektywny i obiektywny, widząc w nich stan lub proces, który należy nieustannie badać, oceniać i optymalizować.

3. BEZPIECZEŃSTWO PERSONALNE I JEGO WYMIARY

Uznanie człowieka za podmiot bezpieczeństwa przyczyniło się do wyróżnienia wśród rodzajów bezpieczeństwa – bezpieczeństwa personalnego, które z czasem stało się przedmiotem rozważań i koncepcji naukowych.

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakimi właściwościami, wymiarami i zagrożeniami cechuje się bezpieczeństwo personalne?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.2. przypuszcza się, że bezpieczeństwo personalne to stan braku zagrożeń dla przetrwania, funkcjonowania i rozwoju potencjału człowieka lub ludzkiej zbiorowości. Nie ogranicza się ono do ochrony życia, ludzkiej godności i zdrowia ludzi w czasie sytuacji wyjątkowych (kryzysu militarnego czy naturalnego), ale obejmuje – wszystkie prawa człowieka. Uwzględnia jego aktywność na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa osobowego sobie i bliskim, ale również obejmuje działania instytucjonalne (państwowe) i społeczne, kiedy dana jednostka czy zbiorowość ludzka potrzebuje pomocy i wsparcia w przypadku nagłego ograniczenia (lub braku) możliwości codziennego funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej. Bezpieczeństwo personalne jest podatne na zagrożenia zewnętrzne, napływające z otoczenia jednostki czy ludzkiej zbiorowości, oraz wewnętrzne – powiązane z cechami podmiotu bezpieczeństwa. Cechy współczesnej cywilizacji i kultury powodują, że bezpieczeństwo to jest zagrożone w obu tych wymiarach. Bezpieczeństwo personalne, cywilizacja i kultura mają charakter społeczny, w rezultacie poczucie bezpieczeństwa jednostki lub/i grupy społecznej jest determinowane przez twory kulturowe i cywilizacyjne, ponieważ stanowią one stały element najbliższego otoczenia i świadomości ludzi.*

Dla uzyskania odpowiedzi na przedstawiony powyżej problem badaczy i możliwości weryfikacji przywołanej hipotezy posłużono się następującymi metodami badawczymi:

- analizą – zastosowaną głównie w badaniu literatury przedmiotu;
- syntezą – użytą dla scalania wyników analizy w syntetyczną całość;
- analogią – zastosowaną dla logicznego sformułowania wniosków;
- uogólnieniem – użytym dla połączenia faktów – dzięki podobieństwu przy wskazaniu tendencji lub dominujących cech bezpieczeństwa i jego przejawów;

- abstrahowanie – zastosowane do wyróżniania lub pominięcia określonych elementów, które stanowiły rezultat analizy literatury przedmiotu;
- dedukcję – wykorzystaną dla uogólnienia opracowanych wniosków.

3.1. Teorie i właściwości bezpieczeństwa osobistego

Wyodrębnienie bezpieczeństwa personalnego należy uznać za przejaw i rezultat poszerzania i pogłębiania bezpieczeństwa. w nowym ujęciu bezpieczeństwa więcej uwagi poświęcono podmiotowemu i przedmiotowemu aspektowi bezpieczeństwa²⁴². Szczególnie istotne stało się upodmiotowienie bezpieczeństwa, dlatego uznano człowieka za podmiot bezpieczeństwa. w wyniku tej tendencji, zaczęto uwzględniać i łączyć z nim nowe treści bezpieczeństwa²⁴³. Wcześniej indywidualnym wymiarem bezpieczeństwa nie zainteresowały się realistyczne teorie bezpieczeństwa²⁴⁴, postrzegające ludzi jak członków grupy powiązanych relacjami lojalności. Uznawały państwo za główny podmiot bezpieczeństwa. Sytuacja uległa zmianie w XX wieku w wyniku rozwoju liberalnych i krytycznych teorii bezpieczeństwa²⁴⁵. Uznano, że bezpieczeństwo może być rozpatrywane z perspektywy pojedynczej osoby, więc mamy do czynienia z tzw. *ludzkim bezpieczeństwem* (ang. *human security*), które odnosi się do bezpieczeństwa jednostek ludzkich²⁴⁶. Ten proces wspierała filozofia praktyczna, przyczyniając się do rozwoju filozofii bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego, która uwzględniała subiektywny i antropocentryczny charakter bezpieczeństwa, odwołując się do wielowiekowej tradycji afirmacji człowieka w myśli filozoficznej²⁴⁷. Wyodrębnienie bezpieczeństwa personalnego stanowiło rezultat uznania istotnej roli poczucia bezpieczeństwa ludności oraz wyjścia poza tradycyjne, militarne i polityczne pojmowanie bezpieczeństwa. Wskazane czynniki przyczyniły się do postrzegania bezpieczeństwa w powiązaniu z bezpośrednim zagrożeniem. Percepcja ryzyka jest generowana przez stan psychiczny lub/i świadomościowy, który wpływa na sposób postrzegania i ocenę zagrożenia²⁴⁸. Bezpieczeństwo odnosi się do sfery psychologicznej,

²⁴² A. Gdula, *Wybrane historyczne i współczesne koncepcje bezpieczeństwa*, „Doktrina. Studia Społeczno-Polityczne” 2011 nr 8, s. 72-73.

²⁴³ M. Brzeziński, *Bezpieczeństwo ...*, dz. cyt., s. 6-7.

²⁴⁴ Zob. A. Urbanek, *Realistyczna wizja bezpieczeństwa – próba systematyzacji koncepcji*, „Security, Economy & Law” 2017 nr 4.

²⁴⁵ Zob. A. Urbanek, *Ludzki wymiar bezpieczeństwa*, w: A. Urbanek (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa. Dziedziny bezpieczeństwa*, WS-P, Słupsk 2013, s. 42-43.

²⁴⁶ R. Zięba, *Teoria...*, dz. cyt., s. 90.

²⁴⁷ D.P. Mikołajczyk, *Sprawność terytorialnego systemu zarządzania kryzysowego*, WUŁ, Łódź 2019, s. 13.

²⁴⁸ T. Wałek, *Wielowymiarowość...*, dz. cyt., s. 706-707.

ma charakter społeczny lub personalny. Subiektywne czynniki nie determinują rzeczywistego stanu bezpieczeństwa, ale pełnią ważną rolę w procesie jego kształtowania²⁴⁹. Obecnie rozważania o bezpieczeństwie koncentrują się wokół nurtu strukturalnego lub personalnego. Bezpieczeństwo strukturalne ma związek z zapewnieniem właściwej organizacji struktur o charakterze militarnym i porządkowym, prawidłowym funkcjonowaniem instytucji państwowych, organizacji międzynarodowych. w gestii wspomnianych podmiotów pozostaje odpowiedzialność za utrzymanie stanu pokoju i spokoju wewnętrznego, podjęcie działań militarnych (siłowych, zbrojnych) dla ich przywrócenia. Bezpieczeństwo personalne skupia się na zapewnieniu *człowiekowi koniecznych warunków utrzymania życia i zdrowia oraz potencjału tego człowieczeństwa*²⁵⁰. Jego opis wymaga uwzględnienia zagadnień typu: diagnoza i zaspokajanie ludzkich potrzeb, ochrona ludzi (i ich potrzeb) przed zagrożeniami²⁵¹.

Bezpieczeństwo jednostkowe czy osobiste stało się przedmiotem zainteresowania środowiska naukowego i prawnego. Ten proces to rezultat zmian postrzegania natury bezpieczeństwa, zachodzących co najmniej od lat 90. XX wieku. Współczesne dyskusje o bezpieczeństwie obejmują zagadnienia związane z bezpieczeństwem personalnym²⁵².

Bezpieczeństwo to dobro publiczne i indywidualne, które przysługuje każdemu członkowi zbiorowości. w wymiarze instytucjonalnym państwo odpowiada za wytwarzanie bezpieczeństwa publicznego, a w wymiarze indywidualnym – obywatel²⁵³. Ten ostatni jak każdy podmiot bezpieczeństwa to *świadomie istniejący i celowo działający podmiot (indywidualny lub zbiorowy), rozpatrywany z punktu widzenia jego bezpieczeństwa*²⁵⁴. Człowiek zostaje zobligowany do podjęcia aktywności aby zredukować zagrożenia, przeciwdziałać im i wykorzystać nadarzające się szanse dla zwiększenia bezpieczeństwa własnego i swoich interesów²⁵⁵. Małgorzata Z. Wiśniewska zauważa, że bezpieczeństwo wykracza poza proces dążenia do określonego stanu, zabezpieczenia cenionych wartości i celów. Wymaga dysponowania możliwościami, złożonymi m.in. ze zdolności podmiotu bezpieczeństwa. Człowiek powinien dysponować potencjałem zaspokojenia potrzeb egzystencjalnych i warunkami, które umożliwią mu podtrzymanie istnienia, przetrwanie

²⁴⁹ A. Sekściński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 43.

²⁵⁰ T. Grabińska, *Przedmiot...*, dz. cyt., s. 10.

²⁵¹ T. Grabińska, *Bezpieczeństwo personalne. Koncepcja trzech warstw*, WAWL, Wrocław 2019, s. 16.

²⁵² B. Chmieliński, *Rozważania nad naukami o bezpieczeństwie i bezpieczeństwem społeczności lokalnych*, „Historia i Polityka” 2018 nr 23, s. 54.

²⁵³ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo ...*, dz. cyt., s. 119.

²⁵⁴ P. Krzykowski, *Środowisko bezpieczeństwa globalnego a bezpieczeństwo obywatela*, w: K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2017, s. 225.

²⁵⁵ Tamże, s. 225.

i rozwój. Są to czynniki (warunki), które wspierają przetrwanie społeczeństwa i nie kolidują z potrzebami innych osób, grup społecznych i społeczeństw. Nie mogą one wywierać negatywnego wpływu na środowisko naturalne²⁵⁶. Posiadanie przez jednostkę czy grupę społeczną możliwości zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa nie eliminuje wszystkich zagrożeń bezpieczeństwa jednostkowego. Zachodzi ryzyko, że brak właściwej edukacji bezpieczeństwa i realia funkcjonowania popchną człowieka do podjęcia niewłaściwej decyzji, ponieważ nie dostrzega obiektywnie lepszych rozwiązań²⁵⁷.

Bezpieczeństwo jednostki wykazuje związek z bezpieczeństwem społecznym. Marlena Lorek uważa, że *Bezpieczeństwo personalne stanowi (...) podstawową komórkę budującą wyższe poziomy bezpieczeństwa*²⁵⁸. Działania jednostki wpływają na poziom bezpieczeństwa zbiorowości oraz społeczność silnie oddziałuje na jej poczucie bezpieczeństwa. Powstaje sieć powiązań i zależności. Człowiek może kształtować swoje bezpieczeństwo, ale jako istota społeczna sama funkcjonuje w warunkach społecznych. Te oddziałują na jego potencjał. Państwo i społeczeństwo zostają zobowiązane również przez Powszechną Deklarację Praw Człowieka z 1948 roku do zapewnienia mu pomocy i wsparcia, kiedy nie osiąga minimalnego poziomu bezpieczeństwa osobowego. w ten sposób mają chronić jego godność i swobodny rozwój osobowości. Stworzenie takiej ochrony wymaga zapewnienia jednostce prawa i dostępu do zabezpieczenia o charakterze społecznym (np. system emerytalny, pomoc dla osób bezrobotnych i niezdolnych do pracy, świadczenia rodzinne) i medycznym. Dzięki tej pomocy zyskuje szansę na godne życie i realizację podstawowych praw, czyli prawa do życia i zdrowia. Bezpieczeństwo jednostki i bezpieczeństwo społeczne łączy dążenie do stanu wolnego od zagrożenia. Ten stan zapewnia zbiorowości i jej członkom przetrwanie, zaspokojenie potrzeb materialnych i niematerialnych, rozwój. Z tego powodu celem staje się niedopuszczenie do marginalizacji i wykluczenia społecznego osób, stanowiących część tych zbiorowości²⁵⁹.

Bezpieczeństwo jednostki bywa opisywane za pomocą pojęć: *bezpieczeństwo człowieka, bezpieczeństwo ludzkie, bezpieczeństwo osobiste, bezpieczeństwo jednostkowe, bezpieczeństwo psychologiczne czy bezpieczeństwo personalne* itd. U podstaw tych terminów lokuje się bezpieczeństwo obywateli. To kategoria konstytucyjna, która nakłada na państwo

²⁵⁶ M. Z. Wiśniewska, *Bezpieczeństwo – pojęcie, istota, typologia*, „Problemy Jakości” 2017 nr 2, s. 5.

²⁵⁷ K. Loranty, *Bezpieczeństwo w perspektywie humanizmu ewolucyjnego*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020, s. 33.

²⁵⁸ M. Lorek, *Bezpieczeństwo jednostki a bezpieczeństwo narodowe*, „Modern Management Review” 2017 vol. 24 nr 4, s. 76.

²⁵⁹ P. Zając, *Definicja bezpieczeństwa społecznego okiem prawnika – krytyczna próba usystematyzowania pojęć*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2019 t. 29, nr 4, s. 131, 132, 133, 134.

obowiązek zapewnienia społeczeństwu poczucia bezpieczeństwa²⁶⁰. Uwzględnia prawa człowieka i wolności obywatela jakie jednostce zapewnia prawo międzynarodowe i krajowe.

Bezpieczeństwo człowieka koncentruje się na ochronie istoty ludzkiej, postrzeganej jednostkowo. Dzięki tej ochronie jednostka ma czuć się bezpiecznie. Stanisław Januszko podkreślił, że bezpieczeństwo człowieka rozpatrywane jednostkowo oraz w odniesieniu do zbiorowości, ma charakter podmiotowy. Dotyczy ono optymalnej sytuacji życiowej danego człowieka i ludzkich społeczności na różnych poziomach integracji²⁶¹. Natomiast pojęcie *bezpieczeństwo ludzkie* wiąże się z zapewnieniem każdej istocie ludzkiej *fizycznego przetrwania* i *środków utrzymania* oraz z obroną jej godności²⁶². Bezpieczeństwo należy do praw człowieka, gwarantowanych przez prawo międzynarodowe i krajowe²⁶³. Według Christophera Huglesa, pojęcie *human security* wskazuje proces wyzwania człowieka oraz zapewnienia mu ochrony przed ogółem potencjalnych lub realnych zagrożeń²⁶⁴. Według *Human development raport* wydanego przez Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP) w 1994 roku, pojęcie *human security* opisuje stan zabezpieczenia człowieka, grupy społecznej przed zagrożeniami typu: głód, choroby, ucisk oraz zapewnienie im ochrony przed *gwałtownymi i szkodliwymi wstrząsami w życiu codziennym*²⁶⁵. We wspomnianym raporcie, na co zwróciła uwagę Teresa Grabińska, dokonano podziału bezpieczeństwa człowieka na *to, które wyraża się w jednostkowym odczuwaniu go (to, co bliskie jest rozumieniu bezpieczeństwa personalnego)* i *na to, które jest wynikiem wszelkich działań ochronnych i obronnych (to, co nazywa się bezpieczeństwem strukturalnym)*²⁶⁶. Na wymiary bezpieczeństwa człowieka składa się bezpieczeństwo: ekonomiczne, żywnościowe, zdrowotne, środowiskowe (ekologiczne), osobiste, społeczności (wspólnot) i polityczne²⁶⁷.

²⁶⁰ S. Kwiatkowski, *Między bezpieczeństwem obywateli a wolnością – społeczne reperkusje „polityki bezpieczeństwa”*, w: M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostki*, WUP-H, Warszawa-Siedlce 2011, s. 37.

²⁶¹ S. Januszko, *Antropologia bezpieczeństwa. Konstrukty naukowej tożsamości*, UP-H, Siedlce 2015, s. 271.

²⁶² M. Skarżyński, *Homo securitas*, Skarżyński_Homo_Securitas.pdf, dostęp: 4.11.2021, s. 35.

²⁶³ Zob. D. Tywara, *Gwarancje bezpieczeństwa osobistego w polskim administracyjnym prawie drogowym*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2018, s. 46-61.

²⁶⁴ A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 51.

²⁶⁵ E. Szweda, *Podmiot bezpieczeństwa człowieka a koncepcja „human security”*, w: Z. Woś-Wilk, A. Marjański (red.), *Bezpieczeństwo i zarządzanie kryzysowe – nowe wyzwania bezpieczeństwa narodowego*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2016 t. 17, z. 5, cz. 2, s. 30.

²⁶⁶ T. Grabińska, *Bezpieczeństwo personalne. Koncepcja trzech warstw*, Wydawnictwo AWL, Wrocław 2019, s. 20.

²⁶⁷ Zob. P. Grzywina, *Istota i wybrane aksjologiczne uwarunkowania bezpieczeństwa społecznego*, w: A. Bryłka, T. Kałuki, M. Korbaś (red.), *Władza a społeczeństwo*, WUŚ, Katowice 2016, s. 88-89; M. Plecka, *Personalny wymiar bezpieczeństwa ekonomicznego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” nr 35, t. 2, s. 186; J. Czaputowicz, *Bezpieczeństwo międzynarodowe. Współczesne koncepcje*, WN PWN, Warszawa 2012, s. 156; P. Krzykowski, *Środowisko bezpieczeństwa globalnego a bezpieczeństwo obywatela*, w: K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, ASW, Warszawa 2017, s. 237.

w innym ujęciu termin *human security* eksponuje rolę ludzkiej godności, kształtowanej i zapewnianej przez różne grupy czynników (np. biologiczne, społeczne, ekonomiczne) i decydentów (np. obecnych w środowisku rodzinnym, lokalnym, należących do elit politycznych).

Bezpieczeństwo osobiste to bezpieczeństwo, które stanowi rezultat *dominujących stosunków społecznych, obowiązującego systemu prawnego oraz stopnia gotowości państwa do zapewnienia jednostce ochrony jej interesów*²⁶⁸. Andrzej Stelmachowski uważa, że sprowadza się do zabezpieczenia przed działalnością świata zewnętrznego²⁶⁹. W wąskim ujęciu bezpieczeństwo osobiste to zachowanie szczególnej czujności i stosowanie dostępnych środków ostrożności przez człowieka, aby zapewnić bezpieczeństwo sobie i członkom środowiska rodzinnego²⁷⁰. Jego celem staje się zapewnienie jednostce ochrony również przed różnymi formami i przejawami patologii społecznych oraz marginalizacji²⁷¹. Dla człowieka bezpieczeństwo osobiste i powiązane z nim indywidualne poczucie bezpieczeństwa to najważniejsza i konstytucyjna wartość. Dzięki bezpieczeństwu jest zdolny do kreatywnej aktywności²⁷². Bezpieczeństwo osobiste, zdaniem Anny Tomalak, można odnieść do *sfery życia każdego człowieka, jako pojedynczej jednostki, który sam musi zadbać o swoje poczucie bezpieczeństwa*. Jego myślenie o stanie bezpieczeństwa bywa zróżnicowane w zależności do obecnej chwili. Pojęcie *bezpieczeństwo osobiste* wskazuje bezpieczeństwo człowieka (jednostki ludzkiej), które zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa. Nie jest tożsame z bezpieczeństwem narodowym, postrzegającym człowieka jako część zbiorowości, którą należy otoczyć ochroną militarną i niemilitarną przed występującymi lub potencjalnymi zagrożeniami i ryzykiem²⁷³.

Bezpieczeństwo jednostkowe czy indywidualne to *stan pewności i spokoju, poczucie braku zagrożenia* i zapewnienie ochrony przed możliwym zagrożeniem²⁷⁴. Sebastian Czechowicz uważa, że *Bezpieczeństwo jednostki, czyli każdego obywatela, należy odnosić do rzeczywistości jej najbliższej (...)*²⁷⁵. To stan braku zagrożeń. Wspomniane ryzyko dotyczy

²⁶⁸ P. Majer, w *poszukiwaniu...*, dz. cyt., s. 16.

²⁶⁹ D. Tywara, *Gwarancje...*, dz. cyt., s. 70.

²⁷⁰ M. Skarżyński, *Homo...*, dz. cyt., s. 35.

²⁷¹ P. Krzykowski, *Środowisko...*, dz. cyt., s. 237.

²⁷² M. Rozwadowski, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 245.

²⁷³ A. Tomalak, *Budowanie osobistego bezpieczeństwa na wybranych przykładach*, w: K. Zawieja-Żurowska (red.), *Wybrane problemy i wyzwania bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo jednostkowe – bezpieczeństwo zbiorowe. Ujęcie interdyscyplinarne*, PWSZ, Konin 2015, s. 243.

²⁷⁴ M. Skarżyński, *Homo...*, dz. cyt., s. 35.

²⁷⁵ S. Czechowicz, *Wobec powracających chorób zakaźnych. Analiza wpływu prawnych gwarancji bezpieczeństwa epidemiologicznego na bezpieczeństwo jednostki*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020, s. 277.

wartości istotnych dla każdego człowieka²⁷⁶. Waldemar Krzysztóń uważa, że termin *bezpieczeństwo jednostki* opisuje *stan wolny od zagrożeń dla istotnych, dla każdego człowieka wartości takich jak życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swoboda przekonań i głoszenia poglądów, prawo do pracy*²⁷⁷. Do wymiarów bezpieczeństwa zalicza bezpieczeństwo: personalne (ochrona przed biedą, przestępczością, terroryzmem, konfliktami zbrojnymi, wojną), społeczne (ochrona przed konfliktami religijnymi, kulturowymi i etnicznymi), polityczne (zapobieganie nierespektowania praw człowieka i obywatela), zdrowia (ochrona przed chorobami i epidemiami), żywnościowe (zapewnienie jakości żywności), środowiskowe (ochrona jakości wody, gleby, powietrza) i ekonomiczne (ochrona przed bezrobociem, ubóstwem, bezdomnością)²⁷⁸.

Ryszard Klamut podkreśla znaczenie bezpieczeństwa psychologicznego dla jednostki. Według autora, pojęcie *bezpieczeństwo psychologiczne* wskazuje subiektywny stan człowieka, któremu obce jest poczucie zagrożenia, ponieważ doświadcza pewności i spokoju. Klamut wyróżnia w strukturze bezpieczeństwa psychologicznego trzy wymiary: wartości (jednostkowa refleksja nad stanem bezpieczeństwa i świadomość ważności bezpieczeństwa dla niej), aktywność poznawczą (zainteresowanie bezpieczeństwem własnych, innych osób, narodu, świata determinujące aktywność jednostki m.in. o charakterze obywatelskim, prospołecznym) oraz poczucie bezpieczeństwa (determinanta jakości życia człowieka)²⁷⁹.

Sposób definiowania pojęcia *bezpieczeństwo personalne* determinuje właściwości, które są przypisywane temu zjawisku. Wąskie ujęcie definicyjne utożsamia to bezpieczeństwo z wolnością od ekstremalnych zjawisk, które zagrażają istnieniu i przetrwaniu człowieka, grupy społecznej, społeczeństwa czy narodu. To stan bezpieczeństwa jednostki, ludzkiej zbiorowości i narodu, nie zagraża im konflikt militarny, terroryzm, bieda²⁸⁰. Szersze ujęcie pojęcia *bezpieczeństwo personalne* wykracza poza wskazane ramy, uwzględnia wymienione zagrożenia łącznie z brakiem dyskryminacji (np. ze względu na płeć, pochodzenie, rasę, wyznanie, poglądy polityczne), ochronę przed nimi²⁸¹ i ryzykiem obecnym w codziennym życiu w sferze zawodowej, publicznej i prywatnej, poczucie bezpieczeństwa człowieka, ludzkiej zbiorowości i narodu, działania podejmowane dla zapewnienia bezpieczeństwa osobowego. Przedmiotem ochrony staje się ludzkie życie, zdrowie, możliwość realizacji

²⁷⁶ W. Fehler, *Bezpieczeństwo wewnętrzne współczesnej Polski. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Druk Arte, Warszawa 2012, s. 11.

²⁷⁷ W. Krztoń, *Pojęcie i istota bezpieczeństwa jednostki*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki, Zarządzania i Administracji w Warszawie” 2017 t. 15, z. 3, s. 47.

²⁷⁸ Tamże, s. 48.

²⁷⁹ A. Lewicka-Zelent, *Poczucie bezpieczeństwa osób...*, dz. cyt., s. 263.

²⁸⁰ W. Krztoń, *Pojęcie i istota bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 49.

²⁸¹ Tamże s. 49.

własnego potencjału osobowego i wspólnotowego²⁸². Pojęcie *bezpieczeństwo personalne* wskazuje formę trwania podmiotu jednostkowego lub zbiorowego, które pozostaje zgodne z kryteriami aksjologicznymi i materialnymi, ukierunkowaniem na rozwój i doskonalenie. Według Pokruszyńskiego, pojęcie *bezpieczeństwo personalne* charakteryzuje bezpieczeństwo osoby (człowieka), ze wszystkimi jej właściwościami materialnymi i duchowymi²⁸³. Dotyczy człowieka i wielkości właściwych dla niego relacji w zakresie kategorii jednostkowej, społecznej, instytucjonalnej i globalnej²⁸⁴. Według Krzysztofa Drabika, definicje terminu *bezpieczeństwo personalne* zwracają uwagę na formę trwania ludzkiego podmiotu bezpieczeństwa. Ta forma cechuje się dużą złożonością²⁸⁵. Andrzej Urbanek zauważa, że z perspektywy etymologii pojęcie *bezpieczeństwo personalne* wskazuje pewien obiektywny stan, odczuwany przez człowieka (podmiot indywidualny oraz inne podmioty grupowe) jako brak zagrożeń, pewność istnienia, przetrwania i posiadania, funkcjonowania i rozwoju²⁸⁶.

Autorka podejmuje próbę sformułowania definicji tego terminu o wąskim i szerokim zakresie znaczeniowym. Według tego pierwszego ujęcia pojęcie *bezpieczeństwo personalne* to kategoria bezpieczeństwa, w której głównym podmiotem staje się człowiek, jako autonomiczna jednostka, jako członek zbiorowości ludzkiej, jako istota biologiczna, kulturowa, a przede wszystkim społeczna²⁸⁷. Janusz Świniarski jest zdania, że bezpieczeństwo personalne dotyczy stworzenia człowiekowi (osobie, jednostce ludzkiej) takich wielorakich warunków egzystencji, które, jeśli zostaną przez niego odpowiednio skonsumowane, zapewnią mu pełny rozwój osobowy – samorealizację²⁸⁸. Według Mariusza Sokołowskiego, bezpieczeństwo personalne zakłada stworzenie człowiekowi takich warunków egzystencji, które zapewnią mu swobodny rozwój²⁸⁹.

²⁸² Zob. T. Grabińska, *Warstwy bezpieczeństwa personalnego*, w: T. Grabińska, Z. Kuźniar (red.), *Bezpieczeństwo personalne a bezpieczeństwo strukturalne*, t. 4, *Struktura warstwowa bezpieczeństwa*, Wydawnictwo AWL, Wrocław 2020, s. 7; T. Grabińska, *Osoba a indywidualizm – kontekst humanistyczny a kontekst społeczny bezpieczeństwa*, w: T. Grabińska, Z. Kuźniar (red.), *Bezpieczeństwo personalne a bezpieczeństwo strukturalne*, t. 3, *Czynniki antropologiczne i społeczne bezpieczeństwa personalnego*, Wydawnictwo AWL, Wrocław 2015, s. 5-15.

²⁸³ W. Pokruszyński, *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa*, WSGE, Józefów 2011, s. 53.

²⁸⁴ Tamże, s. 53.

²⁸⁵ K. Drabik, *Teoretyczne aplikacje...*, dz. cyt., s. 55.

²⁸⁶ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy współczesnej nauki*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021, s. 14.

²⁸⁷ Tamże, s. 31.

²⁸⁸ J. Świniarski, *O naturze bezpieczeństwa. Prolegomena do zagadnień ogólnych*, Wydawnictwo Makuliński, Warszawa-Pruszków 1997, s. 13.

²⁸⁹ M. Sokołowski, *O pojęciu...*, dz. cyt., s. 121.

Tabela 3.1. Porównanie zakresu znaczeniowego pojęć: *bezpieczeństwo człowieka, bezpieczeństwo osobiste, bezpieczeństwo jednostkowe, bezpieczeństwo psychologiczne i bezpieczeństwo personalne*

Wyszczególnienie		Bezpieczeństwo					
		C*	L*	O*	J*	Ps*	Pe*
Podmiot bezpieczeństwa	Człowiek (jednostka, osoba)	o		o	o	o	o
	Najbliższe otoczenie społeczne człowieka (członkowie jego rodziny, osoby bliskie)	o		o			o
	Grupa społeczna		o				o
	Naród		o				o
Cel bezpieczeństwa	Ochrona, zabezpieczenie	o	o	o	o	o	o
	Optymalne warunki życiowe	o	o				o
	Ochrona przed ekstremalnymi zagrożeniami		o				o
	Poczucie bezpieczeństwa		o	o	o	o	o
	Fizyczne przetrwanie		o				o
	Zapewnienie środków utrzymania		o				o
	Ochrona godności człowieka		o				o
	Wyzwolenie człowieka		o				
Wartości podlegające ochronie	Życie		o		o		o
	Godność człowieka		o				o
	Zapewnienie istnienia i przetrwania		o				o
	Funkcjonowanie człowieka		o				o
	Zdrowie		o		o		o
	Prawa człowieka		o	o	o		o
	Wolność				o		
	Poczucie bezpieczeństwa	o	o	o	o	o	o
	Nietykalność osoby				o		
	Nietykalność mienia				o		o
	Swoboda przekonań				o		
	Swoboda głoszenia poglądów				o		
	Prawo do pracy				o		
	Potencjał człowieka (jego kreatywność) i jego rozwój			o			o
Samorealizacja człowieka						o	
Zakres bezpieczeństwa	Różne sfery życia człowieka		o	o	o		o
	Środowisko rodzinne człowieka		o	o	o		o
	Sfera psychologiczna człowieka	o	o	o	o	o	o
Podmiot podejmujący działania dla uzyskania bezpieczeństwa	Człowiek (jednostka, osoba)		o	o			o
	Człowiek podejmujący aktywność poznawczą					o	
	Otoczenie społeczne (lokalne) człowieka		o				o
	Państwo		o				o
	Organizacje międzynarodowe kreujące prawo		o				o
	Elity polityczne		o				o
Podmiot podejmujący działania dla uzyskania bezpieczeństwa	Człowiek (jednostka, osoba)		o	o			o
	Otoczenie społeczne (lokalne) człowieka		o				o
	Państwo		o				o
	Organizacje międzynarodowe kreujące prawo		o				o
	Elity polityczne		o				
Właściwości bezpieczeństwa	Stan, rezultat			o	o	o	o
	Stan subiektywny					o	o
	Stan obiektywny						o
	Stan pewności i spokoju				o	o	o
	Stan braku zagrożenia		o		o	o	o
	Prawo człowieka do bezpieczeństwa		o				
	Proces		o				

Tabela 3.1. Porównanie zakresu znaczeniowego pojęć: *bezpieczeństwo człowieka, bezpieczeństwo osobiste, bezpieczeństwo jednostkowe, bezpieczeństwo psychologiczne i bezpieczeństwo personalne (cz. 2)*

Wyszczególnienie		Bezpieczeństwo					
		C*	L*	O*	J*	Ps*	Pe*
Determinanty bezpieczeństwa	Czynniki (stosunki) społeczne		o	o			o
	System prawny			o			o
	Stopień gotowości państwa			o			
	Aktywność jednostki			o		o	
	Sposób myślenia jednostki o bezpieczeństwie			o		o	
	Czynniki biologiczne						
	Czynniki ekonomiczne		o				
	Poczucie bezpieczeństwa					o	
Zagrożenia dla bezpieczeństwa	Potencjalne zagrożenia		o				
	Realne zagrożenia		o				
	Ekstremalne zagrożenia (np. wojna, terroryzm, konflikt militarny)		o				o
	Oddziaływanie (działania) otoczenia		o	o			o
	Patologie społeczne			o			
	Marginalizacja społeczna			o			
	Głód		o				
	Choroby		o				
	Ucisk		o				
	Ubóstwo		o				o
	Dyskryminacja (np. ze względu na płeć, wiek)						o
	Zagrożenia obecne w codziennym życiu (w sferze zawodowej, publicznej, prywatnej)						o
Wymiary bezpieczeństwa	Ekonomiczne		o		o		
	Żywnościowe		o		o		
	Zdrowotne		o		o		
	Środowiskowe		o		o		
	Osobiste, personalne		o		o		
	Społeczności (wspólnot), społeczne		o		o		
	Polityczne		o		o		
Działania podejmowane dla uzyskania bezpieczeństwa	Ochrona przed zagrożeniami				o		o
	Zachowanie czujności			o			o
	Stosowanie dostępnych środków ochrony			o			o

Legenda: C* - bezpieczeństwo człowieka, L* - bezpieczeństwo ludzkie, O* - bezpieczeństwo osobiste, J* - bezpieczeństwo jednostkowe, Ps* - bezpieczeństwo psychologiczne, Pe* - bezpieczeństwo personalne.

Źródło: opracowanie własne.

Semantyczna analiza pojęć: *bezpieczeństwo człowieka, bezpieczeństwo osobiste, bezpieczeństwo ludzkie, bezpieczeństwo jednostkowe oraz bezpieczeństwo psychologiczne* prowadzi do wniosku, że pod względem zakresu znaczeniowego terminowi *bezpieczeństwo personalne* najbliższe jest pojęcie *bezpieczeństwo ludzkie*. Pozostałe pojęcia mają znacznie węższy charakter. Bezpieczeństwo personalne postrzega bezpieczeństwo jednostki lub/i grupy społecznej w kategoriach praw człowieka, które należy otoczyć ochroną i pogłębiać także za pomocą eliminacji lub ograniczenia zagrożeń dla jego przeżycia, funkcjonowania

i zdrowia. Bezpieczeństwo personalne uwzględnia również inne ryzyka, które mogą mieć związek z cechami współczesnej cywilizacji.

Bezpieczeństwo personalne jak każde bezpieczeństwo obejmuje różne aspekty. Według Marka Stefańskiego, aspekty bezpieczeństwa to: wielowymiarowość (odnoszenie się do różnych dziedzin życia człowieka – od indywidualnego po ogólnoludzki, charakter podmiotowy dotyczący ludzkiej egzystencji), występowanie w relacji człowieka z otoczeniem, sposób postrzegania bezpieczeństwa obejmujące zagrożenia (rzeczywiste lub potencjalne), zmienność w czasie, stopniowalność (możliwość zwiększenia lub zmniejszenia, zapobiegania zagrożeniom determinowana przez kontekst, okoliczności, sytuację, obszar, czas), obiektywność i subiektywność²⁹⁰. Wskazane aspekty odnoszą się do bezpieczeństwa personalnego²⁹¹. Według Urbanka, jest ono zjawiskiem społecznym, ponieważ determinują go działania ludzi i ludzkich zbiorowości, występujących w roli podmiotu sprawczego i referencyjnego bezpieczeństwa²⁹². Bezpieczeństwo personalne ma związek z dążeniem do ustalenia poziomu i poczucia bezpieczeństwa²⁹³. Zdaniem Drabika, bezpieczeństwo personalne jest indywidualne, subiektywne, bezpośrednie, psychologiczne, podmiotowe, partycypacyjne i strukturalne. Te właściwości zalicza do jego atrybutów²⁹⁴.

Bezpieczeństwo personalne (zdaniem autora) tworzy warunki, dzięki którym jednostka może utrzymać życie (trwanie). To rezultat przyjętej perspektywy postrzegania bezpieczeństwa. To zjawisko jest interpretowane przez pryzmat jednostki i uwzględnia sfery jej funkcjonowania: fizyczną, psychiczną, duchową, intuicyjną. Bezpieczeństwo personalne cechuje się indywidualnością i konkretem²⁹⁵. Bezpieczeństwo personalne może być ujmowane jako stan, potrzeba (szerzej opisana w podrozdziale 3.3), cel, wartość, warunki przetrwania, stan świadomości, prawa człowieka, sytuacje, zdarzenia, stan rzeczy, fakty czy proces²⁹⁶ (tabela 3.2), ale także podmiot i przedmiot bezpieczeństwa.

²⁹⁰ M. Stefański, *Kształtowanie bezpieczeństwa publicznego jako priorytet funkcjonowania państwa*, w: A. Urbanek (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa. Dziedziny bezpieczeństwa*, WNAP, Słupsk 2013, s. 61-62.

²⁹¹ M. Sokołowski, *O pojęciu i istocie bezpieczeństwa personalnego*, „Kultura Bezpieczeństwa” 2019 nr 33, s. 122.

²⁹² J. Świniarski, *O naturze...*, dz. cyt., s. 14-15.

²⁹³ M. Sokołowski, *O pojęciu i istocie bezpieczeństwa personalnego*, „Kultura Bezpieczeństwa” 2019 nr 33, s. 120.

²⁹⁴ K. Drabik, *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w teorii umowy społecznej J. Locke'a*, „Zeszyty Naukowe AON” 2012 nr 3, s. 19-20.

²⁹⁵ K. Drabik, *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w perspektywie...*, dz. cyt., s. 38-39.

²⁹⁶ P. Gromek, *Istota bezpieczeństwa powszechnego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGNP” 2018 nr 4, s. 164-165.

Tabela 3.2. Sposoby ujmowania bezpieczeństwa w odniesieniu do cech bezpieczeństwa personalnego

Ujęcie bezpieczeństwa	Właściwość bezpieczeństwa personalnego
Potrzeba	Główna potrzeba człowieka i ludzkiej zbiorowości, narodu dotycząca uzyskania warunków przetrwania, harmonijnego funkcjonowania i rozwoju dzięki uwolnieniu (lub zmniejszeniu oddziaływania) zagrożeń przyrodniczych, technologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych itd.
Stan	Kondycja i stan człowieka i ludzkiej zbiorowości, narodu cechujące się warunkami przetrwania, harmonijnego funkcjonowania i rozwoju za sprawą wyeliminowania lub maksymalnego ograniczenia zagrożeń
Cel	Stworzenie warunków, czyli uwolnienie od zagrożeń przyrodniczych, technologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych itd., dla zapewnienia optymalnej ochrony podstawowych praw człowieka, ludzkiej zbiorowości, narodu (np. prawa do życia, zdrowia, wolności, autonomii)
Wartość	Jedna z głównych wartości człowieka i ludzkiej zbiorowości, narodu, jej brak lub jej ograniczony zakres źródłem zagrożenia lub zakłócenia ich przetrwania, harmonijnego funkcjonowania i rozwoju, korzystania z pełni przysługujących im praw
Warunek przetrwania	Bezpieczeństwo jako warunek przetrwania człowieka i ludzkiej zbiorowości, narodu w wymiarze biologicznym, bytowo-kulturowym, społecznym w przypadku wystąpienia zagrożenia o charakterze katastrofy naturalnej czy technologicznej, negatywnych zjawisk społecznych, politycznych czy ekonomicznych
Stan świadomości	Świadomość człowieka i ludzkiej zbiorowości, narodu dotycząca występowania zagrożeń dla bezpieczeństwa o charakterze naturalnym, cywilizacyjnym, politycznym, społecznym i ekonomicznym, ekologicznym
Prawo człowieka	Prawo człowieka do ochrony przed negatywnym wpływem czynników na egzystencję człowieka, ludzkiej zbiorowości, narodu w sferze biologicznej, bytowej, społecznej, kulturowej, politycznej
Sytuacje	Ogół sytuacji mających związek z występowaniem zagrożeń bezpieczeństwa człowieka, ludzkiej zbiorowości, narodu
Zdarzenia	Ogół zdarzeń mających związek z występowaniem zagrożeń bezpieczeństwa człowieka, ludzkiej zbiorowości, narodu
Stan rzeczy	Stan rzeczy kształtowany przez sytuacje, zdarzenia, procesy reagowania człowieka, zbiorowości ludzkiej, narodu i państwa na niekorzystne zjawiska, stanowiące zagrożenie lub/i zakłócenie przetrwania, istnienia i rozwoju w sferze biologicznej, bytowej, społecznej, ekonomicznej, politycznej
Fakt	Uzyskanie określonego w danych warunkach stanu wolności człowieka, zbiorowości ludzkiej, narodu od zagrożeń dla ich przetrwania, istnienia i rozwoju
Proces	Działania podejmowane samodzielnie lub/i wspólnie przez człowieka, ludzką zbiorowość i naród na rzecz uzyskania ochrony przed zagrożeniami bezpieczeństwa personalnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: P. Gromek, *Istota bezpieczeństwa powszechnego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGNP” 2018 nr 4, s. 164-165.

Właściwością bezpieczeństwa personalnego jest jednostkowy lub/i zbiorowy podmiot bezpieczeństwa. Powoduje ona, że należy z ich perspektywy uwzględnić fenomen tego

złożonego zjawiska. Jego spektrum tworzą pożądany stan, wartość, proces rozwoju i konstrukt społeczny bezpieczeństwa personalnego²⁹⁷.

W przypadku jednostkowego podmiotu bezpieczeństwa w roli podmiotu występuje człowiek – byt osobowy²⁹⁸. Występuje w podwójnej roli. Jest autonomiczną jednostką - dlatego istotną wartością bezpieczeństwa jest godność ludzka²⁹⁹, i członkiem ludzkiej zbiorowości. w ostatnim przypadku funkcjonuje jako istota biologiczna, kulturowa i społeczna. w drugim przypadku podmiotem bezpieczeństwa personalnego stają się podmiot zbiorowy, grupy społeczne, społeczność lokalna, społeczeństwo czy naród. Jednostki są z nimi ściśle powiązane. Współtworzą wspólnoty posiadające określone cechy, czytelną odrębność i charakteryzujące się upodmiotowieniem³⁰⁰.

Bezpieczeństwo personalne jako subdyscyplina nauki o bezpieczeństwie uznaje człowieka i ludzkie zbiorowości za podstawowe podmioty bezpieczeństwa i przedmiot zainteresowania. Podejście indywidualistyczne przeważa wśród wspomnianych prób definicyjnych. Wyrastają z założeń filozofii indywidualistycznej, postrzegającej człowieka jako indywiduum. Człowiek stanowi najwyższą wartość³⁰¹. Bezpieczeństwo społeczne według Drabika dotyczy zapewnieniu (stworzeniu) człowiekowi (osobie, ludzkiej jednostce) *takich wielorakich warunków egzystencji, które, jeżeli zostaną przez niego odpowiednio skonsumowane, zapewnią mu pełny rozwój osobowy – samorealizację*³⁰². To ujęcie bezpieczeństwa personalnego pozwala wskazać warunki, które umożliwiają jednostce zachowanie ciągłości trwania (konkretne indywiduum). Takie uwarunkowania są interpretowane z perspektywy jednostkowej, przez pryzmat jej ogólnej (holistycznej) kondycji: fizycznej, psychicznej, duchowej, instytucjonalnej. Te determinanty bezpieczeństwa personalnego cechują się zindywidualizowaniem i konkretem³⁰³. Składową bezpieczeństwa personalnego zdaniem Drabika jest poczucie pewności przetrwania. Jego podstawę stanowi zaufanie do innych i przewidywalność zmian zachodzących w otoczeniu. Anna Czubaj stoi na stanowisku, że to bezpieczeństwo skupia się na stworzeniu człowiekowi warunków

²⁹⁷ W. Czajkowski, J. Wąs-Gubała, *Bezpieczeństwo osobiste w perspektywie kulturowej*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2017 nr 2, s. 11-12.

²⁹⁸ E. Kołpaczyński, *Prognozowanie zagrożeń bezpieczeństwa personalnego*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021, s. 86.

²⁹⁹ M. Sokołowski, *O pojęciu...*, dz. cyt., s. 121.

³⁰⁰ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy...*, dz. cyt., s. 26.

³⁰¹ Tamże, s. 12, 17, 27.

³⁰² K. Drabik, *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w teorii...*, dz. cyt., s. 20-21.

³⁰³ Tamże, s. 20.

egzystencji. Dzięki nim jednostka zyskuje szansę na pełen rozwój osobowy (samorealizację), o ile adekwatnie skonsumuje warunki³⁰⁴.

W kolektywistycznym podejściu wobec bezpieczeństwa personalnego uwaga skupia się na grupach społecznych, społeczności lokalnej, narodzie lub społeczeństwie. Nawiązanie do realistycznego ujmowania zagadnień bezpieczeństwa powoduje, że zostają uwzględnione instytucje (również państwowe). To podstawowe podmioty bezpieczeństwa. Według Urbanka, bezpieczeństwo personalne to element bezpieczeństwa narodowego, ponieważ łączy bezpieczeństwo państwa z bezpieczeństwem personalnym. Bezpieczeństwo narodowe służy ochronie życiowych, ważnych i innych interesów państwa i obywatela (społeczeństwa), połączonych synergia działania³⁰⁵. Zdaniem Urbanka, podmiotami bezpieczeństwa personalnego są autonomiczna jednostka (człowiek) i ludzkie zbiorowości, obejmujące zakresem również społeczeństwo. Charakter tych podmiotów determinuje jednostkowe (indywidualne) i zbiorowe cechy bezpieczeństwa. Ten stan utrudnia zdefiniowanie terminu *bezpieczeństwo personalne*³⁰⁶. Bezpieczeństwo personalne stanowi wartość dla człowieka, ponieważ umożliwia mu zaspokojenie jego niższych i wyższych potrzeb. Zalicza się do nich potrzeby stałego rozwoju i samorealizacji, lokującej się na szczycie piramidy ludzkich potrzeb. Bezpieczeństwo personalne to proces rozwoju człowieka, który ma charakter personalny i społeczny, przyczyniając się do wzrostu autonomicznej obronności jednostki. Jako konstrukt społeczny bezpieczeństwo personalne stanowi fenomen umożliwiający przeciwstawienie się zagrożeniom, będące rezultatem występowania społecznych więzów, współzależności oraz interakcji, zachodzących w społecznej zbiorowości³⁰⁷.

Opracowano definicje prezentujące indywidualistyczne lub kolektywistyczne podejście do bezpieczeństwa personalnego. Podejście, które stanowi ich połączenie, jest koncepcją *human security*, opracowanej przez Johana Galtunga, norweskiego socjologa. Wyróżniono dwa podmioty bezpieczeństwa: jednostkę, stanowiącą autonomiczny podmiot bezpieczeństwa personalnego i ludzkie zbiorowości, będące podmiotem bezpieczeństwa strukturalnego. Bezpieczeństwo strukturalne determinują uwarunkowania bezpieczeństwa, jednak fundamentalnym czynnikiem, który je kształtuje, pozostaje spójna zbiorowość, np. naród (społeczeństwo polityczne). Ku takiemu ujęciu skłaniają się również Urbanek³⁰⁸ i Drabik. Ten ostatni uważa, że bezpieczeństwo personalne zakłada, że *jedynym i wyłącznym*

³⁰⁴ D. Kaźmierczak, *Bezpieczeństwo personalne*, w: O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, Libron, Kraków 2018, s. 130.

³⁰⁵ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy...*, dz. cyt., s. 15, 17.

³⁰⁶ Tamże, s. 16-17.

³⁰⁷ W. Czajkowski, J. Wąs-Gubała, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 11-12.

³⁰⁸ Tamże, s. 17, 27, 31.

podmiotem bezpieczeństwa jest człowiek oraz grupa społeczna o różnym stopniu zorganizowania i strukturalizowania. To bezpieczeństwo, zdaniem autora, stanowi kategorię *stricte* antropologiczną, ponieważ Poza człowiekiem (grupą społeczną) nie ma innych podmiotów bezpieczeństwa w naturze ożywionej i nieożywionej³⁰⁹.

W roli przedmiotu bezpieczeństwa występują pożądaný stan, wartość, proces rozwoju i kontrakt społeczny. Za ich pomocą dąży się do zapewnienia jednostce takich warunków życia, które umożliwią mu przetrwanie i optymalny rozwój³¹⁰. Wspomniany pożądaný stan sprowadza się do poziomu skuteczności kontroli określonego podmiotu nad możliwymi zagrożeniami dla wartości ważnych dla niego. To ryzyko jest determinowane przez dane miejsce i czas. Ów pożądaný stan stanowi wynik ścierania się dwóch przeciwstawnych sił, czyli potencjału autonomicznej obronności człowieka i potencjału zagrożeń dla zaspokojenia potrzeb podmiotu. Przedmiotem bezpieczeństwa personalnego są wartości, które umożliwiają mu zaspokojenie potrzeb niższych i wyższych. Obejmują potrzeby stałego rozwoju i samorealizację. Proces rozwoju wspiera realizację personalnego i społecznego aspektu wzrostu potencjału obronności, jakim może dysponować podmiot bezpieczeństwa personalnego. Kontrakt społeczny, który jest jego przedmiotem, stanowi fenomen, dzięki któremu jest możliwe przeciwstawienie zagrożeniom. Ten konstrukt to rezultat obecności społecznych więzów, współzależności i interakcji, do których dochodzi w zbiorowości społecznej³¹¹. Przedmiot bezpieczeństwa personalnego można utożsamić z bezpieczeństwem jakości życia, czyli z potrzebą jednostki, która dotyczy bezpieczeństwa: ekonomicznego (np. pewności zatrudnienia, mieszkania), zdrowotnego (powiązanego ze stanem zdrowia fizycznego lub/i psychicznego, pewnością uzyskania szybkiej i efektywnej pomocy leczniczej) i fizycznego (mającego związek z ochroną życia, zdrowia, mienia, pewnością uzyskania wsparcia w sytuacji zagrożenia) oraz dobrostanu (zadowolenie ze stanu własnego życia w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej)³¹².

Celem bezpieczeństwa personalnego jest zagwarantowanie przeżycia, zachowanie zdrowia podmiotowi bezpieczeństwa, kiedy ów znajduje się w niesprzyjających warunkach i okolicznościach. Obejmuje działania, prowadzące do zaspokojenia różnych potrzeb, zredukowanie poczucia niepewności, ograniczenie zagrożeń i wypracowanie programów,

³⁰⁹ K. Drabik, *Teoretyczne aplikacje bezpieczeństwa personalnego*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021, s. 55.

³¹⁰ E. Kołpaczyński, *Prognozowanie...*, dz. cyt., s. 86.

³¹¹ W. Czajkowski, J. Wąs-Gubała, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 11-12.

³¹² J. Gierszewski, P. Gierszewska, *Potrzeba bezpieczeństwa człowieka jako obiektywny i subiektywny wskaźnik jakości życia*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, ASW, Warszawa 2020, s. 66-67.

planów aktywnych, aby ograniczyć ryzyko³¹³. w czasie szczytu ONZ w 2005 roku przyjęto, że celem bezpieczeństwa personalnego jest zapewnienie ludziom możliwości przetrwania, obrony i ochrony ich wolności i godności. Takie działania to odpowiedź na zagrożenia: aktualne, ujawniające się, zróżnicowane, powszechne i wielowymiarowe. Przedmiotem ochrony bezpieczeństwa personalnego jest przyznane ludziom prawo do życia w wolności od strachu i niedostatku oraz w warunkach, które nie godzą w ludzką godność. Obejmuje zapewnienie wszystkim równych możliwości korzystania ze wszystkich praw i stworzenie podstaw, dzięki którym będą mogli rozwinąć własny ludzki potencjał³¹⁴.

UNDP definiuje pojęcie *bezpieczeństwo personalne* jako zjawisko uwzględniające dwa aspekty bezpieczeństwa. Pierwszy to ochrona przed bezpośrednimi zagrożeniami (np. głodem, chorobami, represją). Drugim aspektem bezpieczeństwa personalnego jest ochrona przed zagrożeniami (np. utratą pracy, niskim dochodem, ubóstwem), które mogą spowodować zakłócenie codziennego życia człowieka. Do tego ujęcia nawiązała Komisja ds. *Human Security* w definicji pojęcia *bezpieczeństwo personalne*. Wyeksponowano w niej związek bezpieczeństwa z ochroną życiowego rdzenia wszystkich ludzi, ponieważ dzięki temu dochodzi do zwiększenia zakresu ich swobód i samorealizacji. Do definicji UNDP nawiązali różni autorzy. Wśród nich jest Andrew Mack. Uznał, że pojęcie *bezpieczeństwo personalne* wskazuje zagrożenia dla człowieka, których źródłem są współczesne konflikty zbrojne. Ich obecność powoduje, że obniża się poziom tego bezpieczeństwa, ponieważ człowiek cierpi w czasie wojny³¹⁵.

Bezpieczeństwo personalne, podobnie jak bezpieczeństwo osobiste, należy zaliczyć do podstawowych praw człowieka. w art. 6 *Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej* unijny ustawodawca wskazał w nim że *Każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego*³¹⁶. Zatem kluczową rolę pełnią wartości typu: życie, zdrowie, nietykalność osobista i mienia, wolność, swoboda przekonań i głoszenia poglądów, prawo do pracy³¹⁷. Zapewne z tego powodu Fen Hampson uważa, że bezpieczeństwo personalne należy rozpatrywać jako kategorię globalnego dobra publicznego. Louise Frechette uważa, że bezpieczeństwo personalne można utożsamić z wartościami istotnymi dla wszystkich ludzi ze względu na ich bezpieczeństwo i jakość życia. Według Ramesha Thakura,

³¹³ K. Skurjan, *Ochrona ludzkiego bezpieczeństwa – aspekt etyczny*, w: P. Pertek (red.), *Bezpieczeństwo personalne służb mundurowych*, WSOWL, Wrocław 2014, s. 109.

³¹⁴ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy...*, dz. cyt., s. 25.

³¹⁵ Tamże, s. 22, 23, 25-26.

³¹⁶ Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 7 grudnia 2000r. Dz. Urz. UE Z 83.389 z 30.03.2010r.

³¹⁷ Zob. A. Rychły-Lipińska, *Model bezpieczeństwa jednostki...*, dz. cyt., s. 35; I. Kokocińska, *Bezpieczeństwo personalne – osoby niepełnosprawne ruchowo*, „Horyzonty Bezpieczeństwa” 2016 nr 4, s. 26.

to bezpieczeństwo odnosi się do jakości życia człowieka³¹⁸. Zdaniem Andrzeja Czupryńskiego, termin *bezpieczeństwo personalne* charakteryzuje *wolność jego podmiotu od zagrożeń lub ich zaakceptowanie na poziomie niepowodującym naruszenie jego godności, prawa do wolności, egzystencji i rozwoju oraz akceptowanie tych praw wobec innego człowieka*³¹⁹. Gary King i Christopher Murray uważają, że pojęcie *bezpieczeństwo personalne* wskazuje ilość lat, które przeżyje człowiek uwolniony od stanu uogólnionego ubóstwa. Wspomniany stan to sytuacja, w której jakość życia człowieka cechuje się poziomem wymiarów i wskaźników poniżej przyjętych wartości. Sałako Ogata jest zdania, że bezpieczeństwo personalne jest złożone z elementów typu: możliwość życia w pokoju i poczuciu bezpieczeństwa w granicach swojego państwa przez wszystkich obywateli; korzystanie przez ludzi z praw (człowieka, politycznych, ekonomicznych) i obowiązków bez doświadczania przejawów dyskryminacji; integracja społeczna (wpływ na procesy społeczne, gospodarcze, polityczne i czerpanie korzyści ze swojego oddziaływania); rządy prawa i niezależność aparatu sprawiedliwości³²⁰. Bezpieczeństwo personalne stanowi więc wartość indywidualną, społeczną lub/i publiczną. Oddziałuje ono na jakość funkcjonowania (życia) indywidualnego i zbiorowego podmiotu bezpieczeństwa. Wpływa na długość jednostkowego życia, w czasie którego człowiek nie doświadcza ubóstwa, zagrożeń, dyskryminacji, izolacji społecznej, braku poczucia bezpieczeństwa i możliwości korzystania z należnych mu praw itd. Bezpieczeństwo personalne ma więc związek z wartościami, które pozwalają jednostce żyć spokojnie, realizować swoje plany, doświadczyć samorealizacji oraz wsparcia ze strony państwa i społeczeństwa w przypadku wystąpienia nieoczekiwanego kryzysu. Głównymi wartościami pozostają życie i godność człowieka.

Bezpieczeństwa jest stanem. w ten sposób należy również spojrzeć na bezpieczeństwo personalne, które podobnie jak bezpieczeństwo osobiste to *stan wolny od zagrożeń*. Jest to rezultat *zapewniania ochrony przed wszelkiego rodzaju przemocą fizyczną*³²¹. Bezpieczeństwo dotyczy braku zagrożeń dla istotnych wartości, np. życia, zdrowia, nietykalności osobistej i mienia, wolności, swobody przekonań i głoszenia poglądów, prawa do pracy³²². Według Urbanka, bezpieczeństwo personalne to stan obiektywny, odczuwany przez człowieka oraz inne podmioty zbiorowe. Do jego cech należy *brak zagrożeń, pewność*

³¹⁸ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy...*, dz. cyt., s. 22, 23, 25-26.

³¹⁹ A. Czupryński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 19.

³²⁰ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy...*, dz. cyt., s. 23-25.

³²¹ Cyt. za: A. Rychły-Lipińska, *Model...*, dz. cyt., s. 35.

³²² Zob. A. Rychły-Lipińska, *Model...*, dz. cyt., s. 35; I. Kokocińska, *Bezpieczeństwo personalne – osoby niepełnosprawne ruchowo*, „Horyzonty Bezpieczeństwa” 2016 nr 4, s. 26.

istnienia i posiadania, funkcjonowania i rozwoju³²³. Jest to stan pozytywnie oceniany przez podmiot bezpieczeństwa, który zostaje osiągnięty za pomocą aktywności na rzecz bezpieczeństwa przez jednostkę i jej otoczenie³²⁴. Według Kazimierza Kołodziejczyka, termin *bezpieczeństwo personalne* opisuje *ograniczenie do minimum przeżyć negatywnych jednostki*, generowanych przez jej uczestnictwo w życiu społecznym. Do tych negatywnych przeżyć zalicza się lęku i strachu. Są one powiązane z sytuacjami społecznymi i fizycznymi zagrożeniami. Takie stany emocjonalne, których jednostka nie może uniknąć w normalnym życiu, dlatego doświadczą ich codziennie³²⁵. Kołodziejczyk wyjaśnia, że lęk odnosi się do zagrożeń społecznych typu: utrata pracy, rozpad związku, egzamin itd. Jednostka odczuwa strach w czasie kontaktów społecznych. Jest to sytuacja zagrożenia fizycznego w przypadku ryzyka uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku czy pobicia przez przestępców³²⁶ itp. Bezpieczeństwo personalne stanowi stan, który może być wolny od zagrożeń. Poziom tego bezpieczeństwa jest oceniany w sposób obiektywny i subiektywny. Kluczową rolę pełni podmiot bezpieczeństwa, jego świadomość, oczekiwania, możliwości i zaangażowania w kreowanie bezpieczeństwa własnego i osób bliskich.

Ów stan bezpieczeństwa stanowi rezultat działań jakie podmiot bezpieczeństwa, a także otoczenie społeczne i państwo, podejmują dla zapewnienia jednostce optymalnego poziomu bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo personalne również stanowi proces. Na tę cechę wskazuje Urbanek, ponieważ podmiot w pełni autonomicznie lub w ramach współdziałania z innymi podmiotami podejmuje działania, aby przeciwdziałać różnym potencjalnym lub realnym zagrożeniom, które godzą w jego przestrzeń personalną. Postępuje w ten sposób, aby uzyskać satysfakcjonujący poziom bezpieczeństwa³²⁷. Bezpieczeństwo personalne ma charakter procesu społecznego³²⁸. Jest ono dla jednostki kluczową wartością, potrzebą egzystencjalną, prawem i powinnością, a tym samym – istotnym modelem działania³²⁹.

Jeniffer Leasing wyszła z założenia, że bezpieczeństwo personalne to główna przesłanka równoważnego rozwoju człowieka, ponieważ wywiera ono wpływ na aspekty

³²³ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy...*, dz. cyt., s. 31.

³²⁴ A. Urbanek, *Współczesny człowiek w przestrzeni bezpieczeństwa. w poszukiwaniu teoretyczności bezpieczeństwa personalnego*, WNAP, WS-P, Słupsk 2015, s. 437.

³²⁵ Tamże, s. 130.

³²⁶ K. Kołodziejczyk, *Personalny wymiar bezpieczeństwa*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4, s. 97-98.

³²⁷ A. Urbanek, *Współczesny...*, dz. cyt., s. 437.

³²⁸ Zob. A. Pieczywok, *Wpływ zmian kulturowych na bezpieczeństwo człowieka*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021, s. 69-70; A. Urbanek, *Współczesny...*, dz. cyt., s. 437.

³²⁹ A. Urbanek, *Współczesny...*, dz. cyt., s. 437.

ludzkiego życia (np. społeczne, psychologiczne, ekonomiczne, polityczne), umożliwiające ludziom społecznym przetrwanie w przypadku wystąpienia poważnego kryzysu lub długotrwałego pozostawania bez ochrony. Ma to związek z uzyskaniem indywidualnego i grupowego wsparcia dla posiadanych zdolności uzyskania minimalnych standardów życia oraz promocji tworzenia pozytywnych więzi grupowych, ułatwiających przeżycie. Według Leasing, bezpieczeństwo personalne determinują czynniki typu: trwałość rodzinnego domu, konstruktywne sieci rodzinne i społeczne, akceptacja przeszłości, pozytywne postrzeganie przyszłości. Podobne poglądy formułuje Frances Stewart w artykule pt. *Development and Security* z 2004 roku. Uważał, że powiązanie bezpieczeństwa i zrównoważonego rozwoju należy ujmować z perspektywy państwa i osoby. Uznał, że bezpieczeństwo to ważna składowa dobrego samopoczucia osoby, więc oddziałuje na jej indywidualny rozwój. Brak poczucia bezpieczeństwa doświadczany przez większe ludzkie zbiorowości negatywnie wpływa na wzrost gospodarczy. Ten proces oddziałuje na indywidualny rozwój człowieka i powiązane z nim ludzkie zbiorowości. Według Stewarta, brak zrównoważonego rozwoju to źródło konfliktów i eskalacji przemocy³³⁰.

Natomiast zdaniem Drabika, właściwości bezpieczeństwa personalnego determinują czynniki wywierające realny i bezpośredni wpływ na poczucie trwania jednostki i brak zagrożeń w jej otoczeniu bliższym i dalszym³³¹. To bezpieczeństwo *określa warunki jakościowe i ilościowe ludzkiego życia trwającego w szeroko rozumianym otoczeniu materialnym, niematerialnym, fizyczno-duchowym*³³². Według Drabika, bezpieczeństwo personalne pozwala wskazać czynniki kształtujące jednostkowe poczucie stabilności. Identyfikuje pozytywne i negatywne determinanty. Umożliwia ustalenie warunków ciągłości życia jednostki (konkretnego indywiduum) i ujęcie tego bezpieczeństwa z perspektywy ogólnej kondycji fizycznej, psychicznej, duchowej i intuicyjnej podmiotu bezpieczeństwa personalnego³³³.

Bezpieczeństwu personalnemu są przypisywane atrybuty i właściwości bezpieczeństwa. Jest ono ujmowane jako wartość, potrzeba, stan, proces, który pełni ważną rolę w życiu człowieka i grupy społecznej. Bezpieczeństwo personalne postrzega bezpieczeństwo z perspektywy jednostki lub/i ich zbiorowości, uznając, że ma ono charakter społeczny. Na jego poziom i odczuwane poczucie bezpieczeństwa nie oddziałuje bowiem tylko człowiek, ale także w dużej mierze jego otoczenie społeczne.

³³⁰ A. Urbanek, *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy...*, dz. cyt., s. 24-25.

³³¹ K. Drabik, *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2013, s. 51.

³³² K. Drabik, *Teoretyczne aplikacje...*, dz. cyt., s. 55.

³³³ Tamże, s. 55-56.

Bezpieczeństwo, również to personalne jest postrzegane jako wartość w rozważaniach filozoficznych i etycznych. w koncepcji państwa Tomasza Morusa uwzględniono spełnienie warunków bezpieczeństwa obywatela w wymiarze strukturalnym i personalnym. Filozof podejmował działania dla zapewnienia wolności i bezpieczeństwa podwładnym³³⁴. W późniejszych rozwiązaniach wiązano bezpieczeństwo, również wewnętrzne z obowiązkami państwa i jego organów³³⁵. Przedmiotem rozważań filozoficznych było bezpieczeństwo człowieka i jego zagrożenia (np. w myśli Thomasa Hobbesa³³⁶). Dla zapewnienia bezpieczeństwa człowiek miał ograniczyć naturalne prawa na rzecz państwa, aby zyskać jego ochronę³³⁷. Immanuel Kant sformułował ideę aktywizmu jednostki. Uznał potrzebę jednostki do uzyskania gwarancji korzystania z uprawnień (np. z prawa do bezpieczeństwa)³³⁸. Człowiek to podmiot, który może być kreatorem własnego losu, bezpieczeństwa itd. Poglądy Kanta, jego ideę aktywizmu jednostki podjęli inni myśliciele³³⁹. Uznali, że jednostka kreuje własny los, wartości i bezpieczeństwo. Potrzebuje prawa do wolności aby podjąć działania, zapewnić sobie bezpieczeństwo i utrzymać jego optymalny poziom³⁴⁰. Zygmunt Freud uważał, że bezpieczeństwo to naturalne dobro człowieka kultury³⁴¹, substytut szczęścia, stan równowagi między biologicznymi popędami: Erosem (pęd życia, rodzenia, aktywności i tworzenia) i Thanatosem (pęd niszczenia, destrukcji, zanikania, rozpadu i śmierci)³⁴². Karl Jaspers uważał, że bezpieczeństwo jest realizowane przez totalitaryzm i liberalizm. Pierwszy z nich osiąga względny spokój i pokój dzięki terrorowi, eliminacji wszelkich ludzkich

³³⁴ T. Grabińska, *Przedmiot nauk o bezpieczeństwie: wprowadzenie*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4, s. 16.

³³⁵ Zob. A. Kamińska, *Źródła współczesnie pojmowanego bezpieczeństwa w myśli filozoficznej*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny” 2018 nr 3, s. 304-305; K. Drabik, *Zagadnienie bezpieczeństwa w teorii umowy społecznej Jana Jakuba Rousseau*, „Doktrina. Studia Społeczno-Polityczne” 2010 nr 7, s. 35-36; A. Sęk, M. Róg, *Prawo a bezpieczeństwo. Analiza wybranych aspektów*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2017 nr 1, s. 53; A. Misiuk, *Rzecz o bezpieczeństwie – geneza, istota, rozwój*, „Kwartalnik Naukowy OAP UW „e-Politikon”” 2013 nr 6, s. 9-12.

³³⁶ W. Włoch, *Dwa modele relacji wolności i bezpieczeństwa*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2015 nr 2, s. 154.

³³⁷ Zob. M. Czuryk, K. Dunaj, M. Karpiuk, K. Prokop, *Bezpieczeństwo państwa. Zagadnienia prawne i administracyjne*, WPiAUW-M, Olsztyn 2016, s. 18; J. Przeździecka, *Bezpieczeństwo według poglądów głównych nurtów naukowych w stosunkach międzynarodowych*, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” 2012, nr 2, s. 25; W. Włoch, *Dwa modele relacji...*, dz. cyt., s. 158.

³³⁸ W. Pokruszyński, *Filozofia bezpieczeństwa*, WSGE, Józefów 2013, s. 124.

³³⁹ W. Pokruszyński, *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa personalnego*, „Journal of Moder Science”, 2013 nr 1, s. 170.

³⁴⁰ W. Pokruszyński, *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa*, dz. cyt., s. 55-56.

³⁴¹ M. Błaszczuk, *Poza sferę bezpieczeństwa, pewności i życiowego komfortu. O egzystencjalistycznej koncepcji człowieka*, w: G. Górski, K. Garczewski, A. Garczewska, A. Potoczka (red.), *Bezpieczeństwo w Polsce i Europie*, JWN, Toruń 2019, s. 89-90.

³⁴² K. Drabik, *Metody kształtowania bezpieczeństwa personalnego*, <https://repozytorium.uph.edu.pl>, dostęp: 5.12.2020, s. 271-272.

pragnień (np. potrzeby wolności i buntu) oraz indywidualnego bezpieczeństwa. Model liberalny umożliwia realizację wolności naturalnej człowieka w zakresie dążenia do bezpieczeństwa. Według Ericha Fromma, jednostkę determinuje społeczeństwo i jego kultura. Bezpieczeństwo bywa chore, zdrowe lub obronne. Sposób osiągania przez nie bezpieczeństwa pozwala wyodrębnić zdrową i patologiczną metodę realizacji życia. Za pomocą wyboru systemu wartości człowiek może osiągnąć zdrowe bezpieczeństwo, powiązane z afirmacją życia i miłości, lub chore bezpieczeństwo. Zdaniem Karen Horney bezpieczeństwo to potrzeba i najwyższe dobro człowieka, jego podstawą są kontakty społeczne z innymi ludźmi. bezpieczeństwo może być zdrowe lub chore. Uzyskane, zdrowe bezpieczeństwo umożliwia osobie prowadzenie życia społecznego oraz istnienie wśród innych ludzi, w ich wspólnocie, doświadczając ich akceptacji i aprobaty³⁴³.

W XX wieku nastąpiła zmiana postrzegania bezpieczeństwa. w pierwszej połowie stulecia kluczowe stało się podejście ideologiczne do bezpieczeństwa, co determinowały systemy totalitarne (faszizm i komunizm), reżim demokratyczny, podział świata na strefę wpływu USA i ZSRR³⁴⁴. Sformułowano prawa człowieka, w wielu krajach prawnie umocniono prawa obywateli. Prawa człowieka są ściśle powiązane z przyrodzoną godnością człowieka³⁴⁵. Mowa *O czterech wolnościach* Franklina D. Roosevelta wygłoszona w Kongresie w 1941 roku przyczyniła się do rozwoju idei bezpieczeństwa personalnego. Zawiera ideowe źródło bezpieczeństwa personalnego, ponieważ prezydent USA do wolności zalicza m.in. wolność od strachu³⁴⁶.

Grażyna Michałowska uważa, że wspomniane prawa są *powszechne, przynależne wszystkim ludziom, we wszystkich sytuacjach i niezależnie od ich pozycji społecznej*³⁴⁷. Są przyrodzone, dlatego na mocy decyzji administracyjnej nie można ich odebrać. Prawa człowieka są podmiotowe, dlatego stworzono prawne instrumenty ich ochrony³⁴⁸. Funkcjonują wertykalnie (relacje państwo-jednostka) i horyzontalnie (relacje jednostka -

³⁴³ J. Świniarski, W. Chojnacki, *Etyka bezpieczeństwa*, AON, Warszawa 2004, s. 102-105.

³⁴⁴ A. Misiuk, *Rzecz...*, dz. cyt., s. 14.

³⁴⁵ Zob. A. Florczak, B. Bolechowa (red.), *Prawa człowieka w systemie prawa krajowego*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006, s. 4; J. Hołda, Z. Hołda, D. Ostrowska, J.A. Rybczyńska, *Prawa człowieka. Zarys Wykładu*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 12; M. Piechowiak, *Powszechność – między uniformizacją a relatywizmem. Wokół metaaksjologicznych założeń Powszechnej deklaracji praw człowieka*, w: T. Jasudowicz, M. Balcerzak, J. Kapelańska-Pręgowska (red.), *Współczesne problemy praw człowieka i międzynarodowego prawa humanitarnego*, TNOiK, Toruń 2009, s. 184-185.

³⁴⁶ D. Kaźmierczak, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 130.

³⁴⁷ G. Michałowska, *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i w Unii Europejskiej*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 11.

³⁴⁸ J. Hołda, Z. Hołda, D. Ostrowska, J.A. Rybczyńska, *Prawa...*, dz. cyt., s. 11.

jednostka)³⁴⁹. Prawa człowieka to *doniosłe prawa, które służą jednostce według jakiejś koncepcji filozoficznej, odnoszącej się do jej pozycji w państwie (płaszczyzna filozoficzna), służą jej w świetle prawa międzynarodowego, wewnątrz krajowego lub ponadpaństwowego (płaszczyzna prawna)*³⁵⁰. Determinują one sposób definiowania, zakres praw i wolności, które państwo zapewnia obywatelowi. Według Bogusława Banaszaka, prawa obywatelskie to *prawa bezpośrednio dotyczące egzystencji człowieka w aspekcie fizycznym, psychicznym i prawnym*³⁵¹. W rezultacie państwo jest zobligowane do umożliwienia obywatelowi korzystania z należnych mu praw, stworzenia warunków do wystąpienia z określonym roszczeniem wobec państwa. w literaturze prawniczej termin *prawa obywatelskie* to prawa, które upoważniają obywatela do wywierania wpływ na państwo, aby doszło do współkształtowania jego woli³⁵².

Barry Buzan po zakończeniu okresu zimnej wojny opracował koncepcję całościowego ujęcia bezpieczeństwa. Zwrócenie uwagi na wewnętrzny i zewnętrzny wymiar tego zjawiska umożliwiło wyeksponowanie internacjonalizacji zagrożeń i potrzebę międzynarodowej współpracy dla wyeliminowania czy redukcji ryzyka³⁵³. Takie współdziałanie uznano za niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa militarnego, politycznego, ekonomicznego, ekologicznego i społecznego. Buzan uważał, że zagrożeniem dla bezpieczeństwa społecznego są bieda, migracje, wykluczenie społeczne, nasilanie się nastrojów ksenofobicznych, konfliktów etnicznych czy religijnych³⁵⁴. Filozoficzne i etyczne rozważania o naturze bezpieczeństwa człowieka stworzyły ramy pojęciowe i ideowe dla teorii bezpieczeństwa personalnego.

Rozwój idei bezpieczeństwa personalistycznego był powiązany z kształtowaniem się liberalnych i krytycznych teorii bezpieczeństwa. Ważną rolę odegrała tzw. szkoła kopenhaska, obejmująca reprezentantów teorii konstruktywistycznych. w 1994 roku miało miejsce spotkanie Kopenhaskiej Grupy Badań nad Bezpieczeństwem. Jej uczestników zaliczono do przedstawicieli wspomianej szkoły. Zainicjowali zmianę myślenia o bezpieczeństwie i rozszerzenie koncepcji bezpieczeństwa, którą skryształizowano pod koniec

³⁴⁹ G. Michałowska, *Ochrona...*, dz. cyt., s. 11.

³⁵⁰ J. Hołda, Z. Hołda, D. Ostrowska, J.A. Rybczyńska, *Prawa człowieka. Zarys...*, dz. cyt., s. 11.

³⁵¹ T. Jurczyk, *Prawa jednostki w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 34.

³⁵² Tamże, s. 34, 53.

³⁵³ J. Stańczyk, *Istota współczesnego pojmowania bezpieczeństwa – zasadnicze tendencje*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” 2010-2011 nr 5, s. 18.

³⁵⁴ D. Kaźmierczak-Pec, *Od bezpieczeństwa państwa do bezpieczeństwa ludzkiego. Ewolucja pojęcia bezpieczeństwa w rzeczywistości ponowoczesnej*, w: M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostki*, WUP-H, Warszawa-Siedlce 2011, s. 37.

lat 90. XX stulecia. w *Security. A New Framework for Analysis* szkoła kopenhaska zaprezentowała pięć głównych obszarów bezpieczeństwa i tyleż zagrożeń, powiązanych ze sobą. Wymieniono bezpieczeństwo: militarne, polityczne, ekonomiczne, ekologiczne i społeczne. Rozwój bezpieczeństwa personalnego wsparło kształtowanie się liberalnych teorii bezpieczeństwa, skupionych na relacji państwa ze społeczeństwem, wewnętrznej polityce państwowej, indywidualnych prawach człowieka i zapewnieniu bezpieczeństwa własności prywatnej. Do aktorów polityki zaliczono państwo i autonomiczne, ludzkie jednostki, które cechują się zróżnicowaniem interesów i możliwości ich realizacji. Konfrontacja realistycznych, liberalnych i krytycznych teorii bezpieczeństwa przyczynia się do utworzenia podstaw współczesnego podejście do bezpieczeństwa również w wymiarze personalnym. Kluczowe znaczenie ma rozszerzenie zakresu przedmiotowego terminu *bezpieczeństwo*, obejmującego istotę i treść procesu bezpieczeństwa, zbiór wartości, które podlegają ochronie w ramach bezpieczeństwa i dziedziny życia, potencjalnie generujące zagrożenia dla takich wartości. Analogicznemu rozszerzeniu ulega podmiot *bezpieczeństwa* o określone ludzkie zbiorowości i pojedyncze jednostki. w nowym ujęciu wyeksponowano subiektywny wymiar bezpieczeństwa i jego percepcji u zainteresowanego podmiotu³⁵⁵.

Internacjonalizacja w XX wieku spowodowała, że zwrócono uwagę na człowieka, jego potrzebę ochrony życia i godności. Od połowy XX stulecia zaczęto posługiwać się terminem *human security*, aby opisać rolę bezpieczeństwa osobowego³⁵⁶. Takie bezpieczeństwo lokowano w opozycji do bezpieczeństwa narodowego, przyczyniając się do odebrania państwu roli jedyne podmiotu, który jest uprawniony do identyfikacji zagadnień związanych z bezpieczeństwem. w rezultacie bezpieczeństwo zostało powiązane ze stabilnością, niezależnością, poczuciem tożsamości, jakością życia i ochroną poziomu życia³⁵⁷. Podstawą *human security* jest godność człowieka. Celem staje się zapewnienie mu doświadczenia bezpieczeństwa obejmującego: istnienie stabilnego ustroju gwarantującego prawa człowieka i obywatela, system zabezpieczeń społecznych, wolność od przemocy, tortur, niehumanitarnego traktowania czy karania i nieuzasadnionego zatrzymania³⁵⁸.

W rozwoju bezpieczeństwa personalnego ważną rolę odegrał *Raport o rozwoju społecznym. Nowe wymiary bezpieczeństwa jednostki ludzkiej* (dalej: Raport ONZ) z 1994

³⁵⁵ A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 43-45.

³⁵⁶ P. Grzywna, *Istota...*, dz. cyt., s. 88.

³⁵⁷ A. Rybka, K. Kozłowska, *Interdyscyplinarne wymiary bezpieczeństwa w kształtowaniu przestrzeni zurbanizowanej*, „Budownictwo” 2017 nr 23, s. 288.

³⁵⁸ M. Ławrynowicz-Mikłaszewicz, *Bezpieczeństwo jako prawo człowieka w kontekście stosowania środków przymusu bezpośredniego i broni palnej przez uprawnione podmioty*, „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny” 2014 nr 4, s. 68-69.

roku, w którym pojawiła się idea wolności od strachu i nędzy³⁵⁹. Dokument opublikowano w ramach Programu Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz Rozwoju. Użyto w nim pojęcia *human security*, które z perspektywy jednostki identyfikuje różne dziedziny bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwo: ekonomiczne, żywnościowe, zdrowotne, ekologiczne, społeczne, fizyczne, polityczne³⁶⁰. w Raporcie ONZ wskazano dwa obszary bezpieczeństwa jednostki: brak zagrożeń (np. głodu, chorób, doświadczania represji z powodu pochodzenia, płci, rasy, wyznania czy przekonań politycznych) oraz ochronę przed potencjalnymi, nagłymi i bolesnymi zagrożeniami w życiu codziennym w środowisku domowym, zawodowym czy społecznym³⁶¹. Koncepcja *human security* stanowiła odpowiedź na wizję rozwoju społecznego formułowane przez ONZ, dążącego do rozszerzenia pokojowej współpracy państw. Koncepcja skupiła się na aspekcie powszechności, niezależności, ochronie przez prewencję oraz orientacji na człowieku i jego bezpieczeństwie³⁶². w rezultacie tak ujmowane bezpieczeństwo odnosi się do kwestii, które dotyczą stabilizacji, niezależności, opieki, uwolnienia jednostki od strachu, obaw (lęku), destabilizacji i chaosu, ograniczeń normalnego funkcjonowania. Uznano, że człowiek potrzebuje porządku, prawa, struktury, pomocy i wsparcia³⁶³.

Według Raportu ONZ bezpieczeństwo personalne ma charakter uniwersalny. Odnosi się do wszystkich ludzi bez względu na miejsce ich zamieszkania. Do cech bezpieczeństwa personalnego należy współzależność ogółu jego wymiarów, którą łatwiej uzyskać za pomocą profilaktyki niż późniejszej interwencji, ograniczaniu skutków naruszenia tego bezpieczeństwa³⁶⁴. Według koncepcji *human security*, podmiotem bezpieczeństwa jest człowiek (jednostka), potrzeby jego oraz jego rodziny³⁶⁵. W Raporcie ONZ nie opracowano jednoznacznej definicji terminu *bezpieczeństwo jednostki*. Zaliczono pojęcie *human security* do podstawowych konstruktów teoretycznych³⁶⁶. Uznano, że bezpieczeństwo jednostki wymaga uwzględnienia dwóch aspektów, czyli wolności od strachu (przemocy) i wolności od niedoli³⁶⁷. Według Raportu ONZ, bezpieczeństwo jednostki determinują cechy człowieka, co prowadzi do uniwersalnego charakteru bezpieczeństwa ludzi i współzależność

³⁵⁹ E. Szweđa, *Podmiot...*, dz. cyt., s. 29.

³⁶⁰ Zob. D. Kaźmierczak, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 130-131; A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 47.

³⁶¹ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 48.

³⁶² M. Plecka, *Personalny...*, dz. cyt., s. 185.

³⁶³ K. Klimek, *Bezpieczeństwo człowieka w perspektywie gerontologicznej*, „Edukacja Dorosłych” 2011 nr 1, s. 57.

³⁶⁴ D. Kaźmierczak, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 131.

³⁶⁵ D. Kaźmierczak-Pec, *Od bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 37.

³⁶⁶ P. Grzywna, *Istota...*, dz. cyt., s. 89.

³⁶⁷ A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 48.

wszystkich elementów bezpieczeństwa. Uznano, że jedno zagrożenie bezpieczeństwa (np. ubóstwo czy głód) generuje kolejne (np. wzrost przestępczości, brutalizacja życia społecznego, łamanie praw człowieka)³⁶⁸. Dla uzyskania bezpieczeństwa personalnego konieczne jest przesunięcie głównego punktu zainteresowań, aby wyeksponować cel – bezpieczeństwo jednostki. w tym celu należy powiązać koncepcję *human security* z działaniami podejmowanymi w ramach dziedziny bezpieczeństwa i zrównoważonego rozwoju³⁶⁹. Subiektywny charakter bezpieczeństwa powoduje, że ma ono związek z subiektywnym i instynktownym poczuciem braku bezpieczeństwa³⁷⁰. Wskazane czynniki powodują, że bezpieczeństwo człowieka determinują warunki życia. Do obowiązków państwa związanych z zagwarantowaniem ludziom spokojnego i w miarę bezpiecznego życia zaliczono stworzenie warunków zaspokajania codziennych potrzeb przez obywateli. To wymaga zapewnienia im dostępu do żywności, wody pitnej, edukacji, opieki medycznej, rynku pracy, który umożliwi im podjąć godną pracę. Państwo ma im umożliwić życie w kraju, w którym panuje pokój³⁷¹.

Wsparcie rozwoju idei bezpieczeństwa personalnego zapewniła Emma Rothchild, publikując artykuł pt. *What is security* z 1995 roku. Doszła do wniosku, że źródłem idei bezpieczeństwa jednostki jest rezultat procesu rozszerzania ogólnej koncepcji bezpieczeństwa narodowego. Rothchild uznała, że koncepcja *human security* to konsekwencja ewolucji koncepcji Buzana. Bezpieczeństwo jednostki to kluczowy składnik bezpieczeństwa narodowego. Podobny wkład w rozwój idei bezpieczeństwa personalnego wniósł Frances Stewart za pomocą artykułu pt. *Development and Security* z 2004 roku. Powiązał bezpieczeństwo z rozwojem. Według Stewarta, bezpieczeństwo stanowi część dobrego samopoczucia i indywidualny cel rozwoju człowieka. Brak poczucia bezpieczeństwa większych zbiorowości ludzkich negatywnie oddziałuje na wzrost gospodarczy, rozwój (indywidualny) człowieka i ludzkich zbiorowości. Według Stewarda do konfliktów i eskalacji przemocy dochodzi z powodu niezrównoważonego rozwoju³⁷².

Termin *bezpieczeństwo personalne (human security)* wprowadziły dwie szkoły bezpieczeństwa – japońska i kanadyjska (spopularyzowana przez Norwegię). Za sprawą pierwszej z nich w 1997 roku Japonia przyjęła koncepcję bezpieczeństwa personalnego. Skupiono się na kwestii *freedom from want*, czyli *wolności od niedostatku*. Wybrano szerokie

³⁶⁸ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 49-50.

³⁶⁹ A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 48-49.

³⁷⁰ P. Grzywna, *Istota...*, dz. cyt., s. 89.

³⁷¹ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 50.

³⁷² A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 49-50.

podejście do koncepcji *human security*³⁷³. Dążono do intensyfikacji wysiłków dla wyeliminowania zagrożeń ludzkiego życia: ubóstwo, degradacja środowiska naturalnego, choroby zakaźne, handel narkotykami, napływ uchodźców³⁷⁴. Celem było zaspokojenie egzystencjalnych potrzeb jednostki (zabezpieczenie jej przetrwania), zapewnienia jej gwarancji pozytywnego bezpieczeństwa, czyli warunków do rozwoju³⁷⁵. Pod wpływem japońskiego ujęcia koncepcji *human security*, ONZ zwróciło uwagę na promocję bezpieczeństwa zgodnie z zasadą *Freedom from fear, freedom from want, freedom to live in dignity*³⁷⁶. Szkoła kanadyjska bezpieczeństwa personalnego skupiła się na *freedom from fear*, czyli na ochronie życia i praw jednostki dzięki wojskowym interwencjom³⁷⁷. Uznano, że kluczową rolę pełnią konflikty zbrojne i pomoc humanitarną. Ważną rolę pełni więc podejście *freedom from fear*, eksponowanie roli wolności politycznych i praw człowieka³⁷⁸. Szkoła kanadyjska akceptowała użycie siły na obszarze państwa, o ile takie działanie odbywa się w imię ochrony jednostki³⁷⁹.

Idea bezpieczeństwa personalnego podjęła myśl anarchistyczną (libertariańską). Odrzuciła założenie, że jednostka nie może zapewnić sobie bezpieczeństwa osobistego bez pomocy i udziału państwa oraz społeczeństwa. Myśl anarchistyczna, czego dowodem są pisma Murraya Newtona Rothbarda, Davida Friedmana, Hansa H. Hoppego, stworzyła i rozwinęła koncepcję bezpieczeństwa jednostki w bezpaństwowym społeczeństwie anarchokapitalistycznym. Jednostce przypisano prawo do samoobrony i nałożono na nią odpowiedzialność za bezpieczeństwo osobiste. Zostaje uwolniona od przemocy, jaką generuje państwo w relacji z obywatelem. Funkcjonowanie na nieskrępowanym i wolnym rynku ma zapewnić jednostce ochronę³⁸⁰.

Steven Hobfoll w teorii zachowania zasobów (*Conservation of Resources Theory – COR*) uznał, że ludzka aktywność sprzyja uzyskaniu, utrzymaniu i ochronie cenionych zasobów. Należą do nich: przedmioty, warunki, zasoby osobiste i energetyczne. Takie zasoby są niezbędne jednostce lub grupie do przetrwania i rozwoju³⁸¹.

³⁷³ P. Grzywna, *Istota...*, dz. cyt., s. 89.

³⁷⁴ A. Rychły-Lipińska, *Model...*, dz. cyt., s. 34.

³⁷⁵ A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 51.

³⁷⁶ P. Grzywna, *Istota...*, dz. cyt., s. 89.

³⁷⁷ A. Rychły-Lipińska, *Model...*, dz. cyt., s. 34.

³⁷⁸ A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 52.

³⁷⁹ P. Grzywna, *Istota...*, dz. cyt., s. 89.

³⁸⁰ K. Matuszek, *Anarchokapitalistyczna koncepcja bezpieczeństwa jednostki*, „Polityka i Społeczeństwo” 2018 nr 2, s. 143-145.

³⁸¹ R. Gwardyński, *Interdyscyplinarne...*, dz. cyt., s. 194-195.

Bezpieczeństwo jako potrzeba człowieka było opisywane w teoriach motywacyjnych, opracowanych przez Abrahama H. Masłowa, Claytona P. Alderferę, Davida McClellanda. Masłow to autor teorii hierarchii potrzeb, który założył hierarchiczny charakter ludzkich potrzeb. Uważał, że po zaspokojeniu potrzeb podstawowych jednostka sięga po potrzeby wyższego rzędu. Masłow wyróżnił potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku, samorealizacji³⁸². Uznał, że potrzeba bezpieczeństwa należy do podstawowych, ludzkich potrzeb i jako silny motywator, skłania jednostkę do podjęcia aktywności, pozwalającej zaspokoić ją (choć częściowo). Zaspokojenie potrzeby wyższego rzędu staje się możliwe po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu³⁸³.

Podstawą teorii motywacji ERG (*existence, relatedness, growth*), opracowanej przez Alderferę, było uznanie, że trzy grupy potrzeb: egzystencji, potrzeb społecznych i rozwoju stanowią podstawę działania i modyfikacji własnych zachowań przez ludzi³⁸⁴. Bezpieczeństwo to potrzeba egzystencjalna człowieka. Według teorii motywacji ERG, w wyniku niezaspokojenia potrzeb wyższego rzędu pojawiają się potrzeby niższego rzędu. Jednostka bywa motywowana przez różne potrzeby³⁸⁵. Źródłem jego aktywności jest równoczesne oddziaływanie wszystkich rodzajów potrzeb i koncentracja na wybranej grupie potrzeb. W wyniku niezaspokojenia danej kategorii potrzeb wyższego poziomu jednostka może doświadczać frustracji i poszukiwać metod realizacji katalogu potrzeb niższego poziomu. Natomiast według teorii motywacji opracowanej przez McClellanda, rozwój potrzeb jednostki determinują jej doświadczenia oraz wpływ otoczenia, czynników zewnętrznych i wewnętrznych³⁸⁶. Człowiek może odczuwać potrzebę bezpieczeństwa³⁸⁷.

Fen Osler Hampson wskazał trzy koncepcje pojęcia *bezpieczeństwo jednostki*. Według pierwszej, opisano bezpieczeństwo za pomocą kategorii praw naturalnych i rządów prawa.

³⁸² Zob. A. Pietroń-Pyszczek, *Motywowanie pracowników. Wskazówki dla menedżerów*, Marina, Wrocław 2015, s. 22; Z. Jasiński, *Motywowanie w przedsiębiorstwie*, Agencja Wydawnicza Place, Warszawa 1998, s. 36; M. Juchnowicz, *Motywowanie w toku pracy*, w: A. Sajkiewicz (red.), *Zasoby ludzkie w firmie. Podręcznik*, Poltext, Warszawa 2000, s. 200; D. Podmoroff, *365 sposobów na codzienne motywowanie i nagradzanie pracowników*, Oficyna Wydawnicza Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 75; A. Gick, M. Tarczyńska, *Motywowanie pracowników*, PWE, Warszawa 1999, s. 21; R. Karaś, *Teorie motywacji w zarządzaniu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004, s. 69-70; Z. Pawlak, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2011, s. 91.

³⁸³ M. Kinda, *Poczucie bezpieczeństwa młodzieży w szkołach ponadgimnazjalnych w Chojnicach*, „Security, Economy & Law” 2017 nr 4, s. 168.

³⁸⁴ Zob. K. Sedlak, *Jak skutecznie wynagradzać pracowników. Tworzenie i doskonalenie systemów wynagrodzeń*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1997, s. 39;

³⁸⁵ M. Kinda, *Poczucie...*, dz. cyt., s. 168.

³⁸⁶ H. Król, *Podstawy koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi*, w: *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego*, PWN, Warszawa 2007, s. 56.

³⁸⁷ M. Kinda, *Poczucie...*, dz. cyt., s. 168-169.

Odwołano się do zobowiązań społeczności międzynarodowej do ochrony i wspierania podstawowych praw człowieka do życia, wolności i dążenia do szczęścia. w drugiej koncepcji kluczową rolę pełnią wartości humanitarne³⁸⁸. Są podstawą działań, które są podejmowane dla pogłębienia, wzmocnienia prawa w odniesieniu do ludobójstwa i zbrodni wojennych. Wartości humanitarne pozwalają wyeliminować broń, stanowiącą zagrożenie dla ludności cywilnej i osób niezaangażowanych w działania militarne. Trzecia koncepcja szeroko ujęła zagrożenia dla bezpieczeństwa jednostki: realne i potencjalne. Stwarzają one ryzyko dla przetrwania i zdrowia człowieka. Te koncepcje przyczyniły się do ukształtowania idei sprawiedliwości społecznej, podjęcia badań nad wpływem globalnej gospodarki, sił globalizacji i równowagi ekologicznej na bezpieczeństwo jednostki³⁸⁹.

Johan Galtung norweski socjolog uważał, że jest zasadny podział poznawczej multidyscyplinarności bezpieczeństwa na personalne i strukturalne. Pierwsze z nich obejmuje warunki zapewniające ciągłość trwania człowieka (jednostki). Stanowi ono konkretny indywidualny byt. Jednostka może osiągnąć samorealizację, w pełni wykorzystując wielorakie warunki egzystencji. Właściwości bezpieczeństwa personalnego to indywidualny, obiektywny i bezpośredni wymiar bezpieczeństwa. Pierwszy z nich obejmuje całościowe ujęcie kondycji fizycznej, psychicznej, duchowej oraz intuicji konkretnego człowieka. Subiektywny wymiar bezpieczeństwa personalnego determinuje subiektywna ocena warunków życia jednostki powodujące, że człowiek może doświadczać pewność trwania lub stanu niepewności lub lęku. Bezpośredni wymiar bezpieczeństwa dotyczy sytuacji, kiedy jednostka sama poznaje czynniki, stanowiące zagrożenie dla ciągłości i jakości jej trwania. Człowiek podejmuje celową aktywność dla wyeliminowania lub redukcji takiego ryzyka³⁹⁰.

3.2. Zagrożenia dla bezpieczeństwa personalnego

Zagrożenie to zasadniczy element bezpieczeństwa³⁹¹. Niektóre z jego właściwości omówiono w rozdziale 2 w podrozdziale 2.3. w tym podrozdziale wskazano cechy i przejawy zagrożenia, które oddziałują na bezpieczeństwo personalne.

Współczesna dyskusja nad bezpieczeństwem personalnym przyczyniła się do powstania koncepcji o orientacji liberalnej, humanitarnej i krytycznej. Pierwsza z nich opisuje

³⁸⁸ A. Czubaj, *Miejsce jednostki we współczesnym pojmowaniu bezpieczeństwa*, desecuritate.uph.edu.pl, 2016 nr 1, s. 66.

³⁸⁹ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 47-48.

³⁹⁰ P. Bogdański, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 32-33.

³⁹¹ M. Paździor, J. Trubalska, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 15.

bezpieczeństwo jednostki posługując się kategoriami praw naturalnych i rządów prawa. Bazuje na uznaniu prawa człowieka do życia, wolności, szczęścia i bezpieczeństwa. Według orientacji humanitarnej bezpieczeństwa personalnego, należy dążyć do zapewnienia ochrony ofiarom naruszenia praw człowieka. Skupia uwagę na poprawie warunków życia uchodźców, wparciu ofiar przemocy i podjęciu interwencji, kiedy dochodzi do ludobójstwa, czystek etnicznych lub innych podobnych zjawisk. Krytyczna orientacja bezpieczeństwa personalnego uwzględnia szerokie podejście do bezpieczeństwa. Koncentruje się na diagnozie zróżnicowanych form zagrożeń i problemów oddziałujących na jakość życia i bezpieczeństwa jednostki. Do takiego ryzyka zalicza się m.in. zagrożenia o charakterze ekonomicznym, społecznym, zdrowotnym czy ekologicznym³⁹².

Słowo *zagrożenie* wskazuje brak bezpieczeństwa lub ryzyko jego utraty. To stan niepożądany przez jednostkę i państwo, ponieważ cechuje się podatnością na takie ryzyko³⁹³. Według *Słownika terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, pojęcie *zagrożenie* wskazuje *sytuację, w której pojawia się prawdopodobieństwo powstania stanu niebezpiecznego dla otoczenia*³⁹⁴. Zagrożeniem staje się sytuacja niebezpieczna, generująca szkody, obrażenia lub przypadki utraty zdrowia³⁹⁵. Stefan Korycki w definicji pojęcia *zagrożenie* wskazuje *pewien stan psychiczny lub świadomościowy, u jego podstaw leży sposób percepcji zjawisk. Jednostka dokonuje ich oceny, postrzega je jako niekorzystne lub niebezpieczne. Ten stan wskazuje czynniki obiektywne powodujące stany niepewności i obaw*³⁹⁶. Zagrożenie bezpieczeństwa to stan psychicznym, charakteryzujący się negatywną oceną *zjawisk postrzeganych jako niekorzystne lub niebezpieczne*³⁹⁷. Pojęcie *zagrożenie* odnosi się do świadomości danej osoby. Jest rezultatem jej negatywnej oceny danego zjawiska³⁹⁸. Wpływa na świadomość podmiotu: jednostki, grupy społecznej, społeczeństwa, narodu. Zagrożenie jest powiązane ze stanem psychiki lub świadomości, który jest generowany przez percepcję zjawisk ocenionych jako niekorzystne lub niebezpieczne³⁹⁹. To *subiektywne (...) lub/i obiektywne (rzeczywiste) występowanie niebezpieczeństwa*

³⁹² A. Rychły-Lipińska, *Model...*, dz. cyt., s. 35.

³⁹³ M. Czuryk, K. Dunaj, M. Karpiuk, K. Prokop, *Bezpieczeństwo państwa. Zagadnienia prawne i administracyjne*, WPiAUW-M, Olsztyn 2016, s. 18.

³⁹⁴ B. Zdrobowski (red.), *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, AON, Warszawa 2008, s. 172.

³⁹⁵ M. Adamczyk, *Teoretyczne...*, dz. cyt., s. 57.

³⁹⁶ Cyt. za: M. Jonks, *Zagrożenie bezpieczeństwa Europy w aspekcie „Europejskiej Strategii Bezpieczeństwa”*, „Zeszyty Naukowe ASzWoj” 2017 nr 4, s. 7-8.

³⁹⁷ M. Czuryk, K. Dunaj, M. Karpiuk, K. Prokop, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 18.

³⁹⁸ S. Mordwa, *Percepcja...*, dz. cyt., s. 104.

³⁹⁹ R. Zięba, *Instytucjonalizacja...*, dz. cyt., s. 28.

dla istotnych dla danego podmiotu wartości zaliczanych do jego bezpieczeństwa⁴⁰⁰. Zagrożenie jest ukierunkowane na określone wartości stanowiące przedmiot ochrony zapewnianej przez dany podmiot. Staje się źródłem niepokoju lub lęku, wywołuje jakieś zjawisko lub/i prowadzi do zakłócenia proporcji jego zasobów⁴⁰¹. Zagrożenie to pewien stan psychiki czy świadomości, lokuje się w świadomości i charakteryzuje się subiektywnością⁴⁰². Kluczowe znaczenie ma percepcja zagrożeń przez podmiot, który je zauważa. Wyróżnia się zagrożenia prawdopodobne, potencjalne, rzeczywiste. Stanowią one odzwierciedlenie realnego lub fałszywego odbicia rzeczy, determinowane przez świadomość obserwatora⁴⁰³.

Bezpieczeństwo personalne ograniczają różne zagrożenia, wśród nich są te o charakterze obiektywnym i subiektywnym. Pierwsze z nich to sytuacje niebezpieczne dla życia i zdrowia człowieka lub jego grupy społecznej, które cechują się realnością, niezależnością od człowieka. Wywołują destrukcję lub szkody. Ryzyko o charakterze subiektywnym odnosi się do stanu prawnego lub psychicznego. Stan prawny sprawia, że jednostka nie posiada gwarancji uzyskania wsparcia społecznego od innych osób lub/i instytucji. Do cech zagrożenia subiektywnego zalicza się zależność od istnienia zagrożeń, brak świadomości istnienia takiego ryzyka i wiedzy o dostępnych sposobach zapobieżeniu bezpieczeństwu⁴⁰⁴. Zagrożenia bezpieczeństwa personalnego są zewnętrzne i wewnętrzne.

W odniesieniu do jednostki i grupy społecznej te pierwsze mają charakter społeczno-materialny. Przyczyniają się do uwidocznienia ubóstwa, biedy i patologii. Zagrożenia wewnętrzne mają źródło w zakłóceniu poczucia homeostazy. Wykazują silny związek z różnymi zjawiskami, np. z relacjami interpersonalnymi⁴⁰⁵. Zagrożenia dla bezpieczeństwa osobowego bywają wywoływane przez ekosferę (środowisko naturalne), technikę, społeczeństwo, agresję innych osób i zjawiska w danym człowieku⁴⁰⁶.

Zagrożenia bezpieczeństwa personalnego dzieli się również na pierwotne (zjawiska naturalne, techniczne, militarne, nadzwyczajne zagrożenia środowiskowe) i wtórne (naruszenie równowagi biologicznej, masowe straty, zagrożenia egzystencji człowieka i społeczne)⁴⁰⁷, wojskowe, polityczne, społeczne, ekonomiczne i ekologiczne⁴⁰⁸.

⁴⁰⁰ R. Zięba, *O tożsamości...*, dz. cyt., s. 9.

⁴⁰¹ Tamże, s. 10.

⁴⁰² R. Zięba, *Teoria...*, dz. cyt., s. 91.

⁴⁰³ R. Zięba, *O tożsamości...*, dz. cyt., s. 10.

⁴⁰⁴ M. Rozwadowski, *Bezpieczeństwo ...*, dz. cyt., s. 245.

⁴⁰⁵ M. Kinda, *Poczucie...*, dz. cyt., s. 165.

⁴⁰⁶ P. Grzywna, *Istota...*, dz. cyt., s. 86-87.

⁴⁰⁷ Z. Ciekanowski, *Rodzaje...*, dz. cyt., s. 27.

Bezpieczeństwo jednostki obejmuje wymiary: personalny, społeczny, polityczny, zdrowotny, żywnościowych, środowiskowy i ekonomiczny⁴⁰⁹. Każdy jest zagrożony przez odmienne zjawiska. Do zagrożeń bezpieczeństwa, również osobowego, zalicza się ryzyko dotyczące: ludzkiego bytu (zaspokojenia potrzeb fizjologicznych), środowiska mieszkaniowego, pracy i BHP (np. niepewność pracy, wypadkowość i śmiertelność w pracy, choroby zawodowe), zdrowia (utrudniony dostęp do świadczeń medycznych, obawy o bezpieczeństwo zdrowotne), zjawiska o charakterze ekonomicznym (np. ubóstwo, niedostatek, brak odpowiedniego zabezpieczenia finansowego), zjawiska utrudniającego (zakłócające) rozwój (np. utrudniony dostęp do edukacji i placówek sportowo-kulturowych, niski poziom kształcenia)⁴¹⁰. Ryzyko stanowią również śmierć, proces starzenia się, choroby, destrukcyjny wpływ czynników zewnętrznych⁴¹¹. Jednostka ma problemy z zapewnieniem indywidualnego bezpieczeństwa. Zagrożają mu m.in. kryzys współczesnej rodziny, spadek urodzeń dzieci, postępujący proces starzenia się społeczeństwa, procesy migracyjne i emigracyjne⁴¹².

Ryzyko dla bezpieczeństwa personalnego stanowią również zagrożenia o charakterze psychospołecznym. Ich obecność sprawia, że podmiot bezpieczeństwa może doświadczać braku poczucia bezpieczeństwa bytu państwa lub/i zewnętrznego i wewnętrznego bezpieczeństwa człowieka (obywatela). Ten stan może wywołać nasilanie się patologii społecznych w środowisku rodzinnym lub/i lokalnym, spadek poziomu zdrowotności społeczeństwa (głównie młodzieży) oraz przyrostu demograficznego społeczeństwa, ograniczenie roli zadań wychowawczych i edukacyjnych przez instytucje państwowe i społeczne (np. z powodu niedoboru środków finansowych). W rezultacie zmian na rynku pracy społeczeństwo i państwo może nie dysponować możliwościami aby pomóc jednostce zagrożonej ubóstwem, marginalizacją⁴¹³.

UNDP rozpowszechnił termin *bezpieczeństwo personalne*⁴¹⁴. Wyróżniono w nim wymiary bezpieczeństwa personalnego oraz zagrożenia obecne w obszarze bezpieczeństwa ekonomicznego, żywnościowego, zdrowotnego, środowiskowego (ekologicznego),

⁴⁰⁸ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, „Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej” 2011 nr 2, s. 124.

⁴⁰⁹ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 48.

⁴¹⁰ P. Grzywna, *Istota i wybrane aksjologiczne uwarunkowania bezpieczeństwa społecznego*, w: A. Bryłka, T. Kałuski, M. Korbaś (red.), *Władza a społeczeństwo*, WUŚ, Katowice 2016, s. 87.

⁴¹¹ R. Gwardyński, *Interdyscyplinarne...*, dz. cyt., s. 191.

⁴¹² A. Skrabacz, K. Loranty, *Bezpieczeństwo społeczne w demokratycznym państwie. Perspektywa personalna i strukturalna*, AON, Warszawa 2016, s. 52.

⁴¹³ Zob. M. Bednarz, *Bezpieczeństwo personalne wobec nowych ryzyk socjalnych*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021, s. 108-109.

⁴¹⁴ A. Rychły-Lipińska, *Model bezpieczeństwa jednostki...*, dz. cyt., s. 34.

osobistego, społeczności (wspólnoty) i politycznego⁴¹⁵. Kofi Annan Sekretarz Generalny ONZ w *Raporcie Milenijnym* z 2000 roku podsumował działania ONZ w sferze bezpieczeństwa człowieka. Uznał, że bezpieczeństwo jest tożsame z dobrem ludzi. Za konieczne dla uzyskania tego stanu uznał zmianę sposobu myślenia i postępowania podmiotów bezpieczeństwa. Celem bezpieczeństwa personalnego, powinno być *stworzenie warunków umożliwiających mężczyznom, kobietom i dzieciom w miastach i wioskach całego świata poprawę standardów życiowych*⁴¹⁶. *Raport Milenijny* stał się podstawą Rezolucji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z 2000 roku, która zdefiniowała cele milenijne: zapewnienie pokoju i bezpieczeństwa (uwolnienie od strachu przed stosowaniem broni masowej zagłady), wsparcie zrównoważonego rozwoju gospodarczo-społecznego i eliminację ubóstwa, ochronę środowiska naturalnego przed postępującą degradacją, ochronę osób słabszych (dzieci, ludności cywilnej) podatnych na ryzyko klęsk żywiołowych, zaspokojenie potrzeb Afryki i wzmocnienie pozycji ONZ zaangażowanej w walkę o rozwój ludności na świecie, walkę z ubóstwem, ignorancją, chorobami, niesprawiedliwością, przemocą, przestępczością, niszczeniem i degradacją środowiska naturalnego⁴¹⁷. Według Raportu ONZ jednostkowemu bezpieczeństwu zagrażają globalne zjawiska: brak kontroli nad przyrostem demograficznym, nierównomierny rozwój gospodarczy, degradacja środowiska naturalnego, migracje ludności, przestępczość narkotykowa i międzynarodowy terroryzm⁴¹⁸. Na bezpieczeństwo człowieka negatywie wpływają zagrożenia, których źródłem są: katastrofa naturalna, destrukcja elementów otoczenia i naruszanie praw człowieka⁴¹⁹. Do zagrożeń zalicza się: przedmiotowe traktowanie człowieka (jednostki i obywatela), wzrost przestępczości przeciwko mieniu i życiu ludności, degradacja (wzrost zanieczyszczenia) środowiska przyrodniczego, akty terrorystyczne skierowane przeciwko ludności cywilnej, konsumpcyjny styl życia, wpływ ideologii utylitarystycznej, wykorzystywanie technologii biomedycznych⁴²⁰.

Kazimierz Kołodziejczyk do zagrożeń bezpieczeństwa personalnego zaliczył brak poszanowania godności człowieka (np. dyskryminacja: rasowa lub/i ze względu na płeć,

⁴¹⁵ P. Grzywina, *Istota...*, dz. cyt., s. 89.

⁴¹⁶ Cyt. za: A. Urbanek, *Ludzki...*, dz. cyt., s. 50-51.

⁴¹⁷ Tamże, s. 51.

⁴¹⁸ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 49.

⁴¹⁹ R. Niedzielski, *Bezpieczeństwo jednostki – wybrane aspekty systemu zabezpieczeń*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4, s. 134.

⁴²⁰ T. Grabińska, *Przedmiot nauk o bezpieczeństwie: wprowadzenie*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4, s. 10.

handel ludźmi, katorżnicza praca dzieci, reifikacja podwładnych i pracowników, wyborców) oraz powszechnej świadomości ekologicznej (degradacja środowiska naturalnego prowadząca do pośredniej degradacji człowieka), dominację zła (utrata godności i człowieczeństwa za sprawą nieludzkiego zachowania, np. akty terroryzmu, akty mordu, okaleczania ludzi), społeczeństwo *konsumeryczne* (konsumpcja jako lek na stagnację gospodarczą, edukacyjną, bezrobocie i ubóstwo), uprzedmiotowienie człowieka (negatywny wpływ sekt oraz idei śmierci samobójczej zamachowców), oraz – wszelkie przejawy utrudnień i stłamszenia jednostki przez zbiorowość⁴²¹. Teresa Grabińska zaliczyła do uniwersalnych zagrożeń bezpieczeństwa personalnego: przedmiotowe traktowanie człowieka postrzeganego jako osoba i obywatel wzrost przestępczości wobec życia i mienia ludności, zanieczyszczenie środowiska naturalnego, akty terrorystyczne skierowane wobec ludności cywilnej, konsumpcyjny styl życia oraz ideologię utylitarystyczną⁴²².

Zagrożeniem dla bezpieczeństwa personalnego stały się współczesna cywilizacja, technologia i kultura. Ryzyko wynika z cech współczesnej cywilizacji, która odpowiada za zniszczenie środowiska naturalnego, osłabianie więzi społecznych (np. za sprawą rozwoju technologii informatycznych), podział między rozwojem materialnym i duchowym, osłabienie kreatywności intelektualnej, użycie technologii do inżynierii genetycznej, terroryzmu oraz innych działań, rozwój lokalny i ponadregionalnej przestępczości zorganizowanej⁴²³. Współczesne otoczenie cywilizacyjne i kulturowe stanowi zagrożenie dla człowieka, ponieważ negatywnie oddziałuje na jego psychikę. Deformuje jego sposób postrzegania siebie oraz, globalnej rzeczywistości lub/i jej elementów⁴²⁴.

Pod koniec XX stulecia człowiek funkcjonuje w realiach płynnej nowoczesności i społeczeństwa ryzyka. Społeczeństwo ponowoczesne stało się podatne na nowe formy ryzyka i zagrożenia⁴²⁵. Bezpieczeństwu personalnemu zagraża lęk i strach, wywoływane przez uczestnictwo w życiu społecznym. Jednostka jest narażona na codzienne doświadczanie tych stanów, których nie może uniknąć⁴²⁶. Funkcjonuje w społeczeństwie ryzyka. Współczesny człowiek, zdaniem Ulrich Becka, doświadcza strachu i obaw mających źródło

⁴²¹ K. Kołodziejczyk, *Personalny...*, dz. cyt., s. 98-100.

⁴²² E. Kołpaczyński, *Prognozowanie...*, dz. cyt., s. 86.

⁴²³ Zob. M. Tryboń, I. Grabowska Lepczak, M. Kwiatkowski, *Bezpieczeństwo człowieka w obliczu zagrożeń XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Służby Pożarniczej” 2011 nr 41, s. 195-196; A. Pieczywok, *Bezpieczeństwo człowieka w warunkach ryzyka i niepewności*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2019 nr 4, s. 101.

⁴²⁴ K. Klimek, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 56.

⁴²⁵ J. Szmyd, *Poczucie...*, s. 10.

⁴²⁶ Zob. W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 52; A. Pieczywok, *Wpływ...*, dz. cyt., s. 74.

w ocenie postępu cywilizacyjnego i technicznego⁴²⁷. Środowisko człowieka: społeczne, kulturowe czy przyrodnicze stanowi czynnik determinujący bezpieczeństwo personalne. Takie otoczenie wpływa na trwanie, funkcjonowanie i rozwój jednostki w warunkach normalnych i nadzwyczajnych⁴²⁸. Uzyskanie bezpieczeństwa personalnego przez człowieka staje się coraz trudniejsze. Ten stan zdaniem Anthony'ego Giddensa należy wiązać ze zmianą profilu ryzyka w społeczeństwie ponowoczesnym⁴²⁹. Ta przemiana ujęta subiektywnie została wywołana przez czynniki: wpływ mediów, zanik tradycyjnych mechanizmów obronnych związanych z zabiegami religijnymi lub magicznymi, osamotnienie jednostki, utrata zaufania i bezradność ekspertów technicznych i medycznych. Według ujęcia obiektywnego zmiana profilu ryzyka w społeczeństwie ponowoczesnym ma źródło w globalnej ekspansji narastających zagrożeń, np. epidemii, krachu na giełdzie⁴³⁰. Płynna ponowoczesność stanowi ryzyko dla bezpieczeństwa personalnego ponieważ odpowiada za upłynnienie tożsamości osoby lub/i grupy społecznej⁴³¹. Ten stan braku stałej tożsamości jest spowodowany przez zmienność idei, mód, wzorców. w rezultacie człowiek staje się bardziej podatny na wpływ czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Jego poczucie bezpieczeństwa stale się obniża. Jednostka czuje się bezpiecznie jedynie przez krótki okres, kiedy dostosowała się do obowiązujących idei, mód, wzorców. Ich zmiana wywołuje u niej poczucie zagrożenia. Człowieka i grupa społeczna muszą więc stale poszukiwać nowych sposobów, aby uwolnić się lub ograniczyć poczucie lęku i obawy, kiedy funkcjonują w przestrzeni społecznej⁴³². Celowo wzbudzany niepokój i stan zagrożenia powoduje, że człowiek boi się dynamicznie zachodzących zmian. Jego otoczenie negatywnie oddziałuje na jego zachowanie, wywołuje również brak wiary w sprawność państwa i organów odpowiadających za porządek publiczny i bezpieczeństwo obywateli⁴³³.

Na społeczeństwo ponowoczesne i jej członków oddziałuje kultura strachu operująca obawami i lękiem, propagandą, strachem dla oddziaływania na różne sfery życia ludzi. Ten wykreowany klimat powoduje, że jednostka doświadcza stanu permanentnego

⁴²⁷ Zob. U. Beck, *Spoleczeństwo ryzyka. w drodze do innej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2002.

⁴²⁸ H. Leśniewska, *Bezpieczeństwo personalne funkcjonariuszy wybranych grup dyspozycyjnych*, w: K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, ASW, Warszawa 2017, s. 245.

⁴²⁹ A. Giddens, *Konsekwencje nowoczesności*, WUJ, Kraków 2008, s. 32.

⁴³⁰ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 150-153.

⁴³¹ Zob. A. Pieczywok, *Wpływ...*, dz. cyt., s. 73.

⁴³² K. Drabik, *Bezpieczeństwo w kulturze ponowoczesnego ryzyka*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, ASW, Warszawa 2020, s. 54-55, 58.

⁴³³ A. Tomalak, *Budowanie...*, dz. cyt., s. 239.

zagrożenia, wzmacnianego przez przekazy medialne prezentujące głównie negatywne i katastroficzne wydarzenia. Dochodzi więc do obniżenia jej poczucia bezpieczeństwa, co stanowi potencjalne źródło eskalacji zachowań lękowych⁴³⁴. Otwartość typowa dla społeczeństwa ponowoczesnego powoduje nowe problemy i wyzwania. Według Zygmunta Baumana wspiera samostanowienie wolnego społeczeństwa, dumnego ze swojej postawy, które jednak odkrywa brak posiadania możliwości uzyskania maksymalnego bezpieczeństwa z powodu źródeł zagrożenia poza ich granicami i blisko siebie⁴³⁵. To co wcześniej uznawano za obce, odmienne czy groźne znajduje się obecnie blisko, niemal za rogiem. Ludzie żyją w przekonaniu, że mogą być narażeni na ataki ze strony różnych potężnych sił. w wyniku lęków i obaw stają się mniej pewni jutra i stabilni, brakuje im oparcia w dotychczasowych systemach religijnych czy rodzinnych. Ludzie czują się złapani w pułapkę, nie znajdują sposobu uwolnienia się od trosk i problemów, co może prowadzić do paniki moralnej mającej źródło w irracjonalnym lęku. Zdaniem Baumana taki lęk jest przetworzony społecznie i kulturowo, oddziałuje na sposób postępowania i decyzje behawioralne. Jednostka dokonuje uzewnętrznienia wizji świata opartej na niepewności, w rezultacie dochodzi do machinalnego i odruchowego uruchomienia reakcji typowych dla sytuacji lękowej. Człowiek pozornie jest przygotowany na każde zagrożenie⁴³⁶. Bytuje w stanie gotowości i obaw. Według Baumana od wieków państwo poszukuje równowagi między wolnością i bezpieczeństwem, stanowiącymi fundamentalne wartości dla każdego człowieka. Lokują się one w opozycji względem siebie, dlatego im więcej jednostka ma wolności, tym silniej spada poziom poczucia bezpieczeństwa obywatela. Równocześnie bezpieczeństwo człowieka w państwie sprawia, że jego wolność zostaje ograniczona⁴³⁷. Drabik uważa, że bezpieczeństwo personalne to idea ponowoczesności, która uwzględnia zagrożenia mające źródło w obecnej kulturze i cywilizacji. Ich przejawy są wszechobecne w życiu współczesnego człowieka⁴³⁸.

Współczesna kultura konsumpcyjna i masowa koncentruje się na promocji młodości, zdrowia fizycznego i wzrostu wydajności (efektywności, intensywności) działania⁴³⁹, cielesności i atrakcyjności cielesnej, które można poddać kontroli. Ciało stało się elementem

⁴³⁴ M. Szpunar, *Kultura cyfrowego narcyzmu*, Wydawnictwa AGH, Kraków 2016, s. 40-41.

⁴³⁵ Z. Bauman, *Płynny lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2008, s. 167.

⁴³⁶ M. Szpunar, *Kultura...*, dz. cyt., s. 42-45.

⁴³⁷ K. Księżki, *Państwo bezpieczeństwa osobistego w myśli Zygmunta Baumana*, „Rocznik Samorządowy” 2014 nr 3, s. 45.

⁴³⁸ K. Drabik, *Bezpieczeństwo w kulturze nowoczesnego ryzyka*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020, s. 37.

⁴³⁹ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2013 nr 4, s. 409.

tożsamości indywidualnej i społecznej, uległo uprzedmiotowieniu, jest publicznie prezentowane i obnażane, przyczynia się do rozwoju konsumpcji, narcyzmu i osobowości na pokaz⁴⁴⁰. Konsumpcja jest postrzegana jako element zachowań zdrowotnych i rywalizacji⁴⁴¹. Konsument odpowiada za stan swojego zdrowia⁴⁴². Współczesna kultura rozbudza jego obawy i lęki, aby konsumował towary i usługi, w rezultacie człowiek zapomina o złożoności natury zdrowia. Ważniejsza staje się atrakcyjność fizyczna niż zdrowie⁴⁴³. Korzysta ze zdobyczy współczesnej medycyny, poddając się nieuzasadnionym zabiegom medycyny estetycznej, terapiom itd. Kreowane u społeczeństwa potrzeby i oczekiwania może zaspokoić tylko część zamożnych osób. Publiczna ochrona zdrowia często nie gwarantuje dostępu do podstawowej opieki medycznej, której celem jest ratowanie zdrowia i życia.

Ryzyko dla bezpieczeństwa personalnego tworzy współczesna technologia⁴⁴⁴, m.in. nanotechnologie zagrażające funkcjonowaniu, rozwojowi i tożsamości jednostki⁴⁴⁵. Dynamiczny postęp naukowo-techniczny ingeruje w biologię człowieka, nie tylko umożliwia podniesienie jakości życia i jego podtrzymanie, ale – dąży do jego znacznego przedłużenia i wyeliminowania śmierci⁴⁴⁶. Zagrożeniem są powiązane z nim idee transhumanizmu (szerzej opisane w podrozdziale 3.5). Ich celem staje się uwolnienie ludzkiej istoty od naturalnych ograniczeń dzięki osiągnięciom współczesnej cywilizacji i technologii⁴⁴⁷. Wskazane czynniki, współczesna kultura i cywilizacja bywa określana jako *cywilizacja śmierci*. Negatywnie wpływa na bezpieczeństwo personalne, ponieważ ludzie skupiają się na konsumpcji, dążeniu do komfortowego i przyjemnego życia, doczesności, pielęgnowaniu egoizmów⁴⁴⁸. Transhumanizm oczekuje, że jednostka będzie poprawiać stan zdrowia za pomocą nowych możliwości oferowanych przez technologie: genetykę, robotykę, informatykę

⁴⁴⁰ H. Jakubowska, *Socjologia ciała*, Wydawnictwo UAM, Poznań 2009, s. 36-37, 63, 154.

⁴⁴¹ Zob. J. M. Karczewski, *Praktyki cielesne*, Trio, Warszawa 2006, s. 65; A. Wieczorkiewicz, *Lustro i skalpel*, w: W. Godzic, W. Żakowski (red.), *Gadzety popkultury. Społeczne życie przedmiotów*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 62.

⁴⁴² E. Syrek, *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, WUŚ, Katowice 2000, s. 39.

⁴⁴³ A. Brytek-Matera, *Obraz ciała-obraz siebie wizerunek własnego ciała w ujęciu psychologicznym*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008, s. 15, 24-25.

⁴⁴⁴ Zob. M. Banasik, *Znaczenie nowych technologii dla bezpieczeństwa*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” 2018 vol. 12 nr 2, s. 129, 130-131.

⁴⁴⁵ T. Grabińska, *Nanotechnologie a bezpieczeństwo personalne i strukturalne*, „Logistyka” 2014 nr 5, s. 559.

⁴⁴⁶ Zob. K. Drabik, *Etyczne aspekty bezpieczeństwa w starości*, WAON, Warszawa 2011, s. 80-93.

⁴⁴⁷ Zob. E. Sadowska, *Mysł trans humanistyczna w perspektywie bezpieczeństwa człowieka. Szansa na rozwój czy realne zagrożenie dla populacji ludzkiej?*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate. Folia 280” 2019 nr 2.

⁴⁴⁸ Zob. T. Grabińska, *Bezpieczeństwo społeczne w encyklikach Jana Pawła II i nauczaniu Franciszka*, w: B. Kastelik, A. Krupka, R. Woźniak, *Jan Paweł II. Posługa myślenia*, WNUPJP, Kraków 2015, s. 366-367; J. Piwowarski, *Bezpieczeństwo jako pożądaný stan oraz jako wartość*, w: *Bezpieczeństwo jako wartość. Wydanie pokonferencyjne z II Konferencji Naukowej z cyklu „Bezpieczeństwo jako wartość” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie, 18 kwietnia 2008*, WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2010, s. 58.

i nanotechnologię (GRIN). Wówczas zyska dostęp m.in. do nanoleków, inteligentnych protez sterowanych przez ludzki mózg, implantów narządów, aby dzięki temu poprawić i stale wydłużać istnienie. Transhumanizm stanowi, w ocenie Teresy Grabińskiej, zagrożenie dla bezpieczeństwa personalnego, ponieważ wykorzystanie potencjału GRIN nieodwracalnie zmieni istotę i naturę człowieka. Ten stanie się dynamicznie ewoluującą hybrydą. Nowa kondycja człowieka wpłynie na jego funkcjonowanie społeczne, ograniczenie praw do wolności i prywatności. Będzie musiał się zmierzyć z brakiem tożsamości i własnej podmiotowości, indywidualności itd.⁴⁴⁹

3.3. Potrzeby i ograniczenia indywidualnego bezpieczeństwa człowieka

Bezpieczeństwu personalnemu zagrażają liczne i zróżnicowane czynniki. Determinują zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa człowieka. Ta potrzeba stanowi element jakości jego życia i bezpieczeństwa, obejmuje ekonomiczny poziom życia i dobrostan (poczucie zadowolenia z poziomu życia)⁴⁵⁰. Jej niezaspokojenie wywiera wpływ na funkcjonowanie człowieka w różnych sferach życia. Ten odczuwa potrzebę bezpieczeństwa, kiedy dochodzi do zagrożenia bezpieczeństwa przez różne zdarzenia i sytuacje⁴⁵¹. Potrzeba bezpieczeństwa zdaniem Zięby ma charakter podmiotowy. Odczuwają podmioty: jednostki, małe i wielkie grupy społeczne państwa, społeczeństwa, narody, międzynarodowy system), struktury organizacyjne itd. Bezpieczeństwo personalne to potrzeba podmiotowa (odczuwana przez jednostki, grupy społeczne, instytucje i struktury organizacyjne), egzystencjalna, ponieważ jest związana z istnieniem danego podmiotu. Cechuje się złożonym charakterem i strukturą, obejmującą zaspokojenie różnych potrzeb typu potrzeba: trwania (samozachowania, przetrwania), zachowania całości, tożsamości (bycia identycznym), niezależności, spokoju lub/i posiadania, uzyskanie pewności funkcjonowania i rozwoju⁴⁵².

Istota bezpieczeństwa personalnego i potrzeba bezpieczeństwa są determinowane przez właściwości człowieka, postrzeganego jako osoba (byt). Do czynników kształtujących zalicza się jego tożsamość i powiązany zestaw zhierarchizowanych wartości (dóbr), umożliwiających

⁴⁴⁹ T. Grabińska, *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego w ideologii transhumanizmu*, „Kultura Bezpieczeństwa Nauka – Praktyka – Refleksje” 2015 nr 18, s. 55, 57, 69-70.

⁴⁵⁰ Zob. J. Gierszewski, P. Czerniejewska, *Potrzeba bezpieczeństwa człowieka jako obiektywny i subiektywny wskaźnik jakości życia*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020, s. 62, 64.

⁴⁵¹ K. Klimek, *Bezpieczeństwo człowieka w perspektywie gerontologicznej*, „Edukacja Dorosłych” 2011 nr 1, 57-58.

⁴⁵² R. Zięba, *O tożsamości...*, dz. cyt., s. 7-9.

jednostce osiągnięcie pełni niezbywalnego człowieczeństwa⁴⁵³. Istota bezpieczeństwa jest trudna do określenia ze względu na związek ze skupieniem się na istnieniu, działaniach i potrzebach ludzkiej jednostki, jej indywidualnych cechach osobowości i właściwościach jej otoczenia. Należy uwzględnić szeroką i zróżnicowaną gamę potrzeb doświadczanych przez człowieka i oddziałujących na jego poczucie bezpieczeństwa⁴⁵⁴.

Bezpieczeństwo personalne dotyczy człowieka. Ma charakter psychiczny, dlatego należy uwzględnić indywidualne zachowania i percepcję rzeczywistości w danej sytuacji w kontekście jednostkowego przetrwania i szans rozwoju⁴⁵⁵. Bezpieczeństwo personalne jest indywidualne i wykazuje silną zależność od struktury osobowości człowieka⁴⁵⁶. Według Kołodziejczyka, w centrum bezpieczeństwa i rozważań o nim lokuje się człowiek, co prowadzi do konieczności uwzględniania innych zjawisk i wymiarów bezpieczeństwa⁴⁵⁷. Bezpieczeństwo personalne ułatwia wytyczenie granic praw człowieka, ponieważ normy prawne stanowią podstawy stanu i procesów bezpieczeństwa odnoszących się do jednostki⁴⁵⁸. Psychologiczne ujęcie bezpieczeństwa wskazuje na komfort psychiczny stanowiący jego komponent. Ma on związek z brakiem poczucia zagrożenia, umiejętnością rozpoznania zagrożenia i podjęcia reakcji adekwatnej do danej sytuacji. Jednostka mająca poczucie bezpieczeństwa doświadcza spokoju i pewność w sferze fizycznej i psychicznej, ponieważ nie dotyczą jej niebezpieczne zdarzenia. Jest przekonana o własnej stabilności również dzięki redukcji ryzyka i niepewności, bycia poinformowaną (wyedukowaną). Psychologiczne znaczenie bezpieczeństwa uwzględnia stabilność jednostki, która podejmuje różne interakcje z otoczeniem oraz jej pewność w ramach różnych układów interpersonalnych. Na jej poczucie bezpieczeństwa oddziałują czynniki typu: wcześniejsze doświadczenia, samoocena, skłonność do podejmowania ryzyka, poziom równowagi emocjonalnej⁴⁵⁹ itd.

Subiektywne ujęcie bezpieczeństwa, również personalnego sprowadza się do poczucia bezpieczeństwa. Krzysztof Karolczak definiując termin *poczucie bezpieczeństwa*, wskazuje *subiektywne poczucie bezpieczeństwa*, czyli *stan świadomości istnienia ochrony przed jakimkolwiek działaniem (fizycznym, socjalnym, politycznym, ekonomicznym, psychologicznym i in.) ograniczającym lub całkowicie znoszącym prawa jednostki zarówno*

⁴⁵³ T. Grabińska, *Przedmiot...*, dz. cyt., s. 10.

⁴⁵⁴ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 46-47.

⁴⁵⁵ A. Czupryński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 19.

⁴⁵⁶ D. Kaźmierczak, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 130.

⁴⁵⁷ K. Kołodziejczyk, *Personalny...*, dz. cyt., s. 101.

⁴⁵⁸ A. Czupryński, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 19.

⁴⁵⁹ J. Martuszczyńska, *Potrzeba edukacji dla bezpieczeństwa społeczności lokalnej – aspekt aksjologiczny, psychologiczny oraz wybrane akty normatywne*, „Acta Politica Polonica” 2019 nr 1, s. 75, 76.

naturalne jak i wynikające z prawa państwowego⁴⁶⁰. Według Ewy Marciniak poczucie bezpieczeństwa należy analizować na poziomie: intrapersonalnym (jednostkowe postrzeganie bezpieczeństwa), interpersonalnym (bezpośredni kontakt ze społeczeństwem), grupowym (relacje jednostki z grupą) i społecznym (zbiorowe poczucie bezpieczeństwa), które cechują się wzajemną zależnością i powiązaniem⁴⁶¹. Poczucie bezpieczeństwa ma charakter fizyczny lub/i psychiczny. Odnosi się do poczucia spokoju i pewności, ich podstawę stanowi brak zdarzeń niebezpiecznych. To poczucie stanowi czynnik, który determinuje codzienne życie, trwanie, funkcjonowanie i potencjalny rozwój jednostki lub grupy społecznej, ponieważ zapewnia ochronę tego co jest uważane za cenne. Poczucie bezpieczeństwa jest dynamiczne, determinowane przez zmiany w otoczeniu i społeczeństwie, kształtowane przez obecne czynniki mogące prowadzić do wystąpienia zagrożeń⁴⁶².

Indywidualne bezpieczeństwo jednostki jest determinowane przez różne czynniki. Stanowi fundamentalną potrzebę, której człowiek doświadcza od narodzin do śmierci. Jako członek społeczeństwa człowiek oczekuje, że państwo zapewni mu warunki do zaspokojenia potrzeby bytu i rozwoju. Równocześnie jest świadomy, że państwo bywa narażone na zagrożenia, kryzysy, których źródłem są czynniki polityczne, społeczne, cywilizacyjne itd.⁴⁶³ W rezultacie bezpieczeństwo personalne, powiązana z nim potrzeba bezpieczeństwa, jest determinowana przez czynniki zewnętrzne. Ich charakter, siła oddziaływania mogą stanowić ograniczenie dla zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa przez człowieka. Potrzeby indywidualnego bezpieczeństwa personalnego nie zawsze są zaspokojone, ponieważ występują różne ograniczenia związane z cechami danej osoby lub/i otoczenia. W pierwszym przypadku kluczową rolę pełnią świadomość, oczekiwania i możliwości jednostki do uzyskania bezpieczeństwa. w drugim przypadku mamy do czynienia z uwarunkowaniami obecnymi w otoczeniu człowieka, które ograniczają jego dążenie do bezpieczeństwa. Ważną rolę odgrywają właściwości środowiska, w tym – jego sfery:

⁴⁶⁰ Cyt. za: P. Swoboda, *Poczucie...*, dz. cyt., s. 174.

⁴⁶¹ E. Marciniak, *Psychologiczne aspekty poczucia bezpieczeństwa*, w: S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Bezpieczeństwo państwa. Wybrane zagadnienia*, Elipsa, Warszawa 2009, s. 59.

⁴⁶² Zob. P. Siemiątkowski, P. Tomaszewski, *Poczucie bezpieczeństwa członków społeczności lokalnych na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego*, w: Z. Wilk-Woś, A. Marjański (red.), *Bezpieczeństwo i zagrożenie kryzysowe. Źródła i rodzaj zagrożeń bezpieczeństwa publicznego*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2018 t. 19, z. 8, cz. 2, s. 157-158, 160-161; A. Biezuński, *Teoria bezpieczeństwa i jego pochodnych w zarysie*, w: B. Kaczmarczyk, A. Wawrzusin (red.), *Podstawowe problemy bezpieczeństwa i edukacji dla bezpieczeństwa*, MODN, Elk 2014, s. 40.

⁴⁶³ K. Olak, A. Olak, *Współczesne rozumienie bezpieczeństwa narodowego*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne” 2016 nr 7, s. 476-477.

kulturowa, społeczna i naturalna⁴⁶⁴. Możliwości zapewnienia indywidualnego bezpieczeństwa personalnego może ograniczać państwo, prawnie formułując granice działań dotyczących bezpieczeństwa oraz podejmując określone, nietypowe działania w związku ze stanem nadzwyczajnym (np. stan klęski żywiołowej)⁴⁶⁵.

Subiektywność bezpieczeństwa personalnego powoduje, że do jego psychologicznych aspektów zalicza się poczucie bezpieczeństwa⁴⁶⁶. Zdaniem Drabika, stanowi ono *subiektywny odbiór konfiguracji warunków życia jednostki, uznawanej przez nią w kategorii trwania (bezpieczeństwa) bądź zagrożenia*⁴⁶⁷. Poczucie bezpieczeństwa ma związek z subiektywną percepcją i diagnozą zagrożeń. Jest kształtowane przez cechy indywidualne podmiotu, czyli właściwości fizyczne, fizjologiczne, zdrowotne i umysłowe, jak również społeczno-kulturowe. Na te ostatnie składa się system relacji o charakterze społeczno-kulturowym. Wywierają wpływ na subiektywne poczucie bezpieczeństwa jednostki⁴⁶⁸. Według Mikołaja Winiarskiego poczucie bezpieczeństwa jest determinowane przez różne czynniki. Kiedy podmiotem tego bezpieczeństwa jest osoba niepełnosprawna, wówczas istotną rolę pełnią determinanty: egzystencjalno-socjalne, psychologiczno-duchowe, społeczne i przyrodnicze. Nie wyczerpują one katalogu czynników ponieważ nie obejmują obecności instytucji państwowych i samorządowych, organizacji pozarządowych, które zapewniają wsparcie osobom niepełnosprawnym. w rezultacie mogą one zyskać pomoc, która wyrównuje ich szanse na dostęp do podstawowych instytucji, organizacji, rynku pracy⁴⁶⁹ lub/i podejmowania częstszych kontaktów z otoczeniem społecznym i przyrodniczym.

Poczucie bezpieczeństwa indywidualnego jest determinowane przez liczne czynniki, wśród których jest pozycja człowieka na rynku pracy, jego pozycja społeczna. w pierwszym przypadku jednostka może wystąpić w roli pracodawcy, pracownika lub osoby znajdującej się poza rynkiem pracy. w pracy bezpieczeństwo indywidualne człowieka jest determinowane przez właściwości organizacji-pracodawcy i pozycję zajmowaną w strukturze organizacyjnej. Natomiast społeczną pozycję jednostki kształtują m.in. majątek (jej i jej rodziny), zajmowane

⁴⁶⁴ H. Liśniewska, *Bezpieczeństwo personalne funkcjonariuszy wybranych grup dyspozycyjnych*, w: K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2017, s. 245.

⁴⁶⁵ D. Tywara, *Gwarancje...*, dz. cyt., s. 66-67.

⁴⁶⁶ H. Liśniewska, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 245.

⁴⁶⁷ K. Drabik, *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w perspektywie filozoficznej*, w: K. Drabik (red.), *Natura bezpieczeństwa w perspektywie personalnej i strukturalnej*, Warszawa 2013, s. 39.

⁴⁶⁸ H. Liśniewska, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 245.

⁴⁶⁹ I. Kokocińska, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 26.

stanowiska (społeczne, rodzinne, rynkowe), wykształcenie, poziom kultury, cechy stylu życia, wielkość i jakość sieci społecznych w jakich funkcjonuje⁴⁷⁰.

Bezpieczeństwo personalne to stan i proces dotyczące realizacji dobrostanu jednostki. Stanowi niezbywalny element funkcjonowania jej i grup społecznych, co motywuje podmiot bezpieczeństwa personalnego do kreowania takiego stanu. Jednostka i grupa społeczna może czerpać z kultury bezpieczeństwa, obejmującej utrwalone doświadczenia, zgromadzoną wiedzę, nabyte umiejętności i ludzkie wytwory⁴⁷¹. Dzięki nim człowiek może chronić własne najważniejsze wartości. Wśród nich dominująca rolę pełnią życie i zdrowie⁴⁷², dlatego ich ochrona stanowi cel bezpieczeństwa personalnego, za które odpowiadają jednostka i państwo. Do obowiązków państwa należy organizacja ochrony życia i zdrowia obywateli także za sprawą ubezpieczeń społecznych. Przedmiotem ochrony bezpieczeństwa personalnego jest dobro osobiste człowieka dla zabezpieczenia ludzkiej godności w każdej sytuacji życiowej, szczególnie w tych przypadkach, kiedy ten nie może sam zadbać o siebie lub/i kierować własnym losem w wyniku np. postępującej, długotrwałej lub terminalnej choroby, niepełnosprawności⁴⁷³.

Istota bezpieczeństwa personalnego bywa determinowana przez właściwości człowieka, w tym przez osobę niepełnosprawną ruchowo. Według Mikołaja Winiarskiego, w tym ostatnim przypadku w poczuciu personalnym można wyróżnić pięć głównych grup determinant: egzystencjalno-socjalne, psychiczno-duchowe, edukacyjno-kulturowe, społeczne i przyrodnicze. Ważną rolę w kształtowaniu bezpieczeństwa personalnego pełnią funkcjonujące instytucje rządowe, samorządowe i pozarządowe, zapewniające im wsparcie, normy prawne i społeczne, tworzone warunki do wyrównania ich szans w zakresie dostępu do rynku pracy, kultury i form aktywności społecznej⁴⁷⁴. Indywidualne bezpieczeństwo personalne ma charakter subiektywny. Właściwości, potencjał i ograniczenia indywidualnego bezpieczeństwa personalnego, w tym możliwość zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa są determinowane przez takie czynniki jak: płeć⁴⁷⁵, wiek⁴⁷⁶, osobowość⁴⁷⁷, miejsce zamieszkania⁴⁷⁸, profesja⁴⁷⁹, sytuacja finansowa itd.

⁴⁷⁰ W. Krztoń, *Pojęcie...*, dz. cyt., s. 47.

⁴⁷¹ W. Czajkowski, J. Wąs-Gubała, *Bezpieczeństwo personalne w perspektywie kulturowej*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2017 nr 2, s. 5-6.

⁴⁷² Zob. M. Borkowski, *Zdowie jako dobro osobiste*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4, s. 35-39.

⁴⁷³ T. Grabińska, *Przedmiot...*, dz. cyt., s. 16, 17, 19.

⁴⁷⁴ I. Kokocińska, *Bezpieczeństwo*, dz. cyt., s. 140.

⁴⁷⁵ Zob. B. Drapikowska, *Feminizacja bezpieczeństwa we współczesnych uwarunkowaniach*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020; S. Jarmoszko, *Antropologia bezpieczeństwa. Kontury naukowej tożsamości*, WUP-HS, Siedlce 2015, s. 141-148.

3.4. Życie i zdrowie w bezpieczeństwie osobowym

Bezpieczeństwo jest powiązane z innymi dobrami (wartościami) ważnymi dla człowieka, do których zalicza się pokój, życie, zdrowie itd.⁴⁸⁰ Analogiczną prawidłowość obserwujemy w przypadku bezpieczeństwa personalnego. w artykule 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 roku uznano, że każdemu człowiekowi przyznano prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa⁴⁸¹. Wskazano silną relację łączącą życie i bezpieczeństwo osobowe.

Ujmując w dużym uproszczeniu, życie to okres od narodzin do śmierci człowieka, który należy rozpatrywać w aspektach: fizycznym, psychologicznym, społecznym, egzystencjalnym itd. To złożony indywidualny byt, kreowana tożsamość, zbiór etapów, zdarzeń, stanów, reakcji, które miały miejsce w sferze zewnętrznej i wewnętrznej osoby⁴⁸². Prawo do życia należy do fundamentalnych praw człowieka, dlatego w systemach prawnych lokuje się na szczycie hierarchii chronionych dóbr. Jest powiązane z ludzką godnością i stanowi jedyne, niepowtarzalne i niezbywalne prawo jednostki. Respektowanie prawa do życia to warunek konieczny, aby człowiek mógł korzystać z innych praw⁴⁸³ i doświadczyć bezpieczeństwa. Przysługuje każdej osobie. Prawo do życia jest prawem absolutnym, dlatego nie może podlegać ograniczeniu. w Polsce te kwestie reguluje obecnie norma konstytucyjna⁴⁸⁴. Ustawodawca nie określa początku i końca ludzkiego życia. Nie definiuje, kiedy mamy do czynienia z podmiotem uprawnionym do korzystania z prawa do życia, co skutkuje różnymi problemami także z zakresu bezpieczeństwa osobistego,

⁴⁷⁶

⁴⁷⁷ Zob. M.J. Kuczabski, *Bezpieczeństwo psychiczne jednostki jako podstawa humanistyczna podejścia do bezpieczeństwa narodowego*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020.

⁴⁷⁸ Zob. J. Giernaszewski, I. Omólska, *Bezpieczeństwo personalne studentów w domach akademickich Akademii Pomorskiej*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021.

⁴⁷⁹ Zob. J. Giernaszewski, I. Omólska, *Postrzeżenie bezpieczeństwa personalnego przez strażników więziennych*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021; M. Betkowski, *Bezpieczeństwo pracy policjanta wobec zagrożeń epidemiologicznych*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021; C. Marcinkowski, *Zagrożenie bezpieczeństwa personalnego w misjach poza granicami kraju*, w: P. Pertek (red.), *Bezpieczeństwo personalne służb mundurowych*, WSOWL, Wrocław 2014.

⁴⁸⁰ J. Szmyd, *Poczucie...*, s. 12.

⁴⁸¹ *Powszechna deklaracja praw człowieka z 10 grudnia 1948 roku*, w: M. Zubik (red.), *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, BRPO, Warszawa 2008, s. 12.

⁴⁸² A. Płoszyński, *Czy sens życia jest tym samym co cel życia? Rozważania aksjologiczne*, „Analiza i Egzystencja” 2017 nr 37, s. 44-47.

⁴⁸³ K. Borkowska, *Życie ludzie jako przedmiot ochrony przepisów prawa ze szczególnym uwzględnieniem momentu objęcia ochroną*, „Security, Economy & Law” 2018 nr 1, s. 41.

⁴⁸⁴ Zob. artykuł 30 i 38 Konstytucji RP z 1997 roku.

np. w przypadku kary śmierci, aborcji, eutanazji, prawa do zaprzestania leczenia czy transplantacji organów i tkanek od zmarłego dawcy. Człowiekowi zostaje przypisane prawo do życia, które podlega ochronie. Umożliwia ono otoczenie jednostki ochroną, aby jej istnienie było bezpieczne i umożliwiało jej wykorzystanie posiadanego potencjału.

Zdrowie stanowi dla jednostki warunek uczestnictwa w życiu społecznym i posiadania zdolności do wykonywania cenionych zadań. Jest potrzebne do ochrony życia, realizacji planu własnego rozwoju i samorealizacji, adaptacji do środowiska. Warunkuje aktywność społeczną jednostki, w tym podejmowanie ról społecznych i zadań, które są z nimi powiązane. Dzięki zdrowiu człowiek doświadcza dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Może wieść szczęśliwe, efektywne i spełnione życie, ponieważ realizuje życiowe plany i aspiracje⁴⁸⁵. Zdrowie bywa utożsamiane z brakiem choroby i kalectwa. Osoby chore, niepełnosprawne mają możliwość doświadczenia dobrostanu, samospełnienia i szczęścia. Dla zapewnienia im bezpieczeństwa jednostkowego należy podejmować działania aby poprawić lub utrzymać możliwy, optymalny stan zdrowia.

Podmiot bezpieczeństwa personalnego sprawia, że życie i zdrowie stanowią wartości, które są dla niego szczególnie ważne, dlatego objęto je ochroną. Stanowią warunek uzyskania bezpieczeństwa osobowego. Zabezpieczenie życia i zdrowia sprawia, że jednostka może korzystać z innych praw: wolności, nietykalności osobistej i majątkowej, wolności słowa, wyznania i pracy⁴⁸⁶ itd. To najważniejsze, przyrodzone wartości człowieka, które wywierają wpływ na jego bezpieczeństwo osobowe⁴⁸⁷. Dla jednostki liczy się zachowanie, utrzymanie, także jakość życia i zdrowia⁴⁸⁸. Należy otoczyć je właściwą ochroną, co wymaga stworzenia człowiekowi optymalnych warunków. Wówczas może trwać i rozwijać potencjał, doświadczać bezpieczeństwa zdrowotnego. Ma to szczególne znaczenie w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u niej lub u członka jej rodziny⁴⁸⁹.

3.5. Transformacje i aplikacyjny transhumanizm bezpieczeństwa prywatnego

Zapewnienie bezpieczeństwa prywatnego wiąże się z zastosowaniem dostępnych środków i możliwości – również tych technologicznych. Człowiek aby chronić swoje życie

⁴⁸⁵ J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013 nr 1, s. 12-13, 18.

⁴⁸⁶ M.J. Kuczabski, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 162.

⁴⁸⁷ S. Czechowicz, *Wobec...*, dz. cyt., s. 178.

⁴⁸⁸ Zob. T. Strózik, *System wartości a ocena jakości życia młodzieży akademickiej w świetle badań ankietowych studentów uczelni Poznania*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2014 vol. 2, nr 2, s. 8, 11.

⁴⁸⁹ Zob. B. Bober, *Bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 37; Zob. A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012 nr 3, s. 91-94.

i zdrowie od wieków stosuje różne urządzenia, rozwiązania i systemy zabezpieczenia. Dzięki nim może funkcjonować w sferze społecznej, prywatnej i realizować swoje zadania, doświadczając spełnienia. w XXI wieku jednostka może korzystać z rozwiązań technologicznych aby zyskać bezpieczeństwo i udział w każdej ze sfer życia. Rozwój technologii informatycznych, stworzenie awatarów, wirtualnego świata⁴⁹⁰, w którym podejmowana jest coraz większa część współczesnej aktywności społecznej tworzy warunki, które oddziałują na bezpieczeństwo personalne⁴⁹¹. Tworzą nowe możliwości i kreują nowe zagrożenia, np. kradzież tożsamości, uzależnienia behawioralne⁴⁹². Internet, potencjał *social mediów*, cybernetyki (np. syntezy mowy) tworzą warunki, dzięki którym człowiek może ograniczyć lub całkowicie wyeliminować dysfunkcje fizyczne utrudniające mu codzienne życie, podejmowanie aktywności społecznej i zawodowej. Taka praktyka koresponduje z założeniami transhumanizmu.

Transhumanizm to wczesna faza posthumanizmu dzieląca ocenę ludzkiej kondycji czyli przekonanie o słabości mutującej fizyczności człowieka i konieczności zapewnienia mu technologicznego wspomaganie⁴⁹³. Transhumanizm to ruch filozoficzno-społeczny, nowy nurt intelektualny⁴⁹⁴, kulturowy i filozofia (filozofia życia lub/i techniki)⁴⁹⁵. Rozwija się do lat 50. XX wieku. Pesymistycznie ocenia kondycję człowieka, jego biologiczną podstawę narażoną na słabości, choroby, starzenie się⁴⁹⁶ i śmierć⁴⁹⁷. Uznaje, że ludzkość nie osiąga optymalnego potencjału intelektualnego ponieważ zatrzymała się w rozwoju (ewolucji). Według transhumanizmu ludzkość zyska wolność od tych zjawisk i permanentne szczęście dzięki zastąpieniu organów przez mechaniczne i lepsze komponenty. Człowiek dysponuje ciałem, może nim dysponować i przekształcać stosownie do potrzeb. Podejmuje to działanie

⁴⁹⁰ M. Kozłowska, *Wirtualna rzeczywistość (ang. Virtual Reality – VR) jako skuteczne narzędzie terapii fobii społecznej*, „Ogrody Nauk i Sztuk” 2012 nr 2, s. 223.

⁴⁹¹ A. Borcuch, U. Świerczyńska-Kaczor, *Serwisy społecznościowe – jednostka i społeczeństwo na pograniczu świata rzeczywistego i świata wirtualnego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie”, 2013 nr 65, s. 66-67.

⁴⁹² Zob. A. Andrzejewska, *Świat wirtualny – kreatorem rzeczywistości dziecka*, w: J. Bednarek, A. Andrzejewska (red.), *Cyberświat, możliwości i zagrożenia*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009, s. 166; P. Majchrzak, N. Ogińska-Bulik, *Uzależnienie od Internetu*, WAH-E, Łódź 2010, s. 67.

⁴⁹³ P. Zawojski, *Technokultura i jej manifestacje artystyczne. Medialny świat hybryd i hybrydyzacji*, WUŚ, Katowice 2016, s. 24.

⁴⁹⁴ M. Grabowski, *Transhumanizm. Geneza – założenia – krytyka*, „Ethos” 2015 nr 3, s. 24-25.

⁴⁹⁵ D. Misztal, *Religijne aspekty transhumanizmu*, w: P. Grabardzyk, R. Sieczkowski (red.), *Granice sacrum. Wymiary religijności w myśli współczesnej*, WUŁ, Łódź 2017, s. 138.

⁴⁹⁶ M. Klichowski, *Narodziny cyborgizacji. Nowa eugenika, transhumanizm i zmierzch edukacji*, UAM, Poznań 2014, s. 105-106, 107, 109, 113.

⁴⁹⁷ Zob. B. Duncan, *Eksperyment fundacji z transferem umysłu. Możliwość uzyskania techno nieśmiertelności*, w: E. Dygalska (red.), *Interfejsy, kody, symbole. Przyszłość komunikowania*, Impart, Wrocław 2016; K. Owczarek, *Technologie zagarniające życie*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Wawa*, za: *Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf*, dostęp: 11.10.2021.

dla osiągnięcia rozwoju, wówczas stanie się postczłowiekiem, doświadczając najwyższych stanów umysłu. Będzie bardziej moralny i rozwinięty duchowo dzięki implementacji rozwiązań techniki w swoim ciele⁴⁹⁸.

Transhumanizm przejawia entuzjastyczny stosunek wobec nowych technologii. Umysł jest oceniony jako wiodący zasób człowieka⁴⁹⁹. Stanowi podstawę teorii dotyczących nowego człowieka i gwarancję ich realizacji⁵⁰⁰. Powiązanie człowieka, technologii i maszyn to szansa aby poddać się ukierunkowanej przemianie, uzyskać nową świadomość, potencjał, wygląd⁵⁰¹. Można wyzwolić człowieka od ograniczeń za pomocą postępu naukowego i technicznego. Wówczas odzyska on wyjątkową i uprzywilejowaną kondycję, którą utracił stając się bytem nieróżniący się od innych istot (gatunków)⁵⁰². Według transhumanizmu człowiek to byt przejściowy, który lokuje się między współczesnym człowiekiem i postczłowiekiem. Ten ostatni to rezultat zespolenia ludzkiego ciała z maszyną. Z postczłowiekiem mamy do czynienia również wtedy, kiedy dokonano poszerzenia jego możliwości za sprawą protez (neuroprotez, nanoptotez, implantów kognitywnych) czy tworzenie interfejsów człowiek-komputer⁵⁰³ itd. Transhumanizm chce motywować człowieka do pokonywania ograniczeń, np. w ramach rywalizacji sportowej. Sportowcy chętnie poddadzą się eksperymentom dla uzyskania lepszych wyników⁵⁰⁴.

Umiarkowany transhumanizm może stanowić wsparcie dla współczesnej ludzkości, która będzie zmagać się ze skutkami globalnych zjawisk (np. zmian klimatycznych, rozwój sztucznej inteligencji)⁵⁰⁵. Współtworzy warunki wykorzystania zdobyczy technicznych przez medycynę. Tworzy szanse i generuje problemy, także te etyczne⁵⁰⁶. Współczesna medycyna może przywrócić lub zwiększyć sprawność osób niepełnosprawnych za pomocą sztucznych protez, implanów. Transhumanizm uważa takie działania za pierwszy etap przemiany

⁴⁹⁸ M. Klichowski, *Narodziny...*, op. cit., s. 109, 113.

⁴⁹⁹ D. Misztal, *Religijne...*, op. cit., s. 139.

⁵⁰⁰ M. Ziółkowski, *Próba przezwyciężenia śmierci człowieka. Wokół myśli Nikołaja Fiodorowa i transhumanizmu*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2018 nr 4, s. 432.

⁵⁰¹ M. Maj, *Sztuczna inteligencja i roboty wyzwaniem dla prawa*, w: J. Helios, W. Jedlecka, A. Kwieciński (red.), *Prawo wobec wyzwań współczesności: z zagadnień nauk penalnych*, WPAiEUW, Wrocław 2019, s. 142-143.

⁵⁰² P. Zawojski, *Technokultura...*, op. cit., s. 24.

⁵⁰³ P. Filarska, *Zmiany rozumienia pojęcia podmiotu i przedmiotu w ujęciu posthumanizmu, transhumanizmu oraz filozofii zorientowanej na przedmiot*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Humanistyczne” 2018 nr 21, s. 13-14.

⁵⁰⁴ M. Kasprzak, *Transhumanizm a sport*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Wawa*, za: Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf, dostęp: 11.10.2021, s. 9.

⁵⁰⁵ M. Grabowski, *Transhumanizm umiarkowany – remedium na katastrofizm i techno-hype?*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Warszawa*, za: Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf, dostęp: 11.10.2021, s. 11.

⁵⁰⁶ A. Bondur, *Praktyczny wymiar transhumanizmu*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Warszawa*, za: Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf, dostęp: 11.10.2021, s. 21.

człowieka⁵⁰⁷. Zdobyte medycyny regeneracyjnej zostaną poszerzone przez nanotechnologie, proces radykalnego wydłużania ludzkiego życia i przenoszenie ludzkiego umysłu⁵⁰⁸. Transhumanizm wspiera proces ograniczonego wykorzystania technologii. Za pomocą technologii 3D osoba niepełnosprawna uzyska możliwość wydrukowania potrzebnych protez, urządzeń, pomocy aby ułatwić sobie życie⁵⁰⁹.

Nowa technologia pozwoli jej pokonać ograniczenia, również te, które zagrażają jego bezpieczeństwu. Dla współczesnej jednostki ważna jest poprawa funkcjonowania, jakości życia i wzrost osobistego bezpieczeństwa, szczególnie kiedy nie jest samodzielna, zdrowa i zdolna do samorealizacji. Potrzebuje społecznej akceptacji do podejmowanych praktyk, dzięki którym stanie się samodzielnym i wartościowym członkiem społeczności. Taki potencjał zapewnia mu ograniczona aplikacja idei transhumanizmu, stanowiącego wsparcie dla indywidualnego bezpieczeństwa człowieka.

3.6. Wnioski

Celem przeprowadzonych badań stało się rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakimi właściwościami, wymiarami i zagrożeniami cechuje się bezpieczeństwo personalne?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.2. przypuszcza się, że bezpieczeństwo personalne to stan braku zagrożeń dla przetrwania, funkcjonowania i rozwoju potencjału człowieka lub ludzkiej zbiorowości. Nie ogranicza się ono do ochrony życia, ludzkiej godności i zdrowia ludzi w czasie sytuacji wyjątkowych (kryzysu militarnego czy naturalnego), ale obejmuje – wszystkie prawa człowieka. Uwzględnia jego aktywność na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa osobowego sobie i bliskim, ale również obejmuje działania instytucjonalne (państwowe) i społeczne, kiedy dana jednostka czy zbiorowość ludzka potrzebuje pomocy i wsparcia w przypadku nagłego ograniczenia (lub braku) możliwości codziennego funkcjonowania w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej. Bezpieczeństwo personalne jest podatne na zagrożenia zewnętrzne, napływające z otoczenia jednostki czy ludzkiej zbiorowości oraz wewnętrznie – powiązane z cechami podmiotu bezpieczeństwa. Cechy współczesnej*

⁵⁰⁷ K. Szymański, *Transhumanizm*, „Kultura i Wartości” 2015 nr 13, s. 133-134.

⁵⁰⁸ F. Ferrando, *Posthumanizm, transhumanizm, antyhumanizm, meta humanizm oraz nowy materializm. Różnice i relacje*, „Rocznik Lubuski” 2016 t. 42, cz. 2, s. 14.

⁵⁰⁹ A. Czajkowska, *Transhumanizm – przyszłość czy zagłada naszej cywilizacji?*, „Zarządzanie mediami” 2018 t. 6 nr 2, s. 176.

cywilizacji i kultury powodują, że bezpieczeństwo to jest zagrożone w obu tych wymiarach. Bezpieczeństwo personalne, cywilizacja i kultura mają charakter społeczny, w rezultacie poczucie bezpieczeństwa jednostki lub/i grupy społecznej jest determinowane przez twory kulturowe i cywilizacyjne, ponieważ stanowią one stały element najbliższego otoczenia i świadomości ludzi

W konsekwencji powyższego sformułowano następujące wnioski:

- bezpieczeństwo personalne to stan braku zagrożeń dla przetrwania, funkcjonowania i rozwoju potencjału człowieka lub ludzkiej zbiorowości;
- bezpieczeństwo personalne nie ogranicza się do bezpieczeństwa jednostki ze względu na społeczny charakter człowieka, tworców jego kultury – w tym bezpieczeństwa, jednostkowej i zbiorowej świadomości bezpieczeństwa;
- bezpieczeństwo personalne koncentruje się na przeżyciu, funkcjonowaniu i rozwoju potencjału jednostki i grupy społecznej w czasie wydarzeń nadzwyczajnych i codziennym życiu, kiedy ujawniają się zagrożenia dla życia, godności ludzkiej, zdrowia, innych praw i uprawnień człowieka;
- bezpieczeństwo personalne obejmuje działania jednostki, która dąży do osobistego bezpieczeństwa dla siebie i swoich bliskich, oraz aktywności zbiorowości ludzkiej, instytucji państwowych zapewniających jej pomoc i wsparcie w przypadku wystąpienia wyjątkowych zdarzeń, które ograniczają zdolność do przeżycia, funkcjonowania i rozwoju potencjału;
- bezpieczeństwo personalne dąży do zapewnienia jednostce warunków, aby mogła ona bezpiecznie funkcjonować w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej;
- ludzka, jednostkowa potrzeba bezpieczeństwa ma charakter subiektywny. Jest determinowana przez liczne, zróżnicowane czynniki zewnętrzne (np. militarne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe, środowiskowe), psychologiczne, demograficzno-społeczne;
- bezpieczeństwu personalnemu zagrażają cechy współczesnej cywilizacji i kultury, determinujące warunki funkcjonowania państwa, społeczeństwa i człowieka;
- rozwój współczesnej cywilizacji, w tym rozwój medycyny, tworzy szanse i zagrożenia dla ochrony życia i zdrowia.

4. RYZYKO ZDROWOTNE I PROFILE BEZCZYNNYŚCI RUCHOWEJ CZŁOWIEKA

Ryzyko zdrowotne i profile bezczynności ruchowej doczekały się licznych opracowań i badań. Są rozpatrywane z wielu i często zróżnicowanych perspektyw. W rozdziale przedstawiono ryzyko zdrowotne z uwzględnieniem ujęcia społecznego i personalnego, ze szczególnym naciskiem na perspektywy osób z dysfunkcją ruchu.

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakie są współczesne wyzwania zdrowotne i profile bezczynności ruchowej człowieka?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.3. zakłada się, że bezpieczeństwo zdrowotne osób niepełnosprawnych z dysfunkcją ruchu jest w dużej mierze determinowane przez czynniki, kształtujące stan zdrowia danej populacji. Jednak w ich przypadku ze szczególną siłą ich kondycję zdrowotną obniża ograniczenie aktywności ruchowej, będącej skutkiem unieruchomienia. Dostrzeżono potrzebę zapewniania im wsparcia w formie programów profilaktycznych adresowanych do ogółu populacji lub wybranych jej grup, np. osób w wieku senioralnym i osób niepełnosprawnych ruchowo.*

Dla uzyskania odpowiedzi na przedstawiony powyżej problem badaczy i możliwości weryfikacji przywołanej hipotezy posłużono się następującymi teoretycznymi metodami badawczymi:

- analizą – zastosowaną głównie w badaniu literatury przedmiotu;
- syntezą – użytą dla scalania wyników analizy w syntetyczną całość;
- analogią – zastosowaną dla logicznego sformułowania wniosków;
- uogólnieniem – użytym dla połączenia faktów dzięki podobieństwu przy wskazaniu tendencji lub dominujących cech bezpieczeństwa i jego przejawów;
- abstrahowaniem – zastosowanym do wyróżniania lub pominięcia określonych elementów, które stanowiły rezultat analizy literatury przedmiotu;
- dedukcją – wykorzystaną dla uogólnienia opracowanych wniosków.

Ponadto posłużono się metodą empiryczną – sondażu diagnostycznego z techniką wywiadu.

4.1. Współczesne wyzwania zdrowotne i strategiczne sposoby neutralizacji zagrożeń

Zagrożenie dla zdrowia obejmuje sytuacje problemowe dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego, przed którymi stoi podmiot: społeczność (międzynarodowa, krajowa, lokalna) oraz pojedynczy człowiek, kiedy rozstrzyga sprawy dotyczące tego bezpieczeństwa. Takie wyzwania mogą być podjęte lub ignorowane. Aby im sprostać podmiot bezpieczeństwa musi podjąć określone działania. Wiąże się z poniesieniem kosztów i wysiłkiem. Zignorowanie wyzwania może prowadzić do wystąpienia zagrożenia dla zdrowia i pogłębienia się problemów⁵¹⁰.

Czynnik ryzyka w sferze zdrowia publicznego to determinanta, która może zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia i rozwoju negatywnych stanów w zdrowiu populacji, głównie chorób i niepełnosprawności. Dzięki identyfikacji, wyeliminowaniu i redukcji takich niekorzystnych zjawisk oddziałujących na zdrowie różnych grup społecznych, staje się możliwe prowadzenie profilaktyki. Mają one szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych⁵¹¹.

Wśród wyzwań zdrowotnych są zjawiska składające się na środowiskowe ryzyko zdrowotne, które są obecne w środowisku życia i pracy człowieka. Znaczącym problemem jest stan środowiska przyrodniczego. Źródłem problemów staje się degradacja tego środowiska, w tym zanieczyszczenie powietrza, wód i gleby. Pogarszająca się jakość powietrza zwiększa ryzyko wystąpienia przewlekłych chorób układu oddechowego u dzieci i osób dorosłych⁵¹², schorzeń układu krwionośnego⁵¹³ i pokarmowego, poronień samoistnych, zgonów okołoporodowych i wad wrodzonych⁵¹⁴ czy chorób nowotworowych⁵¹⁵. Do współczesnych zagrożeń zdrowotnych należą nieodpowiedzialne praktyki przemysłu i rolnictwa, dotyczące

⁵¹⁰ S. Koziej, *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” 2011 nr 2, s. 19.

⁵¹¹ A. Hnatyszyn-Dzikowska, A. Harat, *Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachowań*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015 nr 410, s. 26-27.

⁵¹² M. Kowalska, *Pomiędzy nauką a rzeczywistością – środowiskowe zagrożenia zdrowia i możliwości redukcji ryzyka*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015 nr 2, s. 344.

⁵¹³ G. Dziubanek, E. Marchwińska-Wyrwał, A. Piekut, M. Rusin, I. Hajok, *Zanieczyszczenia powietrza jako istotny modyfikator ryzyka zdrowotnego*, „Hygeia and Public Health” 2014 nr 1, s. 76.

⁵¹⁴ I. Kowalska, A. Morzycka, *Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego ze szczególny uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012 t. 10, nr 1, s. 39.

⁵¹⁵ Zob. M. Trojanowska, R. Świetlik, *Ocena ryzyka nowotworowego związanego z narażeniem inhalacyjnym na beznzo(a)piren w wybranych miastach Polski*, „Medycyna Środowiskowa” 2013 vol. 16, nr 2.

stosowania środków ochrony roślin, które mogą zwiększyć ryzyko rozwoju chorób nowotworowych u ludzi⁵¹⁶.

Aby ograniczyć wyzwania związane z zanieczyszczeniem powietrza, państwo doskonali normy prawne z zakresu prawa środowiskowego, budowlanego, tworzy warunki dla wyeliminowania lub modernizacji technologii, które przyczyniają się do zanieczyszczenia środowiska życia i pracy. Państwo przyczynia się do restrukturyzacji produkcji rolniczej na obszarach, których gleba została nadmiernie zanieczyszczona przez substancje toksyczne. Ponadto opracowuje, dostosowuje i wdraża programy dotyczące zdrowia środowiskowego, programy naprawcze w dziedzinie jakości powietrza atmosferycznego, wody przeznaczonej do spożycia, utylizacji odpadów. Wspiera także rozwój zintegrowanych programów z zakresu edukacji ekologicznej, zdrowotnej i konsumenckiej⁵¹⁷.

Wśród wyzwań zdrowotnych znajduje się występowanie licznych schorzeń i dolegliwości, szczególnie tych o charakterze przewlekłym. W 2019 roku wielu dorosłych Polaków doświadczało chorób i przewlekłych dolegliwości. Najczęściej występowało u nich nadciśnienie tętnicze krwi, bóle dolnej partii pleców oraz inne przewlekłe bóle pleców. Kobiety częściej niż mężczyźni doświadczały dolegliwości i chorób przewlekłych. Częściej występowały u nich choroby tarczycy, zwyrodnieniowe stawów, bóle szyi oraz migreny. U mężczyzn częściej dochodziło do zawału serca. Natomiast u seniorów mających co najmniej 70 lat często występowały cukrzyca, choroba wieńcowa i choroba prostaty⁵¹⁸. Aby zwolnić dynamikę wzrostu liczby przewlekłych chorób i dolegliwości wśród populacji, należy jej zapewnić zadowalający dostęp do opieki zdrowotnej, co wiąże się z właściwym rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych, kształtowaniem prawa medycznego i polityki zdrowotnej. Konieczne jest podejmowanie działań w ramach promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i profilaktyki.

Wyzwaniem zdrowotnym pozostaje niski poziom świadomości zdrowotnej czy kompetencji zdrowotnych społeczeństwa. Dotyczą one *dostępu, zrozumienia, oceny i stosowania informacji o stanie zdrowia, w celu wydawania ocen i podejmowania decyzji w życiu codziennym dotyczących opieki zdrowotnej, zapobiegania chorobom i promocji zdrowia*⁵¹⁹. Dzięki tym kompetencjom jednostka zyskuje umiejętność decydowania

⁵¹⁶ Zob. R. Nowak, M. Włodarczyk-Makula, E. Mamzer, *Ryzyko środowiskowe i zdrowotne wynikające ze stosowania środków ochrony roślin*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach” 2015 nr 1.

⁵¹⁷ I. Kowalska, A. Morzycka, *Międzynarodowe koncepcje podstawowych...*, dz. cyt., s. 48-49.

⁵¹⁸ *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, GUS. Warszawa 2021, s. 34-35.

⁵¹⁹ Cyt. za: E. Kosycarz, K. Walendowicz, *Świadomość zdrowotna jako kluczowy determinant stanu zdrowia społeczeństwa*, „Zeszyt Naukowy. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie” 2018 nr 165, s. 80.

o kwestiach związanych z jej zdrowiem, uwzględniając jego liczne uwarunkowania. Zostaje upodmiotowiona, aby zyskała większą kontrolę nad swoją kondycją zdrowotną. Musi to być powiązane ze zdolnością do wyszukiwania wiarygodnych informacji i stania się osobą odpowiedzialną za własne zdrowie⁵²⁰. Społeczeństwo, pomimo dostępu do licznych informacji o zdrowiu nie potrafi spośród nich wybrać tych, które są wiarygodne. Rozwój technologii informatycznych zwiększył szum informacyjny, więc ludzie mają problem ze świadomym podejmowaniem decyzji o swoim zdrowiu. Polskie społeczeństwo cechuje się niskim poziomem wiedzy o czynnikach zwiększających ryzyko wystąpienia wielu chorób, np. raka piersi⁵²¹, a także o minimalnej aktywności fizycznej, racjonalnej diecie i innych zachowaniach prozdrowotnych. w podejmowanych działaniach zdrowotnych często kieruje się modą. Niezbędna jest właściwa edukacja zdrowotna wspierana przez liczne programy i kampanie społeczne.

Do społecznych czynników ryzyka występowania niezakaźnych chorób przewlekłych zalicza się palenie papierosów, cholesterol, nadciśnienie tętnicze krwi, podwyższony poziom glukozy we krwi, nadwagę i otyłość, niski poziom aktywności fizycznej, brak racjonalnej diety, spożywanie alkoholu⁵²². Zjawiskiem, które może negatywnie oddziaływać na kondycję zdrowotną populacji, jest nasilająca się tendencja do skracania czasu snu. Współczesny człowiek często śpi za mało i nieregularnie, co negatywnie oddziałuje na jego zdrowie somatyczne i psychiczne. w rezultacie występują u niego zaburzenia w sferze poznawczej, emocjonalnej, hormonalnej, stwarzając warunki do rozwoju otyłości, nadciśnienia tętniczego krwi⁵²³ czy wystąpienia wypadków, prowadzących do urazów, kontuzji, niepełnosprawności czy zgonu.

⁵²⁰ E. Kosycarz, K. Walendowicz, *Świadomość zdrowotna jako kluczowy...*, op. cit., s. 80.

⁵²¹ Zob. K. Klimaszewska, K. Grądzka, *Nowotwór piersi – diagnostyka i leczenie*, w: K. Klimaszewska, K. Krajewska-Kułak (red.), *Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi*, t. 1, UM, Białystok 2021; E. Mędręła-Kuder, *Czynniki ryzyka raka piersi – porównanie wiedzy na ten temat u „Amazonek” i kobiet zdrowych w wieku 40-60 lat*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016 nr 2; A. Wdowiak i in., *Znajomość czynników ryzyka nowotworów piersi w grupie kobiet w wieku około menopauzalnym*, „Zdrowie. Dobrostan” 2013 nr 2; D.L. Piaszczyk, S. Ignaciuk, B. Kosińska, J. Karczewski, *Poziom wiedzy studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej na temat profilaktyki raka piersi*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015 nr 3; P. Węgerowski, J. Michalik, E. Gogułka, M. Rząca, A. Pietraszak, *Ocena poziomu kobiet na temat profilaktyki raka piersi*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017 nr 8; M. Florek-Łuszczki, *Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowanie na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki*, „Medycyna Ogólna” 2010 nr 3; I. Woźniak, *Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008 nr 12; T. Wołowski, P. Wróblewski, *Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012 nr 2; B. Mazurkiewicz, J. Ochocka-Stepień, E. Dmoch-Gajzlerska, *Profilaktyka raka sutka wśród młodzieży na przykładzie medycznej szkoły policealnej*, „Zdrowie. Dobrostan” 2014 nr 2.

⁵²² Zob. *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO, 2011, za: *Społeczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf*, dostęp: 1.08.2022.

⁵²³ M. Gruszczyńska, M. Bąk-Sosnowska, R. Plinta, *Zachowania zdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, „Hygeia and Public Health” 2015 nr 4, s. 561.

Wśród wyzwań zdrowotnych znajduje się nadmierne stosowanie leków i suplementów, których nie zapisał lekarz. Przemysł farmaceutyczny za sprawą reklamy oddziałuje na zachowania zdrowotne, w tym umacnia ich skłonność do samoleczenia. Przekaz reklamy wzmacnia zachowania zakupowe i ryzykowne postawy zdrowotne społeczeństwa⁵²⁴. Ograniczenie tego zagrożenia zdrowotnego wymaga nowych regulacji prawnych, kształtujących funkcjonowanie rynku farmaceutycznego, reklam leków i suplementów sprzedawanych bez recepty. Należy także podjąć działania w ramach edukacji zdrowotnej, aby społeczeństwo zyskało dostęp do rzetelnych informacji o wpływie tych medykamentów na zdrowie.

Do współczesnych zagrożeń zdrowotnych zalicza się także agresję⁵²⁵, szybki wzrost liczby osób niepełnosprawnych⁵²⁶ oraz dynamiczny proces starzenia się. Temu ostatniemu zjawisku towarzyszą przemiany społeczne i gospodarcze, w rezultacie środowisko rodzinne seniorów często nie może zapewnić im niezbędnego wsparcia i pomocy. Starość stanowi ostatnią fazę społeczno-biologicznego życia jednostki⁵²⁷. w najczęstszym ujęciu to okres po ukończeniu 65 roku życia⁵²⁸. **Według periodyzacji, uwzględniających kryteria anatomiczne, fizjologiczne, psychologiczne, pedagogiczne, społeczne, ekonomiczne itp., obserwuje się dużą rozpiętość określania najniższej i najwyższej granicy wiekowej, będącej początkiem starości. Wskazuje się 45 lat, 50 lat, 60 lat, 65 lat lub 75 lat⁵²⁹.** Większości współczesnych społeczeństw obserwuje się dynamiczny proces starzenia się populacji. Według prognoz, w Polsce ten proces będzie nasilać się w kolejnych dekadach (tabela 4.1).

Tabela 4.1. Osoby niepełnosprawne w wieku 75 lat i więcej – prognoza na lata 2025-2035

Wyszczególnienie	Lata		
	2025	2030	2035
Wariant podstawowy	1.208.757	1.845.613	2.124.941
Wariant 2%	931.841	1.048.264	1.090.955

Źródło: Z. Szweđa-Lewandowska, *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2009 nr 231, s. 250.

⁵²⁴ L. Wdowiak, L. Kapka, I. Szymańska, *Zdrowie publiczne a samoleczenie*, dz. cyt., s. 99.

⁵²⁵ I. Urych, *Nowe wyzwania edukacji dla bezpieczeństwa – aktywność fizyczna „lekarstwem” na wybrane zagrożenia czasu pokoju w XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe AON” 2013 nr 4, s. 386.

⁵²⁶ J. Nowicki, M. Napierała, *Aktywność fizyczna pacjentów z Kliniki Rehabilitacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy*, w: M. Napierała, R. Muszkieta, M. Cieślicka, W. Żukow (red.), *Zdrowie i rekreacja ludzi w różnym wieku*, PTNKF, Bydgoszcz-Poznań 2013, s. 5.

⁵²⁷ K. Olechnicki, P. Załęcki, *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń 1997, s. 214.

⁵²⁸ A. Tokaj, *U progu starości*, Eruditus, Poznań 2000, s. 32.

⁵²⁹ Zob. A.S. Reber, *Słownik psychologii*, dz. cyt., s. 302; A. Tokaj, *U progu starości dz. cyt. t.*, s. 27.

To zjawisko odpowiada również za pogłębiające się problemy społeczne, ekonomiczne, i medyczne. W wielu krajach, w tym w Polsce należy otoczyć opieką coraz liczniejszą grupę niepełnosprawnych seniorów (tabela 4.2)⁵³⁰.

Tabela 4.2. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w wieku 75 lat i więcej – prognoza na lata 2025-2035

Wyszczególnienie	Lata		
	2025	2030	2035
Wariant podstawowy	36.245	45.108	51.934
Wariant 2%	22.775	25.620	26.663

Źródło: Z. Szweđa-Lewandowska, *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2009 nr 231, s. 250.

W efekcie starzenie się społeczeństw jednoznacznie wiąże się z problemami natury społecznej, medycznej i ekonomicznej. Przeciętna długość życia w grupie krajów o najwyższym wskaźniku rozwoju HDI wynosi dla kobiet 80 lat⁵³¹. w Polsce w latach 2020-2030 należy oczekiwać, że udział osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie o 22,3%. Dodatkowo wyraźnemu postarzeniu ulegną zasoby pracy – udział kobiet w wieku 50-59 lat oraz mężczyzn w wieku 50-64 lata wzrośnie z 25,7% w 2020 roku do 30,4% w 2030 roku. w latach 2030-2035 będzie postępował proces starzenia się ludności i zasobów pracy. w rezultacie osoby mające 65 lat i więcej będą stanowić 23,2% ogółu ludności. Ich udział do 2040 roku wzrośnie niemal dwukrotnie. w tym wieku będzie co czwarty Polak. w 2060 roku seniorem będzie co trzeci członek polskiego społeczeństwa⁵³². Aby zminimalizować skutki starzenia się populacji państwo kreuje politykę demograficzną. Ponadto w ramach polityki społecznej i zdrowotnej podejmuje działania aby seniorzy zachowali jak najdłużej optymalną kondycję zdrowotną. Dąży się do stworzenia warunków, aby ci cieszyli się optymalnym zdrowiem fizycznym, psychicznym i społecznym. Seniorzy, którzy doświadczają trudności w codziennym funkcjonowaniu, marginalizacji społecznej, problemów zdrowotnych, mogą liczyć na wsparcie w ramach pomocy społecznej⁵³³.

Starzenie się populacji stanowi wyzwanie finansowe dla systemów emerytalno-rentowych i systemów opieki zdrowotnej⁵³⁴. Demograficzne starzenie się to bezwzględny

⁵³⁰ Z. Szweđa-Lewandowska, *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2009 nr 231, s. 250.

⁵³¹ Tamże, s. 4-5.

⁵³² Zob. *Prognoza ludności na lata 2008-2035*”, GUS, Warszawa 2009.

⁵³³ *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku* (Dz. U. z 2021 r. , poz. 2268, 2270, z 2022 r., poz. 1, 66, 1079, 1692, 1700, 1812).

⁵³⁴ L. Nowak, *Sytuacja demograficzna ludzi starych w Polsce w perspektywie do 2012 roku*, „Gerontologia Polska” 1995 nr 3-4, s. 4.

przyrost liczby ludzi starszych, kwestia zachodzących relacji między ludnością w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Wyzwaniem zdrowotnym jest funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Nie jest on dostatecznie skuteczny i elastyczny aby mógł realizować swoje zadania. Staje bowiem wobec dynamicznych przemian społecznych, ekonomicznych i epidemiologicznych, pogłębiających się nierówności społecznych⁵³⁵. Współczesnym wyzwaniem zdrowotnym jest dynamiczny wzrost wydatków, których źródłem jest opieka zdrowotna. Stanowią one znaczący problem dla budżetu państwa, zmuszając do racjonalnego zarządzania środkami publicznymi przeznaczonymi na opiekę zdrowotną. w rezultacie konieczne staje się ustalenie struktury wydatków, możliwości uzyskania oszczędności bez naruszania zasady sprawiedliwości społecznej i efektywności systemu opieki zdrowotnej⁵³⁶. Ponadto pogłębiają się trudności z finansowaniem opieki zdrowotnej. To tworzy warunki do restrukturyzacji, komercjalizacji i prywatyzacji placówek medycznych. Podejmowane są działania do jej urynkwienia, więc świadczenia medyczne stają się towarem. Wówczas zmienia się także relacja między lekarzem i pacjentem. Nie można liczyć na to, że opieka zdrowotna pozostanie wierna zasadzie równego dostępu, solidarności, miłosierdzia, niesienia bezinteresownej pomocy⁵³⁷ itd.

Współczesne wyzwania zdrowotne należy ograniczyć, dlatego są stosowane strategiczne sposoby neutralizacji zagrożeń zdrowia. Należy do nich m.in. podnoszenie kultury zdrowotnej społeczeństwa. w tym celu podejmowane są działania w ramach edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia.

Od lat 70. XX wieku coraz więcej uwagi poświęcano promocji zdrowia. Jednak jej rola umocniła się za sprawą WHO, która przyjęła dokument „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”. Wskazano w nim cel, którym stało się uzyskanie tego samego poziomu zdrowia przez ludność, aby mogła ona wieść produktywne życie ekonomiczne i społeczne. Promocja zdrowia stanowi proces, który umożliwia każdej osobie zwiększenie wpływu na swoje zdrowie, czyli na proces jego utrzymania lub poprawy. Uzyskanie tych celów staje się możliwe ponieważ działanie promocyjne dotyczące zdrowia to połączenie oddziaływań edukacyjnych, właściwego wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, organizacyjnego, prawnego i taktycznego. Wówczas powstają warunki, które umożliwiają

⁵³⁵ Zob. W. Piątkowski, L. Nowakowska, *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI w. perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, „Przegląd Socjologiczny” 2012 nr 2.

⁵³⁶ A. Hnatyszyn-Dzikowska, A. Harat, *Planowanie i realizacja profilaktycznych...*, dz. cyt., s. 25.

⁵³⁷ Zob. M. Gałuszka, *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej „vesus” ryzyko zdrowotne*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica” 2013 nr 45.

stosowanie działań wspierających zdrowie. Promocja zdrowia obejmuje ochronę zdrowia, edukację zdrowotną i profilaktykę⁵³⁸. w 1986 roku w czasie pierwszej Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia wskazano niezbędne działania, jakie należy podjąć w sferze zdrowia. Zaliczono do nich budowanie prozdrowotnej polityki (dla zwiększenia znaczenia zdrowia we wszystkich dziedzinach życia społecznego i gospodarki), kreowanie środowisk sprzyjających zdrowiu (dzięki zapewnieniu populacji bezpiecznych dla zdrowia, stymulujących i satysfakcjonujących warunków życia, pracy, wypoczynku), wspieranie i wzmacnianie działań podejmowanych przez zbiorowość (za sprawą usamodzielnienia i upodmiotowienia społeczności, aby były zdolne do podejmowania działań na rzecz zdrowia), rozwój umiejętności indywidualnych dotyczących zdrowia (dla zwiększenia umiejętności człowieka w czasie życia, dostosowania się do zmian stanu zdrowotnego) oraz reorientację opieki zdrowotnej (dotyczącą zmiany sposobu udzielania świadczeń medycznych, zaangażowania się instytucji i pracowników medycznych w działania inne niż naprawcze)⁵³⁹.

W ramach ochrony zdrowia, których celem jest ograniczenie zagrożeń zdrowotnych, są szczepienia. Za ich pomocą zapobiega się rozwojowi chorób zakaźnych. Służą temu regularnie stosowane szczepienia ochronne. Ich kalendarze określa odpowiedni organ państwowy. w Polsce jest nim Główny Inspektorat Sanitarny, który określa terminy obowiązkowych i zalecanych szczepień. Szczepienia ochronne przyczyniają się do uzyskania odporności indywidualnej i populacyjnej, ale także mogą wywołać niepożądane skutki uboczne, którym mają zapobiegać przeciwwskazania do szczepień⁵⁴⁰. Mimo to należą do najskuteczniejszych metod zwalczania chorób zakaźnych. Jednak umacnia się społeczny opór wobec ich stosowania, w rezultacie część populacji, w tym dzieci, nie szczepi się⁵⁴¹.

Edukacja zdrowotna skupia się na osobie zdrowej i chorej. Zgodnie z jej założeniem, nawet ta ostatnia dysponuje potencjałem zdrowotnym, dzięki któremu może walczyć z chorobą, wieść nadal aktywny styl życia, przeciwstawiać się następstwom swojego

⁵³⁸ P. Aniśko, P. Popławska, M. Sochoń, K. Bijowski, E. Krajewska-Kułak, *Profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020, s. 13-14.

⁵³⁹ Zob. L. Wdowiak, L. Kapka, I. Szymańska, *Zdrowie publiczne a samoleczenie*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2009 nr 2, s. 98; D. Cianciara, *Promocja zdrowia. Zakres i działania. Organizacja promocji zdrowia w Polsce i na świecie*, w: J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, SZP CMKP, Warszawa 2011, s. 173-174.

⁵⁴⁰ B. Głowacka, *Wpływ szczepień ochronnych na odporność populacji*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020, s. 80-81, 84.

⁵⁴¹ A. Ślifirczyk, I. Siwek, E. Weresa, D. Myć, *Szczepienie ochronne w opinii Polaków*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020, s. 86-87.

schorzenia i pozytywnie oddziaływać na jakość własnego życia. Dokonuje tego w ramach posiadanych możliwości. Edukacja zdrowotna umożliwia poznanie czynników osobowych, wspierających wybór stylu życia przez człowieka⁵⁴². Przyczynia się do wyedukowania ludzi aby dbali o zdrowie swoje oraz innych osób. Nabywają oni także wiedzę o związkach jakie zachodzą między ludzkim zdrowiem a stylem życia, cechami środowiska fizycznego i społecznego⁵⁴³. Celem edukacji zdrowotnej staje się wywołanie wzrostu świadomości i umiejętności dokonywania wyborów, będących przejawem troski o zdrowie. Ma cechować się pełną odpowiedzialnością społeczną za taki wybór. Edukacja zdrowotna bowiem przygotowuje członków społeczeństwa do podejmowania decyzji, których podstawą są ich potrzeby, interes, o ile nie skutkują one wywieraniem negatywnego wpływu na innych ludzi⁵⁴⁴.

Wśród strategicznych sposobów neutralizacji zagrożeń zdrowotnych jest profilaktyka, której punktem wyjścia jest choroba. Służy zmniejszeniu i wyeliminowaniu ryzyka jej wystąpienia. Adresatami promocji są osoby z grupy podwyższonego ryzyka⁵⁴⁵. w ramach profilaktyki i programów profilaktycznych podejmowane są działania zapobiegawcze, w ramach których są przeprowadzane testy i badania przesiewowe, profilaktyczne badania lekarskie, laboratoryjne, RTG różnych grup zawodowych oraz inne badania profilaktyczne⁵⁴⁶. W ustawie z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych⁵⁴⁷ zdefiniowano zadania profilaktyki zdrowotnej. Ich cele to zapewnienie świadczeń, aby doszło do zachowania zdrowia, zapobieżeniu chorobom oraz ich wczesne wykrywanie. Z tego powodu w ramach profilaktyki podejmowane są liczne działania, wśród których jest promocja zachowań prozdrowotnych (wspierających indywidualną odpowiedzialność za swoje zdrowie) czy profilaktyczne badania lekarskie dla wczesnej diagnozy chorób. Polski ustawodawca w ustawie z 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym uznał profilaktykę za jedno z zadań zdrowia publicznego. Profilaktykę dzieli się na trzy fazy, z których pierwsza ma charakter wczesny, a druga wtórny. Celem profilaktyki wczesnej jest wyeliminowanie społecznych, kulturowych i ekonomicznych wzorów, które oddziałują na zwiększenie ryzyka wystąpienia choroby.

⁵⁴² P. Aniśko, P. Popławska, M. Sochoń, K. Bijowski, E. Krajewska-Kułak, *Profilaktyka, promocja zdrowia...*, dz. cyt., s. 15.

⁵⁴³ L. Wdowiak, L. Kapka, I. Szymańska, *Zdrowie publiczne a samoleczenie*, dz. cyt., s. 98.

⁵⁴⁴ P. Aniśko, P. Popławska, M. Sochoń, K. Bijowski, E. Krajewska-Kułak, *Profilaktyka, promocja zdrowia...*, dz. cyt., s. 15.

⁵⁴⁵ Tamże, s. 26.

⁵⁴⁶ Tamże, s. 27.

⁵⁴⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U.Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

Wspiera zapobieganie wystąpienia choroby dzięki kontrolowaniu czynników ryzyka. Natomiast profilaktyka wtórna to wczesne wykrycie choroby i jej leczenie, aby nie nastąpił jej rozwój. w trzeciej fazie działania profilaktyczne koncentrują się na hamowaniu progresji i powikłań spowodowanych przez chorobę. Wówczas dochodzi do połączenia działań medycznych i rehabilitacji aby uzyskać ograniczenie zakresu niepełnosprawności pacjenta⁵⁴⁸. Celem trzeciej fazy profilaktyki staje się propagowanie rehabilitacji oraz wszelkich aktywności, które mogą zapobiec nawrotowi choroby czy niepełnosprawności. w jej ramach jest zapewniana pomoc osobom, które zachorowały lub doświadczyły urazu⁵⁴⁹.

Profilaktyka obejmuje działania, których celem jest zapobieganie wystąpienia niekorzystnych zjawisk, w tym chorób. Rodzaje profilaktyki można podzielić ze względu na stopień ryzyka na uniwersalną, selektywną i wskazującą⁵⁵⁰. Ich właściwości wskazano w tabeli 4.3.

W związku z zagrożeniem, jakim jest brak lub zbyt niski poziom aktywności ruchowej, negatywnie oddziałującej na kondycję zdrowotną społeczeństwa, istotne znaczenia ma profilaktyka uniwersalna i selektywna.

Współcześnie ochrona zdrowia wiąże się z podjęciem działań wobec występujących i potencjalnych wyzwań. Mają one zróżnicowany charakter, w tym: epidemiologiczny, ekonomiczny, społeczny, kulturowy. Państwo chroniąc zdrowie i życie społeczeństwa kreuje normy prawne, powołuje instytucje i prowadzi politykę zdrowotną. W ramach tej ostatniej podejmowane są działania związane z promocją zdrowia, edukacją zdrowotną i profilaktyką. Taką aktywność podejmują organy państwowe i samorządowe, a także organizacje pozarządowe. Jej celem jest nakłonienie społeczeństwa i jej członków do podjęcia optymalnych zachowań sprzyjających ochronie, utrzymaniu i poprawie stanu zdrowia.

⁵⁴⁸ M. Tokarczyk, M. Koc, *Profilaktyka prozdrowotna wśród studentów wydziałów lekarskich w Polsce*, w: G. Bejda, J. Lewko, E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020, s. 30.

⁵⁴⁹ A. Hnatyszyn-Dzikowska, A. Harat, *Planowanie i realizacja profilaktycznych...*, dz. cyt., s. 26.

⁵⁵⁰ E. Prusak, *Profilaktyka w ujęciu zdrowia publicznego, w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1597127396_03-prusak.pdf [dostęp: 3.09.2022], s. 49-50.

Tabela 4.3. Rodzaje profilaktyki

Rodzaj profilaktyki	Charakterystyka profilaktyki	
	Element opisu	Opis
Profilaktyka uniwersalna	Beneficjenci	Ogół populacji (wszyscy jej członkowie)
	Cel	Promocja zdrowego stylu życia; rozwój: dbałości o własne zdrowie i innych ludzi, umiejętności dokonywania świadomych wyborów, postawy asertywnej, umiejętności radzenia sobie z emocjami w czasie sytuacji trudnych; przeciwdziałanie lub opóźnienie pierwszych prób podejmowania zachowań ryzykownych
	Działania	Realizowane przez nauczycieli, szkolnych pedagogów i psychologów, lekarzy rodzinnych, media publiczne
Profilaktyka selektywna	Beneficjenci	Grupa zwiększonego ryzyka (osoby narażone w większym niż w przeciętnym stopniu na rozwój zaburzeń w wyniku ekspozycji na czynniki ryzyka)
	Cel	Ukształtowanie warunków prowadzących do wycofania się z zachowań ryzykownych
	Działania	Realizowane przez szkolnych pedagogów i psychologów, specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych, pracowników pomocy społecznej, realizatorów programów profilaktycznych
Profilaktyka wskazująca	Beneficjenci	Grupa cechująca się symptomami zaburzeń spowodowanych przez uzależnienie od substancji psychoaktywnych
	Cel	Zablokowanie dzięki resocjalizacji pogłębiania się zaburzenia i podejmowanie zachowań destrukcyjnych, umożliwienie powrót jednostki do prawidłowego funkcjonowania społecznego
	Działania	Działania interwencyjne i terapeutyczne podejmowane przez wyspecjalizowanych pracowników medycznych, psychologów, pracowników socjalnych

Zródło: opracowanie własne na podstawie: E. Prusak, *Profilaktyka w ujęciu zdrowia publicznego, w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1597127396_03-prusak.pdf [dostęp: 3.09.2022], s. 49-50.

4.2. Społeczne i personalne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego

Społeczne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego skupia się na zjawiskach o szerokim zasięgu, które znacząco zagrażają zdrowiu publicznemu. Wśród nich znajdują się utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, zagrożenie chorobami (cywilizacyjnymi i zakaźnymi), wzrost umieralności członków niektórych grup społecznych, wzrost liczby osób niepełnosprawnych⁵⁵¹. Społeczne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego musi uwzględniać poza zagrożeniami dla zdrowia, także ryzyko starości, trwałej niepełnosprawności, bezrobocia, czasowej lub trwałej utraty zdolności do zarobkowania, zagrożenie schronieniem (np. bezdomność), środowiska (np. zanieczyszczenie powietrza, wód, hałas), ekonomiczne (bezwzględne ubóstwo, brak zabezpieczenia materialnego w czasie zdarzeń losowych),

⁵⁵¹ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, „Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej” 2011 nr 2, s. 126-127.

fizyczne (agresja, zabójstwa)⁵⁵². Należy także uwzględnić naruszenia praw człowieka i podstawowych wolności, kryzys demograficzny, patologie społeczne, masowe migracje, katastrofy i kataklizmy prowadzące do naruszenia systemu społecznego i zakłócenia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, degradacji infrastruktury mieszkaniowej i komunikacyjnej⁵⁵³.

Do czynników ryzyka zdrowotnego należy ograniczony dostęp do świadczeń (usług) medycznych finansowanych ze środków publicznych. System ochrony zdrowia nie zapewnił im szybkiego możliwego skorzystania z tych usług (długie terminy) w dogodnych godzinach, pomocy specjalistów i kompetentnych lekarzy, cechujących się dużym zaangażowaniem, dzięki czemu zostałyby postawiona prawidłowa diagnoza. Poza tym nie zapewniano im możliwości załatwienia wszystkiego *od ręki* w czasie jednej wizyty. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nie refunduje wszystkich usług medycznych, które są potrzebne. Tylko część ludności stać na skorzystanie z usług poza systemem powszechnego ubezpieczenia społecznego⁵⁵⁴.

Do istotnych ryzyk zdrowotnych należy ubożenie społeczeństwa lub jego części. Zatem zagrożeniem dla zdrowia publicznego staje się bezrobocie. Ludność borykająca się z następstwami ubóstwa, doświadczająca biedy, głodu, nie może zaspokoić swoich podstawowych potrzeb, nie jest w stanie skutecznie dbać o swoje zdrowie⁵⁵⁵. Ponadto ubóstwo tworzy warunki rozwoju stanów depresyjnych i frustracji, które mogą przyczynić się do występowania zachowań agresywnych czy autodestrukcyjnych, zagrażając zdrowiu i życiu członków rodziny i samego agresora. Zagrożeniem jest także podatność osób ubogich na uzależnienie od używek (alkoholu, narkotyków)⁵⁵⁶. w wyniku ubóstwa i marginalizacji społecznej często dochodzi do rozpadu rodziny, która przestaje być zdolna do realizacji zadań wychowawczych i opiekuńczych także w sferze zdrowia. Ryzyko to wzrasta kiedy w środowisku rodzinnym pojawiają się zaburzenia i dysfunkcje⁵⁵⁷. Polskie społeczeństwo wiąże ryzyko zdrowotne z ubóstwem, które uniemożliwia ubogim ludziom ponoszenie

⁵⁵² M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne w nowym pojmowaniu bezpieczeństwa państwa*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis” 2010 nr 33, s. 106-107.

⁵⁵³ K. Kardis, Y. Pauliuchuk, *Zagrożenia mające wpływ na bezpieczeństwo społeczne państwa*, „Współczesne Problemy Zarządzania” 2018 t. 6, nr 1, s. 34.

⁵⁵⁴ Zob. A. Cybulska, K. Pankowski, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2018 nr 97, s. 11; M. Omyła-Rudzka, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2020 nr 98, s. 7; A. Cybulska, K. Pankowski, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2021 nr 105, s. 10-11.

⁵⁵⁵ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne w nowym...*, dz. cyt., s. 106.

⁵⁵⁶ K. Kardis, Y. Pauliuchuk, *Zagrożenia mające wpływ...*, dz. cyt., s. 35.

⁵⁵⁷ T. Bąk, B. Błażejewska, *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo państwa*, „Współczesne Problemy Zarządzania” 2018 t. 6 nr 2, s. 13.

niezbędnych kosztów na ochronę zdrowia i leczenie⁵⁵⁸. Wśród nich są przede wszystkim osoby bezrobotne, emeryci, renciści, ludzie skrzywdzeni przez los (seniorzy, chorzy, niepełnosprawni). W ich przypadku zwiększa się ryzyko zdrowotne ponieważ nie dysponują środkami finansowymi na podejmowanie właściwych zachowań zdrowotnych. Ich problem jest brak lub niski poziom zarobków, emerytur, rent przy wysokim poziomie cen i kosztów utrzymania⁵⁵⁹. Ryzyko zdrowotne zwiększają sytuacje losowe, do których należy kalectwo, choroba, samotność czy starość, niezaradność życiowa (np. przyzwyczajenie do opieki instytucjonalnej, nieprzystosowanie do zmian), niski poziom wykształcenia i kwalifikacji zawodowych. Ryzyko zdrowotne powiązane z ubóstwem może mieć źródło w zachowaniach zdrowotnych ludzi, którzy doświadczają uzależnienia od substancji psychoaktywnych (nikotyny, alkoholu, narkotyków)⁵⁶⁰.

Z perspektywy społeczeństwa ryzyko zdrowotne zwiększają migracje wewnętrzne i zewnętrzne. Te pierwsze, najczęściej związane ze wzrostem ludności w dużych miastach, przyczyniają się do przeciążenia infrastruktury technicznej i komunikacyjnej. w rezultacie wzrasta zagrożenie dla zdrowia i życia ludności ośrodków miejskich. Dynamiczny rozwój turystyki masowej i komunikacji stworzył warunki, dzięki którym wzrasta ryzyko epidemiologiczne. Patogeny wywołujące choroby zakaźne zyskały warunki aby szybko rozprzestrzeniać się po świecie. w przypadku migracji zewnętrznej napływ ludności spoza granicy państwa zwiększa ryzyko epidemiologiczne, ponieważ w ich pierwotnym miejscu zamieszkania mogły obowiązywać odmienne normy zdrowotne i sanitarne, ponadto w czasie migracji te osoby były narażone na różne patogeny. Masowa migracja niesie ze sobą także zagrożenie związane z nasileniem się zjawisk patologicznych, np. wzmożenie działalności zorganizowanych grup przestępczych. w rezultacie zwiększa się zagrożenie fizyczne dla życia i zdrowia ludności, a także dla ich poczucia bezpieczeństwa⁵⁶¹.

Ryzyko zdrowotne, z perspektywy społeczeństwa zwiększają współczesne procesy społeczne, kulturowe i cywilizacyjne. Kluczowe znaczenie ma osłabienie więzi społecznych i rodzinnych, w rezultacie rodziny często nie są w stanie zapewnić dostatecznej opieki i wsparcia chorym członkom⁵⁶². Społecznym problemem jest także ograniczenie bezpośrednich kontaktów ludności w sferze prywatnej i zawodowej⁵⁶³, które zmotywowałyby do troski

⁵⁵⁸ B. Wciórka, *Ludzie biedni w Polsce*, „Komunikat z badań CBOS” 1999 nr 18, s. 20.

⁵⁵⁹ A. Głowacki, *Społeczne postrzeganie problemu ubóstwa*, „Komunikat z badań CBOS” 2017 nr 83, s. 9.

⁵⁶⁰ B. Wciórka, *Ludzie biedni w Polsce*, dz. cyt., s. 21, 23.

⁵⁶¹ Zob. M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne w nowym...*, dz. cyt., s. 106; T. Bąk, B. Błażejewska, *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 13.

⁵⁶² M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne w nowym...*, dz. cyt., s. 106.

⁵⁶³ T. Bąk, B. Błażejewska, *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo...*, dz. cyt., s. 14.

o zdrowie i podjęcie odpowiednich działań w przypadku wystąpienia niepokojących symptomów. Ma to związek z występowaniem zagrożenia osamotnienia, które szczególnie silnie wzrasta w przypadku seniorów i osób niepełnosprawnych.

Z perspektywy społeczeństwa ryzyko zdrowotne zwiększa niski poziom wiedzy zdrowotnej i kultury zdrowotnej społeczeństwa. Rzadko dysponuje ono wiedzą o czynnikach ryzyka rozwoju chorób, np. wystąpienia zawału mięśnia sercowego⁵⁶⁴. Ludność często nie posiada podstawowej wiedzy o zagrożeniach dla zdrowia i zachowaniach w sytuacjach kryzysowych oraz umiejętności w zakresie ratownictwa medycznego⁵⁶⁵. w rezultacie społeczeństwo nie podejmuje optymalnych zachowań zdrowotnych. W praktyce stosuje mieszane, obejmujące pozytywne lub negatywne zachowania zdrowotne. W rezultacie w różnym zakresie przestrzegają zasad zdrowej diety, podejmują aktywność fizyczną, poddają się badaniom profilaktycznym, dbają o odpowiednią regularność i długość snu, umiejętnie radzą sobie ze stresem. Często w ogóle nie stosują się do wytycznych mających chronić zdrowie, a nawet podejmują zachowania ryzykowne, np. stosując używki, ignorując objawy choroby.

Poziom ryzyka zdrowotnego, z perspektywy społeczeństwa wzrasta, kiedy nie są przestrzegane zasady bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) w środowisku pracy. W rezultacie duże grupy pracowników są narażone na urazy, kontuzje i wypadki w miejscu pracy, rozwój chorób zawodowych, które mogą prowadzić do czasowego lub trwałego uszczerbku zdrowia czy zgonu. Ryzyko zdrowotne wzrasta, kiedy pracodawcy i sami

⁵⁶⁴ Zob. *Narodowy test zdrowia Polaków 2020. Raport*, Kraków 2020, za: <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf>, dostęp: 5.08.2022; M. Kałużna-Oleksy (red.), *Niewydolność serca w Polsce. Realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji. Raport, 2020*, za: http://przeszczepserca.pl/wp-content/uploads/2021/11/NIWYDOLNOSC_podsumowanie_NET.pdf, dostęp: 5.08.2022; A. Kubica, P. Magielski, E. Olejarczyk, A. Jurek, R. Kowalczyk i in., *Źródła wiedzy a skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2009 nr 5; I. Nowakowska, K. Kubara, *We mnie jest moc! Czy społeczeństwo ma wiedzę na temat korzyści płynących z profilaktyki zdrowotnej?*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015 nr 2; M. Bartosiewicz, M. Rać, *Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja*, „Hygeia Public Health” 2018 nr 3; D. Latarska, *Świadomość społeczeństwa na temat choroby wieńcowej*, za: https://repozytorium.ka.edu.pl/bitstream/handle/11315/16308/Latarska_DorotaBwiadomo%C5%95%9B%C4%87_%20spo%C5%82ecze%C5%84stwa_na_temat_choroby_wie%C5%84cowej_2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y, dostęp: 5.08.2022; Ł. Koziński, E. Krzysińska-Stasiuk, A. Głogowska, G. Raczak, *Analiza poziomu wiedzy o podstawowych czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego z uwzględnieniem zależności społeczno-demograficznych – badanie ankietowe*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2012 nr 3; M. Zysnarska, L. Jarmuż, I. Kara, R. Adamek, M. Gromadecka-Sutkiewicz, J. Kłos i in., *Wybory w zakresie zachowań zdrowotnych dokonane przez pacjentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2014 nr 5.

⁵⁶⁵ J. Martuszczyńska, *Potrzeby edukacji dla bezpieczeństwa społeczności lokalnej – aspekt aksjologiczny, psychologiczny oraz wybrane akty normatywne*, „Acta Politica Polonica” 2019 nr 1, s. 81.

pracownicy nie przestrzegają zasad BHP, kiedy troskę o zdrowie i życie pracowników przesłania walka z konkurencją i dążenie do maksymalizacji zysku, a także wyzysk⁵⁶⁶.

Personalne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego koncentruje się na zachowaniach zdrowotnych człowieka i jego percepcji zagrożeń dla zdrowia i życia jakie są obecne w otoczeniu społecznym i naturalnym. Ludzie obawiają się choroby. w 2022 roku 64% respondentów uczestniczących w badaniu CBOS doświadczało tego lęku w czasie pandemii⁵⁶⁷. Jednak ta obawa była obca 36% uczestników badania. Należy pamiętać, że człowiek wykazuje skłonność do niemyślenia o potencjalnym, przyszłym zagrożeniu. Woli uważać, że nie wystąpią u niego poważne choroby. Ponadto ludzie mogą oceniać swoje zdrowie przez pryzmat złego samopoczucia czy choroby. w tym ostatnim przypadku tę strategię najczęściej stosują osoby, które doświadczają licznych schorzeń lub często chorują⁵⁶⁸.

Polskie społeczeństwo coraz bardziej ceni zdrowie, jego utrzymanie i brak chorób, co należy wiązać ze spadkiem dzietności i postępującym starzeniem się Polaków. w 2017 roku było ono zaraz po rodzinie najwyższą cenioną wartością dla 38% uczestników badania CBOS⁵⁶⁹. Jednak w przypadku wielu osób znalazło się poza priorytetowymi wartościami życiowymi.

Według badań przeprowadzonych przez Krzysztofa Puchalskiego, respondenci pracujący w zakładach przemysłowych wiązali swój stan zdrowia z czynnikami ryzyka obecnymi w ich otoczeniu. Zaliczyli do nich charakter wykonywanej pracy zawodowej, a w mniejszym stopniu zanieczyszczenie atmosfery, doświadczane trudności finansowe, aktywność rekreacyjną i fizyczną⁵⁷⁰. W przytoczonym badaniu ustalono że, zdaniem uczestników badania niedostateczny stan zdrowia Polaków mógł mieć swoje źródło w oddziaływaniu licznych czynników. Do takiego ryzyka zaliczono głównie zanieczyszczenie środowiska przyrodniczego, nadużywanie alkoholu i tytoniu, niewłaściwą dietę, lekceważenie objawów chorobowych i kontaktu z lekarzem, uciążliwość i szkodliwość wykonywanej pracy zawodowej, ignorowanie zaleceń lekarzy w czasie choroby, brak odpoczynku w wyniku przepracowywania się, brak aktywności ruchowej, uciążliwość współczesnego życia, niewłaściwe relacje interpersonalne⁵⁷¹.

⁵⁶⁶ M. Leszczyński, *Bezpieczeństwo społeczne w nowym...*, dz. cyt., s. 107.

⁵⁶⁷ B. Badora, *Obawy i oczekiwania Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2022 nr 35, s. 2.

⁵⁶⁸ K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, IMP, Łódź 1997, s. 101.

⁵⁶⁹ M. Feliksiak, *Sens życia – wczoraj i dzisiaj*, „Komunikat z badań CBOS” 2017 nr 41, s. 4-5.

⁵⁷⁰ K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, dz. cyt., s. 102.

⁵⁷¹ Tamże, s. 131.

Wśród czynników ryzyka zdrowotnego jest oszczędzanie na zdrowiu, kiedy odczuwa się dolegliwości zdrowotne. Nie zawsze szybko można skorzystać ze świadczeń medycznych ofertowanych przez publiczny system opieki zdrowotnej, co wiąże się z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów. w rezultacie część osób rezygnuje z leczenia, wydatków na leki oraz różne świadczenia i usługi medyczne. w 2016 roku Polacy najczęściej oszczędzali na zdrowiu, nie wykupując recept na leki lub inne środki medyczne zalecone przez lekarza. Ponadto rezygnowali z leczenia stomatologicznego, wizyty u specjalisty i lekarza ogólnego, zabiegów rehabilitacyjnych, usług protetycznych, analiz i badań diagnostycznych, zakupu środków lub przyrządów rehabilitacyjnych czy korekcyjnych, wyjazdu do sanatorium czy leczenia sanatoryjnego, leczenia szpitalnego, operacji, zabiegów chirurgicznych i innych usług medycznych. Ze świadczeń medycznych najczęściej rezygnowano w tych polskich gospodarstwach domowych, których członkowie doświadczali poważnych i długotrwałych problemów zdrowotnych lub niepełnosprawni⁵⁷².

Personalne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego obejmuje więc czynniki zewnętrzne, głównie szkodliwe cechy środowiska przyrodniczego, ale przede wszystkim zachowania zdrowotne pojedynczych osób. Obejmują one ich dietę, aktywność fizyczną, profilaktykę, troskę o higienę, sen, podejmowanie aktywności społecznej i działań dla rozładowania stresu. Polacy zaliczali do czynników ryzyka, także tego o charakterze zdrowotnym, niedostateczną pomoc dla seniorów i osób niepełnosprawnych. Oczekiwali, że w tych sferach nastąpi poprawa. Analogicznie postrzegali konieczność zatrzymania zmian klimatycznych i zwiększenie ochrony środowiska⁵⁷³.

Wśród czynników ryzyka zdrowotnego Polacy wskazali niezdrową dietę, którą powiązali z nadwagą i otyłością⁵⁷⁴. W 2019 roku łącznie 19% respondentów badania CBOS przyznało, że nie odżywiali się racjonalnie⁵⁷⁵. Często wykazywali skłonność do objadania się⁵⁷⁶. Uczestnicy badania wiedzieli, że należy wiązać zachowanie zdrowia z regularnym spożywaniem warzyw i owoców, produktów mlecznych i ryb przy ograniczonym spożyciu mięsa i jego przetworów, słodczy i używek, napojów gazowanych. Respondenci wiedzieli, że spożywają za mało ryb, ryżu i kasz, świeżych i mrożonych owoców, warzyw, twarogów i jogurtów, serów i innych produktów mlecznych, jajek. Mieli świadomość, że w ich diecie było za dużo słodczy i słodkiego pieczywa, napojów słodzonych, kawy, pieczywa

⁵⁷² A. Cybulska, *Oszczędzanie na zdrowiu*, „Komunikat z badań CBOS” 2016 nr 118, s. 3, 6, 7.

⁵⁷³ Zob. B. Badora, *Obawy i oczekiwania Polaków*, dz. cyt., s. 6; A. Głowacki, *Spoleczne postrzeganie problemu...*, s. 9.

⁵⁷⁴ M. Rutkowska, *Czy Polacy mają problem...*, dz. cyt., s. 3.

⁵⁷⁵ M. Bożewicz, *Jak zdrowo odżywiają się Polacy?*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 106, s. 1.

⁵⁷⁶ M. Omyła-Rudzka, *Czy Polacy jedzą za dużo?*, „Komunikat z badań CBOS” 2014 nr 122, s. 4.

i produktów mącznych, niskoprocentowego alkoholu⁵⁷⁷. Stosowali więc dietę eliminacyjną. Wykluczyli z nich przede wszystkim cukier i słodycze, tłuste potrawy, napoje alkoholowe, produkty zawierające gluten, kawę, mięso (ogólnie lub jego rodzaje)⁵⁷⁸. Rzadko spożywali dania typu *fast food*⁵⁷⁹. W ten sposób chcieli zdrowo się odżywać, aby poprawić własne samopoczucie i kondycję. Za pomocą zmian w diecie usiłowali zminimalizować dolegliwości lub wspierać proces leczenia choroby oraz stosowali się do zaleceń lekarza. Na wyeliminowanie niektórych produktów z diety, zdaniem respondentów badania CBOS z 2019 roku wpłynęły głównie choroby i dolegliwości układu krążenia, cukrzyca, choroby i dolegliwości układu pokarmowego i choroby autoimmunologiczne. Zatem stronili od niezdrowej diety, która jest wysokokaloryczna, ciężkostrawna i niebilansowana, wiąże się z nieregularnym spożywaniem posiłków, przygotowanych w niezalecany sposób⁵⁸⁰. w 2019 roku respondenci badania CBOS miało świadomość, że poprawę zdrowia można osiągnąć za pomocą regularnej aktywności ruchowej (sportowej), racjonalnej diety, unikaniu stresu i sytuacji stresowych, aktywnego spędzania czasu wolnego, niestosowaniu używek (nikotyny, alkoholu), wizytom u lekarza⁵⁸¹.

Do czynników ryzyka zdrowotnego należy niedostateczna aktywność fizyczna. w 2013 roku 34% respondentów badania CBOS nie podejmowało aktywności ruchowej, w 2016 roku – stanowili 39% uczestników badania⁵⁸². Część respondentów raz na kilka lat lub wcale nie spacerowało co najmniej przez godzinę (łącznie 20% osób), uprawiało biegania, pływania, jazdy na rowerze czy sportów zespołowych (łącznie 39% pytanych), ćwiczeń gimnastycznych (łącznie 60% osób) czy profesjonalnych, intensywnych treningów sportowych (łącznie 91% pytanych)⁵⁸³.

Do czynników ryzyka zdrowotnego zalicza się niepoddawanie się cyklicznym badaniom profilaktycznym. Według badania CBOS z 2016 roku, część respondentów raz na kilka lat lub wcale nie wykonywało profilaktycznych badań lekarskich (łącznie 68% osób), stomatologicznych (łącznie 64% osób). Ponadto 29% uczestników badania co najmniej raz na tydzień sięgało po preparaty witaminowe czy ziołowe⁵⁸⁴.

⁵⁷⁷ Zob. M. Bożewicz, *Jak zdrowo odżywiają się Polacy?*, dz. cyt., s. 3, 6; R. Boguszewski, *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2016 nr 118, s. 12.

⁵⁷⁸ Zob. M. Omyła-Rudzka, *Polak na diecie*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 108, s. 2, 3; M. Omyła-Rudzka, *Diety Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2014 nr 113, s. 3, 4; M. Feliksiak, *Zachowania żywieniowe Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2014 nr 115, s. 12-15.

⁵⁷⁹ M. Feliksiak, *Zachowania żywieniowe Polaków*, dz. cyt., s. 6.

⁵⁸⁰ Zob. M. Omyła-Rudzka, *Polak na diecie*, dz. cyt., s. 4, 6; M. Omyła-Rudzka, *Diety Polaków*, dz. cyt., s. 5, 8.

⁵⁸¹ M. Bożewicz, *Jak zdrowo odżywiają się Polacy?*, dz. cyt., s. 8.

⁵⁸² M. Omyła-Rudzka, *Aktywność fizyczna Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2016 nr 118, s. 3.

⁵⁸³ R. Boguszewski, *Zdrowie i prozdrowotne zachowania...*, dz. cyt., s. 11.

⁵⁸⁴ Tamże, s. 11.

Z perspektywy personalnej ryzyko zdrowotne ma związek z podejmowanymi zachowaniami ryzykownymi w sferze zdrowia. Zagrożenie to wzrasta, kiedy jednostka wykazuje cechy uzależniania chemicznego lub/i behawioralnego. w pierwszym przypadku sięga po nikotynę, alkohol, środki narkotyczne. Wśród czynników ryzyka zdrowotnego jest palenie papierosów. W 2019 roku paliło 26% respondentów CBOS, w tym 31% mężczyzn i 21% kobiet, wśród nich 82% osób robiło to regularnie, a pozostałe – okazjonalnie (18%)⁵⁸⁵. W przypadku uzależnień behawioralnych zagrożeniem dla zdrowia i życia staje się uzależnienie od komputerów, gier oraz Internetu⁵⁸⁶, ćwiczeń, operacji plastycznych, seksu.

Z perspektywy personalnej ryzykiem zdrowotnym staje się nieadekwatna samoocena kondycji zdrowotnej. Bywa ona determinowana przez wysokość wskaźnika BMI. W 2019 roku 6% respondentów CBOS o prawidłowej masie ciała oceniło swoje zdrowie jako złe, analogicznie postąpiło 8% osób mających nadwagę i 16% otyłych uczestników badania. Ich opinie były powiązane z zadowoleniem z własnej sylwetki. Brak takiej satysfakcji odczuwało 16% respondentów o prawidłowej masie ciała, 28% osób z nadwagą i 59% uczestników badania z otyłością⁵⁸⁷. Niewłaściwa samoocena stanu zdrowia może prowadzić do podejmowania ryzykownych praktyk zdrowotnych (stosowania głodówek, niewłaściwych diet, suplementów diety i leków, nadmiernego obciążania organizmu przez zbyt intensywne ćwiczenia).

Podsumowując, społeczne i personalne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego różnią się spojrzeniem na te zjawiska. Pierwsze ujęcie skupia się na tych zagrożeniach, których może doświadczyć całe społeczeństwo lub jego duża część. Tymczasem personalne pozycjonowanie ryzyka zdrowotnego koncentruje się na działaniach, jakich nie podejmuje człowiek, aby dbać o swoje zdrowie oraz na czynnikach zewnętrznych, negatywnie oddziałujących na jego kondycję zdrowotną.

4.3. Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego

Zdrowiu zagrażają różne zjawiska i czynniki. Zwiększają one ryzyko wystąpienia niepożądanego stanu zdrowotnego: choroby lub/i zgonu. Takie ryzyko stwarza zatem „możliwość zaistnienia zdarzenia, które będzie miało wpływ na realizację złożonych

⁵⁸⁵ K. Świerczewski, *Palenie papierosów*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 104, s. 2.

⁵⁸⁶ L. Węgrzyn-Odzioba, *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego związane z funkcjonowaniem w cyberprzestrzeni*, „Teki of Science and International Relations OL PAN/UMCS” 2018 nr 2, s. 86.

⁵⁸⁷ M. Rutkowska, *Czy Polacy mają problem z nadwagą?*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 103, s. 3.

celów”⁵⁸⁸. Wprowadza swoistą niepewność o charakterze pozytywnym (szanse, możliwości) i negatywnym (zagrożenia)⁵⁸⁹. Powoduje, że może okazać się utrudnione osiągnięcie celów zdrowotnych czyli utrzymania lub poprawy stanu zdrowotnego. w konwencji 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy wskazano ryzyko zdrowia. Jest ono rozpatrywane wąsko w kontekście zdolności człowieka do podjęcia pracy zawodowej. Uznano za nie zjawiska, powodowane przez różne źródła. Jednak łączą je zbliżone skutki, które często prowadzą do stanu zdrowotnego, który uniemożliwia człowiekowi podjęcie aktywności zarobkowej i pokrycie dodatkowych kosztów na usługi medyczne. We wspomnianej konwencji opisano także ryzyko niepełnosprawności, które powoduje trwałą niezdolność osoby do pracy⁵⁹⁰.

Wśród zagrożeń dla zdrowia są czynniki genetyczne, ludzkie zachowania zdrowotne (głównie zachowania ryzykowne), uwarunkowania środowiskowe, społeczne i ekonomiczne⁵⁹¹. Według WHO zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego należy podzielić na choroby zakaźne, zagrożenia bezpieczeństwa żywności (wynik uprzemysłowienia rolnictwa) i katastrofy, które wpływają na środowisko⁵⁹². Ryzyko dla zdrowia może mieć charakter zewnętrzny i wewnętrzny. w pierwszym przypadku można je podzielić na zagrożenia o charakterze biologicznym (wirusy, bakterie, toksyny), chemicznym (toksyczne środki przemysłowe, bojowe środki trujące), środowiskowym (katastrofy naturalne lub związane z ludzką działalnością) lub nieznanym. Coraz większe zagrożenie stwarzają czynniki biologiczne, ponieważ współczesność cechuje się wyjątkowo intensywną mobilnością ludzi, zwierząt i mikroorganizmów, co należy wiązać z procesem globalizacji i masowych migracji. w rezultacie na świecie coraz częściej dochodzi do epidemii i pandemii⁵⁹³.

Na kondycję zdrowotną według ustaleń komisji Lalonda silnie oddziałują czynniki genetyczne (16), środowiskowe (21%) oraz mające związek ze stylem życia (53%) i opieką zdrowotną (10%)⁵⁹⁴. Zatem w nich tkwi źródło czynników ryzyka zdrowotnego. W przypadku czynników związanych ze stylem życia należy do nich zaliczyć: brak aktywności fizycznej, niewłaściwy sposób odżywiania, brak umiejętności radzenia sobie

⁵⁸⁸ Cyt. za: M. Romanowska, *Ryzyko w zarządzaniu instytucją publiczną: efektywność funkcjonowania samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2017 nr 3, s. 95-96.

⁵⁸⁹ Tamże, s. 96.

⁵⁹⁰ M. Leszczyński, *Wybrane obszary zagrożeń...*, dz. cyt., s. 53.

⁵⁹¹ D. Cianciara, *Zdrowie publiczne w Polsce – wybrane problemy i wyzwania*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4, s. 78.

⁵⁹² P.M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4, s. 111.

⁵⁹³ P.M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 108-109.

⁵⁹⁴ L. Wdowiak, L. Kapka, I. Szymańska, *Zdrowie publiczne a samoleczenie*, dz. cyt., s. 94-95.

ze stresem, stosowanie używek (nikotyny, alkoholu, środków psychoaktywnych), złe warunki bytowe, złe warunki pracy, podejmowanie ryzykownych zachowań (np. seksualnych). Czynniki środowiskowe także zwiększają zagrożenia dla zdrowia. Kluczowe znaczenie ma zanieczyszczenie powietrza, wód i gleby, ale także niebezpieczne zjawiska obecne w otoczeniu zawodowym i lokalnym człowieka, np. hałas, czynniki biologiczne, szkodliwe substancje chemiczne, promieniowanie jonizujące, zaśmiecenie światłem. Do zwiększenia ryzyka zdrowotnego przyczyniają się także czynniki genetyczne, odpowiedzialne za wystąpienie licznych i zróżnicowanych chorób⁵⁹⁵. Wśród czynników ryzyka zdrowotnego jest stres, który ma swoje źródło w cechach współczesnej cywilizacji, stosunkach społecznych i kulturze. Ludzie doświadczają go w środowisku rodzinnym, lokalnym i zawodowym. Warunki panujące w środowisku zawodowym, w tym czynniki psychospołeczne, przyczyniają się do ekspozycji pracowników na częsty, a niekiedy długotrwały stres zawodowy⁵⁹⁶. Zwiększa on ryzyko wystąpienia różnych schorzeń, w tym: problemów kardiologicznych i gastrycznych, nadciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń hormonalnych, cukrzycy, otyłości, problemów emocjonalnych. Do czynników ryzyka zdrowotnego zalicza się ryzyko żywieniowe, wysokie ciśnienie krwi, palenie papierosów, wysokie BMI, spożywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej, wysoki cholesterol, wysokie stężenie glukozy na czczo, zanieczyszczenie środowiska oraz ryzyko zawodowe⁵⁹⁷.

Ryzyko zdrowotne zwiększa się wraz z wiekiem. Biologiczne starzenie się jest determinowane przez proces nieodwracalnych zmian organizmu prowadzących do zmniejszenia się zdolności do samoregeneracji⁵⁹⁸. Maria Pecyna uważa, że *starość jest nieuniknionym efektem procesu starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie. Prowadzi to do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej, bez możliwości przeciwdziałania temu*⁵⁹⁹. Tymczasem Beata Sielowa jest zdania, że *starość to okres stopniowego pogarszania się biologicznych i społecznych funkcji człowieka, narastania upośledzenia sprawności oraz ograniczania kontaktów ze środowiskiem zewnętrznym, na co nakłada się szereg czynników środowiskowych i zdrowotnych*⁶⁰⁰. Joanna Staręga-Piasek i Adam Lisowski

⁵⁹⁵ Tamże, s. 95.

⁵⁹⁶ Zob. M. Waszkowska, A. Wężyk, D. Merecz, Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w ochronie zdrowia pracujących, „Medycyna Ogólna i Nauka o Zdrowiu” 2013 t. 18, nr 8.

⁵⁹⁷ A. Hnatyszyn-Dzikowska, A. Harat, *Planowanie i realizacja profilaktycznych...*, dz. cyt., s. 28.

⁵⁹⁸ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2005, s. 9-10.

⁵⁹⁹ A.A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999, s. 17.

⁶⁰⁰ Tamże.

preferują ujęcie starości psychospołecznej. Uważają, że starość to *etap życia, w którym procesy psychiczne (objawiające się rezygnacją i poczuciem braku szans) oraz społeczne (polegające na odrzuceniu, zgodnie z istniejącym rytuałem kulturowym) oddziałują synergicznie z procesami biologicznymi, prowadząc do naruszenia homeostazy, a tym samym do ograniczenia możliwości substytucji. Nie ma już obiektywnych szans na powrót do stanu poprzedniego*⁶⁰¹. w kategoriach społecznych starzenie się stanowi proces przechodzenia jednostki przez kolejne stadia cyklu życiowego. Z nim łączą się choroby i zaburzenia życia społecznego⁶⁰². Coraz większa część społeczeństw jest w wieku senioralnym. Postępuje proces starzenia się polskiego społeczeństwa, na co wskazują prognozy (tabela 4.2). Należy liczyć się z tym, że seniorzy będą doświadczali licznych potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych (tabela 4.3)⁶⁰³.

Różnorodne konsekwencje starości mają podłoże biologiczne. Stają się one problemem społecznym ponieważ proces starzenia się społeczeństw ma charakter masowy i dynamiczny. Proces starzenia odpowiada za utratę równowagi wewnętrznej organizmu, która zwiększa ryzyko wystąpienia chorób. Dochodzi do upośledzenia funkcjonowania komórek, tkanek, narządów i układów. U seniora zwiększa się podatność na choroby krążenia, Alzheimera, nowotwory. Typowe objawy starzenia to: utrata masy mięśni i kości, zmniejszenie elastyczności skóry, pogorszenie ostrości wzroku i słuchu, wydłużony czas reakcji na bodźce⁶⁰⁴. Proces starzenia zwiększa ryzyko wystąpienia niepełnosprawności.

Proces starzenia się zwiększa podatność organizmu na patogeny, ponadto postępuje proces degradacji komórek i tkanek, a także maleje zdolność samodzielnego funkcjonowania, samoopieki, podejmowania satysfakcjonującej aktywności społecznej⁶⁰⁵. Ludzie starzy bywają opisywani jako kategoria społeczna wyróżniona na podstawie kryterium wieku, źródła utrzymania (emerytury)⁶⁰⁶, podejmowanych ról społecznych⁶⁰⁷ i ograniczonej zdolności do adaptacji⁶⁰⁸.

⁶⁰¹ Tamże.

⁶⁰² A.S. Reber, *Słownik psychologii*, Scholar, Warszawa 2008, s. 302.

⁶⁰³ Z. Szweda-Lewandowska, *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica” 2009 nr 231, s. 250.

⁶⁰⁴ B. Żakowska-Wachelko, *Ewolucja współczesnych teorii ...*, dz. cyt., s. 9.

⁶⁰⁵ Zob. B. Żakowska-Wachelko, *Ewolucja współczesnych teorii starzenia*, „Gerontologia Polska” 1995 nr 1-2, s. 9; A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego ...*, dz. cyt., s. 10.

⁶⁰⁶ A. Kotlarska-Michalska, *Starość w aspekcie socjologicznym*, w: *Profile starości*, red. L. Liońska, Z. Wodniak, Wydawnictwo Miejskie: Urząd Miasta Poznania WZSS, Poznań 2000, s. 87.

⁶⁰⁷ G. Łój, *Poczucie bezpieczeństwa a osobowościowe wyznaczniki adaptacji do starości*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Częstochowa 2001, s. 20.

⁶⁰⁸ A.A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999, s. 14.

Wyróżnia się trzy grupy seniorów: wczesnych, dojrzałych i sędziwych. Ich cechy wskazano w tabeli 4.4.

Tabela 4.4. Podział seniorów na grupy z uwagi na wiek i etapy życia senioralnego

Czynnik	Grupy wiekowe (i etapy życia senioralnego) osób starszych		
	Wcześni seniorzy	Dojrzały seniorzy	Sędziwi seniorzy
Wiek	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
Zdrowie	30% osób z problemami zdrowotnymi	Odczuwanie przez wszystkich seniorów spadku sprawności i związanych z nim dolegliwości	90% osób negatywnie oceniających swój stan zdrowia
Potrzeby	Koncentracja uwagi i działania na aktywnym życiu (skutek dysponowania czasem wolnym i cieszenia się zdrowiem)	Skupienie uwagi na uzyskaniu selektywnego wsparciu i pomocy w niektórych czynnościach domowych	Skupienie uwagi na rozwiązaniach zapewniających opiekę i pielęgnację
Inne cechy	Częsty syndrom „pustego gniazda”		Potrzeba opieki ze strony rodziny lub instytucji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: W.J. Brzeski, *Potrzeby mieszkaniowe na różnych etapach życia senioralnego – perspektywy produktów MS*, za: https://www.opole.uw.gov.pl/artykuly/1223/pliki/20140929115833_w.brzeski-opole.pdf, dostęp; 21.03.2022, s. 5.

Każda z nich wiąże się z różnymi szansami i wyzwaniem⁶⁰⁹. Seniorzy dążą do zaspokojenia potrzeb: podstawowych i wyższego rzędu (tabela 4.5)⁶¹⁰.

Tabela 4.5. Rodzaje potrzeb seniorów

Podział potrzeb	Rodzaje potrzeb	
Potrzeby podstawowe	Fizjologiczne	Pokarmowe (np. ilość, wartościowość i kaloryczność pożywienia, jego zróżnicowanie, apetyczność, regularność, dostępność)
		Regeneracja sił (np. właściwa organizacja dnia, ilość snu, cisza i spokój w czasie wypoczynku, spacer)
		Mieszkaniowe (funkcjonalność i wygoda lokalu, wyposażenie w potrzebne wyposażenie i urządzenia, możliwość swobodnego korzystania z sanitariatów, odpowiednie oświetlenie pomieszczenia i budynku, właściwa temperatura i wentylacja)
		Odzieżowe (np. odpowiednia ilość, zróżnicowanie, czystość)
		Lokomocyjne (np. nieśliskie podłogi, poręcze, windy)
	Bezpieczeństwa	Poczucie stałości i trwałości warunków bytowych, brak zagrożenia zewnętrznego i ekonomicznego
Wyższego rzędu	Potrzeby społeczne	Potrzeby: swobody i autonomii, integracji i przynależności, mocy (poczucie godności osobistej, uznania ze strony innych ludzi, możliwość pełnienia różnych funkcji)
	Potrzeby indywidualnego rozwoju	Potrzeby kulturalne (receptywne i kreatywne), wiedzy, ludyczno-towarzystwie, rekreacyjne, religijne, eschatologiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, WN WSP, Kraków 1998, s. 53-57.

⁶⁰⁹ W.J. Brzeski, *Potrzeby mieszkaniowe na różnych etapach życia senioralnego – perspektywy produktów MS*, za: https://www.opole.uw.gov.pl/artykuly/1223/pliki/20140929115833_w.brzeski-opole.pdf, dostęp; 21.03.2022, s. 5.

⁶¹⁰ Zob. E. Niezabitowska, A. Szewczenko, A. Benek, *Potrzeby starszych osób w obiektach z funkcją opieki. Wytyczne do projektowania*, WPS, Katowice 2017; Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, WN WSP, Kraków 1998.

W Polsce duża ich część doświadcza złych warunków życia i mieszkaniowych. To skutek występowania zjawisk takich jak: niski poziom dochodów, brak oszczędności, pogarszający się poziom zdrowia, spadek sprawności i samodzielności seniorów, wzrost kosztów lekarstw, pomocy medycznej i innych usług opiekuńczych.

Problemy ekonomiczne seniorów powodują, że mają oni ograniczoną możliwość zaspokajania swoich potrzeb, również tych społecznych⁶¹¹. Często nie są zdolni do finansowania zmian, dzięki którym zaspokoją własne potrzeby związane ze spadkiem sprawności lub/i niepełnosprawnością. Ponadto polscy seniorzy muszą się mierzyć z samotnością rodzinną, barierami architektonicznymi, trudnościami z robieniem zakupów w związku z nasilającym się procesem przenoszeniem się handlu do supermarketów ulokowanych często na obrzeżach miast, brakiem pomocy sąsiedzkiej, rzadkimi odwiedzinami bliskich i znajomych. Ich funkcjonowanie utrudnia także nasilające się problemy, mające swoje źródło w dezintegracji międzypokoleniowej, rosnących i coraz wyższych kosztach utrzymania mieszkań, w dużej odległości do parku, braku zieleni i licznych ławeczek umożliwiających im podejmowanie spacerów⁶¹².

Wśród współczesnych zagrożeń zdrowotnych są wypadki komunikacyjne, w miejscu pracy czy otoczeniu człowieka, które prowadzą do ograniczenia jego sprawności czy niepełnosprawności. Takim zagrożeniem jest również współczesny kult zdrowego, młodego ciała. Jednakże amatorska aktywność sportowa, szczególnie brak właściwego przygotowania (rozgrzewki) do uprawiania sportu, podejmowanie wymagających ćwiczeń siłowych stanowi częste źródło urazów i kontuzji stawów, które prowadzą do osłabienia i uszkodzenia mechanoreceptorów. w rezultacie mogą wystąpić problemy zdrowotne, które wymagają leczenia i rehabilitacji⁶¹³.

W wyniku urazów, kontuzji może dojść do utraty sprawności. Polskie społeczeństwo oczekuje, że osoby niepełnoprawne powinny mieć szansę podjęcia aktywności zawodowej, o ile pozwala im na to stan zdrowia. w 2000 roku przeważała opinia, że członkowie

⁶¹¹ Zob. E. Bojanowska, *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, w: J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, T. 3, RRL i ZWS, Warszawa 2012; M. Halicka, E. Kramkowska, *Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym*, J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, T. 3, RRL i ZWS, Warszawa 2012; A. Zralek, *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kierunki zmian*, J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, T. 3, RRL i ZWS, Warszawa 2012; Zob. J. Kalka, *Seniorzy a młodsze pokolenia – problemy życia codziennego*, „Komunikat z badań CBOS” 2016 nr 161.

⁶¹² A. Baran, *Budownictwo senioralne – nowe wyzwanie w rozwoju mieszkalnictwa*, w: A. Kowalska (red.), *Rozwój budownictwa mieszkaniowego i usług społecznych w nowym Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego*. UMSW, Warszawa 2016, za: http://www.tup.org.pl/download/O_Warszawa/warsztaty2016/publikacje/mieszkalnictwo.pdf, dostęp: 21.08.2022, s. 76.

⁶¹³ P.W. Szymański, B. Okurowska-Zawada, E. Krajewska-Kułak, *Rodzaje zagrożeń wynikających z korzystania z klubów fitness i siłowni*, w: G. Bejda, J. Lewko, E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020, s. 372-373.

ich rodzin, pracownicy ochrony zdrowia i opieki społecznej odpowiadają za zapewnienie im wsparcia i pomocy⁶¹⁴. w 2018 roku Polacy byli przekonani, że osoby z niepełnosprawnościami znajdują się w najtrudniejszej sytuacji, ponieważ napotykały największe trudności i ograniczenia w społeczeństwie. Wyprzedziły ubogich i biednych, seniorów, bezrobotnych i byłych więźniów⁶¹⁵. Według badania CBOS z 2018 roku, pomoc społeczna powinna być skierowana przede wszystkim do osób, które są przewlekle, nieuleczalnie chore, niepełnosprawne fizycznie lub ruchowo. Wśród nich wymieniono także seniorów i emerytów, jak również osoby ubogie⁶¹⁶. Środowiska rodzinne potrzebują pomocy i wsparcia, ponieważ doświadczają problemów finansowych, problemów mających źródło w niewystarczającym dostępie do opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej, braku pracy, barierach architektonicznych, izolacji społecznej, ograniczonych kontaktach społecznych i towarzyskich. Poza tym rodziny osób niepełnosprawnych mierzą się z brakiem akceptacji i nietolerancją oraz ograniczoną (zbyt małą) dostępnością do zorganizowanych form wsparcia⁶¹⁷.

Pod koniec 2019 roku w Polsce, według Eurostatu 23% populacji doświadczało niepełnosprawności biologicznej związanej z ograniczoną zdolnością wykonywania czynności. Przeważały wśród nich kobiety (ponad 24%) nad mężczyznami (21%). Stale wrasta liczba osób niepełnosprawnych biologicznie. Wspomniana tendencja była szczególnie silna w przypadku dorosłych Polaków w wieku od 50 do 69 lat. w przypadku osób mających co najmniej 80 lat niepełnosprawność pozostawała znacznie częstsza. Objęła ponad 38% tej grupy wiekowej. Ci seniorzy cechowali się znaczącymi ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu⁶¹⁸. Osoby starsze z wiekiem miały coraz większe problemy z czynnościami higienicznymi: kąpaniem się i myciem, korzystaniem z toalety, a także z ubieraniem się i rozbieraniem, kładzeniem się i wstawaniem z łóżka oraz jedzeniem posiłków. Nie radziły sobie również z ciężkimi i lekkimi pracami domowymi, dbaniem o własne sprawy finansowe, stosowaniem leków i podejmowaniem leczenia, zakupami i przygotowywaniem posiłków⁶¹⁹.

Do zagrożeń zdrowia obecnego w placówkach ochrony zdrowia zalicza się pomijanie sprawdzania tożsamości pacjentów, zalecanie im antybiotyków (bez względu na chorobę pacjenta, także w przypadkach infekcji wirusowych), nieuwzględnienie niepożądanych

⁶¹⁴ W. Derczyński, *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2000 nr 85, s. 8-10, 12.

⁶¹⁵ M. Omyła-Rudzka, *Komu żyje się najtrudniej*, „Komunikat z badań CBOS” 2018 nr 106, s. 3.

⁶¹⁶ A. Głowacki, *Komu i jak pomagać? Pomoc społeczna w opinii Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2018 nr 118, s. 3.

⁶¹⁷ M. Omyła-Rudzka, *Niepełnosprawni są wśród nas*, „Komunikat z badań CBOS” 2017 nr 169, s. 3.

⁶¹⁸ *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, GUS. Warszawa 2021, s. 62.

⁶¹⁹ Tamże, s. 38, 39.

skutków stosowania przez pacjenta wielu leków⁶²⁰, nieprzestrzeganie standardów medycznych i higienicznych przez personel medyczny, zbyt późne zastosowanie leczenia, niewłaściwe wykorzystywanie technologii medycznych, niedostateczna komunikacja ustawodawców⁶²¹, występowanie zakażeń szpitalnych⁶²², które stanowią źródło utraty zdrowia lub życia przez pacjenta⁶²³.

Do analogicznych skutków może także doprowadzić błąd lekarski czy organizacyjny błąd medyczny. w pierwszym przypadku błąd popełnia lekarz w związku z zaniedbaniem lub zaniechaniem leczenia. w drugim przypadku niewłaściwe funkcjonowanie organizacji medycznej w wyniku nieadekwatnych decyzji zarządczych, kadrowych sprzyja wystąpieniu niekorzystnych czynników niezależnych⁶²⁴. Nie można zapomnieć, że każda terapia medyczna, nawet ta prawidłowo przeprowadzona, jest obciążona ryzykiem wystąpieniem zdarzeń niepożądanych. Aby im zapobiec, ustala się przeciwwskazania ich użycia, aby nie zagrozić zdrowiu i życiu pacjentów⁶²⁵.

Wśród zagrożeń zdrowia znajduje się współczesna technologia medyczna, która nie została dostatecznie sprawdzona i zweryfikowana. w rezultacie jej stosowanie może przyczynić się do wystąpienia niepożądanych zdarzeń, skutkujących utratą zdrowia lub życia przez pacjenta. Przykładowo takie ryzyko występuje, kiedy na rynek dopuszcza się niesprawdzone leki⁶²⁶.

Współcześnie liczne zjawiska zagrażają zdrowiu. Zwiększają one ryzyko wystąpienia choroby, także tej przewlekłej, niepełnosprawności i przedwczesnego zgonu. Wśród nich dużym wyzwaniem dla zdrowia w ujęciu społecznym i personalnym jest proces starzenia się oraz niepełnosprawność.

⁶²⁰ Zob. *Bezpieczeństwo pacjenta. Nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla wykładowców*, PTMU, Warszawa 2017, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-pol.pdf?sequence=35&isAllowed=y>, dostęp: 1.09.2022, s. 102-103.

⁶²¹ Zob. M. Romanowska, *Ryzyko w zarządzaniu instytucją...*, dz. cyt., s. 97; *Bezpieczeństwo pacjenta. Nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla wykładowców...*, dz. cyt., s. 101;

⁶²² Zob. K. Sołtys-Bolibrzuch, *Profilaktyka zakażeń szpitalnych. Syzyfowa praca pielęgniarki epidemiologicznej*, „Zakażenia XXI wieku” 2019 nr 1; *Bezpieczeństwo pacjenta. Nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla wykładowców...*, dz. cyt., s.101;

⁶²³ M. Romanowska, *Ryzyko w zarządzaniu instytucją...*, dz. cyt., s. 97.

⁶²⁴ Zob. Ż. Skretny, *Organizacyjny błąd medyczny*, „Studia Lubelskie PWSZ IPiA” 2014 t. 10, s. 132-133; J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia niepożądane i bezpieczeństwo pacjenta – próba ujęcia holistycznego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015 nr 3.

⁶²⁵ Zob. M. Dobrowolska-Bąk, A. Dubis, Ł. Brandt, K. Rożnawska, I. Herman-Sucharska, *Bezpieczeństwo pacjenta i personelu medycznego w pracowni rezonansu magnetycznego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2018 nr 3; A. Muczyn, A. Zielińska, *Właściwe środowisko mikrobiologiczne pracowni endoskopowej a bezpieczeństwo pacjenta*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007 t. 15 nr 1;

⁶²⁶ Zob. K. Orzeł, O. Żebrowska, K. Wołowicz, *Ocena bezpieczeństwa leku w kontekście oceny technologii medycznych*, AOTMiT, Warszawa 2019, <https://power.aotm.gov.pl/static/Materialy/7.Ocena-bezpieczenstwa-leku-w-kontekście-oceny-technologii-medycznych.pdf>, dostęp: 10.09.2022.

4.4. Programy profilaktyczne i problemy aktywności zdrowotno-ruchowej

Aby wyeliminować lub minimalizować ryzyko zdrowotne, państwo angażuje się w profilaktykę zdrowotną. Realizuje politykę zdrowotną, której instrumentem są programy profilaktyczne. Aby poprawić stan zdrowia Polaków także za sprawą aktywności ruchowej, prowadzone są takie programy. Bywają one powiązane z zapobieganiem nadwagi i otyłości oraz niezakaźnym chorobom przewlekłym⁶²⁷. Promowana jest aktywność fizyczna wśród różnych grup wiekowych, głównie dzieci i młodzieży, ale także seniorów⁶²⁸.

Dla zapewnienia zdrowia organy publiczne kreują i wdrażają programy zdrowotne. Taki program będący częścią polityki zdrowotnej stanowi *zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej*⁶²⁹. Taką aktywność uważa się za efektywną, bezpieczną i uzasadnioną, ponieważ pozwala terminowo osiągnąć założone cele związane z wykrywaniem i zaspokojeniem ustalonych potrzeb zdrowotnych, uzyskać poprawę stanu zdrowia określonej grupy beneficjentów (świadczeniobiorców). Wymaga to opracowania, wdrożenia i realizacji programu polityki zdrowotnej, a także zapewnienia mu finansowania przez właściwy organ państwowy (ministra lub samorząd terytorialny)⁶³⁰. Te programy cechują się zróżnicowanym zakresem i charakterem⁶³¹. Wśród nich są programy profilaktyczne.

Profilaktyczny program zdrowotny stanowi *zespół zaplanowanych i zamierzonych działań ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, których celem jest uprzedzenie choroby, wczesne wykrycie objawów choroby i wczesne rozpoczęcie leczenia*⁶³². Jego wdrożenie wiąże się z podjęciem złożonych działań prewencyjnych w środowisku medycznym i pacjenta. w pierwszym z nich dąży się do optymalnej organizacji i stworzenia niezbędnych zasobów systemu opieki zdrowotnej. Wspierana jest współpraca środowiska medycznego z otoczeniem i działania podnoszące jakość świadczonych usług medycznych. Kształtuje się umiejętności pracowników medycznych dotyczących identyfikacji i oceny czynników ryzyka zdrowotnego. Profilaktyczny program zdrowotny obejmuje również środowisko pacjenta. Wymaga to odpowiednich regulacji i polityki zdrowotnej na szczeblu

⁶²⁷ *Spoleczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, dz. cyt., s. 60.

⁶²⁸ Zob. R. Suszko, *Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starych*, „Studia BAS” 2012 nr 2.

⁶²⁹ *Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej*, AOTMiT, Warszawa 2016, https://www.aotm.gov.pl/media/2020/06/Instrukcja_PPZ.pdf, dostęp: 2.09.2022, s. 4.

⁶³⁰ Tamże, s. 4.

⁶³¹ D. Cianciara, M. Piotrowicz, E. Urban, M. Gajewska, K. Lewtak, L. Sugay, A. Rutyna, *Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorzady – spojrzenie z wewnątrz*, „Hygeia and Public Health” 2019 nr 2, s. 98.

⁶³² Cyt. za: A. Hnatyszyn-Dzikowska, A. Harat, *Planowanie i realizacja profilaktycznych...*, dz. cyt., s. 26.

państwowym i samorządowym, zaangażowania mediów, środowiska pracy, systemu edukacyjnego oraz rodziny. w rezultacie można liczyć na wzrost świadomości zdrowotnej i dostatecznie wysokiej kultury zdrowotnej⁶³³.

Polskie społeczeństwo zyskuje dostęp do licznych programów profilaktycznych, np.: Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Program Profilaktyki Gruźlicy, Program Badań Prenatalnych, Program Chorób Układu Krążenia, Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych, Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. Uczestnictwo w nich zapewnia dostęp do bezpłatnych badań diagnostycznych, np. mammografii, cytologii. w 2020 roku skorzystało z nich zaledwie 6,3% respondentów⁶³⁴.

W ramach programów profilaktycznych wiele uwagi poświęca się aktywności fizycznej, ponieważ jej optymalna intensywność i częstotliwość stanowi czynnik obniżający ryzyko wystąpienia wielu chorób, w tym cywilizacyjnych. Polski ustawodawca wprowadził zapisy dotyczące aktywności fizycznej w wielu aktach prawnych. Wśród nich znajduje się: ustawa o sporcie, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa – Prawo oświatowe, ustawa o samorządzie województwa, ustawa o samorządzie gminnym, ustawa o zdrowiu publicznym⁶³⁵.

W Polsce dążenie do zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństwa zostało wyrażone w dokumentach strategicznych dla rozwoju Polski. Wśród nich znalazła się *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności*, *Program Rozwoju Sportu do roku 2020*, *Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020*, *Krajowy Program Reform na rzecz realizacji strategii Europa 2020*, *Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie*⁶³⁶.

Wśród zachowań prozdrowotnych jest aktywność fizyczna (ruchowa, sportowa). To ludzka, umotywowana aktywność podejmowana dla zrealizowania danego zadania⁶³⁷. W związku z wysiłkiem (fizycznym, energetycznym) wywołuje ona procesy fizjologiczne w organizmie⁶³⁸. Oddziałuje na jego kondycję, sprawność, wydolność i na zdrowie człowieka,

⁶³³ Tamże, s. 26.

⁶³⁴ *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2022, s. 56-57.

⁶³⁵ Zob. M. Gajewska, K. Lewtak, E. Urban, *Działania na rzecz upowszechniania...*, dz. cyt., s. 147- 151.

⁶³⁶ Zob. M. Gajewska, K. Lewtak, E. Urban, *Działania na rzecz upowszechniania aktywności fizycznej – skala ogólnopolska*, w: W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, s. 145- 147.

⁶³⁷ R. Bartoszewicz, *Aktywność ruchowa młodzieży gimnazjalnej w Polsce na tle wybranych krajów europejskich*, AWF, Wrocław 2010, s. 14.

⁶³⁸ Z. Żukowska, *Aktywność fizyczna niepełnosprawnej młodzieży. Potrzeby. Wartości. Szanse edukacyjne*, w: A. Blińska, R. Golanko, A. Kędra (red.), *Aktywność ruchowa dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*, AWF Warszawa Wydział WFiS, Biała Podlaska 2012, s. 32.

poprawiając jego samopoczucie i zwiększając jego szanse na samorealizację⁶³⁹. Regularna aktywność fizyczna zapobiega rozwojowi chorób cywilizacyjnych (np. otyłości⁶⁴⁰) i zapewnia wsparcie dla zdrowia psychicznego⁶⁴¹. Pełni istotną rolę w procesie rozwoju i kształtowania ludzkiej motoryki, osobowości, potencjału intelektualnego i moralnego, poczucia własnej wartości, a także nabywania umiejętności radzenia sobie ze stresem⁶⁴². Poza tym jest ona ważnym składnikiem kultury i zdrowego stylu życia⁶⁴³. Aby je zachować, według rekomendacji WHO, dorośli i seniorzy muszą przeznaczyć codziennie 30 minut na wysiłek fizyczny. Powinny podejmować umiarkowaną aktywność fizyczną przez co najmniej 30 minut przez 5 dni w tygodniu lub bardzo intensywną aktywność fizyczną przez przynajmniej 30 minut przez 3 dni w tygodniu. Niezbędną dawkę aktywności fizycznej mogą kumulować w 10-minutowych rundach czy dokonać połączenia okresów umiarkowanych oraz intensywnych⁶⁴⁴.

Aby zwiększyć aktywność fizyczną społeczeństwa, prowadzone są programy edukacyjne. Dzięki wykorzystaniu mediów zyskuje ono dostęp do nowych informacji, dochodzi do utrwalenia jego wcześniejszej wiedzy lub uprzednio zaakceptowanych zachowań. Poza tym społeczna uwaga zostaje skupiona na programach zdrowotnych. Medialna promocja zdrowia wspiera także interwencje, jakie są podejmowane w społecznościach lokalnych na rzecz zdrowia⁶⁴⁵. Wiele z realizowanych w Polsce programów profilaktycznych związanych z promocją aktywności fizycznej, jest adresowanych do dzieci i młodzieży. Za ich pomocą podejmowane są działania zwalczające nadwagę i otyłość wśród nich. w 2022 roku należał do nich Ogólnopolski Program Edukacyjny *Trzymaj Formę!* realizowany przez Państwową Inspekcję Sanitarną i Polską Federację Producentów Żywności, który propagował wiedzę o zbilansowanej diecie

⁶³⁹ J. Supiński, U. Supińska, T. Hajndrych, *Aktywność fizyczna i jej miejsce w kulturze fizycznej*, w: M. Krawczyński (red.), *Psychologiczne konteksty aktywności fizycznej człowieka*, Ateneum, Gdańsk 2009, s. 25.

⁶⁴⁰ *Znaczenie regularnej aktywności ruchowej kobiet w kontekście zdrowego stylu życia*, w: D. Mucha, W. Makul'áková (red.), *Aktywność ruchowa w okresie starzenia się jako element profilaktyki zdrowotnej*, PWSZ, Nowy Targ 2014, s. 134 -135.

⁶⁴¹ D. Mucha, Q. Makul'áková, P. Gąsior, K. Węgrzyn, T. Mucha, *Styl życia i poziom sprawności studentów UTW z terenów pogranicza polsko-słowackiego*, w: D. Mucha, W. Makul'áková (red.), *Aktywność ruchowa w okresie starzenia się jako element profilaktyki zdrowotnej*, PWSZ, Nowy Targ 2014, s. 294.

⁶⁴² Grzegorzczak, Mazur, Domka, 2008, s. 227.

⁶⁴³ E. Gstöttner, Th. Zak, *Ruchem przez życia*, w: M. Sekulowicz, J. Kruk-Lasocka, L. Kulmatycki (red.), *Psychosomatyka-ruch pełen znaczeń*, WNDSW, Wrocław 2008, s. 21.

⁶⁴⁴ W. Siwiński, R. Rasińska, *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015 nr 2, s. 183.

⁶⁴⁵ J. Ruskowska, M. Kwaśniewska, *Interwencja 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 publicznego*, NIZP – PZH, Warszawa 2021, s. 136.

i roli aktywności fizycznej oraz właściwe zachowania prozdrowotne⁶⁴⁶. Podobne programy profilaktyczne promujące sport i aktywność ruchową wśród dzieci i młodzieży są realizowane przez samorządy terytorialne i placówki oświatowe, lokalne organizacje sportowe.

Dla promocji zdrowia, w tym aktywności fizycznej, są wykorzystywane programy interwencyjne, które są skierowane do określonych grup społecznych, np. uczniów, kobiet, seniorów, osób niepełnosprawnych. Takie programy mogą obejmować również działania środowiskowe jakie są prowadzone w miejscach nauki, pracy, na miejskich terenach zielonych⁶⁴⁷. w przypadku programów profilaktycznych skierowanych do osób dorosłych podejmowane są działania, aby zwiększyć ich dostęp do zajęć sportowych oraz ćwiczeń fizycznych. Najczęściej promocja aktywnego stylu życia zazwyczaj towarzyszy profilaktyce chorób, np. cukrzycy⁶⁴⁸. Dostrzeżono potrzeby seniorów i osób niepełnosprawnych, one także są adresatami programów uniwersalnych (skierowanych do ogółu populacji) oraz wyspecjalizowanych.

Aby zwiększyć aktywność fizyczną społeczeństwa prowadzone są również kampanie zdrowotne, które mają zasięg populacyjny. Umożliwiają one podejmowanie działań interwencyjnych, świadczenie doradztwa w zakresie zdrowego i aktywnego stylu życia, diagnozowania i monitorowania czynników ryzyka chorób niezakaźnych, prowadzenie edukacji zdrowotnej w placówkach oświatowych, miejscach pracy i placówkach opieki zdrowotnej. Kampanie zdrowotne łączą działania we wskazanych zakresach z licznymi masowymi imprezami plenerowymi, wspierającymi promocję aktywnego wypoczynku⁶⁴⁹.

W czasie wywiadu eksperckiego respondenci odpowiedzieli na pytanie 2 (zał. 3): *Czy w Pana/Pani ocenie, w istniejących programach profilaktycznych, dostatecznie mocno podkreśla się wagę aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstw wynikających z lekceważenia tego aspektu zachowania?*

Uczestnicy badania nie zajęli jednoznacznego stanowiska wobec dostatecznej wagi przypisywanej aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstwom wynikającym z lekceważenia tego aspektu zachowania w istniejących programach profilaktycznych. Uważano, że dostatecznie mocno eksponowano to zagadnienie (GK), dzięki czemu nastąpiła poprawa w tym w tym zakresie. Zawdzięczano to opracowaniu, wdrożeniu coraz liczniejszych programów i projektów, które skupiły się na aktywności zdrowotno-

⁶⁴⁶ „Trzymaj Formę!” – program edukacyjny o zbilansowanym odżywianiu i aktywności, za: <https://www.gov.pl/web/gis/trzymaj-forme--program-edukacyjny-o-zbilansowanym-odzywianiu-i-aktywnosci>, dostęp: 1.08.2022.

⁶⁴⁷ J. Ruszkowska, M. Kwaśniewska, *Interwencja z zakresu zdrowia...*, dz. cyt., s. 137.

⁶⁴⁸ Zob. Ogólnopolski Program Profilaktyki Cukrzycy i Chorób Cywilizacyjnych PoZdro!

⁶⁴⁹ J. Ruszkowska, M. Kwaśniewska, *Interwencja z zakresu zdrowia...*, dz. cyt., s. 140.

ruchowej indywidualnego człowieka i następstwach jej braku i promocji zdrowego stylu życia. Osiągnięcie tych celów stało się możliwe dzięki wykorzystaniu komunikacji masowej, promowaniu zachowań prozdrowotnych w telewizji i innych mediach (GK). Ogólnopolskie programy i projekty dają impuls do opracowania programów także na szczeblu lokalnym. Dzięki tym ostatnim także dąży się do utrzymania lub poprawy dobrej kondycji zdrowotnej populacji. Osobom z dysfunkcjami ruchu zapewnia się *dostęp do zajęć na basenie, bowlingu (kręgli), zajęć tanecznych, zajęć ruchowych z udziałem trenera*, zawodów i turniejów dla osób niepełnosprawnych i seniorów. Dzięki takiej aktywności ci beneficjenci zostają zmobilizowani do udziału w życiu społecznym i podejmowaniu aktywności ruchowej (GK). Istniejące programy profilaktyczne, uwzględniające rolę aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstwa jej braku, stworzyły korzystne warunki dla rozwoju szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych. w nich pomoc i wsparcie w odzyskaniu sprawności ruchowej zapewniono pacjentom po udarach, po urazach itd. Nastąpiła optymalizacja opinii ki nad nimi dzięki poszukiwaniu coraz lepszych strategii, metod, wyposażenia (PM).

Aby ograniczyć zagrożenia zdrowotne, których źródłem są niewłaściwe zachowania i postawy zdrowotne, realizowane są programy profilaktyczne. Ich celem jest promocja właściwych wzorów postępowania i zachęcenie ludzi do odpowiedzialności za swoją kondycję zdrowotną. Z tego powodu wiele uwagi poświęca się racjonalnej diecie i aktywności fizycznej. Ten ostatni element zdrowego stylu życia jest częsty elementem programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży oraz osób, u których mogą wystąpić choroby cywilizacyjne. Obejmują one także seniorów i osoby niepełnosprawne, dla których zwiększenie aktywności fizycznej ma istotne znaczenie w ograniczeniu rozwoju dysfunkcji ruchu i jego licznych skutków zdrowotnych i społecznych.

4.5. Ograniczenia aktywności ruchowej i zdrowotne następstwa

Aktywność ruchowa ma dobroczynny wpływ na kondycję zdrowotną człowieka. Tymczasem brak lub niedostatek ruchu (hipokinezja) bywa postrzegany jako przyczyna zaburzeń metabolicznych, głównie otyłości. w rezultacie wzrasta ryzyko wystąpienia chorób niedokrwienych serca oraz chorób nowotworowych⁶⁵⁰.

Bezczynność ruchowa (hipokinezja) jest dysproporcją między zwiększającym się obciążeniem układu nerwowego a zmniejszającym się obciążeniem układu ruchowego

⁶⁵⁰ P.W. Szymański, B. Okurowska-Zawada, E. Krajewska-Kulak, *Rodzaje zagrożeń wynikających...*, dz. cyt., s. 374.

człowieka. w jej wyniku dochodzi do zaburzeń w układzie sercowo-naczyniowym, trawiennym, autonomicznym i psychoneurwicznym. Zdaniem WHO hipokinezja stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie – głównie w krajach rozwiniętych. Stanowi jeden z czynników rozwoju chorób takich jak otyłość⁶⁵¹, zespół metaboliczny, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, nowotwory złośliwe, osteoporoza, pogorszenie samopoczucia psychicznego⁶⁵².

Bezczynność ruchowa zaburza fizjologiczne funkcjonowanie ludzkiego organizmu. Niedostateczna aktywność układu ruchu powoduje, że zachodzi w nim proces zaniku (np. mięśni), zaburzeń funkcjonowania (np. przykurcze mięśni, torebek stawowych i więzadeł, tkanek okołostawowych) i realizowanych funkcji⁶⁵³. Dochodzi do deformacji kręgosłupa i spłaszczenia stóp⁶⁵⁴. Z czasem unieruchomienia wzrasta ryzyko wystąpienia urazu czy kontuzji w obrębie układu ruchu, np. stawów, kości. Poza tym można rozwinąć się osteoporoza czy bóle dolnego odcinka kręgosłupa⁶⁵⁵ jak również choroby zwyrodnieniowe stawów czy wady postawy. Bezczynność ruchowa zaburza funkcjonowanie układu oddechowego. w związku z tym obserwuje się także spadek maksymalnego pobierania tlenu i wydychanego powietrza, co zaburza właściwą wentylację płuc i wymianę gazową. Ponadto dochodzi do zredukowania liczby enzymów, które są konieczne dla realizacji procesów tlenowych. Powstają warunki do wystąpienia ataków duszności, rozwoju chorób płuc, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc⁶⁵⁶. Bezczynność ruchowa negatywnie oddziałuje również na układ nerwowy, ponieważ postępuje zaburzenie odbierania bodźców z receptorów znajdujących się w mięśniach i stawach. Dochodzi do zaburzenia równowagi, prawidłowego chodu, pogorszenia ostrości wzroku, spadku nastroju, braku skutecznego radzenia sobie ze stresem. Zwiększa się ryzyko wystąpienia zaniżonej samooceny, bólów głowy, depresji i nerwic. Może wystąpić apatia, drażliwość, skłonność do izolowania się od środowiska⁶⁵⁷. W wyniku beczynności ruchowej dochodzi do zaburzeń w układzie krwionośnym, ponieważ postępuje spadek objętości wyrzutowej serca i jego pojemności minutowej, a także – unerwienia współczulnego serca. w rezultacie zwiększa się ryzyko

⁶⁵¹ Zob. M. Wiciński, P. Niedźwiecki, A. Soroko, K. Ciemna, B. Malinowski i in., *Rola aktywności ruchowej oraz utraty masy ciała na przykładzie wybranych jednostek*, w: A. Wolska-Adamczyk (red.), *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*, WSiZ, Warszawa 2015.

⁶⁵² Zob. E. Kucharska, *Poprawa zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*, w: M. Podgórska (red.), *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, WWSZ, Gdańsk 2017.

⁶⁵³ M. Świdarska, *Aktywność człowieka w wieku podeszłym*, „Pedagogiki Rodziny” 2014 nr 3, s. 77.

⁶⁵⁴ I. Urych, *Nowe wyzwania edukacji...*, dz. cyt., s. 386.

⁶⁵⁵ M. Kotlarek, M. Szark-Ecjardt, P. Bartik, W. Żukow, *Aktywność fizyczna a choroby cywilizacyjne osób starszych*, „Journal of Education, Health and Sport” 2015 nr 9, s. 399.

⁶⁵⁶ M. Kotlarek, M. Szark-Ecjardt, P. Bartik, W. Żukow, *Aktywność fizyczna a choroby...*, dz. cyt., s. 399.

⁶⁵⁷ M. Świdarska, *Aktywność człowieka w wieku podeszłym*, dz. cyt., s. 78.

wystąpienia żylaków w kończynach dolnych, nadciśnienia tętniczego krwi. Poza tym problemem zdrowotnym może być zwiększona krzepliwość krwi, która może prowadzić do zatorów w naczyniach krwionośnych. Bezczynność ruchowa zaburza także funkcjonowanie układu pokarmowego. Dochodzi do zmniejszenia metabolizmu. Spada poziom przyswajania glukozy przez tkanki, a równocześnie wzrasta ich wrażliwość na insulinę, co skutkuje podwyższoną zawartością cukru we krwi. Zatem zwiększa się ryzyko rozwoju cukrzycy i nadciśnienia tętniczego krwi. Poza tym problemem staje się podwyższony poziom cholesterolu, który może skutkować rozwojem stanów miażdżycowych⁶⁵⁸. Bezczynność ruchowa upośledza także funkcjonowanie układu immunologicznego, co prowadzi do zwiększonej podatności na infekcje⁶⁵⁹.

Bezczynność ruchowa w powiązaniu z niestosowaniem racjonalnej diety zwiększa ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości. Prowadzi do preferowania biernych form rekreacji, rozładowywania stresu za pomocą zachowań ryzykownych (np. stosowaniem używek). W rezultacie beczynność ruchowa stanowi czynnik zwiększający ryzyko wystąpienia wielu chorób, ponieważ dochodzi do zaburzenia funkcjonowania serca, nerek, płuc itd.⁶⁶⁰

Prowadzenie siedzącego stylu życia negatywnie oddziałuje na zdrowotną kondycję człowieka. Może być czynnikiem, który prowadzi do zgonu. Ponadto niedostatek ruchu negatywnie oddziałuje także na sferę psychiczną człowieka. Może prowadzić do pogorszenia się nastroju człowieka i odczuwanie przez niego lęku⁶⁶¹.

Ograniczenie aktywności ruchowej przyczynia się do upośledzenia funkcjonowania układu oddychania i krążenia, spadku masy mięśniowej, ograniczenia siły i stabilności stawów oraz ich ruchomości. Dochodzi także do ograniczonej mineralizacji kości. Brak aktywności ruchowej negatywnie oddziałuje na układ nerwowy, hormonalny i immunologiczny, jak również na potencjał poznawczy człowieka. Nie ma on możliwości rozładowania stresu za pomocą ruchu. Brak wspomnianej aktywności powoduje, że nie zostaje wsparta regulacja czynności przysadki mózgowej. Wzrasta także ryzyko wystąpienia infekcji wirusowych i bakteryjnych u takiej osoby⁶⁶².

Dysfunkcja ruchu, obniżona ruchliwość powodująca, że pacjent musi leżeć przez długi okres zwiększa ryzyko wystąpienia odleżyn. Stanowią one *obszar lokalnego uszkodzenia*

⁶⁵⁸ I. Urych, *Nowe wyzwania edukacji...*, dz. cyt., s. 389-390.

⁶⁵⁹ M. Świdorska, *Aktywność człowieka w wieku podeszłym*, dz. cyt., s. 78.

⁶⁶⁰ I. Urych, *Nowe wyzwania edukacji...*, dz. cyt., s. 386-387.

⁶⁶¹ M. Gruszczyńska, M. Bąk-Sosnowska, R. Plinta, *Zachowania zdrowotne jako element...*, dz. cyt., s. 561.

⁶⁶² P.W. Szymański, B. Okurowska-Zawada, E. Krajewska-Kulak, *Rodzaje zagrożeń wynikających...*, dz. cyt., s. 374-375.

skóry i tkanki podskórnej⁶⁶³. W wyniku długotrwałego unieruchomienia dochodzi do niedokrwienia, które w powiązaniu z obecnością szkodliwych czynników oddziałujących na skórę, prowadzi do odleżyn. Stanowią one skutek ucisku, tarcia i sił ściągających oraz w rezultacie ich kombinacji. Odleżyny stanowią źródło bólu, komplikacji klinicznych, mogą prowadzić do śmierci⁶⁶⁴.

Podsumowując, ograniczenie aktywności ruchowej to ryzyko dla zdrowia, które może prowadzić do rozwoju wielu chorób i dolegliwości. Bezczynność ruchowa stanowi duże obciążenie dla ludzkiego organizmu, zaburzając jego funkcjonowanie. Problemy zdrowotne mogą wystąpić w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej. Bezczynność ruchowa jest szczególnie dużym zagrożeniem dla osób zmuszonych do długotrwałego leżenia.

4.6. Wnioski

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakie są współczesne wyzwania zdrowotne i profile bezczynności ruchowej człowieka?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.3. zakłada się, że bezpieczeństwo zdrowotne osób niepełnosprawnych z dysfunkcją ruchu jest w dużej mierze determinowane przez czynniki, kształtujące stan zdrowia danej populacji. Jednak w ich przypadku ze szczególną siłą ich kondycję zdrowotną obniża ograniczenie aktywności ruchowej, będącej skutkiem unieruchomienia. Dostrzeżono potrzebę zapewniania im wsparcia w formie programów profilaktycznych adresowanych do ogółu populacji lub wybranych jej grup, np. osób w wieku senioralnym i osób niepełnosprawnych ruchowo.*

W konsekwencji powyższego sformułowano następujące wnioski:

- bezpieczeństwu zdrowotnemu osób z dysfunkcją ruchu zagraża ryzyko, które w analogiczny, negatywny sposób oddziałuje na kondycję zdrowotną społeczeństwa i jego członków;
- w przypadku osób z dysfunkcją ruchu z większą mocą oddziałuje ryzyko zdrowotne wynikające z ich uzależnienia od pomocy członków środowiska rodzinnego

⁶⁶³ M. Graczyk, E. Broszkiewicz, B. Zgorzałek, *Profilaktyka i leczenie odleżyn – ocena pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy w latach 2012-2013*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2014 nr 3, s. 95.

⁶⁶⁴ Tamże, s. 95.

i pracowników instytucji pomocowych, opieki zdrowotnej. w przypadku ograniczenia takiego wsparcia może dojść do pogorszenia się ich kondycji zdrowotnej;

- bezpieczeństwu zdrowotnemu osób z dysfunkcją ruchu zagrażają ponadto niewłaściwe postawy i zachowania zdrowotne. w ich przypadku należy spodziewać się większych szkód zdrowotnych niż w przypadku osób zdrowych;
- w przypadku osób z dysfunkcją ruchu istotnym ryzykiem zdrowotnym, poza unieruchomieniem, niepełnosprawnością czy występowaniem chorób współistniejących jest brak dostatecznej aktywności fizycznej;
- Instytucje państwowe, samorządowe, placówki opieki zdrowotnej dostrzegają potrzeby osób z dysfunkcją ruchu dotyczące zwiększania ich aktywności ruchowej. Ta grupa beneficjentów została uwzględniona w normach prawnych, polityce zdrowotnej. Są oni adresatami promocji zdrowotnej, edukacji zdrowia i działań profilaktycznych – także w ramach programów profilaktycznych.

5. DOMENY I SPOSOBY ORGANIZACJI BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA

Uznanie pacjenta za podmiot bezpieczeństwa personalnego i społecznego spowodowało, że dostrzeżono specyficzną problematykę bezpieczeństwa pacjenta. Ten aspekt stał się przedmiotem rozważań prawnych, medycznych i zarządczych.

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakie są domeny i sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta z ograniczeniami ruchowymi?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.4. przypuszcza się, że bezpieczeństwo pacjenta jest tożsame z wyeliminowaniem lub znaczącym ograniczeniem występowania zdarzeń niepożądanych, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. Ten stan ochrony zależy od systemu prawno-organizacyjnego, pacjenta, opieki medycznej, jakiej został on poddany, oraz sposobów zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Bezpieczeństwo pacjenta stanowi dobro społeczne, w którego ochronę muszą być zaangażowane wskazane podmioty, a także - inne organizacje - w tym te zraszające pacjentów.*

Dla uzyskania odpowiedzi na przedstawiony powyżej problem badaczy i możliwości weryfikacji przywołanej hipotezy posłużono się następującymi, teoretycznymi, metodami badawczymi:

- analiza – zastosowana głównie w badaniu literatury przedmiotu;
- synteza – użyta dla scalania wyników analizy w syntetyczną całość;
- analogia – zastosowana dla logicznego sformułowania wniosków;
- uogólnienie – użyte dla połączenia faktów dzięki podobieństwu przy wskazaniu tendencji lub dominujących cech bezpieczeństwa i jego przejawów;
- abstrahowanie – zastosowane do wyróżniania lub pominięcia określonych elementów, które stanowiły rezultat analizy literatury przedmiotu;
- dedukcja – wykorzystana dla uogólnienia opracowanych wniosków.

Ponadto posłużono się metodą empiryczną – sondażu diagnostycznego z techniką wywiadu.

5.1. Polityka zdrowotna i formalno-prawna organizacja zabezpieczenia zdrowotnego

Państwo prowadzi różne polityki, których celem jest bezpieczeństwo osobiste jednostki. Należy do nich polityka zdrowotna, która chroni dobrostan zdrowotny człowieka⁶⁶⁵. Stanowi ona celową działalność, która zostaje ukierunkowana na problemy zdrowia społeczeństwa. w związku tym tworzy zespół nieprzerwanych i cyklicznych programów zdrowotnych⁶⁶⁶. W ten sposób organy władzy publicznej dbają o ludzkie zdrowie.

Polityka zdrowotna jest działalnością służącą poprawie stanu zdrowia, zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych lub udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Stanowi strategię, jaką przyjmuje kraj lub społeczność, aby za jej pomocą kontrolować i uzyskać optymalizację dostępnej wiedzy medycznej, zasobów wykorzystywanych w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych⁶⁶⁷. Ta polityka stanowi rezultat procesu decyzyjnego jaką jest decyzja i działania podmiotów publicznych. Ich skutki są powiązane ze zdrowiem publicznym⁶⁶⁸. Polityka zdrowotna może być uznana za *deklaracyjny zestaw zasad, zgodnych z zakładanymi celami*. Dotyczą one rozdziału środków, za pomocą których można zrealizować cele zdrowotne lub wydatków na wdrożenie zadań mających związek z ochroną zdrowia. Polityka zdrowotna bywa analizowana ze względu na grupy, do których kierowane są główne działania systemu zdrowotnego oraz sposób i zakres korzystania przez poszczególne grupy z działań na rzecz zdrowia populacji⁶⁶⁹. Według koncepcji polityki zdrowotnej, tzw. trójkąta polityki zdrowotnej, na kształt tej polityki oddziałują jej zawartość, aktualne okoliczności (kontekst), procesy i strategie oraz interesariusze⁶⁷⁰. Według doktryny, na system ochrony zdrowia, obejmujący sfery działania, czyli opiekę zdrowotną (medycynę leczniczą i naprawczą) i ochronę zdrowia. Ta ostatnia obejmuje zespół działań, które są podejmowane na rzecz zdrowia publicznego⁶⁷¹.

Polityka zdrowotna jest kształtowana przez normy prawne ustawowe i pozaustawowe. Polska polityka zdrowotna opiera się na normie zawartej w art. 68 Konstytucji RP z 1997

⁶⁶⁵ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2016, s. 173.

⁶⁶⁶ J. Grudziąż-Sękowska, K. Sękowski, *Wewnętrzne i zewnętrzne czynniki skutecznej realizacji „Nowego programu zdrowia”*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4, s. 123.

⁶⁶⁷ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2013 nr 2, s. 89.

⁶⁶⁸ P. Grzywna, *Polska polityka zdrowotna – stan i kierunki zmian*, „Studia Humanistyczno-Społeczne” 2017 t. 18, s. 189.

⁶⁶⁹ G. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki...*, dz. cyt., s. 89.

⁶⁷⁰ J. Grudziąż-Sękowska, K. Sękowski, *Wewnętrzne i zewnętrzne czynniki...*, dz. cyt., s. 125.

⁶⁷¹ L. Sobieski, *E-zdrowie. Wykorzystanie technologii informatycznych i komunikacyjnych w celu poprawy jakości usług publicznych w ochronie zdrowia. Rozprawa doktorska*, WPiA UAM, Poznań 2020, s. 28-29.

roku. Zgodnie z nią, *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia*. Polski ustrojodawca zaliczył prawo do ochrony zdrowia do praw socjalnych. Uznał je za podstawowe prawo człowieka, ponieważ należy ono do jego przyrodzonej oraz niezbywalnej godności ludzkiej, przynależy mu od momentu poczęcia do naturalnej śmierci. Nie wskazał żadnego przypadku wyłączenia podmiotowego tej normy. Obejmuje ona polskich obywateli oraz cudzoziemców, którzy znajdują się na terytorium państwa polskiego. Zgodnie ze wspomnianym art. 68 Konstytucji RP, ochrona prawna obejmuje ludzkie życie i zdrowie. w związku z tym ustrojodawca w art. 68 ust. 3 ustawy zasadniczej nałóżł na władzę publiczną obowiązek zagwarantowania ludności takiej ochrony. Ponadto wskazał, że szczególną opiekę zdrowotną należy zapewnić dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym i seniorom. System ochrony zdrowia powinien zapewnić ludności dostęp do opieki medycznej, stanowi integralny element zabezpieczenia społecznego⁶⁷². w państwie demokratycznym władze publiczne muszą zagwarantować każdej osobie równy dostęp do świadczeń medycznych. W art. 68 ust. 2 Konstytucji prawo zostało uzależnione od wysokości odprowadzonych składek. Nie ma znaczenia stopień zamożności obywateli⁶⁷³.

Normy ustawy zasadniczej ukształtowały zapisy dotyczące polityki zdrowotnej i zabezpieczenia zdrowotnego w innych aktach prawnych. Należy do nich zaliczyć: ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁶⁷⁴, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶⁷⁵, ustawę z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁶⁷⁶, ustawę z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁶⁷⁷, Ustawę z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw⁶⁷⁸, ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia⁶⁷⁹,

⁶⁷² T. Szumlicz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009 nr 3, s. 166.

⁶⁷³ Zob. I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne ...*, dz. cyt., s. 49; T. Holecki, A. Bocionek, *Weryfikacja prawa pacjenta do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych*. „Studia Ekonomiczne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach. Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym” 2014 nr 199, s. 66; P. Ilnicka, *Ochrona...*, dz. cyt., s. 77.

⁶⁷⁴ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych* (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135).

⁶⁷⁵ *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.).

⁶⁷⁶ *Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych* (Dz. U. 2017 poz. 844).

⁶⁷⁷ *Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych* (Dz. U. 2022 poz. 974),

⁶⁷⁸ *Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. 2022 poz. 64).

⁶⁷⁹ *Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia* (Dz. U. 2019 poz. 1590).

wiele innych ustaw regulujących zawody medyczne, inne aktyw prawa medycznego⁶⁸⁰ oraz liczne akty wykonawcze.

Normy prawne określają organizację zabezpieczenia zdrowotnego. w politykę zdrowotną są zaangażowani przedstawiciele organów władzy publicznej, składającej się na system ochrony zdrowia. w Polsce są to organy władzy ustawodawczej (Sejm i Senat), wykonawczej (Prezydent i Rada Ministrów) i samorządu terytorialnego (administracja rządowa i jednostek samorządu realizujące uprawnienia jednostki w sferze ochrony zdrowia)⁶⁸¹. Kluczową rolę pełni Minister Zdrowia, który odpowiada za opracowanie, realizację, nadzór, ocenę i finansowanie programów polityki zdrowotnej. Podejmuje współpracę z organizacjami pozarządowymi i ogólnokrajowymi, które są zaangażowane w działania na rzecz ochrony zdrowia. Minister Zdrowia sprawuje nadzór nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych i funkcjonowaniem NFZ⁶⁸². Ten ostatni podmiot odpowiada za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych uprawnionym świadczeniobiorcom, określanie jakości, dostępności i analizę kosztów takich świadczeń zakresie niezbędnym dla właściwego zawierania umów, finansowanie medycznych działań ratunkowych, promocję zdrowia⁶⁸³ itd. System ochrony zdrowia tworzą także takie podmioty, jak: Państwowa Inspekcja Pracy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz jednostki samorządu terytorialnego.

Na politykę zdrowotną mogą oddziaływać pacjenci oraz ich organizacje. Ich zaangażowanie pozytywnie wpływa na podejmowane decyzje, procesy mające związek z opieką medyczną na poziomie systemowym oraz indywidualnym⁶⁸⁴.

Polityka zdrowotna kształtuje organizację i sposób funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz programy jakie ten realizuje. Ma on zaspokajać indywidualne i zbiorowe potrzeby zdrowotne. Te pierwsze obejmują przede wszystkim te potrzeby, które mają związek z chorobami, nieomaganiem, wypadkami. Są to tzw. wyrażone potrzeby zdrowotne. System ochrony zdrowia uwzględnia także występowanie tzw. rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Te nie zawsze dostatecznie wcześniej ujawniają się. Należy je zaspokajać z własnej

⁶⁸⁰ Zob. G. Opolski, T. Zdrojewski, *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia*, w: J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, SZP CMKP, Warszawa 2011, s. 98.

⁶⁸¹ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach...*, dz. cyt., s. 174.

⁶⁸² E. Prusak, *Profilaktyka w ujęciu zdrowia...*, dz. cyt., s. 51.

⁶⁸³ Zob. P. Bomber, *Rola i funkcjonowania NFZ w systemie ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015 nr 802/65.

⁶⁸⁴ *Rola organizacji pacjentów w systemach opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie*. Pacjenci.pro, Warszawa 2021, https://www.pacjenci.pro/wp-content/uploads/2021/02/PACJENCI.PRO_Rola-organizacji-pacjent-w-w-systemie-ochrony-zdrowia-w-Polsce-i-na-swiecie..pdf, dostęp: 1.09.2022, s. 18.

inicjatywy. Natomiast zapewnienie zbiorowych potrzeb zdrowotnych dotyczy zagwarantowania właściwych warunków życia, pracy, mieszkania, odżywiania, wypoczynku, a nawet chorowania oraz innych aspektów życia zbiorowego, ponieważ przyczyniają się one do ograniczenia lub wyeliminowania jakiegokolwiek ryzyka utraty zdrowia⁶⁸⁵. System zdrowia, według WHO, swoim zakresem obejmuje ogół organizacji, nakłady i instytucje, zaangażowanych w generowanie działań służących poprawie stanu zdrowia⁶⁸⁶.

System opieki zdrowotnej obejmuje instytucje publiczne i prywatne, ludzi oraz zasoby materialne i pozamaterialne. Dzięki nim system może przyczynić się do poprawy, zachowania lub przywrócenia stanu zdrowia⁶⁸⁷, do czego dochodzi niezależnie od występującego otoczenia politycznego oraz instytucjonalnego. Do jego zadań należy zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. Realizuje również cele typu: reagowanie na oczekiwania obywateli, niwelowanie nierówności w zdrowiu, zapewnienie finansowej ochrony przed ponoszeniem wysokich kosztów mających związek ze złym stanem zdrowia, optymalizacją skuteczności systemu⁶⁸⁸.

System zdrowia tworzą organy publiczne czyli administracja rządowa i samorządowa odpowiedzialna za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Poza nimi funkcjonują pozarządowe organizacje⁶⁸⁹. System opieki zdrowotnej zapewnia indywidualną opiekę medyczną, wymagającą udziału służb medycznych oraz zbiorową ochronę zdrowia. Ta ostatnia wiąże się z udziałem służb zdrowia publicznego⁶⁹⁰. System zdrowia dokonuje połączenia wszelkich aktywności, których głównym celem staje się promocja, odtwarzanie i utrzymanie zdrowia. Zapewnia on ochronę i poprawę stanu zdrowia obywateli. Opiera się na określonych wartościach, do których należą równość w dostępie do ochrony zdrowia, solidaryzm, godność ludzka, prawa pacjenta, wysoka etyka zawodowa⁶⁹¹. Dzięki temu możliwe staje się zaspokojenie indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowotnych. Do tych

⁶⁸⁵ M. Miller, J. Opolski, *Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009 nr 4, s. 282.

⁶⁸⁶ I. Borkowska, *Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2018 z. 165, s. 28.

⁶⁸⁷ I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4, s. 48.

⁶⁸⁸ Zob. W.S. Zgliczyński, *System ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4, s. 9-11; M. Sanecki, *Systemy zdrowia – procesy transformacji – przyczyny i cele*, w: J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, SZP CMKP, Warszawa 2011, s. 31.

⁶⁸⁹ P. Ilnicka, *Ochrona zdrowia ludzkiego w działaniach organizacji pozarządowych*, w: J. Blicharz, L. Zacharko, S. Nitecki (red.), *Trzeci sektor i ekonomia społeczna. Uwarunkowania prawne. Kierunki działań*, E-Wydawnictwo. PiEBC. WPAiEUW, Wrocław 2017, s. 77, 80.

⁶⁹⁰ M. Miller, J. Opolski, *Zdrowie Publiczne w Polsce...*, dz. cyt., s. 282.

⁶⁹¹ I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne...*, dz. cyt., s. 48.

pierwszych zalicza się te potrzeby, które mają związek z występowaniem chorób, niedomagania czy wypadków. Natomiast na zbiorowe potrzeby zdrowotne składają się warunki życia, odżywiania, mieszkania, pracy, wypoczynku i chorowania. Obejmują one także inne aspekty egzystencji zbiorowości, które przyczyniają się do minimalizacji ryzyka utraty zdrowia⁶⁹². Obecnie system ochrony zdrowia jest widoczny dla jego użytkowników, pojedynczych osób, grup społecznych i społeczeństwa jako system opieki zdrowotnej. Obejmują one działania z zakresu promocji zdrowia oraz liczne procedury: prewencyjne (zapobiegawcze, profilaktyczne), diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i opiekuńcze jak również organizowanie opieki terminalnej⁶⁹³.

Polityka zdrowotna określa schemat organizacji ochrony zdrowia. Stanowi odpowiedź na obiektywne, prognozowane i wyrażane potrzeby zdrowotne. Na tej podstawie formułowane są imponderabilia zabezpieczenia zdrowotnego, do których należą zasady zabezpieczenia zdrowotnego. Obejmują one zaspokajanie potrzeb ludności zgodne z uznawanymi i akceptowanymi wartościami typu: sprawiedliwość społeczna, równość, wolność, solidaryzm, obyczajowość i narodowa tradycja⁶⁹⁴. Wskazane podstawy zabezpieczenia zdrowotnego wywierają wpływ na wizję organizacji ochrony zdrowia oraz formalno-prawne wyrażenie zasad bezpieczeństwa zdrowotnego. W tym ostatnim przypadku ustawodawca tworzy adekwatne normy ustawowe wśród których główną rolę pełni na ogół ustawa zasadnicza. Formalno-prawne wyartykułowanie zasad bezpieczeństwa zdrowotnego oddziałuje na paradygmaty zdrowotne (o charakterze zapobiegawczym, naprawczym, zachowawczym i paliatywnym) oraz na przyjęty model ochrony zdrowia, który może być elastyczny, rynkowy, obywatelski lub hybrydowy. Przyjęte paradygmaty zdrowotne umożliwiają opracowanie strategii ochrony zdrowia. Jest ona determinowana przez model ochrony zdrowia i uwarunkowania realizacji celów zabezpieczenia zdrowotnego. Te ostatnie oddziałują także na model ochrony zdrowia oraz wizję organizacji ochrony zdrowia. Wspomniane uwarunkowania obejmują czynniki społeczno-kulturowe, ideologiczno-polityczne, religijne, epidemiologiczne, formalno-prawne, infrastrukturalne, demograficzne, kadrowo-kompetencyjne, organizacyjno-zarządcze. Wywierają one wpływ także na strategię ochrony zdrowia, która zawiera przyjętą doktrynę zdrowotną oraz wskazuje instrumenty zarządzania tą strategią. Te ostatnie uwzględniają mechanizmy rynku, ubezpieczenie, finansowanie, regulacje formalno-prawne, koszyk świadczeń gwarantowanych

⁶⁹² J. Leonowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 71-72.

⁶⁹³ M. Sanecki, *Systemy zdrowia – procesy...*, dz. cyt., s. 31.

⁶⁹⁴ Zob. I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne...*, dz. cyt., s. 48-60.

oraz priorytety. Uwarunkowania realizacji celów zabezpieczenia społecznego w powiązaniu z instrumentami zarządzania strategią ochrony zdrowia i przyjętą doktryną zdrowotną tworzą warunki do ukształtowania się systemu ochrony zdrowia. Stanowi on sferę polityki zdrowotnej, w której dochodzi do wdrożenia jej strategicznych celów i realizacji zadań. Na ten system składają się instytucje, które podejmują takie cele i zadania jak również organizacje interesariuszy systemu i przedsiębiorstwa. Wspomniane podmioty gospodarcze wytwarzają dobra, które są wykorzystywane w ochronie zdrowia⁶⁹⁵.

Polityka zdrowotna może w różnym zakresie dostrzegać i reagować na wyzwania dla bezpieczeństwa zdrowotnego. Musi uwzględnić społeczny i jednostkowy wymiar tego bezpieczeństwa.

Uczestnicy wywiadu eksperckiego udzieli odpowiedzi na pytanie 1 (zał. 3): *Czy w Pana/Pani przekonaniu, w krajowej polityce zdrowotnej, odpowiednio do potrzeb dostrzega się wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego obywatela?*

Respondenci zajęli jednoznaczne stanowiska. Uważali, że krajowa polityka dostrzega odpowiednio do potrzeb wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego obywatela. Świadczyć o tym miały funkcjonujące, przeznaczone do tego i odpowiednio wyposażone instytucje publiczne (AZ). Dzięki temu osoby niepełnosprawne mogą liczyć na pomoc instytucji państwowych. Jednak zwrócono uwagę, że *Ich potrzeby są zaspokajane w mniejszym lub większym stopniu, co ma związek z ich różnymi oczekiwaniami. Jednak państwo zabezpiecza ich potrzeby* (GK). Ponadto przyznano, że *indywidualne potrzeby zdrowotne pacjenta i jego rodziny są zaspokajane przez prywatne usługi* (AZ). w rezultacie politykę tę można udoskonalić, aby zaspokajała potrzeby beneficjentów (PM).

5.2. Opieka medyczna i korzystanie ze świadczeń zdrowotnych

Na system ochrony zdrowia składają się ochrona zdrowia i opieka zdrowotna. Wspomniana ochrona to działania podejmowane na rzecz zdrowia. Są one realizowane przez wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego i medyczne jak również przez inne sektory życia społecznego i gospodarczego. Te podmioty odpowiadają za kreowanie właściwych warunków zdrowotnych dla społeczeństwa. Natomiast opieka zdrowotna (medyczna) to medycyna lecznicza, obejmująca działania indywidualnej prewencji, leczenia, naprawy,

⁶⁹⁵ R. Holly, *Priorytetyzacja jako koncepcja zarządzania zmianą w ochronie zdrowia*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2016 nr 18, s. 11.

rehabilitacji i wzmacniania zdrowia po opiekę terminalną⁶⁹⁶. Obejmuje ona system zakładów opieki zdrowotnej oraz świadczenia i usługi medyczne jakie one zapewniają. Celem opieki medycznej jest zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrywanie, leczenie i rehabilitacja, aby w ramach możliwości ograniczyć do minimum skutki choroby i optymalnie łagodzić dolegliwości⁶⁹⁷.

Opieka medyczna zapewnia osobom (świadczeniobiorcom) dostęp do świadczeń zdrowotnych. Takie świadczenie zapewniane beneficjentom to działania, których celem staje się zachowanie, ratowanie, przywracanie lub poprawa stanu zdrowia. Obejmuje również inne działania medyczne, która są wynikiem procesu leczenia lub odrębnych przepisów prawnych, regulujących zasady ich wykonywania⁶⁹⁸.

Polski ustawodawca w ustawie z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz w aktach wykonawczych do tej normy ustawowej wskazał katalog świadczeń medycznych oraz warunków ich realizacji⁶⁹⁹. Zawarto w nich szczegółowe listy i warunki takich świadczeń. Mają do nich prawo głównie osoby ubezpieczone oraz osoby nieubezpieczone. Wspomniana ustawa dokonuje podziału beneficjentów powszechnego systemu opieki zdrowotnej na dwie grupy. W skład pierwszej z nich wchodzi osoby zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ tego systemu, ponieważ były objęte takim obowiązkiem w związku wykonywaniem pracy na podstawie umowy o pracę lub działalności gospodarczej. Do drugiej grupy wchodzi ci beneficjenci, którzy nie podlegają takiemu obowiązkowi, ale zawarły z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego⁷⁰⁰. Wśród osób uprawnionych są także członkowie rodziny takiej ubezpieczonej osoby, wśród których znajdują się jej dzieci, małżonek i krewni wstępni, którzy pozostają z nią we wspólnym gospodarstwie domowym⁷⁰¹.

Beneficjentami (świadczeniobiorcą) powszechnego systemu opieki zdrowotnej są także osoby, które nie zgłoszono do NFZ, ale mają polskie obywatelstwo, mieszkają w Polsce, cechują się jednym z trzech warunków (odpowiedni niski poziom dochodów, wiek niższy niż 18 lat, bycie w ciąży, w czasie porodu lub połogu). Ustawodawca wskazał także

⁶⁹⁶ P. Grzywna, *Polska polityka zdrowotna...*, dz. cyt., s. 190.

⁶⁹⁷ G. Opolski, T. Zdrojewski, *Organizacja i funkcjonowanie systemu...*, dz. cyt., s. 98.

⁶⁹⁸ Ż. Skretny, *Organizacyjny błąd medyczny*, dz. cyt., s. 134.

⁶⁹⁹ *Ustawa z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427, 2469, z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 974, 1002, 1079, 1265, 1352, 1700).

⁷⁰⁰ I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne ...*, dz. cyt., s. 66-67.

⁷⁰¹ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (dz. U. z 2004 r., poz. 2135 z poz. zm.).

inne, wyjątkowe sytuacje, kiedy pacjentowi udziela się świadczeń medycznych (np. w ramach ratownictwa medycznego)⁷⁰². w rezultacie w Polsce uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są także inne osoby, które mają polskie obywatelstwo, mieszkają w Polsce i spełniają określone kryterium dochodowe. Zyskują to uprawnienie na okres 90 dni od dnia wydanej decyzji przez wójta, burmistrza czy prezydenta gminy, w której one mieszkają. Podstawą takiej decyzji staje się wniosek samego zainteresowanego, świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, oddziału wojewódzkiego NFZ lub wnioski z urzędu. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są uprawnione osoby nieubezpieczone, które posiadają obywatelstwo polskie oraz nie ukończyły 18. roku życia. Do wspomnianych świadczeń mają także prawo nieubezpieczeni polscy obywatele, mieszkający w kraju, którzy są ciężcy, w czasie porodu i połogu; narażeni na kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym (w przypadku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego); uzależnieni od alkoholu (leczenie odwykowe) i narkotyków; z zaburzeniami psychicznymi (psychiatryczna opieka zdrowotnej); pozbawieni wolności⁷⁰³. Mają do nich dostęp również cudzoziemcy, którzy znajdują się w strzeżonym ośrodku lub w areszcie przed ich wydalaniem z kraju, oraz osoby posiadające karty Polaka (dostęp do określonych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych na podstawie umowy międzynarodowej). Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zyskują uprawnienie także osoby na podstawie przepisów o koordynacji w krajach Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu⁷⁰⁴.

Beneficjentom (świadczeniobiorcom) zapewniono dostęp do kilkunastu grup świadczeń. Zaliczono do nich podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, rehabilitację leczniczą, opiekę psychiatryczną, leczenie uzależnień jak również świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne w przypadku długoterminowej opieki, leczenie stomatologiczne, uzdrowiskowe oraz leki i programy lekowe.

Beneficjent (świadczeniobiorca) opieki medycznej ma prawo do wyboru za pomocą tzw. deklaracji wyboru pracownika medycznego (lekarza, pielęgniarki, położnej) podstawowej opieki zdrowotnej, stomatologa, podmiotu zapewniającego świadczenia

⁷⁰² I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne ...*, dz. cyt., s. 67.

⁷⁰³ *Uprawnieni do świadczeń*, za: https://www.nfz-szczecin.pl/lipdu_uprawnieni_do_swadczen.htm, dostęp: 1.07.2022.

⁷⁰⁴ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (dz. U. z 2004 r., poz. 2135 z poz. zm.).

ambulatoryjne. Na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zyskuje on dostęp do ambulatoryjnych świadczeń specjalnych, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej. Ta zasada nie obowiązuje w stanach nagłych oraz w sytuacjach wskazanych przez ustawodawcę. w tym ostatnim przypadku beneficjent zyskuje dostęp do świadczeń bez skierowania, które zapewnią ginekolog, położnik, dentysta, dermatolog, wenerolog, onkolog, okulista, psychiatra⁷⁰⁵ itd.

5.3. Struktura i kategorie bezpieczeństwa pacjenta

Bezpieczeństwo pacjenta należy do współczesnych priorytetów państw i organizacji międzynarodowych. Wśród tych ostatnich znajdują się WHO, Unia Europejska, Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów czy Rada Europy⁷⁰⁶.

Bezpieczeństwo pacjenta jest postrzegane z perspektywy jakości opieki zdrowotnej, która zostaje ukierunkowana na pacjenta. To działanie służy nie tylko temu ostatniemu, ale także zwiększa efektywność funkcjonowania podmiotów medycznych zapewniających mu świadczenia medyczne o możliwie najwyższej jakości⁷⁰⁷. w czasie konferencji WHO w Alma Acie w 1978 roku sformuowano pogląd, zgodnie z którym przyznano ludziom prawo i obowiązek *do zbiorowego i indywidualnego uczestnictwa w procesie planowania i realizowania zasad opieki zdrowotnej*⁷⁰⁸. Przyczynił się on do zwiększenia zaangażowania pacjentów w proces terapeutyczny i dbałość o własne zdrowie.

Bezpieczeństwo pacjenta wykazuje bowiem związek z terminowością, skutecznością i sprawnością tejże opieki. Bezpieczeństwo pacjenta według definicji WHO z 2007 roku ma służyć uwolnieniu pacjenta „od niekoniecznej lub potencjalnej szkody związanej z opieką zdrowotną”⁷⁰⁹. Według stanowiska Rady Europy z 2005 roku, to bezpieczeństwo ma uwolnić pacjentów *od przypadkowych urazów w trakcie opieki medycznej*. Obejmuje ono ponadto działania, które służą unikaniu, zapobieganiu i naprawie *niepożądanych następstw, które mogą wynikać z zapewnienia opieki zdrowotnej*⁷¹⁰. Narodowa Fundacja Bezpieczeństwa

⁷⁰⁵ G. Opolski, T. Zdrojewski, *Organizacja i funkcjonowanie systemu...*, dz. cyt., s. 113-114.

⁷⁰⁶ T. Gwizdak, *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008 nr 1,2, s. 102.

⁷⁰⁷ A. Ruta, *Marketingowe zarządzanie placówką medyczną w aspekcie bezpieczeństwa pacjenta*, w: H. Marek, A. Zduniak (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. T. 2. Bezpieczeństwo żywności i w żywieniu – szanse i zagrożenia*, WWSB, Poznań 2015, s. 296.

⁷⁰⁸ Cyt. za: L. Wdowiak, L. Kapka, I. Szymańska, *Zdrowie publiczne a samoleczenie*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2009 nr 2, s. 93.

⁷⁰⁹ Cyt. za: K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko, *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014 nr 4, s. 328.

⁷¹⁰ Cyt. za: K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko, *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta...*, dz. cyt., s. 328.

Pacjenta uznała, że to bezpieczeństwo obejmuje *unikanie, zapobieganie i łagodzenie działań niepożądanych lub szkód mogących być wynikiem procesów opieki zdrowotnej*⁷¹¹. Zatem celem bezpieczeństwa pacjenta staje się zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych, kiedy korzysta on z opieki zdrowotnej⁷¹².

Bezpieczeństwo pacjenta jest także właściwością systemów ochrony zdrowia. Jego celem staje się zminimalizowanie *częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych oraz ograniczeniu ich skutków, a także zwiększeniu szans powrotu do normy po wystąpieniu tych zdarzeń*⁷¹³. Stanowi *stopień, w jakim świadczenia zdrowotne na rzecz osób i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądaných wyników zdrowotnych, które są zgodne z aktualnym stanem wiedzy zawodowej*⁷¹⁴.

Bezpieczeństwo pacjenta jest postrzegane w związku z tym *jako istotny aspekt w całym systemie ochrony zdrowia, szczególnie w obszarze szpitalnictwa*, ponieważ występujące w nim skutki niepożądanych zdarzeń stanowią potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. To zagrożenie jest w tym przypadku większe niż w opiece ambulatoryjnej. Tak ujmowane bezpieczeństwo pacjenta stanowi także element zarządzania jakością w placówkach medycznych⁷¹⁵.

Według definicji tego pojęcia z 1999 roku opracowanej przez Amerykański Instytut Medyczny, to bezpieczeństwo jest tożsame z ochroną pacjenta *od przypadkowej szkody z zapewnieniem systemów i procesów operacyjnych, które zminimalizują prawdopodobieństwo błędów i zmaksymalizują prawdopodobieństwo ich wychwycenia, kiedy wystąpią*⁷¹⁶.

Bezpieczeństwo pacjenta stanowi również dyscyplinę sektora ochrony zdrowia, która polega na *zastosowaniu naukowych metod zachowania bezpieczeństwa w celu stworzenia godnego zaufania systemu świadczenia usług zdrowotnych*⁷¹⁷. Jako nauka dąży do redukcji występowania *zdarzeń niepożądanych pojawiających się na różnych etapach organizacji ochrony zdrowia*⁷¹⁸.

⁷¹¹ Cyt. za: K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko, *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta...*, dz. cyt., s. 328.

⁷¹² J. Czarnańska, M. Sulejewska, A. Wieczorek, A. Krupiewicz, *Ocena bezpieczeństwa pacjenta na podstawie wiedzy pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010 nr 2, s. 102.

⁷¹³ Tamże, s. 109.

⁷¹⁴ Cyt. za: K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko, *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta...*, dz. cyt., s. 327.

⁷¹⁵ R. Szpakowski, P. Zając, *Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy pielęgniarki*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2015 nr 1, s. 34.

⁷¹⁶ Cyt. za: K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko, *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta...*, dz. cyt., s. 327-328.

⁷¹⁷ *Bezpieczeństwo pacjenta. Nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla wykładowców...*, dz. cyt., s. 109.

⁷¹⁸ M. Mikos, *Bezpieczeństwo pacjenta – pojęcia, definicje, wskaźniki*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017, s. 13.

Bezpieczeństwo pacjenta jest więc zjawiskiem złożonym. Do jego elementów strukturalnych należy zaliczyć system prawny, który dostrzega potrzebę zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa, system ochrony zdrowia, system zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz pacjenta.

Podstawą bezpieczeństwa pacjenta jest system norm prawnych, które gwarantują ochronę zdrowia i życia, uwzględniają znaczenie bezpieczeństwa pacjenta. Składają się na nie norm zawarte w ustawie zasadniczej, inne normy ustawowe oraz normy pozaustawowe⁷¹⁹. Kluczowe znaczenie ma także proces kształtowania przepisów prawa, determinujących gwarancję bezpieczeństwa pacjenta, w tym udział organizacji pacjentów. w polskim prawie jego podstawą jest norma ustawy zasadniczej, która zapewnia mu prawo do ochrony zdrowia⁷²⁰. Ponadto dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta polski ustawodawca wdrożył normy prawa pacjenta, których podstawą są jego prawa człowieka i obywatela, głównie przyrodzone i niezbywalna godność człowieka⁷²¹. Ustawodawca wskazał je w ustawie z 6 listopada o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷²². Nie opracował zamkniętego katalogu jego praw, które są także obecne w tzw. ustawach medycznych. Wprowadzenie praw pacjentów powiązано z obowiązkami pracowników medycznych oraz organizatorów podmiotów leczniczych⁷²³. Personel medyczny zobowiązano do wykonywania obowiązków zawodowych, które są zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Poza tym mają wykorzystać dostępne metody i środki, przestrzegać zasady etyki zawodowej oraz wykonywać swoje obowiązki z należytą starannością⁷²⁴.

W strukturze bezpieczeństwa pacjenta nie można pominąć pacjenta. Mamy do czynienia z człowiekiem, który cechuje się określonym kapitałem zdrowotnym. Do jego cech zalicza się sprawność fizyczną, funkcjonowanie układu immunologicznego, dziedziczne cechy fizyczne, uszkodzenia i genetyczne predyspozycje do schorzeń. Ponadto wspomniany kapitał zdrowotny pacjenta obejmuje także jego zachowania i postawy zdrowotne, wykazywaną przez niego zdolność do ich zmodyfikowania dla poprawy stanu zdrowotnego, poziom wiedzy i kultury zdrowotnej, występujące u niego choroby, schorzenia, dolegliwości

⁷¹⁹ Zob. M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawne uwarunkowania problematyki bezpieczeństwa pacjenta*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017

⁷²⁰ M. Mikos, *Bezpieczeństwo pacjenta – pojęcia...*, dz. cyt., s. 13.

⁷²¹ I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne...*, dz. cyt., s. 60.

⁷²² *Ustawa z 6 listopada o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z 2022 r. 64, 974).

⁷²³ I. Wrześniewska-Wal, M. Waszkiewicz, D. Hajdukiewicz, A. Augustynowicz, *Wybrane prawne i etyczne...*, dz. cyt., s. 61.

⁷²⁴ Tamże, s. 61.

oraz ich skutki. Każde schorzenie (np. niewydolność nerek) wymagające odpowiedniej terapii leczniczej wiąże się z wystąpieniem określonych zagrożeń i ryzyka⁷²⁵.

Ponadto współcześnie ludzie zyskali dostęp do różnych źródeł informacji dotyczących zdrowia, stali się *konsumentami zdrowia*. To spowodowało, że podejmują oni działania na rzecz własnego stanu zdrowotnego i dobrego samopoczucia. Pragną zachować kontrolę nad swoim życiem i móc je kształtować⁷²⁶. Zatem elementem bezpieczeństwa pacjenta jest zapewnienie społeczeństwu dostępu do rzetelnej wiedzy o zdrowiu i sposobach jego zachowania także za pomocą edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia. Ponadto w strukturze tego pacjent jest uczestnikiem złożonych relacji z personelem medycznym, które mają wpływ na proces jego leczenia. Zatem kluczowe znaczenie ma jego współpraca z tymi pracownikami, podejmowane z nimi interakcje oraz komunikacja. Nie można także pominąć satysfakcji pacjenta z udzielonych świadczeń medycznych, opieki medycznej i uzyskanego wsparcia, jak również organizacji zrzeszających pacjentów, aby zapewnić im pomoc i wsparcie, dążyć do zmian legislacyjnych i organizacyjnych dla zapewnienia im optymalnego bezpieczeństwa.

Wśród kategorii bezpieczeństwa pacjenta odnoszących się do pacjenta należy uwzględnić te, związane z występującą chorobą (cywilizacją, często występującą, rzadką), jej skutkami (np. długotrwała choroba, zakłócenie codziennego funkcjonowania, niepełnosprawność, wysokie koszty finansowe, emocjonalne, społeczne), skutecznością procesu leczenia (efektywny proces leczniczy, wystąpienie powikłań, uszczerbku zdrowia, utrata życia). Ponadto, uwzględniając specyfikę choroby pacjenta może mówić o bezpieczeństwie pacjenta z cukrzycą, chorobą wieńcową, nowotworową czy niepełnosprawnością.

Elementem struktury bezpieczeństwa pacjenta jest funkcjonujący system opieki zdrowotnej. To bezpieczeństwo stanowi dobro publiczne, którego zabezpieczenie wymaga zrównoważenia ograniczonych możliwości systemu ochrony zdrowia i prawa do powszechnej dostępności świadczeń. Niezbędne są działania zarządcze, których rezultatem staje się racjonalizacja świadczeń medycznych ma charakter ekonomiczny (rynkowy lub sprawiedliwy, związany z troską o pacjenta i racjonalizacją procedur medycznych finansowanych ze środków publicznych) i nieekonomiczny (skupiony na dobru pacjenta i interesie społecznym). Jest ona dokonywana na podstawie kryterium kolejności zgłaszania

⁷²⁵ Zob. W. Woch, *Bezpieczeństwo pacjentów w wybranych grupach chorobowych*, w: E. Flatow-Kaleta, A. Zduniak (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. T. 2. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz zagrożeń zdrowotnych*, WWSB, Poznań 2015.

⁷²⁶ L. Wdowiak, L. Kapka, I. Szymańska, *Zdrowie publiczne a samoleczenie*, dz. cyt., s. 93.

i czasu oczekiwania, nagłości przypadków, potrzeb określony przez profesjonalistów medycznych, zasady sprawiedliwości czy wykorzystania współpracy (opłat bezpośrednich) przez pacjentów⁷²⁷.

W strukturze bezpieczeństwa pacjenta system opieki zdrowotnej obejmuje zróżnicowane placówki opieki zdrowotnej oraz organy sprawujące nad nimi kontrolę oraz nadzór, jak również zapewniające im finansowanie (w przypadku publicznych placówek medycznych). Dla bezpieczeństwa pacjenta kluczowe znaczenie ma sieć placówek medycznych, które umożliwiają zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów. Potrzebują oni zagwarantowania im dostępu do usług medycznych, cechujących się terminowością, wysoką jakością, rzetelnością. Placówki opieki medycznej, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentów, muszą dysponować właściwym potencjałem lokalowym, technologicznym i kadrowym, a także wdrożyć i doskonalić normy, standardy i procedury bezpieczeństwa oraz jakości świadczenia usług medycznych. Wspomniane bezpieczeństwo można rozpatrywać w wymiarze technicznym oraz infrastrukturalnym. Pierwszy z nich to profesjonalizm działania personelu medycznego. Składają się na niego następujące składowe bezpieczeństwa: kwalifikacje formalne, doświadczenie zawodowe i umiejętności praktyczne pracowników medycznych, ich liczba dostosowana do liczby pacjentów oraz ich stanu zdrowia, warunki: sanitarno-higieniczne pomieszczeń pobytu pacjenta, przechowywania leków, a także stan techniczny aparatury i sprzętu medycznego. Natomiast infrastrukturalny wymiar bezpieczeństwa pacjenta obejmuje profesjonalizm relacji między pracownikami medycznymi a pacjentami. Obejmuje on więc komunikację między tymi dwiema grupami, umożliwiające zrozumiałe przekazywanie pacjentowi informacji, okazywanie mu empatii i zrozumienia, poświęcenie mu czasu i uwagi, dążenie do poznania jego potrzeb⁷²⁸.

Bezpieczeństwo pacjenta należy do wyzwań dla systemu ochrony zdrowia i placówek opieki zdrowotnej. Wymaga ono optymalnego poziomu zaspokojenia potrzeb kadrowych, infrastrukturalnych, finansowych. Niezbędna jest także kultura organizacji nastawiona na stałe podnoszenie jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych oraz satysfakcji pacjentów⁷²⁹. w placówkach medycznych wdraża się także zarządzanie

⁷²⁷ G. Kanownik, *Bezpieczeństwo pacjenta a dostępność usług zdrowotnych*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2017 nr 1, s. 623.

⁷²⁸ R. Szpakowski, P. Zając, *Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy...*, dz. cyt., s. 34.

⁷²⁹ Zob. M. Mikos, G. Juszczak, *Bezpieczeństwo pacjenta w zarządzaniu ochroną zdrowia*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017.

ryzkiem, które obejmuje wszystkie procesy medyczne, jakie w nich zachodzą⁷³⁰. Należy pamiętać, że współczesne szpitale zmagają się z licznym ryzykiem zagrażającym zdrowiu i życiu pacjenta. Należą do nich nie tylko zakażenia szpitalne, braki kadrowe i infrastrukturalne, niedostosowanie standardów, zakłócone funkcjonowanie szpitala np. szpitalnej apteki⁷³¹. Bezpieczeństwo pacjenta wiąże się z właściwym rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych i zapewnieniem systemowi opieki zdrowotnej optymalnego poziomu finansowania.

Wśród kategorii bezpieczeństwa pacjenta odnoszących się do systemu opieki zdrowotnej można wskazać: bezpieczeństwo pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej⁷³², bezpieczeństwo pacjenta w ratownictwie medycznym⁷³³, bezpieczeństwo pacjenta w anestezjologii i intensywnej terapii⁷³⁴, bezpieczeństwo pacjenta w chirurgii⁷³⁵ czy na innych oddziałach szpitalnych⁷³⁶ itd.

W strukturze bezpieczeństwa pacjenta nie może zabraknąć systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Mogą być one bardzo ciężkie, ciężkie, umiarkowane i lekkie, negatywnie oddziałujące na stan kondycji zdrowotnej pacjenta. Aby ów system funkcjonował, ustawodawca musi nałożyć na placówki medyczne obowiązek zgłaszania, dokumentowania takich zdarzeń oraz podjęcie działań naprawczych. w tych podmiotach muszą być wdrożone właściwe procedury, co wymaga odpowiednich rozwiązań organizacyjnych i przeszkolenia pracowników medycznych.

Podsumowując, bezpieczeństwo pacjenta to złożone zjawisko. Uwzględnia ono ramy prawno-organizacyjne, które stanowią podstawę tego bezpieczeństwa na poziomie pacjenta, systemu opieki zdrowotnej i zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Istotną rolę odgrywa w nim pacjent oraz jego potencjał zdrowotny. Jednak najważniejszym elementem struktury

⁷³⁰ Zob. I. Witczak, D. Kiedlik, *Zarządzanie ryzykiem w procesach medycznych realizowanych w szpitalach*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017.

⁷³¹ Zob. J. Pawłowska, *Bezpieczeństwo pacjenta i optymalizacja gospodarki lekami jako zadania apteki szpitalnej*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, KTE, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012, s. 107-117.

⁷³² Zob. K. Kosiek, M. Godyski-Ćwirko, *Bezpieczeństwo pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017.

⁷³³ Zob. M. Podgórski, M. Mikos, *Bezpieczeństwo pacjenta w ratownictwie medycznym – faza przedszpitalna*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017.

⁷³⁴ Zob. B. Frączek, A. Andres, *Bezpieczeństwo pacjenta w anestezjologii i intensywnej terapii*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017.

⁷³⁵ Zob. Ł. Strzępek, P. Ciesielska, P. Aleksandrowicz, P. Skotnicki, *Bezpieczeństwo pacjenta w chirurgii. Zdarzenie niepożądane i karta okołoperacyjna*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017.

⁷³⁶ Zob. P.W. Guła, K. Karwan, *Bezpieczeństwo pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017.

bezpieczeństwa pacjenta jest system opieki zdrowotnej. Bez niego niemożliwe staje się zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności, zapewnienie im ochrony zdrowia i życia.

5.4. Zarządzanie ryzykiem i rola czynnika ludzkiego w bezpieczeństwie pacjenta

Zarządzanie ryzykiem to element aktywności zarządczej organizacji, głównie kontroli zarządczej, która służy osiągnięciu przez nią celów i realizacji wyznaczonych zadań⁷³⁷. Jest to działanie, którego celem stają się systematyczne rozpoznanie, analiza, ograniczenie i uniknięcie zagrożenia (ryzyka) do pewnego, akceptowalnego stopnia, jak również unikanie błędów oraz ich następstw⁷³⁸. Zarządzanie to stanowi logiczną i systemową metodę, za pomocą której powstaje kontekst, dochodzi do identyfikacji, analizy i oceny działania oraz informowania o ryzyku. Dzięki temu możliwe staje się minimalizacja strat i maksymalizacja występujących możliwości⁷³⁹. Jest to rezultat diagnozy i sterowania ryzykiem⁷⁴⁰. Zarządzanie ryzykiem wspiera jakość struktury organizacyjnej, realizowanych procesów i osiąganego wyniku⁷⁴¹.

W zarządzaniu ryzykiem stosuje się podejście aktywne (oddziaływanie na przyczyny ryzyka) i pasywne (zabezpieczenie przed potencjalnymi stratami). w pierwszym z nich działanie skupia się na przeniesieniu ryzyka na inne podmioty (zastosowanie transferu odpowiedzialności za poniesione straty w ramach ubezpieczenia, gwarancji, poręczeń), unikaniu ryzyka (zaniechanie przedsięwzięć obciążonych dużym ryzykiem) czy działaniach prewencyjnych (zapobieganie zdarzeniom losowym). w przypadku pasywnego podejścia do zarządzania ryzykiem wiąże się z tworzeniem rezerw finansowych na pokrycie potencjalnych strat. Ta strategia nie ma zastosowania w przypadku podmiotów ochrony zdrowia, które mają chronić ludzkie zdrowie i życie⁷⁴².

Zarządzanie ryzykiem medycznym wiąże się z koniecznością ustalenia wysokości takiego ryzyka. Wymaga sterowania ryzykiem, czyli podjęcia wszelkich działań mających

⁷³⁷ O. Martyniuk, *Zarządzanie ryzykiem w jednostkach sektora finansów publicznych – wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014 nr 72, s. 87.

⁷³⁸ I. Gurcke, B. Piechuła, *Kliniczne zarządzanie ryzykiem oraz jakością. Rozwiązania redukujące ryzyko i podnoszące jakość oferowanych usług*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, KTE, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012, s. 118-119.

⁷³⁹ M. Romanowska, *Ryzyko w zarządzaniu instytucją...*, dz. cyt., s. 96.

⁷⁴⁰ A. Orzendowska, *Funkcjonowanie kontroli zarządczej w podmiocie leczniczym*, za: 9-c7c5f1b8-44c7-4892-9c56-96d1519bde27.pdf.pdf, 1.08.2022, s. 164.

⁷⁴¹ I. Gurcke, B. Piechuła, *Kliniczne zarządzanie ryzykiem ...*, dz. cyt., s. 119-200.

⁷⁴² A. Orzendowska, *Funkcjonowanie kontroli zarządczej...*, dz. cyt., s. 164.

związek z leczeniem pacjenta dla wykrycia ryzykownych sytuacji. Cechują się one dużym potencjałem zaszkodzenia jego zdrowiu⁷⁴³. W podmiotach medycznych system zarządzania ryzykiem to „wdrożony i utrzymany system, odnoszący się do zapewnienia szeroko pojętego bezpieczeństwa zarówno pacjentom jak i pracownikom”⁷⁴⁴. W związku muszą one podejmować działania, aby ograniczyć błędy i zdarzenia medyczne oraz zakażenia szpitalne⁷⁴⁵. Muszą przeciwdziałać wszelkim niepożądanym zdarzeniom, do których może dojść w ramach zarządzania dokumentacją w związku ze sprzętem medycznym, badaniami laboratoryjnymi, stosowaniem i przepisywaniem leków, badaniami lekarskimi, interpretowaniem wyników, diagnozą⁷⁴⁶ itd.

W ramach zarządzania ryzykiem podmioty medyczne zarządzają ciągłością działania, czyli strategiczną i taktyczną zdolnością „organizacji do przewidywania zdarzeń i zakłóceń oraz reagowania na nie w celu kontynuowania działalności na akceptowanym, zdefiniowanym poziomie”⁷⁴⁷. W tym celu zarządza się procesami, które są skupione na zagwarantowaniu dostarczaniu usług zdrowotnych w sposób nieprzerwany. Wymaga to przeciwdziałania ryzyku, które spowoduje przerwy w działalności organizacji. Zatem podejmowane są działania w ramach zarządzania ryzykiem, jakością, łańcuchem dostaw, wiedzą i technologią, nieruchomościami, BHP, jak również zarządzanie bezpieczeństwem pacjenta i zarządzaniem kryzysowym⁷⁴⁸.

Placówka medyczna musi liczyć się z ryzykiem medycznym. Zawsze można wystąpić ryzyko, którego nie można wyeliminować, mimo że zachodzi szansa na jego ograniczenie za pomocą wszelkich dostępnych instrumentów. Ważną rolę odgrywa komunikacja lekarza z pacjentem, kiedy wystąpiła komplikacja. Prowadzona dokumentacja medyczna powinna zawierać informacje o tym, że pacjent zapoznał się z potencjalnym ryzykiem, zgodził się na zbieg czy leczenie, zapewniono mu możliwość zadania pytań i przeprowadzono z nim wywiad o jego stanie zdrowia⁷⁴⁹. Ponadto musi być prawidłowo i należycie

⁷⁴³ I. Gurcke, B. Piechuła, *Kliniczne zarządzanie ryzykiem...*, dz. cyt., s. 199-200.

⁷⁴⁴ I. Witczak, *Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach medycznych*, w: T. Borys, P. Rogala (red.), *Pracownik w systemach zarządzania*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2013 nr 301, s. 147.

⁷⁴⁵ Zob. M. Śliwka, *Zakres odpowiedzialności podmiotu leczniczego wobec pacjenta*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012.

⁷⁴⁶ K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko, *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta...*, dz. cyt., s. 328.

⁷⁴⁷ I. Witczak, *Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach...*, dz. cyt., s. 149.

⁷⁴⁸ Tamże, s. 150.

⁷⁴⁹ A. Orzendska, *Funkcjonowanie kontroli zarządczej...*, dz. cyt., s. 165.

prowadzona aby mogła pełnić funkcję informacyjną i dowodową⁷⁵⁰. Polski ustawodawca zapewnił pacjentom prawo dostępu do dokumentacji medycznej, co stanowi przejaw jego prawa do informacji o swoim stanie zdrowia⁷⁵¹. Podmioty lecznicze są zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej, co nakłada na nie również obowiązek należytego zabezpieczenia posiadanych danych osobowych. w związku z tym muszą ograniczyć ryzyko informacyjne za pomocą właściwej ochrony tych danych, wdrożeniu ładu korporacyjnego i kontroli zarządczej, zarządzania jakością i systemami teleinformatycznymi, dostosowania się do obowiązujących norm prawnych⁷⁵².

W podmiotach leczniczych zarządzanie ryzykiem służy również optymalizacji działania za pomocą szybkości i skuteczności leczenia, uzyskaniu optymalnej wydajności (efektywności kosztowej) dzięki podnoszeniu standardu jakości oferowanych usług medycznych. Uwzględnia podnoszenie poziomu bezpieczeństwa pacjentów, które podmiot leczniczy może osiągnąć za pomocą zastosowania wskazanych elementów zarządzania ryzykiem⁷⁵³. W tym celu w podmiotach leczniczych dąży się do optymalizacji gospodarki lekami w aptekach szpitalnych⁷⁵⁴, wdraża się politykę *compliance*⁷⁵⁵.

W zarządzaniu ryzykiem w podmiotach medycznych kluczową rolę pełni czynnik ludzki, który determinuje poziom i jakość bezpieczeństwa pacjenta. Ów czynnik stanowi bowiem źródło potencjalnego zagrożenia dla tego bezpieczeństwa oraz szansę na jego wyeliminowanie lub obniżenie. Pacjenci i pracownicy placówki medycznej mogą przyczynić się do wystąpienia zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjenta. Ci pierwsi mogą stanowić źródło zagrożeń zewnętrznych, które mają związek z przyjęciem pacjenta z zakażeniem, kolonizacją drobnoustrojami epidemiologicznie niebezpiecznymi⁷⁵⁶. Ich stan zdrowia psychicznego (także pod wpływem substancji psychoaktywnych) może prowadzić do podjęcia przez nich zachowań agresywnych, stanowiących zagrożenie dla innych osób: pacjentów, ich bliskich

⁷⁵⁰ Zob. rozdział VII, art. 24 ustawy z 8 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z 2022 r. poz. 64, 974).

⁷⁵¹ A. Sieradzka, *Prowadzenie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczani ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012, s. 84.

⁷⁵² Zob. W. Mielnicki, *Zarządzanie ryzykiem związanym z bezpieczeństwem informacji i ochrona danych osobowych w podmiotach leczniczych*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczani ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012.

⁷⁵³ A. Orzendska, *Funkcjonowanie kontroli zarządczej...*, dz. cyt., s. 164.

⁷⁵⁴ Zob. J. Pawłowska, *Bezpieczeństwo pacjenta i optymalizacja gospodarki lekami jako zadania apteki szpitalnej*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczani ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012.

⁷⁵⁵ Zob. D. Bąk, *Polityka „compliance” w podmiotach leczniczych*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczani ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012.

⁷⁵⁶ T. Ozorowski, *Zarządzanie ryzykiem*, Tomasz-Ozorowski-Zarządzanie-ryzykiem.pdf, dostęp: 25.07.2022, s. 13.

i personelu medycznego. Ryzyko dla bezpieczeństwa pacjenta może mieć także charakter wewnętrzny. Do tej kategorii zagrożenia należy charakterystyka hospitalizowanych, leczonych pacjentów. Mogą to być osoby z obniżonym poziomem odporności. Do ryzyka wewnętrznego mającego powiązania z czynnikiem ludzkim zalicza się zakażenia szpitalne, niską jakość świadczeń medycznych⁷⁵⁷, nieprzestrzeganie standardów higienicznych (higieny rąk) przez personel medyczny, powikłania infekcyjne, przebieg procesów leczniczych. Istotną rolę pełni ryzyko związane z personelem. Obejmuje ono braki kadrowe, brak wiedzy tych pracowników z zakresu profilaktyki zakażeń, nieprzestrzeganie przez nich procedur, ekspozycja personelu medycznego na materiał zakaźny, zachorowanie tych pracowników na choroby zakaźne⁷⁵⁸. Zagrożenie dla pacjenta jest ponadto związane z działaniami okołoperacyjnymi (niewłaściwym oznaczeniem operowanego miejsca), błędy komunikacyjne na sali operacyjnej, nieadekwatna praca zespołowa pracowników medycznych, niezgodnienie listy leków podawanych pacjentowi w czasie ich przyjmowania lub wypisywania ze szpitala⁷⁵⁹.

Bezpieczeństwo pacjenta jest determinowane w placówkach medycznych przez czynnik ludzki, oddziałujący na proces zarządzania ryzykiem i jego skuteczność. W 2021 roku WHO zaliczyła do determinant tego bezpieczeństwa ramy organizowanych działań, stanowiących podstawę kultury, procesów, procedur, postaw i zachowań, stosowanych technologii i właściwości otoczenia w opiece zdrowotnej. Za ich pomocą można trwale i stale obniżać ryzyko, występowanie błędów i ograniczenie skali szkód, jeżeli do nich dochodzi⁷⁶⁰.

Zatem kluczowe znaczenie mają przede wszystkim celowe, świadome działania personelu medycznego i kształtowanie przez nich prawidłowych zachowań pacjentów (oraz ich bliskich w czasie odwiedzin w szpitalu, innej placówce medycznej) tworzą warunki, dzięki którym minimalizowane jest ryzyko bezpieczeństwa pacjenta⁷⁶¹. Jednak należy ich wspierać w tych działaniach, zapewnić im dostęp do niezbędnych kwalifikacji i kompetencji⁷⁶².

⁷⁵⁷ Zob. *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Informacja o wynikach kontroli*, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD.

⁷⁵⁸ T. Ozorowski, *Zarządzanie ryzykiem*, dz. cyt., s. 20-21.

⁷⁵⁹ Zob. B. Kutryba, *Ważne rozwiązania w zakresie bezpieczeństwa pacjenta*, za: ps_wazne-rozwiazania-w-bp_b.kutryba.pdf, dostęp: 1.07.2022.

⁷⁶⁰ R. Mołdach, *Niedosyt bezpieczeństwa*, „Jakość w ochronie zdrowia” 2021 nr 1, s. 77.

⁷⁶¹ K. Kosiek, M. Godycki-Ćwirko, *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta...*, dz. cyt., s. 329.

⁷⁶² Na luki w polskich systemie kształcenia pracowników medycznych także w zakresie bezpieczeństwa pacjenta zwrócono m.in. w „Deklaracji Krakowskiej na temat Edukacji w Jakości Opieki i Bezpieczeństwa Pacjenta” z 2011 roku.

Rolę czynnika ludzkiego w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta uwzględniono w wywiadzie eksperckim.

Uczestnicy wywiadu eksperckiego uczestnicy badania udzieli odpowiedzi na pytanie 3 (zał. 3): *Które z kategorii zarządzania bezpieczeństwem pacjenta, przez szeroko rozumiany personel medyczny, są w Pana/Pani przekonaniu najważniejsze i dlaczego?*

Respondenci wymienili różne kategorie zarządzania bezpieczeństwem pacjenta, które w ich ocenie były najważniejsze dla personelu medycznego. Najczęściej miały one związek z zapewnieniem mu opieki w czasie hospitalizacji, która obejmuje nie tylko świadczenie usług medycznych, ale także edukację zdrowotną⁷⁶³ (PM). Kluczowe znaczenie ogrywało ich własne doświadczenie zawodowe, które wpłynęło na zakres i charakter wymienionych kategorii zarządzania bezpieczeństwem pacjenta. w rezultacie zaliczono do nich zapewnienie im optymalnej ochrony na oddziałach SOR, dzięki czemu pacjenci w stanie zagrożenia zdrowia i życia zostają wnikliwie, wielopłaszczyznowo diagnozowani. W rezultacie ogranicza się ryzyko wystąpienia *powikłań ze strony chorób współistniejących* (AZ). Do najważniejszych kategorii zarządzania bezpieczeństwem pacjenta dla personelu medycznego zaliczono także przekazywanie pacjentom przez tych pracowników podstawowych informacji o ich chorobie, stanie zdrowia, rokowaniu w powiązaniu z dostępnymi i adekwatnymi terapiami leczniczymi, optymalnych zachowań zdrowotnych. Zatem kluczową rolę pełnią kompetencje personelu medycznego⁷⁶⁴ oraz zastosowane terapie medyczne (GK). Należy ponadto zapewnić pacjentowi pomoc i wsparcie po hospitalizacji⁷⁶⁵.

W czasie wywiadu eksperckiego uczestnicy badania odpowiedzieli na pytanie 4 (zał. 3): *Czy według Pana/Pani, w toku przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań*

⁷⁶³ Wyeksponowano rolę tej edukacji: „Pacjent i jego bliscy mają być przygotowani do zapewniania mu samoopieki, podjęcia zalecanych zachowań zdrowotnych. Jednak osoba chora w domu nie ma dostępu do stałej, profesjonalnej opieki medycznej, niekiedy przysługuje mu ona w ograniczonym wymiarze (2 godziny)” (PM).

⁷⁶⁴ Uznano, że „Kluczowe znaczenie ma to, aby lekarz czy pielęgniarka potrafili przekazać pacjentowi te informacje w taki sposób, aby ten je zrozumiał i został zmotywowany do podjęcia właściwych działań prozdrowotnych. Musi mieć świadomość, że dla niego zagrożeniem bezpieczeństwa jest nie tylko choroba, czyli jego obecny stan zdrowotny, ale także – działania, jakie zostaną podjęte w przyszłości przez niego i innych” (GK).

⁷⁶⁵ Zwrócono uwagę na ten problem: „Po wypisie ze szpitala personel medyczny traci kontakt z pacjentem. Może on liczyć tylko na pomoc lekarza rodzinnego i członków swojego otoczenia rodzinnego. Jego rodzina w swoim zakresie zaspokaja jego potrzeby lub korzysta z usług opiekunki czy rehabilitanta, którzy są przy nim przez 2-3 godziny dziennie. Zatem pacjentowi należy zapewnić odpowiednią pomoc i wsparcie, aby nie został sam

ze swoimi problemami i wyzwaniem. Dzięki temu może zyskać większą autonomię, sprawność i samodzielność. Pomoc może mu zapewnić manipulator, ponieważ zapewnia on wsparcie pacjentowi. Zyskuje samodzielność, kiedy chce coś przysunąć, wziąć czy czymś zainteresować się, ponieważ nie musi angażować osób trzecich” (PM).

wykonywanych przez personel medyczny - problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta poświęca się wystarczająco dużo uwagi, czy jednak w tej materii należałoby coś zmienić? Jeżeli tak - to co?

Respondenci przyznali, że nadal za mało uwagi poświęca się problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta w czasie przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny. To zjawisko ma już miejsce w czasie ich przygotowania zawodowego (AZ, PM), które skupia się głównie na zabezpieczeniu jego potrzeb materialnych (AZ). Jednak coraz częściej więcej uwagi poświęca się problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta w ramach przygotowania zawodowego personelu medycznego (PM). Dostrzeżono potrzeby pacjentów z dysfunkcjami ruchu, dlatego powstały szpitalne oddziały rehabilitacji, świadczące im usługi medyczne także po hospitalizacji⁷⁶⁶ (PM). w ocenie jednego z respondentów ten proces nie obejmuje wszystkich pracowników medycznych. w rezultacie znacznie mniej uwagi poświęca się jego potrzebom psychologicznym i społecznym, ponieważ wiązałoby się to ze zwiększeniem liczby zajęć praktycznych i zapewnieniu pracownikom medycznych szans na zdobycie przygotowania psychologicznego (AZ). Ponadto osoby niepełnosprawne ruchowo powinny uzyskać lepsze wsparcie, co może zapewnić im asystent (opiekun) medyczny. Dzięki jego obecności możliwe byłoby odciążenie lekarzy i personelu pielęgniarskiego, którzy na co dzień zmagają się z brakami kadrowymi. Nie mogą, szczególnie lekarze, poświęcać wiele czasu jednemu pacjentowi, co negatywnie oddziałuje na tego ostatniego i jego sposób radzenia sobie z chorobą⁷⁶⁷.

W czasie wywiadu eksperckiego uczestnicy badania odpowiedzieli na pytanie 4 (zał. 3): *Czy według Pana/Pani, w toku przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny - problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta*

⁷⁶⁶ Uczestnik badania wyjaśnił: „Po wypisie pacjenta ze szpitala należy kontynuować pracę z pacjentem, aby ten nie był pozostawiony sam sobie. Odnośnie omawianego manipulatora – okazałby się on szczególnie pomocny pacjentowi w domu. w szpitalu pomoc i wsparcie zapewnia mu personel pielęgniarski lub bardziej sprawny pacjent” (PM).

⁷⁶⁷ Respondent wyjaśnił: „Jest wielu pacjentów onkologicznych, dla których diagnoza bywa wyrokiem czy szokiem i dużym wyzwaniem. w takiej sytuacji pomoc asystenta i psychologa mogłaby się okazać nieoceniona, ponieważ pacjent potrzebuje wsparcia po usłyszeniu diagnozy o chorobie nowotworowej. Musi zrozumieć, że to nie wyrok, ale początek leczenia, które pozwoli wyleczyć raka lub wydłużyć życie, ponieważ pozwala na to wysoki poziom medycyny. Należy poinformować pacjenta, że odnotowuje się wysoki odsetek wyzdrowienia czy poprawy stanu zdrowia chorych. Jednak na taką edukację zdrowotną nie zawsze mają czas lekarz i personel pielęgniarski, więc tę lukę może wypełnić asystent medyczny. To on może otoczyć pacjenta potrzebnym wsparciem, zapewnić mu wszelką dostępną pomoc. w rezultacie pacjent poczuje się spokojniejszy i bardziej bezpieczny, co pozytywnie wpłynie na jego stan zdrowotny (w wymiarze somatycznym i emocjonalnym). Ma to istotne znaczenie dla procesu jego leczenia i powinno przynieść lepsze rezultaty stosowanych terapii, a także poprawi jakość jego życia w czasie choroby” (GK).

poświęca się wystarczająco dużo uwagi, czy jednak w tej materii należałoby coś zmienić? Jeżeli tak - to co?

Respondenci przyznali, że nadal za mało uwagi poświęca się problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta w czasie przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny. To zjawisko ma już miejsce w czasie ich przygotowania zawodowego (AZ, PM), które skupia się na głównie na zabezpieczeniu jego potrzeb materialnych (AZ). Jednak coraz częściej więcej uwagi poświęca się problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta w ramach przygotowania zawodowego personelu medycznego (PM). Dostrzeżono potrzeby pacjentów z dysfunkcjami ruchu, dlatego powstały szpitalne oddziały rehabilitacji, świadczące im usługi medyczne także po hospitalizacji⁷⁶⁸ (PM). w ocenie jednego z respondentów ten proces nie obejmuje wszystkich pracowników medycznych. w rezultacie znaczenie mniej uwagi poświęca się jego potrzebom psychologicznym i społecznym, ponieważ wiązałoby się to ze zwiększeniem liczby zajęć praktycznych i zapewnieniu pracownikom medycznych szans na zdobycie przygotowania psychologicznego (AZ).

Uczestnicy wywiadu eksperckiego udzieli odpowiedzi na pytanie 5 (zał. 3): *Jakie kategorie trudności i zespoły wyzwań pojawiają się w Pana/Pani przekonaniu najczęściej - wobec personelu medycznego opiekującego się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi?*

Respondenci wskazali różne i liczne kategorie trudności i zespoły wyzwań (AZ, GK, MP), które najczęściej doświadcza personel medyczny, kiedy opiekuje się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi. Okazuje się, że to zadanie staje się sprawdzianem dla kompetencji tych pracowników. Często nie dysponują oni odpowiednim poziomem kompetencji komunikacyjnych i właściwego przygotowania psychologicznego. To rezultat niewłaściwego zweryfikowania takich pracowników medycznych ze względu na posiadanie przez nich oczekiwanego poziomu kompetencji komunikacyjnych, społecznych, psychologicznych i empatii (AZ). Ponadto niesienie pomocy i wsparcia pacjentowi z ograniczeniami ruchowymi wymaga od personelu medycznego poradzenia sobie ze wszelkimi przypadkami jego unieruchomienia. Muszą być przygotowani do właściwego, bezpiecznego i ergonomicznego podnoszenia pacjenta, aby nie wywołać szkody u niego

⁷⁶⁸ Uczestnik badania wyjaśnił: „Po wypisie pacjenta ze szpitala należy kontynuować pracę z pacjentem, aby ten nie był pozostawiony sam sobie. Odnośnie omawianego manipulatora – okazałby się on szczególnie pomocny pacjentowi w domu. w szpitalu pomoc i wsparcie zapewnia mu personel pielęgniarski lub bardziej sprawny pacjent” (PM).

i u siebie⁷⁶⁹ (GK). Poza tym wyzwaniem dla nich jest opieka nad licznymi pacjentami z ograniczeniami ruchowymi. Wówczas personel medyczny doświadcza przeciążenia i przemęczenia, co negatywnie oddziałuje na jakość zapewnianych świadczeń medycznych. Poza tym unieruchomienie pacjentów niesie ryzyko wystąpienia u nich odleżyn. Personel medyczny podejmuje działania, aby temu zapobiec w czasie hospitalizacji. Poza tym w ramach edukacji zdrowotnej uczy działań pacjenta i członków jego otoczenia rodzinnego, które zmniejszą takie zagrożenie⁷⁷⁰.

Podsumowując, placówki medyczne, aby zapewnić optymalny poziom bezpieczeństwa pacjenta zarządzają ryzykiem, które obniża jego poziom. Podejmowane są liczne i zróżnicowane działania zarządcze, ale wiele uwagi poświęca się czynnikowi ludzkiemu po stronie pacjenta i personelu medycznego. Proces leczenia bazuje na bezpośrednich kontaktach obu tych grup. Każda z nich jest potencjalnym źródłem ryzyka. w procesie jego minimalizowania i eliminowania kluczową rolę pełni personel medyczny, który zna i stosuje odpowiednie strategie oraz edukuje pacjentów (członków ich rodzin), aby podjęli odpowiednie zachowania i postawy zdrowotne. Aby mogli wypełnić swoje zadania w tym zakresie, powinni posiadać odpowiednie kwalifikacje i kompetencje. Pełnią one szczególnie istotną rolę w przypadku pacjentów niepełnosprawnych ruchowo. Należy pamiętać, że słabości polskiego systemu opieki zdrowotnej, w tym braki kadrowe, nadmierne obciążenie personelu medycznego, podwyższanie się średniej wieku personelu pielęgniarskiego, niski wskaźnik liczby pracowników medycznych na liczbę ludności w Polsce, trudności finansowe, sprzętowe i lokalowe placówek medycznych negatywnie oddziałują na bezpieczeństwo pacjenta – często w stopniu wyższym niż czynnik ludzki.

5.5. Zaplecze koncepcyjne i oddolne sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta

Pacjenci to członkowie organizacji, którzy dzięki swoim doświadczeniom rozumieją naturę bezpieczeństwa pacjenta. Jak inne grupy społeczne, charakteryzujące się podobnymi

⁷⁶⁹ Respondent wyjaśnił: „Działania personelu medycznego wykorzystują umiejętności, które wykraczają poza ich siłę fizyczną (o ograniczonym zasobie). Stosują różne metody. Korzystne dla niego jest właściwa pomoc (zachowanie, współdziałanie) pacjenta, dlatego dużym wyzwaniem dla tych pracowników jest sprawowanie opieki nad pacjentem z demencją. w rezultacie u personelu medycznego może wystąpić przemęczenie (brak sił), ponieważ muszą podejmować liczne zadania wymagające siły fizycznej, np. ułatwienie pacjentom zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, właściwego poziomu higieny (mycie w łóżku)” (GK).

⁷⁷⁰ Respondent przyznał: „Należy go nauczyć, co powinien robić w domu, aby nie dopuścić do ich wystąpienia. Zyskuje on także wiedzę o innych aspektach opieki i zachowań prozdrowotnych, jakie ma podjąć po hospitalizacji. w przeszłości pacjent z ograniczeniami ruchowymi dopiero w swoim domu odkrywał ciemną stronę swojej dysfunkcji, kiedy został sam z wyzwaniami” (PM).

cechami, celami i dążeniami, mogą się organizować, aby zwiększyć efektywność swojego działania. Dzięki samoorganizacji pacjenci mogą zoptymalizować dostęp do potrzebnych świadczeń opieki zdrowotnej, pomocy i wsparcia, a także zminimalizować braki takiej ochrony.

Sprzyjają temu procesy demokratyczne, idea społeczeństwa obywatelskiego, prawo obywateli do samoorganizowania się⁷⁷¹. W rezultacie pacjenci funkcjonują w warunkach państwa demokratycznego, w którym mogą (powinny) działać zróżnicowane stowarzyszenia i inne grupy społeczne, organizowane niezależnie od państwa⁷⁷². Obywatelom bowiem przyznano prawo do partycypacji w działania instytucji unijnych, państwowych i samorządowych. w ten sposób mogą nie tylko przeciwdziałać patologii władzy, ale przede wszystkim reprezentować małe zbiorowości, ich potrzeby i prawa. Ponadto samoorganizacja członków społeczeństwa przyczynia się do zapewnienia im społecznej pomocy i wsparcia, kiedy znajdują się w sytuacji trudnej.

W Polsce w 2020 roku Rzecznik Praw Pacjentów (RPP) powołał przy sobie Radę Organizacji Pacjentów⁷⁷³, złożoną z organizacji pozarządowych podejmujących działania na rzecz ochrony praw pacjenta i edukacji w zakresie tych praw. Ten organ uczestniczy w definiowaniu obszarów zagrożeń w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia oraz zapewnieniu wsparcia działaniom RPP. Jego zespół ds. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zajmuje się także bezpieczeństwem pacjenta⁷⁷⁴. WHO oraz Rzecznik Praw Pacjenta w Polsce doceniają wkład organizacji pacjentów w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta, dlatego w 2015 roku wdrożono inicjatywę WHO *Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjentów*, służącej ustaleniu polityki działania, promocji dobrych praktyk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w państwach członkowskich. Dążono do powstania nowej sieci rzeczników pacjentów, aby dzięki niej uzyskać poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjentów. Te działania miały związek z działalnością Sojuszu na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów, utworzonym w 2009 roku pod auspicjami WHO. Wówczas dostrzeżono, że bezpieczeństwo pacjentów to priorytetowy, globalny problem. Uznano

⁷⁷¹ A. Krasnowolski, *Spoleczeństwo obywatelskie i jego instytucje*, „Opracowania Tematyczne – OT” 2014 nr 627, s. 5-7, 11, 23-26.

⁷⁷² D. Szarżała, *Rola stowarzyszeń i organizacji pozarządowych we współczesnym społeczeństwie obywatelskim*, „Doctrina. Studia społeczno-polityczne” 2012 t. 9, nr 9, s. 262.

⁷⁷³ Zarządzenie nr 1/2020 z dnia 5 lutego 2020 r. w sprawie powołania i funkcjonowania Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta. [w:] <https://www.gov.pl> (Web) rpp|rada-organizacji-pacjentow (dostęp: 20.09.2022).

⁷⁷⁴ Rada .Organizacji Pacjentów, <https://www.gov.pl/web/rpp/rada-organizacji-pacjentow>, dostęp: 1.07.2022.

konieczność korzystania z doświadczeń i zaangażowania pacjentów na rzecz tego bezpieczeństwa na każdym poziomie opieki⁷⁷⁵.

W 2017 roku w Polsce funkcjonowało 5,3 tys. organizacji działających w obszarze ochrony zdrowia. Blisko tysiąc z nich skupia się na działalności na rzecz pacjentów, większość z nich to stowarzyszenia i ich jednostki terenowe. Doszło do ich powstania, ponieważ ich założyciele chcieli podzielić się swoimi doświadczeniami, wiedzą z innymi osobami w podobnym położeniu, podjąć wspólne działania, popularyzować wiedzę o chorobach, ich profilaktyce i sposobach leczenia, zapewnić psychologiczne wsparcie chorym i ich bliskim. Poza tym te organizacje angażują się w działania rzecznicze, aby nastąpiły systemowe zmiany w obszarze ich zainteresowania⁷⁷⁶.

Organizacje pacjentów skupiają się przede wszystkim na promocji zdrowia, profilaktyce i edukacji zdrowotnej, rehabilitacji i terapii (wsparciu finansowym), interwencjach kryzysowych i wsparciu psychologicznym, dystrybucji lub wsparciu finansowym na rzecz zakupów leków, materiałów, sprzętu medycznego, krwiodawstwie, ratownictwie medycznym. Poświęcają uwagę również kwestiom związanym z bezpieczeństwem pacjenta, chociaż zajmują się także opieką szpitalną lub ambulatoryjną, badaniami medycznymi⁷⁷⁷. W związku z tym angażują się w działania rzecznicze, dotyczące zmian systemowych w obszarze zainteresowania danej organizacji⁷⁷⁸. Polskie organizacje pacjentów biorą udział w kształtowaniu ochrony zdrowia na szczeblu krajowym i unijnym. Angażują się w narrację dotyczącą kluczowych kwestii związanych z tą ochroną. Wywierają wpływ na opinię publiczną, oddziałują na podejmowane decyzje administracyjne dotyczące refundowanych technologii lekowych i medycznych⁷⁷⁹.

5.6. Wnioski

Przeprowadzone badania służyły rozwiązaniu szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *Jakie są domeny i sposoby organizacji bezpieczeństwa pacjenta?*

⁷⁷⁵ Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjentów, za: <https://politykazdrowotna.com/arttykul/pacjenci-na-rzecz-bezpieczenstwa-pacjentow/844382>, dostęp: 1.07.2022.

⁷⁷⁶ Organizacje pacjentów w Polsce. Struktura, aktywności, potrzeby. Raport z badań 2017, za: Struktura-aktywnosci-potrzeby-raport.pdf, dostęp: 1.07.2022, s. 10.

⁷⁷⁷ Tamże, s. 24.

⁷⁷⁸ Tamże, s. 25.

⁷⁷⁹ E. Piotrowska, *Udział organizacji pacjentów w kształtowaniu polityki ochrony zdrowia w Polsce – „koszmar partycypacji” czy remedium na „deficyt demokracji”*, „Studia z Polityki Publicznej” 2020 nr 3, s. 52-53.

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.4. przypuszcza się, że bezpieczeństwo pacjenta jest tożsame z wyeliminowaniem lub znaczącym ograniczeniem występowania zdarzeń niepożądanych, stanowiących zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta. Ten stan ochrony zależy od systemu prawnego-organizacyjnego, pacjenta, opieki medycznej, jakiej został on poddany, oraz sposobów zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Bezpieczeństwo pacjenta stanowi dobro społeczne, w którego ochronę muszą być zaangażowane wskazane podmioty, a także - inne organizacje - w tym te zrzeszające pacjentów.*

W konsekwencji powyższego sformułowano następujące wnioski:

- bezpieczeństwo pacjenta to stan braku lub niskiego poziomu ryzyka niepożądanych zdarzeń w czasie sprawowania nad nim opieki zdrowotnej.
- bezpieczeństwo pacjenta to dobro personalne i społeczne, które należy chronić za pomocą dostępnych rozwiązań i środków, uwzględnieniem potrzeb pacjentów i możliwości systemu opieki zdrowotnej;
- w skład struktury bezpieczeństwa pacjenta wchodzi system prawny zapewniający pacjentowi prawo do ochrony zdrowia i gwarantujący mu prawa pacjenta, pacjent, system opieki zdrowotnej i system zgłaszania zdarzeń niepożądanych;
- możliwość uzyskania odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pacjenta to cel działań ustawodawcy i władzy wykonawczej, odpowiedzialnej za opracowanie i wdrożenie polityki zdrowotnej. Pierwszy z nich kreuje prawne ramy, dzięki którym możliwe stanie się zagwarantowanie społeczeństwu, jej członkom dostępu do świadczeń medycznych. Natomiast zadaniem władzy wykonawczej jest stworzenie systemu opieki zdrowotnej, który zapewni ludności możliwość wykorzystania nadanym jej praw w sferze zdrowia;
- zakres i poziom bezpieczeństwa pacjenta w dużej mierze zależy od dostępności i jakości świadczeń medycznych zapewnianych pacjentowi przez placówkę medyczną. Z tego powodu główna uwaga analiz tego bezpieczeństwa skupia się na tym jego elemencie. Aby osiągnąć optymalny poziom tej ochrony, placówka medyczna musi podjąć liczne działania zarządcze. Dzięki nim może ona dysponować optymalną infrastrukturą lokalową, technologiczną, kadrami o właściwych kwalifikacjach i kompetencjach, które stale doskonalą, a także wdrożyć i optymalizować stosowane normy, standardy i procedury postępowania

dla uzyskania najwyższej jakości oferowanych usług medycznych, cechujących się najwyższym poziomem bezpieczeństwa pacjenta i pracowników. A przy tym taki podmiot ma być zdolny do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w ramach dostępnego budżetu;

- w proces kształtowania bezpieczeństwa pacjenta są zaangażowane również organizacje zrzeszające pacjentów. Zapewniają one pomoc i wsparcie pacjentom: edukacyjne, psychologiczne, materialne i prawne. Podmioty te podejmują także działania, aby wdrożyć zmiany w systemie opieki zdrowotnej, dzięki którym zaspokoi on potrzebę bezpieczeństwa pacjentów.

6. POSTULATYWNY MODEL WSPARCIA BEZSILNOŚCI RUCHOWEJ PACJENTA

Dostrzeżenie potrzeb osób z dysfunkcją ruchu wymaga zapewnienia im pomocy i wsparcia, aby mogli wieść samodzielne, satysfakcjonujące życie i doświadczać oczekiwanego bezpieczeństwa. Wspomniana pomoc nie powinna ograniczyć się do działań leczniczych i rehabilitacyjnych, społecznego wsparcia. Musi uwzględnić rozwiązania techniczne, urządzenia, dzięki którym osoby niepełnosprawne będą zdolne do podjęcia codziennych czynności w ramach samoobsługi.

Przeprowadzone badania miały na celu rozwiązanie szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *W jaki sposób zaprojektowany systemowo manipulator powinien zaspokajać potrzeby osób z dysfunkcją ruchu?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowi podstawę weryfikacji hipotezy: *H.5 zakłada się, że osoby z dysfunkcją ruchu potrzebują dostępu do urządzenia, zapewniającego im większe poczucie samodzielności i bezpieczeństwa. Uczestnicy badania ankietowego i wywiadu eksperckiego najprawdopodobniej nie zetknęli się nigdy z urządzeniem podobnym do prototypu manipulatora. Oceny (ogólne i szczegółowe) urządzenia przez osoby z dysfunkcją ruchu nie będą zatem zależne od ich cech demograficzno-społecznych, ale potrzeb i stanu doświadczonych ograniczeń ruchowych.*

Dla uzyskania odpowiedzi na przedstawiony powyżej problem badaczy i możliwości weryfikacji przywołanej hipotezy posłużono się następującymi, teoretycznymi, metodami badawczymi:

- analiza – zastosowana głównie w badaniu literatury przedmiotu;
- synteza – użyta dla scalania wyników analizy w syntetyczną całość;
- analogia – zastosowana dla logicznego sformułowania wniosków;
- uogólnienie – użyte dla połączenia faktów dzięki podobieństwu przy wskazaniu tendencji lub dominujących cech bezpieczeństwa i jego przejawów;
- abstrahowanie – zastosowane do wyróżniania lub pominięcia określonych elementów, które stanowiły rezultat analizy literatury przedmiotu;
- dedukcja – wykorzystana dla uogólnienia opracowanych wniosków.

Ponadto posłużono się metodą empiryczną – sondażu diagnostycznego z techniką wywiadu.

6.1. Implementacja osób niepełnosprawnych w koncepcjach teoretycznych

Niepełnosprawność ruchowa należy do typów niepełnosprawności postrzeganej jako funkcjonalne ograniczenie organizmu w relacji do wymagań środowiska oraz społecznej sytuacji jednostki, obejmującej jej indywidualną biografię, życie rodzinne oraz relacje z innymi ludźmi⁷⁸⁰. Tak rozumiana niepełnosprawność stanowi konsekwencję choroby, uszkodzenia ciała czy umysłu, prowadząc do różnych ograniczeń doświadczanych przez osoby niepełnosprawne⁷⁸¹. Osoba niepełnosprawna cechuje się więc stanem fizycznym lub/i psychicznym, który okresowo lub trwale ogranicza albo uniemożliwia jej podejmowanie zadań życiowych, ról społecznych zgodnie z obowiązującymi normami społecznymi i prawnymi⁷⁸².

Osoby niepełnosprawne należy przystosować do codziennego funkcjonowania i podjęcia ról społecznych. Ten proces bywa różnie ujmowany w koncepcjach teoretycznych.

Scalony model niepełnosprawności uwzględnia ujęcie modelu medycznego i społecznego. Odmienne ujmują one niepełnosprawność, którą w pierwszym z nich jest problemem jednostkowym, a w drugim społecznym⁷⁸³.

W modelu medycznym osoba niepełnosprawna występuje w roli chorego (pacjenta), któremu schorzenie uniemożliwia pełnienie ról społecznych. Podmiotem oddziaływania staje się niepełnosprawna jednostka, ponieważ tylko ona jest podatna na zmiany. Stosowane wobec niej oddziaływania pomocowe są nakierowane na jej ciało i psychikę, aby uzyskać pożądane zmiany w jej indywidualnych wartościach⁷⁸⁴. Model medyczny niepełnosprawności może przyczynić się do wystąpienia negatywnych zjawisk takich jak: wykluczenie społeczne, trwałe ubóstwo, uzależnienie ekonomiczne od pomocy instytucyjnej (wyuczona bezradność)⁷⁸⁵. Natomiast w modelu społecznym niepełnosprawność ma charakter relatywny,

⁷⁸⁰ K. Wałęcka-Matyja, *Psychologiczne i społeczno-kulturowe determinanty postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin*, w: E. Zasepa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności*, WAPS, Warszawa 2013, s. 27.

⁷⁸¹ M. Giełda, *Pojęcie niepełnosprawności*, za: <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/84855/edition/79842?language=en>, dostęp: 1.09.2022, s. 21.

⁷⁸² Zob. A. Majewska, *Aktywizacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych i chorych psychicznie na przykładzie Ośrodka M.B. Uzdrawienie Chorych w Knurowie*, w: H. Marek, A. Zduniak (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. T. 2. Bezpieczeństwo żywności i w żywieniu – szanse i zagrożenia*, WWSB, Poznań 2015, s. 346; M. Szweda, *Dyskryminacja pozytywna osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy*, „Świat Idei i Polityki” 2021, t. 21, nr 2, s. 212.

⁷⁸³ M. Giełda, *Pojęcie niepełnosprawności*, dz. cyt., s. 23.

⁷⁸⁴ A. Twardowski, *Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna*, „Studia Edukacyjne” 2018 nr 48, s. 99-100.

⁷⁸⁵ B. Gąciarz, *Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej*, w: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, WAGH, Kraków 2014, s. 18.

ponieważ zależy od relacji osoby niepełnosprawnej z jej środowiskiem. Jednostka niepełnosprawna ruchowo może uzyskać sprawność, o ile będzie miała szansę podjąć różne działania. Jednak wymaga to zmian w jej otoczeniu materialnym i społecznym⁷⁸⁶. Model medyczny zakłada, że osoba doświadcza obniżenia sprawności i funkcjonowania organizmu w wyniku uszkodzenia narządów, dlatego nie może ona lub ma trudności z podejmowaniem ról społecznych. Takie trudności jednak można usunąć za pomocą leczenia i rehabilitacji jak również dzięki dostosowaniu fizycznego i społecznego otoczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych⁷⁸⁷. Tymczasem w modelu społecznym niepełnosprawność jest ujmowana jako zespół warunków fizycznych i społecznych, które stanowią źródło trudności i ograniczeń doświadczanych przez osoby niepełnosprawne w różnych wymiarach ich funkcjonowania. Kluczowe znaczenie mają również relacje tych osób ze społecznością lokalną⁷⁸⁸.

W modelu medycznym niepełnosprawność wymaga opieki medycznej, indywidualnego oraz profesjonalnego leczenia, a w modelu społecznym – integracji biopsychologicznej, działania społecznego oraz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności społecznej. Każdy ze wspomnianych modeli formułuje różne cele. w modelu medycznym obejmują one przystosowanie jednostki niepełnosprawnej do życia w społeczeństwie za pomocą wskazania jej właściwych zachowań, sprawowania nad nią odpowiedniej opieki, prowadzenie adekwatnej polityki zdrowotnej oraz stosowaniu indywidualnego podejścia do każdego przypadku. Natomiast celem modelu społecznego staje się wprowadzenie zmian w środowisku osoby niepełnosprawnej. Wymaga to kształtowania odpowiednich postaw społecznych, realizowanie praw człowieka wobec osób niepełnosprawnych, wdrożenie odpowiedniej polityki społecznej i promocja wymaganych zmian społecznych⁷⁸⁹. Scalony model niepełnosprawności służy implementacji osób niepełnosprawnych, uwzględnia wymiar jednostkowy (osoby niepełnosprawnej) i społeczny (jej otoczenie społeczne) tego procesu.

W teorii normalizacji, rozwiniętej w waloryzacji ról społecznych dominującą funkcję w procesie wspierania osób niepełnosprawnych przypisano wspólnotom rodzinnym i małym społecznościom lokalnym. To one mają przystosować jednostki niepełnosprawne do podjęcia ról społecznych. w rezultacie stosowane są zróżnicowane, nowe metody ich wspierania, dzięki czemu lepiej są one przystosowane do funkcjonowania w społeczeństwie i budowania relacji społecznych. Jednak nie w pełni przygotowują one

⁷⁸⁶ Tamże, s. 104.

⁷⁸⁷ F. Wojciechowski, S. Opozda-Suder, *Osobowe i społeczne następstwa niepełnosprawności: teoretyczne podstawy interpretacji*, „Niepełnosprawność” 2014 nr 16, s. 15-16.

⁷⁸⁸ K. Chrząszcz, *Funkcje asystenta studenta niepełnosprawnego w polskich uniwersytetach. Rozprawa doktorska*, WEiNoE UŚ, Cieszyn 2018, s. 14-15.

⁷⁸⁹ M. Gielda, *Pojęcie niepełnosprawności*, dz. cyt., s. 23.

osoby niepełnosprawne do samodzielności i nie wspierają ich udziału we wszystkich formach aktywności społecznej⁷⁹⁰.

W biopsychospołecznej koncepcji niepełnosprawności obejmującej ujęcie sfery biologicznej, społecznej i jednostkowej, to zjawisko jest ujmowane jako odchylenie od norm we wskazanych zakresach⁷⁹¹. Zakłada ona ingerencję w stan danej osoby niepełnosprawnej dzięki zapewnieniu jej profesjonalnej pomocy. Proces interwencyjny jest determinowany przez poziom niepełnosprawności obecny na poziomie uszkodzenia organizmu (odpowiednie zabiegi lecznicze, chirurgiczne), ograniczenia aktywności i indywidualnego działania (kompleksowa rehabilitacja) oraz ograniczenia uczestnictwa w życiu społecznym (zmiana środowiska społecznego i fizycznego)⁷⁹².

Podstawą socjopolitycznego modelu niepełnosprawności jest koncepcja, która nie wiąże uszkodzenia ciała lub umysłu z czynnikiem determinującym problemy osób z niepełnosprawnością. Zatem brak możliwości zaspokajania ich potrzeb przed społeczeństwem. w związku z tym niepełnosprawność utożsamia się z niekorzyściami lub ograniczeniami aktywności, których źródłem jest współczesna organizacja społeczeństwa. Taka zbiorowość bowiem nie uwzględnia potrzeb ludzi niepełnosprawnych fizycznie, co jest równoważne z ich wykluczeniem z głównego nurtu życia społecznego⁷⁹³. Zatem zmiany zachodzące w zbiorowości umożliwiają osobie niepełnosprawnej dostosowanie się do codziennego funkcjonowania i podejmowania ról społecznych.

Teorie i koncepcje niepełnosprawności wskazują zróżnicowane aspekty implementacji osób niepełnosprawnych. Niewątpliwie należy podjąć działania w każdej sferze ich funkcjonowania, aby mogły osiągnąć pełnię swojego istnienia i satysfakcję z życia.

6.2. Rodzaje unieruchomienia pacjenta i typowe następstwa

Przyczyną unieruchomienia pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu, czyli ograniczona sprawność kończyn (górnych lub/i dolnych) lub kręgosłupa⁷⁹⁴. Jest wywoływana przez różne przyczyny. Może być wrodzona lub nabyta, przejściowa lub trwała. Dysfunkcja ruchu bywa

⁷⁹⁰ B. Gąciarz, *Model społeczny niepełnosprawności...*, dz. cyt., s. 18-19.

⁷⁹¹ I. Fajfer-Kruczek, *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, WUŚ, Katowice 2015, s. 14-15.

⁷⁹² Zob. K. Chrzęszcz, *Funkcje asystenta studenta niepełnosprawnego...*, dz. cyt., s. 15-16; F. Wojciechowski, S. Opozda-Suder, *Osobowe i społeczne następstwa...*, dz. cyt., s. 17.

⁷⁹³ A. Tikhonov, *Zjawisko niepełnosprawności: od przeszłości do przyszłości*, w: A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, Temida 2, Białystok 2020, s. 33.

⁷⁹⁴ K. Pawłowska-Cypriasiak, M. Konarska, D. Żołnierczyk-Zreda, *Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Medycyna Pracy” 2013 nr 2, s. 227.

także objawem choroby. Pojęcie *dysfunkcja* bywa traktowane jako synonim dla terminu *niepełnosprawność*⁷⁹⁵, która jest kategorią cechującą się dużą złożonością i brakiem jednorodności. Stanowi ono źródło zróżnicowanych zagrożeń i trudności w codziennym życiu, nie obierając osobie niepełnosprawnej szansy na podejmowanie ról społecznych w sferze prywatnej i społecznej⁷⁹⁶.

Niepełnosprawność ruchowa należy do typów niepełnosprawności. Polska norma pozaustawowa wymienia ją w rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności⁷⁹⁷. Niepełnosprawność ruchowa obejmuje wszelkie zaburzenia narządu ruchu, wywołane przez wiele przyczyn i powodujące ograniczenie sprawności ruchowej⁷⁹⁸. Taka cecha powoduje, że jej posiadacze są zaliczani do osób z niepełnosprawnością fizyczną. Jednak jest to kategoria niepełnosprawności, do której zalicza się zarówno osoby z uszkodzeniami ruchu (niepełnosprawnością motoryczną) oraz z przewlekłymi chorobami wewnętrznymi⁷⁹⁹. Te pierwsze charakteryzują się występowaniem uszkodzenia lub zaburzenia, choroby narządu ruchu. Niekiedy niepełnosprawność ruchowa jest sprzężona z innymi rodzajem niepełnosprawności, np. sensoryczną czy psychiczną (umysłową)⁸⁰⁰.

Osoby niepełnosprawne ruchowo to ludzie, którzy cechują się ograniczoną sprawnością kończyn (dolnych lub górnych) lub kręgosłupa. Charakteryzują się dużym zróżnicowaniem, ze względu na przyczynę ich unieruchomienia, poziom sprawności i samodzielności⁸⁰¹. Występujące wśród nich różnice mają źródło w doświadczanych skutkach niepełnosprawności w związku z ich wiekiem, fazą życia i wcześniejszego stylu życia (tabela 6.1)⁸⁰².

⁷⁹⁵ G. Konieczny, Z. Wrzosek, *Wybrane dysfunkcje narządu ruchu*, https://emp0pwn0cdn0blob0ki.pzw10prod.static-osdw.pl/kipzwladdons/cd002e20/fragmenty_tekstu_230440100.pdf, dostęp: 1.09.2022, s. 51.

⁷⁹⁶ B. Górnicka, *Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w rolach rodzicielskich*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J* 2015 vol. 28, z. 1, s. 100.

⁷⁹⁷ *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz. U. 2003 nr 139 poz. 1328).

⁷⁹⁸ K. Pawłowska-Cyprysiak, M. Konarska, D. Żołnierczyk-Zreda, *Uwarunkowania jakości życia...*, dz. cyt., s. 227.

⁷⁹⁹ K. Chrząszcz, *Funkcje asystenta studenta niepełnosprawnego ...*, dz. cyt., s. 12.

⁸⁰⁰ J. Rzepowska, *Socjometryczne aspekty funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim. Rozprawa doktorska*, UMKM, Poznań 2011, s. 25-26.

⁸⁰¹ K. Pawłowska-Cyprysiak, *Uwarunkowania jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2011 nr 10, s. 7.

⁸⁰² P. Wolski, *Niepełnosprawność ruchowa. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa 2013, s. 10.

Tabela 6.1. Podział osób niepełnosprawnych ruchowo

Kryterium podziału	Podział
Przyczyny niepełnosprawności ruchowej	Niepełnosprawność spowodowana przez: uszkodzenie i braki anatomicznej struktury narządu ruchu; zaburzenia czynności motorycznej spowodowanej przez porażenie lub niedowład; deformację narządu ruchu
Rodzaj niepełnosprawności	Niepełnosprawność: zachowania, porozumiewania się, samoobsługi, lokomocyjna, dolnych ruchów ciała, zręczności, sytuacyjna, umiejętności wybiórczych, inna
Stopień niepełnosprawności	Niepełnosprawność: znaczna, umiarkowana, lekka
Okres życia, w którym występuje niepełnosprawność	Niepełnosprawność: od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa, nabyta (z powodu chorób, różnych wypadków i urazów, zmian wywołanych przez proces starzenia się i schorzenia wieku senioralnego)

Źródło: J. Rzempowska, *Socjometryczne aspekty funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim. Rozprawa doktorska*, UMKM, Poznań 2011, s. 26-27.

Niepełnosprawność ruchowa jak inne przypadki niepełnosprawności, może być spowodowana przez urazy, zatrucia i wypadki, choroby somatyczne, psychiczne, zakaźne i inwazyjne, szkodliwe warunki życia i pracy (np. styl życia, choroby zawodowe)⁸⁰³.

Osoby z dysfunkcją ruchu mogą poruszać się samodzielnie, o balkoniku, kulach czy na wózku inwalidzkim lub dzięki protezie. Można je podzielić ze względu na przyczynę niepełnosprawności, którą może być wada wrodzona, uraz neurologiczny, skok do wody, wypadek komunikacyjny lub inny czynnik. Osoby z dysfunkcją ruchu różnią się ze względu na umiejscowienie urazu. Może on dotyczyć kończyn (górných i dolnych, dolnych, górnych), głowy (uraz neurologiczny lub fizyczny), kręgosłupa (krzyżowego, lędźwiowego, piersiowego lub szyjnego)⁸⁰⁴. Niepełnosprawność ruchowa najczęściej jest wywołana przez wystąpienie dysfunkcji układu kostnego, stawowego, mięśniowego, naczyniowego czy nerwowego lub amputację czy braki w zakresie kończyn⁸⁰⁵. W paragrafie 5 wspomnianego rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 2003 roku wskazano przyczyny unieruchomienia pacjenta. Zaliczono do nich wady wrodzone i rozwojowe narządu ruchu, choroby tkanki łącznej, zapalenia stawów powiązane z zapleniam kręgosłupa, zwyrodnieniowe choroby stawów, nowotwory narządu ruchu, zmiany będące skutkiem urazu i epilepsję⁸⁰⁶. Niepełnosprawność ruchowa może być wrodzona lub nabyta, ta ostatnia wiąże się z zaadaptowaniem do nowej i trudnej sytuacji⁸⁰⁷. Osoby niepełnosprawne ruchowo bywają więc dzielone na te, u których występuje brak kończyn lub ich części, doszło

⁸⁰³ Tamże, s. 7.

⁸⁰⁴ J. Nowicka, M. Napierała, *Aktywność fizyczna pacjentów...*, dz. cyt., s. 27-28.

⁸⁰⁵ K. Wałęcka-Matya, *Psychologiczne i społeczno-kulturowe...*, dz. cyt., s. 27.

⁸⁰⁶ *Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności* (Dz. U. 2003 nr 139 poz. 1328).

⁸⁰⁷ Zob. S. Byra, *Procesy radzenia sobie i/a przystosowanie do życia z nabytą niepełnosprawnością ruchową*, w: E. Zasepa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności*, WAPS, Warszawa 2013.

do uszkodzenia stawów lub układu nerwowego lub systemu mięśni w części, która odpowiada za funkcjonowanie kończyn, czy wystąpiło nieprawidłowe uformowanie szkieletu (w okresie rozwoju płodowego lub w okresie rozwoju)⁸⁰⁸ (tabela 6.2).

Tabela 6.2. Główne grupy osób niepełnosprawnych ruchowo

Grupa osób niepełnosprawnych ruchowo	Opis grupy osób niepełnosprawnych ruchowo
Osoby nieposiadające kończyn lub ich części	Osoby po amputacjach (z powodu wypadków losowych lub chorób); osoby u których w okresie rozwoju płodowego nie wykształciły się poszczególne części ciała
Osoby z uszkodzeniem układu nerwowego lub systemu mięśni w części odpowiedzialnej za funkcjonowanie kończyn	Osoby chorujące na mózgowie porażenie dziecięce, chorobę Heinego-Medina, stwardnienie rozsiane, przepuklinę oponowo-rdzeniową, płasawicę, wylewy i guzy mózgu, gruźlicze zapalenie mózgu, urazy mechaniczne mózgu czy doświadczyły uszkodzenia rdzenia kręgowego w wyniku wypadku czy choroby (np. choroby nowotworowe)
Osoby cechujące się niepoprawnym uformowaniem szkieletu	Osoby dotknięte achondroplazją lub innymi rodzajami karłowatości; osoby, u których struktura szkieletu nie rozwinęła się prawidłowo z powodu chorób i niedoborów (np. w związku z krzywicą)
Osoby z uszkodzeniem stawów	Osoby, które uległy wypadkom (np. w wyniku uprawiania sportu); osoby, u których funkcjonowanie stawów została zakłócona przez degradację postępującą z wiekiem (np. zwichnięcie stawu biodrowego, zwyrodnienie stawu kolanowego), w wyniku chorób neurologicznych (np. zapalenie stawów)

Źródło: P. Wolski, *Niepełnosprawność ruchowa. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa 2013, s. 8.

Dokonuje się podziału niepełnosprawności na fizyczną (dotycząca narządu ruchu, upośledzenia motoryki ruchów: lokomocji lub/i manipulacji w wyniku wad wrodzonych lub urazu mechanicznego), sensoryczną (zaburzenie funkcjonowania narządów zmysłów) i psychiczną (zaburzenia psychiczne, percepcji, procesów intelektualnych i emocjonalnych, niedorozwój umysłowy)⁸⁰⁹. W innym ujęciu wyróżnia się następujące grupy niepełnosprawności ruchowej typu: uszkodzenia i braki w anatomicznej strukturze ruchu, zaburzenia czynności motorycznych w wyniku naruszenia anatomicznej struktury układu ruchu oraz deformacje narządu ruchu, które wywołują równoczesne zaburzenia czynności ruchowych⁸¹⁰ (tabela 6.3).

⁸⁰⁸ P. Wolski, *Niepełnosprawność ruchowa. Między...*, dz. cyt., s. 8.

⁸⁰⁹ J. Nowicki, M. Napierała, *Aktywność fizyczna pacjentów...*, dz. cyt., s. 6.

⁸¹⁰ J. Bugajska, K. Pawłowska-Cyprysiak, J. Kamińska, A. Stępień, A. Hadław (i in.), *Osoba z niepełnosprawnością ruchową w pracy. Poradnik dla pracodawców*, CIOP – PIB, Warszawa 2019, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/88311/Osoba_z_niepelnosprawnoscia_ruchowa_w_pracy-Poradnik_dla_pracodawcow.pdf, dostęp: 1.09.2022, s. 6.

Tabela 6.3. Grupy niepełnosprawności ruchowej

Grupa niepełnosprawności ruchowej	Opis
Uszkodzenia i braki w anatomicznej strukturze ruchu	Dotyczące całej kończyny lub jej części; obejmujące zniekształcenia, braki kości i mięśni kończy spowodowane przez uraz lub amputację
Zaburzenia czynności motorycznych w wyniku naruszenia anatomicznej struktury układu ruchu	To m.in. porażenia (całkowity brak ruchów czynnych w mięśniach w wyniku uszkodzenia układu nerwowego), niedowłady (częściowe upośledzenie ruchów czynnych, np. monopleksja – porażenie jednej kończyny; paraplesja – porażenie dwukończynowe; hemiplegia – porażenie jednej strony ciała; tetraplegia – porażenie wszystkich kończyn)
Deformacje narządu ruchu, które wywołują równoczesne zaburzenia czynności ruchowych	Ich najczęstszą przyczyną – zmiany w układzie kostnym (mogące być następstwem wad wrodzonych)

Źródło: J. Bugajska, K. Pawłowska-Cyprysiak, J. Kamińska, A. Stępień, A. Hadław (i in.), *Osoba z niepełnosprawnością ruchową w pracy. Poradnik dla pracodawców*, CIOP – PIB, Warszawa 2019, https://www.ciop.pl/CIOPortalWAR/file/88311/Osoba_z_niepelnosprawnoscia_ruchowa_w_pracy-Poradnik_dla_pracodawcow.pdf, dostęp: 1.09.2022, s. 6.

Osoby niepełnosprawne ruchowo bywają dzielone ze względu na stopień niepełnosprawności, który może być lekki, umiarkowany lub znaczny. w tym ostatnim przypadku potrzebują one sprzętu ortopedycznego⁸¹¹.

W wyniku unieruchomienia człowiek doświadcza licznych negatywnych skutków, które mają związek z zaburzeniem jego funkcjonowania. Obejmują one jego warunki życia, aktywność społeczną, kondycję psychiczną, poznawczą i fizyczną. Niepełnosprawność ruchowa przyczynia się do zaburzenia dotyku i czucia, lateralizacji (rozdzielania prawej i lewej strony), koordynacji ruchowej (np. brak współpracy obu rąk), motoryczne mowy, orientacji w przestrzeni, wykonywania celowych ruchów i poruszania się. Poza tym mogą u niej wystąpić kłopoty z chwytem precyzyjnym, współruchy (synkinezje), jak również problemy z integracją wrażeń napływających z różnych receptorów (integracją sensoryczną), trudności w przyjęciu prawidłowej pozycji ciała (głównie u dzieci z zaburzeniami rozwoju ruchowego)⁸¹².

Unieruchomienie, niepełnosprawność ruchowa może ograniczać możliwości codziennego, samodzielnego funkcjonowania człowieka i podejmowanie ról społecznych w sferze prywatnej, zawodowej i społecznej. Doświadcza braku tolerancji społecznej, skutków społecznych uprzedzeń i stereotypów osoby niepełnosprawnej. Osoba

⁸¹¹ K. Pawłowska-Cyprysiak, M. Konarska, D. Żołnierczyk-Zreda, *Uwarunkowania jakości życia...*, dz. cyt., s. 227.

⁸¹² P. Wolski, *Niepełnosprawność ruchowa. Między...*, dz. cyt., s. 9.

niepełnosprawna ruchowo musi zmierzyć się z własnymi ograniczeniami, co oddziałuje na jej funkcjonowanie emocjonalne, w tym na samoocenę⁸¹³.

Unieruchomienie pacjenta powoduje ograniczenie jego samodzielności i samoobsługi. Powstają warunki, które mają wpływ na ich percepcję bezpieczeństwa i przyczyniają się do obniżenia ich poczucia bezpieczeństwa.

Unieruchomienie pacjenta powoduje ograniczenie jego samodzielności i samoobsługi. Powstają warunki, które mają wpływ na ich percepcję bezpieczeństwa i przyczyniają się do obniżenia ich poczucia bezpieczeństwa.

Uczestnicy badania ankietowego odpowiedzieli na pytanie I.1 (zał. 1): *Czym dla Pana(i) jest bezpieczeństwo?* Mogli udzielić kilku odpowiedzi. Każda z opcji została ujęta autonomicznie.

Respondenci najczęściej byli zdania, że bezpieczeństwo jest tożsame z brakiem występowania zagrożeń i poczucia ich obecności (31,6%) (tabela 6.4). w związku z tym wiązali ten stan z poczuciem spokoju, pewności i wolności od tych zagrożeń czy skutków, jakie te wywołują (22,3%). Uczestnicy badania stali także na stanowisku, że bezpieczeństwo ma związek z ochroną przed ryzykiem i zagrożeniami (21,9%). Uważali, że ta wartość musi być chroniona, aby jednostka mogła funkcjonować. Z tego powodu uznali bezpieczeństwo za pierwotną i egzystencjalną potrzebę człowieka, grupy społecznej i społeczeństwa (20,0%). 4,3% osób było zdania, że bezpieczeństwo obejmuje swoim zakresem także inne zjawiska. Respondenci rozumieli więc złożoną naturę bezpieczeństwa. Postrzegali je jako priorytetową wartość, pożądany stan wolny do ryzyka i zagrożeń, który należy aktywnie utrzymywać i chronić.

Tabela 6.4. Istota bezpieczeństwa według respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Bezpieczeństwo to brak występowania zagrożeń oraz poczucia ich obecności.	68	31,6%
Bezpieczeństwo to poczucie spokoju, pewności i wolności od zagrożeń bądź skutków, jakie powodują.	48	22,3%
Bezpieczeństwo to ochrona przed ryzykiem i zagrożeniami.	47	21,9%
Bezpieczeństwo to pierwotna i egzystencjalna potrzeba człowieka, grupy społecznej i społeczeństwa.	43	20,0%
Inne	9	4,2%

Źródło: opracowanie własne.

⁸¹³ A. Bochniarz, *Samoocena osób niepełnosprawnych ruchowo pracujących zawodowo*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J” 2018 vol. 31, z. 2, s. 210.

Uczestnicy badania ankietowego odpowiedzieli na pytanie I.2 (zał. 1): *Czym dla Pana(i) jest bezpieczeństwo osobiste?* Mogli udzielić kilku odpowiedzi. Każda z opcji została ujęta autonomicznie.

Tabela 6.5. Istota bezpieczeństwa osobistego według respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Bezpieczeństwo osobiste obejmuje ochronę wartości człowieka typu: życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swoboda przekonań, poglądów i prawo do pracy	62	32,3%
Bezpieczeństwo osobiste to stan wolności człowieka od zagrożeń i negatywnych przeżyć	52	27,1%
Bezpieczeństwo osobiste to ochrona interesów jednostki i zapewnienie jej pomocy przez stosunki społeczne, system prawny i gotowość państwa do pojęcia działania	40	20,8%
Bezpieczeństwo osobiste to stan pewności przetrwania i szansę na samorealizację za sprawą podejmowania różnych form aktywności	30	15,6%
Inne	8	4,2%

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci utożsamiali bezpieczeństwo osobiste z ochroną wartości, które są najcenniejsze dla człowieka (tabela 6.5). Obejmują one: życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swoboda przekonań, poglądów i prawo do pracy (32,3%). Tak rozumiane bezpieczeństwo zdaniem uczestników badania, wymaga zapewnienia jednostce ochrony jej interesów i pomocy. Takie wsparcie powinny jej zagwarantować stosunki społeczne, system prawny i państwo, które musi być gotowe do pojęcia adekwatnego działania (20,8%). Respondenci byli przekonani, że bezpieczeństwo osobiste jest stanem wolności od zagrożeń i negatywnych przeżyć (27,1%), a także pewności przetrwania i szansą na samorealizację za sprawą podejmowania różnych form aktywności (15,6%). 4,2% osób było zdania, że ten rodzaj bezpieczeństwa obejmuje swoim zakresem także inne zjawiska.

Uczestnicy badania lokowali bezpieczeństwo osobiste wśród głównych, przyrodzonych wartości człowieka. Widzieli w nim warunek rozwoju, funkcjonowania i osiągnięcia optimum zadowolenia przez jednostkę. Z tego powodu respondenci uważali, że bezpieczeństwo osobiste należy chronić przed zagrożeniami i ryzykiem. Aby zapewnić ten stan człowiekowi, jego dążenie do tego bezpieczeństwa musi być wspierane, chronione i zapewniane także przez jego otoczenie społeczne i państwo.

Uczestnicy badania ankietowego odpowiedzieli na pytanie I.3 (zał. 1): *Czy czuje się Pan(i) bezpieczny(a)?*

Większość respondentów czuło się bezpiecznie (tabela 6.6). w ten sposób łącznie odpowiedziało 74,1% osób. Wybrały one opcje: *tak* (26,8%), *raczej tak* (26,8%)

oraz *zdecydowanie tak* (15,2%). Bezpieczeństwa nie doświadczało łącznie 31,3% uczestników badania. Wybrali oni odpowiedzi *raczej nie* (25,9%) oraz *nie* (5,4%).

Tabela 6.6. Doświadczenie bezpieczeństwa przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie	6	5,4
Raczej nie	29	25,9
Raczej tak	30	26,8
Tak	30	26,8
Zdecydowanie tak	17	15,2
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania ankietowego odpowiedzieli na pytanie II.4 (zał. 1): *Czy doświadcza Pan(i) zagrożeń dla swojego bezpieczeństwa?*

Łącznie 65,2% respondentów odpowiedziało przecząco (tabela 6.7). Wybrali odpowiedzi *raczej nie* (29,5%), *nie* (19,6%) oraz *zdecydowanie nie* (16,1%). Łącznie 35,8% pytanych osób doświadczało zagrożeń dla własnego bezpieczeństwa. Wskazały one odpowiedzi: *tak* (21,4%), *raczej tak* (11,6%) oraz *zdecydowanie tak* (1,8%).

Tabela 6.7. Doświadczenie zagrożeń dla swojego bezpieczeństwa przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Zdecydowanie tak	2	1,8
Tak	24	21,4
Raczej tak	13	11,6
Raczej nie	33	29,5
Nie	22	19,6
Zdecydowanie nie	18	16,1
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci, biorący udział w badaniu ankietowym, odpowiedzieli na pytanie 1.5 (zał.1): *Jeżeli doświadcza Pan(i) zagrożeń dla swojego bezpieczeństwa – to o jakim charakterze?*

Większość uczestników badania wskazało charakter doświadczanych zagrożeń dla ich bezpieczeństwa (tabela 6.8). Nie zrobiło tego 38,4% pytanych osób.

Tabela 6.8. Charakter doświadczanych przez respondentów zagrożeń bezpieczeństwa

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	43	38,4
Choroby	28	25,0
Katastrofy komunikacyjne	13	11,6
Zagrożenie cybernetyczne	11	9,8
Zagrożenia cywilizacyjne	11	9,8
Zagrożenia w okolicach miejsca zamieszkania - patologie społeczne	6	5,4
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania zaliczyli do zagrożeń swojego bezpieczeństwa przede wszystkim choroby (25,0%). w dalszej kolejności wymienili katastrofy komunikacyjne (11,6%) oraz zagrożenia cybernetyczne (9,8%), cywilizacyjne (9,8%) i patologie społeczne w ich miejscu zamieszkania (9,8%).

Poproszono respondentów (I.7 (zał. 1)), aby: *Jeżeli to możliwe – proszę uzasadnić wystawioną przez Pana(ią) ocenę własnego poziomu bezpieczeństwa.*

Ponad połowa uczestników badania uzasadniła swoją ocenę własnego poczucia bezpieczeństwa (tabela 6.9).

Tabela 6.9. Uzasadnienie respondentów własnej oceny swojego poczucia bezpieczeństwa

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	31	27,7
Brak napotkanych zagrożeń	4	3,6
Wystawiona ze względu na własne doświadczenie	39	34,8
Osoba z dysfunkcją, która nie może funkcjonować samodzielnie	24	21,4
Ze względu na brak pomocy dla osób niepełnosprawnych ze strony państwa	13	11,6
Niebezpieczeństwo w okolicach miejsca zamieszkania - patologie społeczne	1	0,9
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Odpowiedzi nie udzieliło 27,7% respondentów, a kolejne 3,6% osób nie napotkało takiego ryzyka. Pozostali uczestnicy badania wyjaśnili, że na ich ocenę własnego poczucia bezpieczeństwa oddziaływały czynniki typu: wcześniejsze doświadczenia (34,8%), brak możliwości samodzielnego funkcjonowania przez osobę z dysfunkcją ruchu (21,4%), brak pomocy ze strony państwa dla osób niepełnosprawnych (11,6%) oraz patologie społeczne w miejscu zamieszkania podnoszące poczucie zagrożenia bezpieczeństwa (0,9%).

Respondenci, biorący udział w badaniu ankietowym, odpowiedzieli na pytanie 1.8 (zał.1): *W jaki sposób można poprawić, Pana(i) zdaniem, poziom poczucia własnego bezpieczeństwa?*

47,3% osób nie udzieliło odpowiedzi (tabela 6.10). Pozostali respondenci przedstawili swoje propozycje.

Tabela 6.10. Sposoby poprawienia poziomu własnego poczucia bezpieczeństwa według respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	53	47,3
Państwo powinno wspomagać osoby niepełnosprawne w zakupie niezbędnego sprzętu	22	19,6
Państwo powinno refundować leki	17	15,2
Państwo powinno finansowo pomagać osobą niepełnosprawnym	9	8,0
Policja powinna kontrolować miejsca występowania patologii społecznych	8	7,1
Więcej kontroli drogowych	2	1,8
Policja powinna pieszo patrolować ulice	1	0,9
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Dotyczyły one przede wszystkim zintensyfikowania działań państwa i jego instytucji. Uczestnicy badania stali na stanowisku, że ich własne poczucie bezpieczeństwa byłoby wyższe, gdyby państwo skuteczniej wspierało osoby niepełnosprawne w zakupie niezbędnego sprzętu (19,6%) i leków (15,2%), a także efektywniej pomagało im finansowo (8,0%). Respondenci oczekiwali większego zaangażowania Policji, aby nastąpiło ograniczenie patologii społecznej w lokalnej społeczności (7,1%) także za sprawą zintensyfikowania patroli ulicznych (0,9%), jak również zagrożeń komunikacyjnych dzięki zwiększeniu liczby kontroli drogowych (1,8%).

Respondenci odpowiedzieli na (pyt. I.1, zał. 1): *Proszę określić, jak ocenia Pan(i) poziom własnego bezpieczeństwa.* W tym celu posłużyli się skalą ocen od 0 do 5, w którym opcja 0 oznaczała brak poczucia bezpieczeństwa, a ocena 5 – bardzo wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa. Średnia ocen wyniosła 3,13 punktu, a mediana – 3,00 punkty przy odchyleniu standardowym 1,018. Respondenci wybrali oceny od 1 do 5. Średnio doświadczali średniego poziomu poczucia bezpieczeństwa.

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi respondentów oceniono odczuwany przez nich poziom poczucia bezpieczeństwa (tabela 6.11). U 43,8% osób okazał się on wysoki,

a u kolejnych 40,2% pytanym – średni. W przypadku 16,1% respondentów – ich poziom poczucia bezpieczeństwa okazał się niski.

Tabela 6.11. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	18	16,1
Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	45	40,2
Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	49	43,8
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Zestawiono dane o poziomie poczucia bezpieczeństwa respondentów z wybranymi ich cechami demograficznymi. Wykazano, że to poczucie nie było determinowane przez płeć uczestników badania (tabela 6.12). Ta relacja nie była istotna statystycznie ($p=0,807$).

Tabela 6.12. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich płeć

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	10	8	18
		%	17,9%	14,3%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	23	22	45
		%	41,1%	39,3%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	23	26	49
		%	41,1%	46,4%	43,8%
Ogółem		N	56	56	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,062	0,428 ^a	2	0,807	0,822 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Brak statystycznie istotnej korelacji dotyczył także związku poziomu poczucia bezpieczeństwa przez respondentów z ich wiekiem ($p=0,328$) (tabela 6.13), wykształceniem ($p=0,554$) (tabela 6.14), sytuacją materialną ($p=0,136$) (tabela 6.15), formą zamieszkania ($p=0,191$) (tabela 6.16), rodzajem funkcjonalności dłoni ($p=0,447$) (tabela 6.17).

Tabela 6.13. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich wiek

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	3	6	5	2	2	18
		%	17,6%	24,0%	13,5%	8,0%	25,0%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	6	10	13	15	1	45
		%	35,3%	40,0%	35,1%	60,0%	12,5%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	8	9	19	8	5	49
		%	47,1%	36,0%	51,4%	32,0%	62,5%	43,8%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,032	0,086	0,369	0,712	0,707 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,202	9,177 ^a	8	0,328	0,330 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.14. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich wykształceniem

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	1	3	6	8	18
		%	50,0%	13,6%	11,8%	21,6%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	0	9	24	12	45
		%	0,0%	40,9%	47,1%	32,4%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	1	10	21	17	49
		%	50,0%	45,5%	41,2%	45,9%	43,8%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,015	0,086	-0,169	0,866	0,855 ^c		
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,148	4,922 ^a	6	0,554	0,575 ^b		
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.15. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich sytuacja materialna

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	3	11	2	1	1	18
		%	27,3%	20,0%	5,4%	14,3%	50,0%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	5	21	17	2	0	45
		%	45,5%	38,2%	45,9%	28,6%	0,0%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	3	23	18	4	1	49
		%	27,3%	41,8%	48,6%	57,1%	50,0%	43,8%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,136	0,081	1,691	0,091	0,082 ^c			
współczynnik	wartość	błąd stand.	przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,191	8,165 ^a	8	0,418	0,414 ^b			
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.16. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a forma zamieszkania

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	2	16	18
		%	40,0%	15,0%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	1	44	45
		%	20,0%	41,1%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	2	47	49
		%	40,0%	43,9%	43,8%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,147	2,412 ^a	2	0,299	0,374 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.17. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a rodzaj funkcjonalności dłoni

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	18	0	18
		%	17,1%	0,0%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	41	4	45
		%	39,0%	57,1%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	46	3	49
		%	43,8%	42,9%	43,8%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,125	1,736 ^a	2	0,420	0,447 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano, że zachodziła istotna statystycznie zależność między poziomem poczucia bezpieczeństwa uczestników badania a ich miejscem zamieszkania ($p=0,036$). Mieszkańcy wsi wyżej oceniali swój poziom bezpieczeństwa niż uczestnicy badania, którzy mieszkali w mieście (tabela 6.18).

Tabela 6.18. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich miejsce zamieszkania

		Miejsce zamieszkania		Ogółem	
		Miasto	Wieś		
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	16	2	18
		%	21,6%	5,3%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	31	14	45
		%	41,9%	36,8%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	27	22	49
		%	36,5%	57,9%	43,8%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,249	6,970 ^a	2	0,031	0,036 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Ustalono, że zachodziła istotna statystycznie zależność między poziomem poczucia bezpieczeństwa uczestników badania a korzystaniem przez nich z pomocy innych osób (tabela 6.19).

Tabela 6.19. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a korzystanie przez nich z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności

		Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem	
		Tak	Nie		
Poziom poczucia bezpieczeństwa	Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	N	3	15	18
		%	5,9%	24,6%	16,1%
	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	N	25	20	45
		%	49,0%	32,8%	40,2%
	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	N	23	26	49
		%	45,1%	42,6%	43,8%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
V Kramera	0,266	7,909 ^a	2	0,019	0,020 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci, którzy korzystali z tego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności, częściej od pozostałych uczestników badania charakteryzowali się średnim poziomem

bezpieczeństwa, a także rzadziej – niskim poziomem poczucia bezpieczeństwa. Z kolei wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa pytanych osób był porównywalny w grupach, w których badani korzystali bądź nie korzystali z pomocy innych. Współczynnik zależności jest istotny statystycznie ($p=0,020$) oraz odznacza się dość wyraźną siłą związku.

W wyniku unieruchomienia człowiek staje się zależny od pomocy innych ludzi. W rezultacie jego ograniczenia ruchowe oddziałują na ich potencjał i zakres zadań, jakie muszą podejmować, aby zapewnić im właściwą opiekę. Niepełnosprawność ruchowa człowieka stanowi wyzwanie także dla osób, które zapewniają jej wsparcie i pomoc.

W czasie wywiadu eksperci odpowiedzieli na pytanie 6 (zał. 2): *Które w Pana/Pani ocenie, rodzaje unieruchomienia pacjenta są dla opiekującego się nim personelu medycznego (również opiekunów zewnętrznych) najtrudniejsze?*

Respondenci wskazali najtrudniejsze rodzaje unieruchomienia, stanowiące największe wyzwanie dla personelu medycznego i opiekunów zewnętrznych zajmujących się unieruchomionym pacjentem. Za najbardziej wymagający rodzaj unieruchomienia uznano dysfunkcje o podłożu neurologicznym (AZ), przypadki demencji⁸¹⁴ (GK) czy przypadek sprawowania opieki nad *leżącym pacjentem, szczególnie kiedy jest on porażony lub ma nadwagę*⁸¹⁵ (MP). W ocenie respondentów najtrudniejsze rodzaje unieruchomienia dla personelu medycznego i opiekunów zewnętrznych obejmują opiekę *nad pacjentami neurologicznymi (hemiplegia poudarowe), z tetraplegią poudarową (porażenie wszystkich kończyn), diplegią (porażenie dwóch kończyn: dolnych lub górnych; mające źródło, np. w skokach spadochronowych, urazach na poligonie), monoplegią (przy zapaleniach opon mózgowych, rdzenia, oraz różnego rodzaju przerwanych rdzeniach), a także z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego wraz z rdzeniem (AZ).*

Podsumowując, dysfunkcje ruchu znacząco ograniczają codzienne funkcjonowanie i społeczną aktywność osób niepełnosprawnych. Obniżają ich samodzielność, samoocenę i jakość życia. Osoby z dysfunkcją ruchu często potrzebują pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, co może negatywnie oddziaływać na ich poczucie bezpieczeństwa. Jednak badania ankietowe przeprowadzone wśród niepełnosprawnych respondentów nie wykazały, aby większość tych osób doświadczało średniego i wysokiego poczucia bezpieczeństwa. Często nie doświadczały zagrożeń, ale byli świadomi, że w ich przypadku

⁸¹⁴ Problemy, z jakimi mierzy się personel medyczny i opiekunowie zewnętrzni, „narastają, kiedy taka osoba ma większą masę ciała i wykazuje skłonność do tycia”. Wówczas u osób niosących pomoc wzrasta ryzyko przeciążenia i urazów (GK).

⁸¹⁵ Zwrócono uwagę, że „W szpitalu każde działanie nakierowane na taką osobę wymaga zaangażowania trzech członków personelu medycznego. Dwie osoby podnoszą pacjenta, trzecia – zmienia prześcieradło” (PM).

ryzyko ma źródło w ich niepełnosprawności. Nie mogli sami zaspokajać swoich potrzeb i byli zależni od pomocy innych ludzi. Uczestnicy badania częściej uważali, że zagrażały im choroby niż katastrofy komunikacyjne, zagrożenia cybernetyczne i cywilizacyjne oraz patologie społeczne. Jednak oczekiwali, że państwo i jego instytucje zapewnią im wyższy poziom bezpieczeństwa publicznego oraz większe wsparcie adresowane do osób niepełnosprawnych.

6.3. Metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo

W procesie rehabilitacji (kinezyterapii) osób niepełnosprawnych ruchowo ważną rolę pełni aktywność fizyczna. Celem stają się prewencja, zmniejszenie zakresu niepełnosprawności oraz adaptacja. w ramach prewencji podejmowane są działania aby zapobiec skutkom chorób i zmianom, które mogą prowadzić do znaczących uszczerbków fizycznych. W celu zmniejszenia zakresu niepełnosprawności ruchowej dąży się do przyspieszenia procesu kompensacji, rehabilitacji i regeneracji. Rehabilitacja adaptacyjna wspiera przystosowanie osoby niepełnosprawnej do nowych warunków⁸¹⁶.

W 2017 roku na zlecenie PFRON przeprowadzono *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*. Wykazało ono, że w czołówce potrzeb tych osób znalazły się zdrowie (7%) oraz rehabilitacja fizyczna (6%). Rehabilitacja fizyczna była priorytetowa dla 9% takich respondentów. Znalazła się ona w grupie od 3 do 5 takich potrzeb w przypadku od 19% do 27% osób z dysfunkcją ruchu. Rehabilitacja fizyczna zajęła czwartą pozycję wśród ich potrzeb.

Aktywność fizyczna zapobiega dynamice rozwoju chorób przewlekłych, stanowi jedną z głównych metod leczniczych, aby zapobiec temu procesowi⁸¹⁷. Ma to istotne znaczenie w przypadku seniorów⁸¹⁸, jak również dla osób z dysfunkcjami ruchu czy niepełnosprawnych ruchowo. w ich przypadku aktywność fizyczna powinna mieć charakter profilaktyczno-leczniczy, a także uwzględniać większą u kobiet niż u mężczyzn skłonność do pasywności

⁸¹⁶ J. Nowicki, M. Napierała, *Aktywność fizyczna pacjentów...*, dz. cyt., s. 8.

⁸¹⁷ Zob. E. Bulicz, I. Murawow, A. Parchomenko, *Pandemia hipokinezy i prozdrowotne możliwości aktywności fizycznej*, „Young Sport Science of Ukraine” 2008 vol. 3.

⁸¹⁸ Zob. M. Zawadzka, M. Tuzimek, M. Lewicka, A. Buczyński, G. Henrykowska, *Aktywność ruchowa osób w wieku 60-69 lat*, „Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku” 2018 nr 37, s. 74; E. Piechowska, *Wpływ fizjoterapii na sprawność fizyczną i psychiczną osób w podeszłym wieku*, w: M. Kilan, E. Śmiechowska-Petrovskij (red.), *Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości*, Impuls, Kraków 2014.

ruchowej⁸¹⁹. Powinna wykorzystywać naturalny, umiarkowany ruch, który umożliwi pacjentowi zachowanie optymalnej kondycji fizycznej. To wymaga dostosowania użytych metod i środków⁸²⁰.

Osoby niepełnosprawne ruchowo należy zmotywować do podejmowania aktywności fizycznej. Ich motywacje cechują się dużym zróżnicowaniem. Zalicza się do nich: potrzebę samorealizacji i współzawodnictwa, motyw aktywnościowo-hedonistyczny, motyw relaksowo-katareptyczny, potrzeby zdrowotno-higieniczne. Dzięki aktywności ruchowej osoba niepełnosprawna ruchowo zyskuje szansę na zwiększenie własnej samodzielności i podnosi samoocenę, efektywności procesu leczniczego, wystąpienie motywacji usprawniającej. Ruch stanowi środek terapeutyczny i wychowawczy. Pozwala się zrelaksować i zabawić, dzięki czemu zyskuje ona dystans wobec swojego kalectwa⁸²¹.

W procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo stosowane są różne rodzaje fizjoterapii. Można je podzielić na kinezyterapię (ruch to podstawowy środek leczniczy, stosowane bodźce kinetyczne), fizjoterapię (stosowane bodźce fizykalne sztucznie wytworzone i naturalne), hydroterapię (wpływ wody na ustrój; stosowane kąpiele wodne: strefowe, wirowe, perełkowe), masaż leczniczy (stosowane bodźce mechaniczne), balneoterapię (używane naturalne składniki lecznicze, np. wody mineralnej, borowiny, gazowych składników wód i powietrza; kąpiele solankowe, kwasowęglowe, siarkowodorowe), klimatoterapię (stosowane bodźce klimatyczne) i terapię manualną (stosowane bodźce kinetyczne i mechaniczne)⁸²².

W ramach kinezyterapii wykorzystuje się ugule, łóżka pionizacyjne, fotele do ćwiczeń oporowych, rotory, parapodia, stoły rehabilitacyjne, balkoniki, poręcze do nauki chodzenia, schody z rampą. Stosuje się liczne przyrządy i przybory wykorzystywane w czasie ćwiczeń manualnych. w ramach kinezyterapii ogólnej ćwiczący podejmuje ćwiczenia ogólnousprawniające i uprawia sport dostosowany do osób niepełnosprawnych ruchowo. Poza tym bierze udział w wyspecjalizowanych ćwiczeniach. Dzieli się je na bierne (aktywność terapeuty, brak udziału ćwiczącego), czynno-bierne (aktywność terapeuty, udział ćwiczącego), samowspomagane (wykorzystanie sprawnej kończyny przez ćwiczącego), czynne (aktywność ćwiczącego podwieszono w ugulu), czynne wolne (aktywność

⁸¹⁹ A. Knapik, E. Saulicz, J. Rottermund, A. Myśliwiec, T. Wolny, M. Saulicz, J. Witanowska, A. Warmuz-Wancisiewicz, *Wiek jako determinanta aktywności ruchowej i jej barier – kinezyfobii mieszkańców południowej Polski*, za: Knapikpraca-Ukraina.pdf, dostęp: 26.07.2022, s. 10.

⁸²⁰ T. Pasek, J. Pasek, A. Witiuk-Misztalska, A. Sieroń, *Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska” 2011 nr 2, s. 69.

⁸²¹ Tamże, s. 9.

⁸²² Tamże, s. 17-18.

ćwiczącego pod kierunkiem terapeuty), czynne oporowe (stosowanie oporu dostosowanego do możliwości ćwiczącego), prowadzone. Stosuje się także inne formy ćwiczeń, wśród których są: pionizacja, nauka chodzenia, ćwiczenia i wyciągi redresyjne, ćwiczenia: synergiczne, oddechowe, relaksacyjne, czynności samoobsługowe. w ramach kinezyterapii stosuje się różne metody. Obejmują one metodę P.N.F., Bobathów, Vojty, klawiterapii, kinezjotapingu⁸²³.

W czasie fizykoterapii dąży się do pobudzenia procesu biologicznego za pomocą bodźców termicznych, pola magnetycznego, prądu, światła i ultradźwięków. Stosowana jest więc elektroterapia (galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy: DD diadynamiczne, Tens, TensBurst, interferencyjne, Traberta czy Kotza), krioterapia (miejscowa lub ogólna), laseroterapia, ciepłolecznictwo⁸²⁴.

Elementem rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo jest także hydroterapia. Jej stosowanie wymaga specjalnie przygotowanego basenu czy wanien terapeutycznym i wirowych. w skład infrastruktury basenu muszą wchodzić poręcze do ćwiczeń, dźwig transportowy. Wanny terapeutyczne umożliwiają kąpiele z podwodnym masażem: całościowym, strefowym lub perełkowym, a wanny wirowe – miejscowe masaże kończyny górnej lub dolnej⁸²⁵.

Uczestnicy badania ankietowego odpowiedzieli przecząco na pytania: *Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek do czynienia z manipulatorem, który ułatwiałby wykonywanie czynności wspierających ruch ręki bądź tylko samej dłoni?* (pytanie II.1, zał. 1), *Czy wcześniej używał(a) Pan(i) manipulatorów, wspierających wykonywanie czynności ręki czy dłoni?* (pytanie II.2, zał. 1), *Czy nadal korzysta Pan(i) z manipulatorów wspierających ruchy kończyny górnej?* (pytanie II.5, zał. 1). Nie udzielili również odpowiedzi na pytania: *Z ilu manipulatorów wspierających ruch kończyny górnej Pan(i) korzystał(a)?* (pytanie II.3, zał. 1), *Jakie typu i rodzaju były(są) to manipulatory?* (pytanie II.4, zał. 1), *Jakie zalety, Pana(i) zdaniem, mają manipulatory wspierające ruchy kończyny górnej?* (pytanie II.6, zał. 1), *Jakie wady, Pana(i) zdaniem, mają manipulatory wspierające ruchy kończyny górnej?* (pytanie II.7, zał. 1).

Uczestnicy badania nie mieli więc żadnych, wcześniejszych doświadczeń z manipulatorami, które wspierają ruch kończyny górnej. Nie znali takich urządzeń, ani ich nie stosowali.

⁸²³ Tamże, s. 18-21.

⁸²⁴ Tamże, s. 21-22.

⁸²⁵ Tamże, s. 22-23.

Uczestnicy wywiadu eksperckiego udzieli odpowiedzi na pytanie 7 (zał. 2): *Czy według Pana/Pani wiedzy, dotychczas stosowane metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo, są wystarczające? Jeżeli nie, to czego zakresowo, w Pana/Pani ocenie im brakuje?*

Respondenci różnie ocenili poziom wystarczalności metod terapeutycznych i narzędzi stosowanych w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo. Uznano ten poziom za dostateczny (AZ), niewystarczający (GK, PM). Pierwszą ocenę powiązano z systemowym charakterem stosowanych metod terapeutycznych i narzędzi, które nie uwzględniały *indywidualnych cech i potrzeb pacjenta* (AZ). W rezultacie zastosowane oddziaływania nie mają holistycznego charakteru, mimo że powinny one *przebiegać wielokierunkowo* ze szczególnym uwzględnieniem minimalizacji dysfunkcji narządu ruchu (AZ). Niewystarczającą ocenę wystarczalności metod terapeutycznych i narzędzi stosowanych w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo powiązano także z ograniczonym dostępem pacjentów do łóżek rehabilitacyjnych i wózków elektrycznych. W rezultacie niewielu z nich ma je w swoich domach. Przeszkodą jest ich cena pomimo programów pomocowych, o których jednak trzeba wiedzieć i umieć z nich skorzystać (GK). Na niewystarczającą ocenę wystarczalności omawianych metod terapeutycznych i narzędzi stosowanych wpłynął także ograniczony dostęp osób z dysfunkcjami ruchu do rehabilitacji w domu oraz narzędzi wspierających ich codzienne funkcjonowanie⁸²⁶. W rezultacie problemem są znaczące braki w tym zakresie (PM).

W czasie wywiadu eksperckiego odpowiedzieli na pytanie 8 (zał. 2): *Czy w Pana/Pani ocenie stosowane w rehabilitacji osób ograniczonych ruchowo narzędzia terapeutyczne powinny być maksymalnie uproszczone, czy przeciwnie - nasycone nowoczesnymi rozwiązaniami technicznymi?*

Respondenci byli przekonani, że narzędzia terapeutyczne przeznaczone do rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo powinny cechować się łatwością obsługi. Zatem powinny być maksymalnie uproszczone (AZ, KG, PM), aby mogły posługiwać się nimi osoby w różnym wieku oraz odmiennym zakresie dysfunkcji ruchu (GK). Dla osób młodszych i bardziej sprawnych atrakcyjniejsze mentalnie, manualnie i fizycznie mogą być bardziej złożone, innowacyjne narzędzia (GK). Dążenie do prostoty i łatwości użytkowania urządzenia nie wyklucza jego technologicznego zaawansowania (AZ, PM). Połączenie tych obu cech

⁸²⁶ Według jednego z uczestników wywiadu: „W swojej praktyce zawodowej nie spotkałem się (poza wózkami inwalidzkimi) z narzędziami, które pomagałyby pacjentowi ograniczonemu ruchowo w codziennym funkcjonowaniu” (PM).

może spowodować, że urządzenie będzie *charakteryzować się zdolnością realizacji różnych celów i zaspokajania wielu potrzeb pacjentów (AZ)*.

Uczestnicy wywiadu eksperckiego udzieli odpowiedzi na pytanie 9 (zał. 2): *Jak często zdarza się wprowadzanie nowych narzędzi, wspomagających w różnorodny sposób osoby wykazujące różnorodne dysfunkcje, w zakresie sprawności ruchowej?*

Respondenci nie zajęli jednoznacznego stanowiska wobec tej kwestii. Większość z nich uważało, że rzadko lub bardzo rzadko zdarza się wprowadzanie nowych narzędzi, wspomagających w różnorodny sposób osoby wykazujące różnorodne dysfunkcje, w zakresie sprawności ruchowej (GK, PM). Zwrócono uwagę, że jeżeli takie urządzenia są wprowadzane, to cechują się one szerokim, ogólnym czy uniwersalnym zakresem zastosowania (AZ). W rezultacie mogą one nie zaspokajać potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Tylko nieliczne z nich są do nich dostosowane (AZ).

W czasie wywiadu eksperci odpowiedzieli na pytanie 10 (zał. 3): *Jeżeli takie nowe urządzenia są wprowadzane, to według Pana/Pani z jaką częstotliwością i czy potrafił(a)by Pan/Pani wskazać ostatni taki przypadek?*

Dwóch uczestników badania nie miało wiedzy na ten temat. Nie znali takich urządzeń (GK) lub nie pamiętali ich (PM). Trzeci respondent wymienił *podciąg na stopę, który zapewnia pacjentowi z ograniczeniami ruchowymi komfort i poprawia jego bezpieczeństwo, kiedy ten podejmuje aktywność ruchową (AZ)*.

Podsumowując, opracowano zróżnicowane metody i narzędzia terapii oraz rehabilitacji osób z dysfunkcjami ruchu. Za ich pomocą możliwe staje się ograniczenie dysfunkcji lub/i jej skutków zdrowotnych w sferze somatycznej i psychicznej.

6.4. Istota i założenia projektowe urządzenia wspierającego pacjenta dysfunkcyjnego ruchowo

W 2017 roku na zlecenie PFRON przeprowadzono *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych*. Wykazało ono, że w czołówce potrzeb tych osób znalazły się przyrządy pomagające w niepełnosprawności (8%). Wspomniane przyrządy miały pierwszorzędne znaczenie dla 5% osób z dysfunkcją ruchu. Znalazły się w grupie od 3 do 5 takich potrzeb w przypadku od 13% do 14% takich respondentów. Przyrządy pomagające w niepełnosprawności zajęły piątą pozycję wśród potrzeb osób z dysfunkcjami ruchu. Odnosząc się do szczybli piramidy A. Maslowa, możliwość ich wykorzystywania respondenci wiązali ze swoimi podstawowymi potrzebami. Analogicznie rehabilitacja fizyczna była

priorytetowa dla 9% takich respondentów. Znalazła się ona w grupie od 3 do 5 takich potrzeb w przypadku od 19% do 27% osób z dysfunkcją ruchu⁸²⁷.

Osoby z dysfunkcją ruchu mają do dyspozycji ograniczoną grupę urządzeń, które zapewniają im przede wszystkim wsparcie w przemieszczaniu się. Należą do nich laski, kule, balkoniki, wózki inwalidzkie, samochody dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Składają się one na technologię wspomagania. Stanowią *ogół urządzeń i systemów kompensujących ograniczenia czynnościowe*. Służą one zwiększeniu, utrzymaniu lub poprawie *poziomu funkcjonalności ludności o niepełnej sprawności*. Za pomocą takich urządzeń i systemów te osoby mogą podjąć *zadania, które w innym przypadku nie byłyby możliwe do zrealizowania*. Uwzględniają również bezpieczeństwo ich wykonania⁸²⁸. Jednak dysfunkcje ruchu nie zaburzają tylko lokomocyjnych możliwości jednostki. Powodują one, że ta nie może w pełni wykorzystać potencjału zdrowotnego kończyn, aby dzięki niemu zaspokoić własne potrzeby. Dostępna technologia wspomagania osoby z niepełnosprawnością ruchową obejmuje alarmy osobiste, ekrany, urządzenia monitorujące stan zdrowia, detektory ruchu, ochraniacze stawów (np. biodrowych), systemy teleopieki, e-zdrowia, m-zdrowia, roboty towarzyszące, inteligentne domy⁸²⁹. Jednak takie rozwiązania nie zapewniają jej wsparcia w podejmowaniu codziennych czynności.

W czasie wywiadu eksperckiego uczestnicy badania odpowiedzieli na pytanie 12 (zał.2): *Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu i szerokiej wiedzy – potrafił(a)by Pan/Pani określić potrzebne domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?*

Respondenci podjęli próbę wskazania domen poszukiwań wynalazczych, które zapewniłyby wsparcie dla bezpieczeństwa pacjentów z ograniczeniami ruchowymi. Uważali, że należy skupić się na sposobach i rozwiązaniach, które zapewnią im niezbędną *pomoc i wsparcie w uzyskaniu optymalnego poziomu samodzielności (AZ)*. Zalecano poszukiwania rozwiązań technicznych i innowacyjnych, aby zapewnić osobom z ograniczeniami ruchowymi jak najszerszy zakres autonomii i samoobsługi (AZ, GK), a także uczestnictwo w życiu społecznym (GK). Z tego powodu im oraz ich opiekunom potrzebne jest urządzenie wspomagające podnoszenie pacjenta i umożliwiające mu wyjście z łóżka (GK, PM),

⁸²⁷ M. Sochańska-Kawiecka, Z. Kołakowska-Seroczyńska, D. Zielińska, E. Makowska-Belta, P. Zieleniec, *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz. cyt., s. 72, 76-78.

⁸²⁸ E. Śmiechowska-Petrovskij, *Technologie wspomagające dla osób starszych z niepełnosprawnością*, w: M. Kilan, E. Śmiechowska-Petrovskij (red.), *Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości*, Impuls, Kraków 2014, s. 68-69.

⁸²⁹ Zob. E. Młynarczyk-Karabin, *Nowe technologie a funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 2019 nr 3; E. Śmiechowska-Petrovskij, *Technologie wspomagające dla osób...*, dz. cyt., s. 69.

utrzymanie go w jednej pozycji (PM). Poza tym pomocny byłby sprzęt, jaki można dostawić do łóżka pacjenta oraz *urządzenia, które pozwoliłyby przedłużyć rękę pacjenta, aby ten mógł po coś sięgnąć, coś uruchomić, podnieść* (PM).

W wywiadzie wziął udział przedstawiciel biura patentowego. Odpowiedział on na pytanie 5 (zał. 2): *Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu Rzecznika – potrafiłby Pan/i określić dotychczasowe domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?*

Respondent przyznał, że jego firma nie podejmuje takich działań, ponieważ wykraczają poza jej profil świadczonych usług. Poza tym do tej pory nie wystąpiła potrzeba poszerzenia jej oferty o takie zagadnienia⁸³⁰.

Uczestnicy wywiadu eksperckiego udzieli odpowiedzi na pytanie 13 (zał. 2): *Czy Pana/Pani zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać, bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?*

Wszyscy respondenci uważali, że trzeba prowadzić, inicjować, popierać oraz ukierunkowywać czynności wspierające osoby niepełnosprawne (AZ, GK, PM). w ten sposób można im zapewnić wszelkie możliwe wsparcie (AZ), które jest niezbędne i pomocne (GK). Wymaga to zaangażowania wszelkich podmiotów i zasobów, w tym samorządów i sektora prywatnego, które powinny wspierać taką aktywność, aby powstał sprzyjający klimat na rynku. w takich warunkach możliwe staje się lepsze zaspokojenie potrzeb niszowych grup pacjentów z ograniczeniami ruchowymi (AZ). w ten sposób dojdzie do rozwoju dziedziny, którą dotąd zaniedbywano (PM).

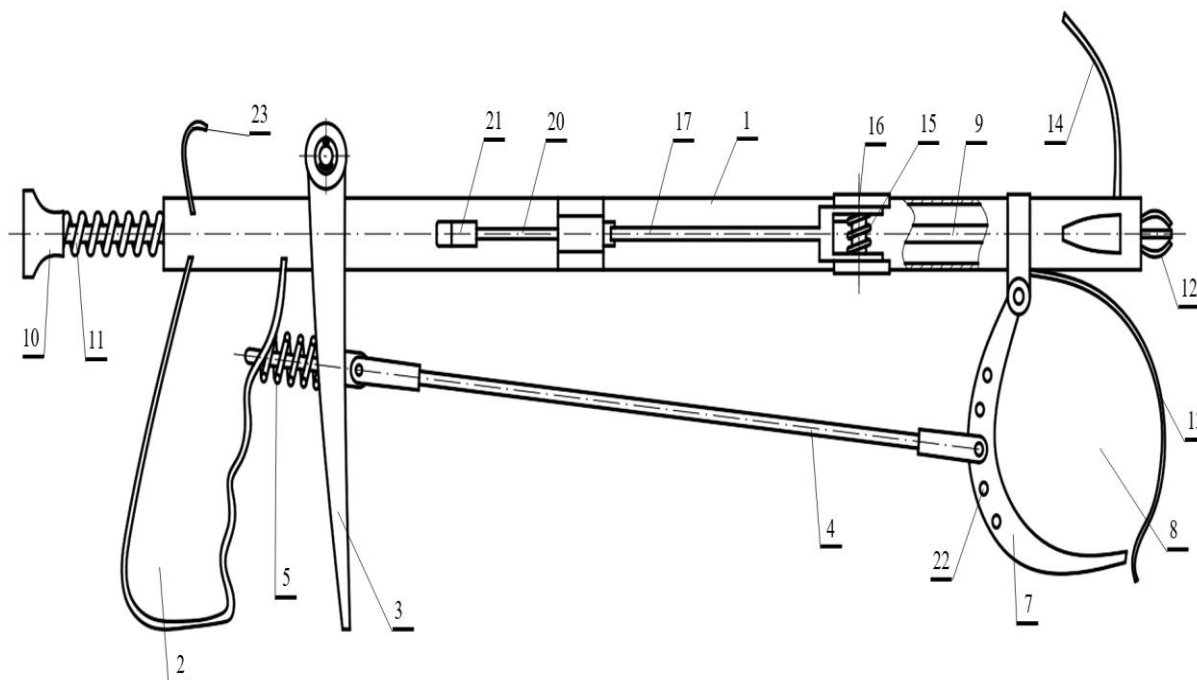
W czasie wywiadu przedstawiciel biura patentowego opowiedział na pytanie 6 (zał. 3): *Czy Pana/i zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?*

Respondent był zwolennikiem inicjowania, popierania, ukierunkowania i prowadzenia działalności, której celem jest wspieranie osób niepełnosprawnych. Przyznał, że taka aktywność wykracza poza zakres oferty jego kancelarii⁸³¹. Jest to bowiem zadanie rzeczników, odpowiedzialnych za wdrożenie zadań. Uczestnik badania zwrócił uwagę na niedostateczne wsparcie wynalazców, którzy mają problemy z realizacją swoich

⁸³⁰ Respondent wyjaśnił: „Jeżeli ktoś nam zleci nam rozpoznanie stanu prawnego i rejestrowego, wówczas zgłębimy zagadnienie i przygotujemy niezbędne dane. Dokonamy wstępnej analizy. Kiedy przygotowujemy opis patentowy, wówczas nasza uwaga ze względu na konkretny wyrób zostaje skupiona na ograniczeniu ryzyka naruszenia cudzych praw patentowych.” (PBP).

⁸³¹ Uczestnik wywiadu wyjaśnił: „Jeżeli ktoś wymyśli urządzenie wspierające rehabilitację, wtedy pomożemy zgłosić je do urzędu patentowego. Postąpimy zgodnie z procedurą, czyli przygotowujemy opis urządzenia i zgłaszamy wniosek. Możemy doradzać, ale nie angażujemy się we wdrożenie projektu” (PBP).

pomysłów. Brakuje niezbędnej infrastruktury, popytu i dostępu do środków finansowych, w rezultacie wiele dobrze rokujących rozwiązań nie zostało wdrożonych i mogą być przejęte przez zagraniczne firmy⁸³² (PBP).



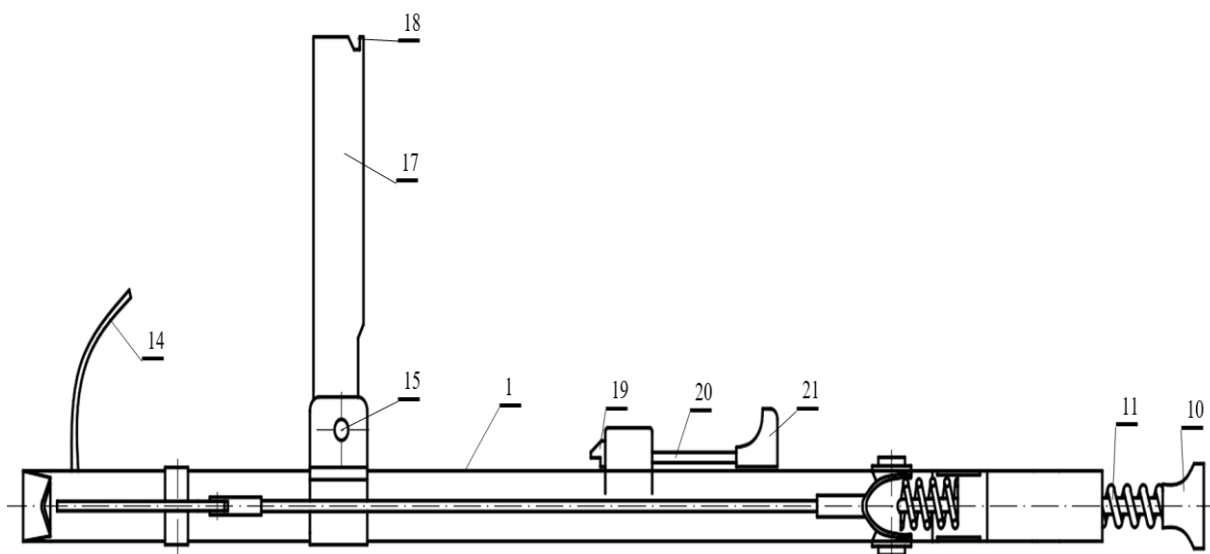
Rysunek 6.1. Manipulator – ujęcie boczne

Legenda: 1 – korpus, 2 – strefa chwytu, 3 – wahliwa dźwignia, 4 – cięgło, 5 – sprężyna, 6 – ściana uchwyty, 7 – ramie chwytaka, 8 – chwytak, 9 – cięgło, 10 – przycisk, 11 – sprężyna, 12 – elastyczne zaczepy, 13 – stała część chwytaka, 14 – zaczep, 15 – oś, 16 – sprężyna, 17 – ramie sygnalizacyjne (napis lub kolor alarmowy), 18 – wpust, 19 – zaczep, 20 – przesuwany blokownik, 21 – uchwyt, 22 – otwory regulacyjne, 23 – kształtowy zaczep.

Zatem istniejącą lukę w dostępnych urządzeniach wspierających pacjenta z dysfunkcją ruchową w obrębie kończyn górnych może wypełnić proponowany manipulator. Zaprojektowane urządzenie ma wspomagać możliwości ruchowe osób z dysfunkcją kończyn górnych głównie w zakresie możliwości chwytanych dłoni (rysunki 6.1 i 6.2, zob. zał. 4). Powinno ułatwić im wykonywanie licznych codziennych czynności z zakresu samoobsługi, co ułatwi im funkcjonowanie oraz sprawowanie nad nimi opieki przez opiekunów. Urządzenie pozwoli lewo- i praworęcznym użytkownikom na wykonywanie podstawowych

⁸³² Respondent wspomniał: „Szkoda ponieważ mamy bowiem wiele rozwiązań. Jednak brakuje także zainteresowanych, więc nie ma dostatecznego popytu. Przykładem takich pomysłów są toalety jednorazowe zaproponowane przez Akademię Kaliską. Są one przeznaczone przede wszystkim dla osób niepełnosprawnych, ludzi z demencją, ludzi starszych czy bardzo schorowanych. Dzięki temu urządzeniu (maceratorowi) pielęgniarka, podchodząc do łóżka, mając brudne rzeczy, nie dotyka ich. Fekalia są automatycznie utylizowane w maszynie i spływają do kanalizacji. Patent zaprezentowano za granicą, ale nie zyskał zainteresowania. Tymczasem Chińczycy poczekają, aż straci on prawną ochronę w Polsce, dokonają niewielkich zmian i udogodnień, licząc na ogromne zyski. Należy pamiętać, że wdrożenie pomysłu wymaga ogromnych nakładów finansowych i konieczności czekania przez lata na zyski” (PBP).

czynności (np. chwytania, podnoszenia, przenoszenia, chwytania przedmiotów, alarmowania), ponieważ jest lekkie, ma szerokie zastosowanie i elastyczne. W tym ostatnim przypadku można dostosować chwytak do średnicy najczęściej używanych przedmiotów.



Rysunek 6.2. Manipulator – ujęcie z góry

Legenda: 1 – korpus, 10 – przycisk, 11 – sprężyna, 14 – zaczep, 15 – oś, 17 – ramię sygnalizacyjne (napis lub kolor alarmowy), 18 – wpust, 19 – zaczep, 20 – przesuwany blokownik, 21 – uchwyt.

Według projektu, urządzenie ma podierać dłoń użytkownika, dlatego składa się z części podtrzymującej i mocującej. Pierwsza z nich to zaokrąglona powierzchnia, na której podtrzymuje się dłoń użytkownika. Natomiast druga część manipulatora jest przymocowana do konstrukcji. Użytkownik z dyspraksją może celowo wykonać dokładny ruch motoryczny.

Urządzenie to rurka, na jej jednym końcu znajduje się uchwyt dostosowany do dłoni. w tym miejscu umocowano także dźwignię połączoną z chwytakiem (elastycznymi zaczepami). Po drugiej stronie rury znajduje się co najmniej jeden zaczep. Na korpusie urządzenia znajduje się ramię sygnalizacyjne (napis lub kolor alarmowy), zakończone wpustem na zaczep przesuwanego blokownika. w strefie dźwigni jest ono powiązane z uchwytem.

Opracowany prototyp manipulatora wychodzi naprzeciw potrzebom osób z dyspraksją. Dzięki temu urządzeniu zyskają one większą samodzielność, co powinno przełożyć się na podniesienie ich samooceny i zwiększy ich poczucie bezpieczeństwa.

URZĄD PATENTOWY
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

DOKUMENT PATENTOWY

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 324) został udzielony na rzecz:

AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA STANISŁAWA
WOJCIECHOWSKIEGO, Kalisz, Polska

PATENT

NR 241219

NA WYNALAZEK PT.

Urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni

*przedstawiony w opisie patentowym
włączonym do niniejszego dokumentu*

Patent trwa od dnia: **2020-09-22**

Warszawa, dnia 2022-08-25

Z upoważnienia Prezesa
Urzędu Patentowego

Monika Ruzsik
SPECJALISTA

RZECZPOSPOLITA
POLSKA



Urząd Patentowy
Rzeczypospolitej Polskiej

(12) **OPIS PATENTOWY** (19) **PL** (11) **241219**

(13) **B1**

(21) Numer zgłoszenia: **435388**

(51) Int.Cl.
B25J 1/04 (2006.01)
B25J 13/02 (2006.01)

(22) Data zgłoszenia: **22.09.2020**

(54) **Urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni**

(43) Zgłoszenie ogłoszono:

28.03.2022 BUP 13/22

(45) O udzieleniu patentu ogłoszono:

22.08.2022 WUP 34/22

(73) Uprawniony z patentu:

**AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA
STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO,
Kalisz, PL**

(72) Twórca(y) wynalazku:

**IRENEUSZ DZIUBEK, Kalisz, PL
OLIWIA HAJA, Nowe Skalmierzyce, PL
PAWEŁ RUBIŃSKI, Prudnik, PL**

(74) Pełnomocnik:

rzecz. pat. Barbara Urbańska-Łuczak

PL 241219 B1





URZĄD PATENTOWY

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

ŚWIADECTWO REJESTRACJI

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r.
Prawo własności przemysłowej (Dz.U. z 2021 r. poz.324)
zostało udzielone na rzecz:

AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA STANISŁAWA
WOJCIECHOWSKIEGO, Kalisz, Polska.

PRAWO Z REJESTRACJI

NR 27727

WZORU PRZEMYSŁOWEGO PT.

Urządzenie wspomagające ruch ręki

*przedstawionego w opisie i materiale ilustracyjnym
włączonym do niniejszego świadectwa*

Warszawa, 2022-02-17

Z upoważnienia Prezesa
Urzędu Patentowego

Marek Różański
Marek Różański
SPECIALISTA

RZECZPOSPOLITA
POLSKA



(12)

**OPIS OCHRONNY
WZORU
PRZEMYSŁOWEGO**

(19) **PL** (11) **27727**

(21) Numer zgłoszenia: **30274**

(51) Klasyfikacja:
24-04

Urząd Patentowy
Rzeczypospolitej Polskiej

(22) Data zgłoszenia: **05.11.2021**

(54)

Urządzenie wspomagające ruch ręki

(45) O udzieleniu prawa z rejestracji ogłoszono:
21.02.2022 WUP 8/2022

(73) Uprawniony z rejestracji wzoru przemysłowego:

**AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA
STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO,
Kalisz, (PL)**

(72) Twórca(y) wzoru przemysłowego:

**IRENEUSZ DZIUBEK, Kalisz, (PL),
OLIWIA HAJA, Nowe Skalmierzyce, (PL),
PAWEŁ RUBIŃSKI, Prudnik, (PL)**

PL 27727



6.5. Taksacja wniosku patentowego i propozycje modyfikująco-doskonające

Urządzenie wspomagające ruch ręki zostało zgłoszone 5 listopada 2021 roku do Urzędu Patentowego Rzeczypospolitej Polskiej za pomocą zgłoszenia numer 30274. 21 lutego 2022 roku udzielono prawa z rejestracji (WUP 8/2022) (zob. zał. 5). Podmiotem uprawnionym do rejestracji wzoru przemysłowego stała się Akademia Kaliska im. prezydenta Stanisława Wojciechowskiego. Twórcy tego wzoru to: Ireneusz Dziubek, Oliwia Haja i Paweł Rubiński.

Respondenci mieli wykonać polecenie (pyt. III.1, zał. 1): *Proszę wskazać, jak ocenia Pan(i) cechy testowanego manipulatora*. Posłużyli się odpowiedziami: *nie wiem, bardzo niska, niska, średnia, wysoka, bardzo wysoka*, którym przypisano wartości od 0 do 5. Na podstawie uzyskanej punktacji uzyskano średnią ocen.

Respondenci co najmniej wysoko ocenili możliwość uzyskania kontroli nad ruchem czy kontroli dostępu dzięki temu urządzeniu (4,54 punktu), dostateczną liczbę kombinacji czynności (4,38 punktu), szeroki zakres czynności wykonywanych za pomocą manipulatora (4,38 punktu), co zapewnia wparcie dla zamierzonego ruchu (4,24 punktu) (tabela 6.20).

Tabela 6.20. Oceny respondentów cech testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Uzyskanie kontroli nad ruchem bądź kontroli dostępu	4,54	5,00	0,599	3	5
Wystarczająca liczba kombinacji wykonywanych czynności	4,38	5,00	0,713	2	5
Szeroki zakres czynności do wykonania z pomocą manipulatora	4,38	4,00	0,602	3	5
Dostosowanie do potrzeb codziennego życia	4,32	4,00	0,647	3	5
Wygoda użytkowania (ergonomiczność)	4,31	4,00	0,698	2	5
Łatwość obsługi	4,30	4,00	0,641	2	5
Ułatwienie wykonania zamierzonego ruchu	4,24	4,00	0,713	3	5
Elastyczność / możliwość dostosowania do różnych rozmiarowo przedmiotów	4,20	4,00	0,721	3	5
Poręczność	4,16	4,00	0,754	2	5
Niewielka siła potrzebna do używania manipulatora	3,63	4,00	0,890	2	5
Estetyczny wygląd	3,36	3,00	0,919	1	5
Mały ciężar (waga) manipulatora	3,25	3,00	0,875	2	5

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania uważali, że w dużym (wysokim) stopniu został on dostosowany do potrzeb codziennego życia, ponieważ jest ergonomiczny (4,31 punktu), łatwy w obsłudze (4,30 punktu) oraz poręczny (4,16 punktu). Średnio ocenili jednak estetykę urządzenia (3,36

punktu), małą wagę (3,25 punktu) oraz konieczność posłużenia się niewielką siłą, aby operować manipulatorem (3,63 punktu).

Na podstawie opinii i ocen respondentów dokonano ogólnej oceny testowanego manipulatora (tabela 6.21). Wszyscy byli przekonani o jego walorach, które cechowały się wysokim (72,3%) lub średnim (27,7%) poziomem.

Tabela 6.21. Ogólna ocena respondentów cech testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Średni poziom	31	27,7
Wysoki poziom	81	72,3
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Nie ustalono istotnej statystycznie korelacji między ogólną oceną cech testowanego manipulatora a cechami respondentów takich, jak: płeć ($p=0,526$) (tabela 6.22), wiek ($p=0,790$) (tabela 6.23), wykształcenie ($p=0,632$) (tabela 6.24), miejsce zamieszkania ($p=0,120$) (tabela 6.25), forma zamieszkania ($p=0,529$) (tabela 6.26), ocena sytuacji materialnej ($p=0,850$) (tabela 6.27), zapotrzebowanie na pomoc innych osób ($p=0,708$) (tabela 6.28), rodzaj funkcjonalności dłoni ($p=0,091$) (tabela 6.29), czy poziom poczucia bezpieczeństwa ($p=0,343$) (tabela 6.30).

Tabela 6.22. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a płeć respondentów

		Płeć		Ogółem	
		Kobieta	Mężczyzna		
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	17	14	31
		%	30,4%	25,0%	27,7%
	Wysoki poziom	N	39	42	81
		%	69,6%	75,0%	72,3%
Ogółem		N	56	56	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,060	0,401 ^a	1	0,526	0,673
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.23. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a wiek respondentów

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	3	8	12	6	2	31
		%	17,6%	32,0%	32,4%	24,0%	25,0%	27,7%
	Wysoki poziom	N	14	17	25	19	6	81
		%	82,4%	68,0%	67,6%	76,0%	75,0%	72,3%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,011	0,090	-0,117	0,907	0,912 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,123	1,703 ^a	4	0,790	0,798 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.24. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	0	8	13	10	31
		%	0,0%	36,4%	25,5%	27,0%	27,7%
	Wysoki poziom	N	2	14	38	27	81
		%	100,0%	63,6%	74,5%	73,0%	72,3%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,034	0,092	0,370	0,711	0,724 ^c		
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,124	1,724 ^a	3	0,632	0,645 ^b		
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.25. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	17	14	31
		%	23,0%	36,8%	27,7%
	Wysoki poziom	N	57	24	81
		%	77,0%	63,2%	72,3%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,147	2,413 ^a	1	0,120	0,180
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.26. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	2	29	31
		%	40,0%	27,1%	27,7%
	Wysoki poziom	N	3	78	81
		%	60,0%	72,9%	72,3%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,060	0,397 ^a	1	0,529	0,616
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.27. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a ocena sytuacji materialnej respondentów

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	3	13	12	2	1	31
		%	27,3%	23,6%	32,4%	28,6%	50,0%	27,7%
	Wysoki poziom	N	8	42	25	5	1	81
		%	72,7%	76,4%	67,6%	71,4%	50,0%	72,3%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,076	0,092	-0,829	0,407	0,394 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,111	1,368 ^a	4	0,850	0,905 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.28. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynności

			Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	15	16	31
		%	29,4%	26,2%	27,7%
	Wysoki poziom	N	36	45	81
		%	70,6%	73,8%	72,3%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,035	0,141 ^a	1	0,708	0,832
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.29. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	31	0	31
		%	29,5%	0,0%	27,7%
	Wysoki poziom	N	74	7	81
		%	70,5%	100,0%	72,3%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,160	2,858 ^a	1	0,091	0,187
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.30. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów

			Poziom poczucia bezpieczeństwa			Ogółem
			Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	
Ogólna ocena cech testowanego manipulatora	Średni poziom	N	4	10	17	31
		%	22,2%	22,2%	34,7%	27,7%
	Wysoki poziom	N	14	35	32	81
		%	77,8%	77,8%	65,3%	72,3%
Ogółem		N	18	45	49	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,123	0,090	-1,369	0,171	0,184 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	
V Kramera	0,138	2,142 ^a	2	0,343	0,363 ^b	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania udzielili odpowiedzi na pytanie III.2 (zał. 1): *Jak Pan(i) ocenia możliwość wykonywania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora?* Mieli do dyspozycji skalę ocen od 0 do 5, w której opcja 0 oznaczała bardzo wysoki poziom trudności wykonywania czynności, a odpowiedź 5 – brak trudności wykonywania czynności. Na podstawie uzyskanej punktacji uzyskano średnią ocen.

Respondenci byli przekonani, że posługiwanie się tym urządzeniem wiąże się z wystąpieniem bardzo małych trudności w czasie wykonywania większości wymienionych czynności (tabela 6.31).

Tabela 6.31. Oceny respondentów dotyczące możliwości wykonania czynności z użyciem testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Informowanie otoczenia o problemie	4,63	5,00	0,539	3	5
Wzięcie lub odłożenie kubka	4,60	5,00	0,545	3	5
Sięganie po większe przedmioty	4,39	4,00	0,620	3	5
Wzięcie lub odłożenie grzebienia	4,32	4,00	0,633	3	5
Wzięcie lub odłożenie sztućców (łyżki, widelca)	4,29	4,00	0,716	3	5
Wzięcie lub odłożenie telefonu komórkowego	4,28	4,00	0,647	3	5
Wzięcie lub odłożenie szczoteczki do zębów	4,22	4,00	0,654	2	5
Wzięcie lub odłożenie długopisu	4,14	4,00	0,758	3	5
Sięganie po drobne przedmioty	4,04	4,00	0,702	3	5
Wzięcie lub odłożenie pilota telewizyjnego	3,96	4,00	0,663	3	5

Źródło: opracowanie własne.

Niżej oceniono tylko poziom trudności w czasie brania i odkładania pilota telewizyjnego (3,96 punktu). W tym ostatnim przypadku ta czynność, ich zdaniem, powodowała małe trudności w czasie tej aktywności.

Respondenci byli przekonani, że dzięki manipulatorowymi bardzo łatwo mogli poinformować swoje otoczenie o zaistnieniu problemu (4,63 punktu) oraz wziąć i odłożyć kubek (4,60 punktu). Niewielkich trudności doświadczali w czasie sięgania po większe przedmioty (4,39 punktu), brania i odkładania grzebienia (4,32 punktu), sztućców (4,29 punktu), telefonu komórkowego (4,28 punktu), szczoteczki do zębów (4,33 punktu) czy długopisu (4,14 punktu). Z takim poziomem trudności spotkali się także w czasie sięgania po drobne przedmioty (4,04 punktu).

Uzyskano ogólne oceny respondentów dotyczące możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora (tabela 6.32). W ich ocenie cechowały się one bardzo wysokim (87,5%) oraz wysokim (12,5%) poziomem. Zatem bardzo wysoko oceniono możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora.

Tabela 6.32. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Wysoki poziom	14	12,5
Bardzo wysoki poziom	98	87,5
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Nie ustalono istotnej statystycznie korelacji między ogólną oceną możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a cechami respondentów takich, jak: płeć ($p=0,225$) (tabela 6.33), wiek ($p=1,000$) (tabela 6.34), wykształcenie ($p=0,226$) (tabela 6.35), miejsce zamieszkania ($p=1,000$) (tabela 6.36), forma zamieszkania ($p=0,623$) (tabela 6.37), ocena sytuacji materialnej ($p=0,084$) (tabela 6.38), zapotrzebowanie na pomoc innych osób ($p=0,569$) (tabela 6.39), rodzaj funkcjonalności dłoni ($p=1,000$) (tabela 6.40), czy poziom poczucia bezpieczeństwa ($p=0,076$) (tabela 6.41).

Tabela 6.33. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a płeć respondentów

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	7	7	14
		%	12,5%	12,5%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	49	49	98
		%	87,5%	87,5%	87,5%
Ogółem		N	56	56	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,000	0,000 ^a	1	1,000	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.34. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a wiek respondentów

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	3	2	5	3	1	14
		%	17,6%	8,0%	13,5%	12,0%	12,5%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	14	23	32	22	7	98
		%	82,4%	92,0%	86,5%	88,0%	87,5%	87,5%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,009	0,072	0,128	0,898	0,906 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,090	0,915 ^a	4	0,922	0,950 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.35. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	1	2	9	2	14
		%	50,0%	9,1%	17,6%	5,4%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	1	20	42	35	98
		%	50,0%	90,9%	82,4%	94,6%	87,5%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,079	0,060	1,318	0,188	0,245 ^c		
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,226	5,743 ^a	3	0,125	0,108 ^b		
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.36. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	9	5	14
		%	12,2%	13,2%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	65	33	98
		%	87,8%	86,8%	87,5%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,014	0,023 ^a	1	0,880	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.37. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	0	14	14
		%	0,0%	13,1%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	5	93	98
		%	100,0%	86,9%	87,5%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,082	0,748 ^a	1	0,387	0,623
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.38. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a sytuacja materialna respondentów

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	2	6	5	1	0	14
		%	18,2%	10,9%	13,5%	14,3%	0,0%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	9	49	32	6	2	98
		%	81,8%	89,1%	86,5%	85,7%	100,0%	87,5%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,008	0,069	0,120	0,904	0,908 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,084	0,793 ^a	4	0,939	0,927 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.39. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynnościach

			Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	5	9	14
		%	9,8%	14,8%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	46	52	98
		%	90,2%	85,2%	87,5%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,075	0,622 ^a	1	0,430	0,569
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.40. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	13	1	14
		%	12,4%	14,3%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	92	6	98
		%	87,6%	85,7%	87,5%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,014	0,022 ^a	1	0,883	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne

Tabela 6.41. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów

			Poziom poczucia bezpieczeństwa			Ogółem
			Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	
Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	2	7	5	14
		%	11,1%	15,6%	10,2%	12,5%
	Bardzo wysoki poziom	N	16	38	44	98
		%	88,9%	84,4%	89,8%	87,5%
Ogółem		N	18	45	49	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,029	0,063	0,453	0,650	0,714 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	
V Kramera	0,076	0,652 ^a	2	0,722	0,749 ^b	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania udzielili odpowiedzi na pytanie III.3 (zał. 1): *Jak Pan(i) ocenia możliwość chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora?*. Mieli do dyspozycji skalę ocen od 0 do 5, w której opcja 0 oznaczała bardzo wysoki poziom trudności wykonywania czynności, a odpowiedź 5 – brak trudności wykonywania czynności. Na podstawie uzyskanej punktacji uzyskano średnią ocen.

Respondenci najwyżej ocenili szeroki zakres czynności (4,74 punktu), a także osiągnięcie pożądanego celu (4,57 punktu), właściwą czułość chwytaka (4,54 punktu) i łatwość posługiwania się nim (4,51 punktu), dzięki czemu użytkownik nie ma problemu z używaniem urządzenia (tabela 6.42).

Tabela 6.42. Oceny respondentów dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Szeroki zakres czynności wykonywanych za pomocą chwytaka	4,74	5,00	0,498	3	5
Osiągnięcie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)	4,57	5,00	0,596	3	5
Odpowiednia czułość chwytaka	4,54	5,00	0,670	3	5
Łatwość posługiwania się chwytakiem	4,51	5,00	0,658	3	5
Elastyczność chwytaka	4,42	5,00	0,680	3	5
Odpowiednia wielkość chwytaka	4,24	4,00	0,819	2	5
Uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem	4,21	4,00	0,840	2	5
Wygoda uchwytu dla dłoni	4,08	4,00	0,686	3	5
Mała siła niezbędna do wykonania zadania	3,95	4,00	0,837	2	5

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci docenili elastyczność (4,42 punktu) i właściwą wielkość (4,24 punktu) chwytaka, dzięki którym operator bez żadnego problemu uzyskuje pełną kontrolę nad wykonywanym ruchem (4,21 punktu) także za sprawą wygodnego uchwytu dla dłoni (4,08 punktu). Jednak zdaniem uczestników badania, mógł on napotkać mały problem związany z koniecznością użycia siły, aby wykonać daną czynność za pomocą manipulatora (3,95 punktu).

Uzyskano ogólną oceny respondentów dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora (tabela 6.43). W ich ocenie cechowały się one bardzo wysokim (51,8%) oraz wysokim (48,2%) poziomem. Zatem co najmniej wysoko oceniono możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora.

Tabela 6.43. Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Wysoki poziom	58	51,8
Bardzo wysoki poziom	54	48,2
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Nie ustalono istotnej statystycznie korelacji między ogólną oceną możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a cechami respondentów takich, jak: płeć ($p=0,571$) (tabela 6.44), wiek ($p=0,153$) (tabela 6.45), wykształcenie ($p=0,153$) (tabela 6.46), miejsce zamieszkania ($p=1,000$) (tabela 6.47), forma zamieszkania ($p=0,671$) (tabela 6.48), ocena sytuacji materialnej ($p=0,056$) (tabela 6.49), zapotrzebowanie na pomoc innych osób ($p=0,574$) (tabela 6.50), rodzaj funkcjonalności dłoni ($p=1,000$) (tabela 6.51) czy poziom poczucia bezpieczeństwa ($p=0,074$) (tabela 6.52).

Tabela 6.44. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a płeć respondentów

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	31	27	58
		%	55,4%	48,2%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	25	29	54
		%	44,6%	51,8%	48,2%
Ogółem		N	56	56	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,071	0,572 ^a	1	0,449	0,571
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.45. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wiek respondentów

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	7	14	22	12	3	58
		%	41,2%	56,0%	59,5%	48,0%	37,5%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	10	11	15	13	5	54
		%	58,8%	44,0%	40,5%	52,0%	62,5%	48,2%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,014	0,107	0,134	0,893	0,893 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,153	2,614 ^a	4	0,624	0,636 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.46. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	0	13	26	19	58
		%	0,0%	59,1%	51,0%	51,4%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	2	9	25	18	54
		%	100,0%	40,9%	49,0%	48,6%	48,2%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,010	0,101	0,098	0,922	0,930 ^c		
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,153	2,634 ^a	3	0,451	0,520 ^b		
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.47. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	38	20	58
		%	51,4%	52,6%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	36	18	54
		%	48,6%	47,4%	48,2%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,012	0,016 ^a	1	0,898	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.48. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	2	56	58
		%	40,0%	52,3%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	3	51	54
		%	60,0%	47,7%	48,2%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,051	0,291 ^a	1	0,589	0,671
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.49. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a sytuacja materialna respondentów

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	6	27	20	4	1	58
		%	54,5%	49,1%	54,1%	57,1%	50,0%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	5	28	17	3	1	54
		%	45,5%	50,9%	45,9%	42,9%	50,0%	48,2%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,033	0,100	-0,328	0,743	0,759 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,056	0,353 ^a	4	0,986	0,979 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.50. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynnościach

			Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	28	30	58
		%	54,9%	49,2%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	23	31	54
		%	45,1%	50,8%	48,2%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,057	0,364 ^a	1	0,546	0,574
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.51. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	54	4	58
		%	51,4%	57,1%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	51	3	54
		%	48,6%	42,9%	48,2%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,028	0,086 ^a	1	0,770	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.52. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów

			Poziom poczucia bezpieczeństwa			Ogółem
			Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	
Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	8	23	27	58
		%	44,4%	51,1%	55,1%	51,8%
	Bardzo wysoki poziom	N	10	22	22	54
		%	55,6%	48,9%	44,9%	48,2%
Ogółem		N	18	45	49	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,075	0,100	-0,752	0,452	0,450 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	
V Kramera	0,074	0,613 ^a	2	0,736	0,764 ^b	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci odpowiedzieli na pytanie III.4 (zał. 1): *Jak Pan(i) ocenia możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora?*. Mieli do dyspozycji skalę ocen od 0 do 5, w której opcja 0 oznaczała bardzo wysoki poziom trudności wykonywania czynności, a odpowiedź 5 – brak trudności wykonywania czynności. Na podstawie uzyskanej punktacji uzyskano średnią ocen.

Uczestnicy badania uważali, że bez większych trudności mogli przenosić lub odsuwać przedmioty (tabela). Zyskali więc możliwość osiągnięcia pożądanego celu (4,51 punktu) (tabela 6.53).

Tabela 6.53. Oceny respondentów dotyczące możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Osiągnięcie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)	4,51	5,00	0,600	3	5
Łatwość posługiwania się manipulatorem	4,50	5,00	0,644	3	5
Szeroki zakres wykonywanych czynności	4,47	5,00	0,600	3	5
Elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb	4,36	4,50	0,769	2	5
Odpowiednia wielkość urządzenia	4,25	4,00	0,664	3	5
Odpowiednia czułość urządzenia	4,22	4,00	0,768	3	5
Uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem	4,16	4,00	0,812	2	5
Mała siła niezbędna do wykonania zadania	4,12	4,00	0,791	3	5
Wygoda uchwytu dla dłoni	4,05	4,00	0,682	3	5

Źródło: opracowanie własne.

Zawdzięczali to cechom urządzenia, czyli łatwości operowania nim (4,50 punktu), szerokiego zakresu wykonywania czynności za jego pomocą (4,47 punktu), elastyczności manipulatora i jego dostosowania do potrzeb użytkownika (4,36 punktu), optymalnej wielkości (4,25 punktu) i czułości (4,22 punktu) urządzenia, wygodnemu uchwyty (4,05 punktu). w rezultacie użytkownik, zdaniem respondentów, ma pełną kontrolę nad wykonywanym ruchem (4,16 punktu), ponieważ potrzebuje małej siły, aby operować urządzeniem (4,12 punktu).

Uzyskano ogólną ocenę respondentów dotyczące możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora (tabela 6.54).

Tabela 6.54. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Wysoki poziom	64	57,1
Bardzo wysoki poziom	48	42,9
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

W ich ocenie cechowały się one wysokim (57,1%) oraz bardzo wysokim (42,9%) poziomem. Zatem co najmniej wysoko oceniono możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora.

Wykazano istotną statystycznie korelację między ogólną oceną możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a płcią respondentów ($p=0,013$) (tabela 6.55). Zależność odznacza się siłą związku na poziomie $\Phi=0,253$. Mężczyźni wyżej niż kobiety ocenili poziom możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora.

Tabela 6.55. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a płeć respondentów

			Płeć		Ogółem	
			Kobieta	Mężczyzna		
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	39	25	64	
		%	69,6%	44,6%	57,1%	
	Bardzo wysoki poziom	N	17	31	48	
		%	30,4%	55,4%	42,9%	
Ogółem			N	56	56	112
			%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,253	7,146 ^a	1	0,008	0,013	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne	

Źródło: opracowanie własne.

Natomiast nie ustalono istotnej statystycznie korelacji między ogólną oceną możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a cechami respondentów takich, jak: wiek ($p=0,271$) (tabela 6.56), wykształcenie ($p=0,176$) (tabela 6.57), miejsce zamieszkania ($p=1,000$) (tabela 6.58), forma zamieszkania ($p=1,000$) (tabela 6.59), ocena sytuacji materialnej ($p=0,110$) (tabela 6.60), zapotrzebowanie na pomoc innych osób ($p=0,566$) (tabela 6.61), rodzaj funkcjonalności dłoni ($p=1,000$) (tabela 6.62), czy poziom poczucia bezpieczeństwa ($p=0,125$) (tabela 6.63).

Tabela 6.56. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wiek respondentów

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	12	17	17	16	2	64
		%	70,6%	68,0%	45,9%	64,0%	25,0%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	5	8	20	9	6	48
		%	29,4%	32,0%	54,1%	36,0%	75,0%	42,9%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,173	0,102	1,696	0,090	0,100 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,271	8,207 ^a	4	0,084	0,085 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.57. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	0	11	31	22	64
		%	0,0%	50,0%	60,8%	59,5%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	2	11	20	15	48
		%	100,0%	50,0%	39,2%	40,5%	42,9%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,096	0,101	-0,948	0,343	0,342 ^c		
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,176	3,482 ^a	3	0,323	0,329 ^b		
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.58. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	42	22	64
		%	56,8%	57,9%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	32	16	48
		%	43,2%	42,1%	42,9%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,011	0,013 ^a	1	0,908	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.59. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	3	61	64
		%	60,0%	57,0%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	2	46	48
		%	40,0%	43,0%	42,9%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,012	0,017 ^a	1	0,895	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.60. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a sytuacja materialna respondentów

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	7	32	19	5	1	64
		%	63,6%	58,2%	51,4%	71,4%	50,0%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	4	23	18	2	1	48
		%	36,4%	41,8%	48,6%	28,6%	50,0%	42,9%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,041	0,099	0,417	0,676	0,684 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,110	1,345 ^a	4	0,854	0,867 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.61. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynnościach

			Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	31	33	64
		%	60,8%	54,1%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	20	28	48
		%	39,2%	45,9%	42,9%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,067	0,507 ^a	1	0,476	0,566
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.62. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	60	4	64
		%	57,1%	57,1%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	45	3	48
		%	42,9%	42,9%	42,9%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,000	0,000 ^a	1	1,000	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.63. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów

			Poziom poczucia bezpieczeństwa			Ogółem
			Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	
Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	10	29	25	64
		%	55,6%	64,4%	51,0%	57,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	8	16	24	48
		%	44,4%	35,6%	49,0%	42,9%
Ogółem		N	18	45	49	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,084	0,100	0,840	0,401	0,415 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	
V Kramera	0,125	1,748 ^a	2	0,417	0,411 ^b	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci odpowiedzieli na pytanie III.5 (zał. 1): *Jak Pan(i) ocenia możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora?*. Mieli do dyspozycji skalę ocen od 0 do 5, w której opcja 0 oznaczała bardzo wysoki poziom trudności wykonywania czynności, a odpowiedź 5 – brak trudności wykonywania czynności. Na podstawie uzyskanej punktacji uzyskano średnią ocen.

Respondenci uważali, że zasadniczo bez większych trudności mogli alarmować swoje otoczenie za pomocą testowanego manipulatora (tabela 6.64).

Tabela 6.64. Oceny respondentów dotyczące możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Osiągnięcie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)	4,93	5,00	0,259	4	5
Uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem	4,82	5,00	0,429	3	5
Mała siła niezbędna do wykonania zadania	4,63	5,00	0,587	3	5
Wygoda uchwytu dla dłoni	4,54	5,00	0,568	3	5
Łatwość posługiwania się manipulatorem	4,54	5,00	0,583	3	5
Odpowiednia czułość urządzenia	4,43	5,00	0,681	3	5
Odpowiednia wielkość urządzenia	4,42	5,00	0,801	2	5
Elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb	4,36	4,00	0,669	3	5
Szeroki zakres wykonywanych czynności	3,58	4,00	1,340	1	5

Źródło: opracowanie własne.

Pozwolił im osiągnąć pożądaną cel (4,93 punktu), ponieważ zyskali pełną kontrolę nad wykonywanym ruchem (4,82 punktu). Aby zaalarmować otoczenie, musieli bowiem użyć tylko małej siły (4,63 punktu). Ponadto urządzenie było miało wygodny uchwyt (4,54 punktu), łatwości operowania nim (4,54 punktu), odpowiedniej czułości (4,43 punktu), wielkości (4,42 punktu) i elastyczności (4,36 punktu) manipulatora. Uczestnicy badania niżej ocenili szeroki zakres czynności wykonywanych dla zaalarmowania swojego otoczenia za pomocą testowanego urządzenia (3,58 punktu).

Uzyskano ogólne oceny respondentów dotyczące możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora (tabela 6.65). W ich ocenie cechowały się one bardzo wysokim (67,9%) oraz wysokim (32,1%) poziomem. Zatem co najmniej wysoko oceniono możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora.

Tabela 6.65. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Wysoki poziom	36	32,1
Bardzo wysoki poziom	76	67,9
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Zestawiono uzyskane oceny możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora z cechami respondentów. Wykazano, że zachodziła istotnie statystyczna zależność między ocenami możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora a poziomem wykształcenia uczestników badania ($p=0,029$) (tabela 6.66).

Tabela 6.66. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich wykształcenie

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	0	11	10	15	36
		%	0,0%	50,0%	19,6%	40,5%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	2	11	41	22	76
		%	100,0%	50,0%	80,4%	59,5%	67,9%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,016	0,103	-0,151	0,880	0,877 ^c		
współczynnik	wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,284	9,034 ^a	3	0,029	0,021 ^b		
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci, posiadający wykształcenie podstawowe i średnie, wyżej ocenili poziom możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora niż osoby legitymujące się wykształceniem wyższym. Zależność między zmiennymi w sensie niemonotonicznym okazała się istotna statystycznie oraz odznacza się dość wyraźną siłą związku.

Nie ustalono istotnej statystycznie korelacji między ocenami możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora a cechami respondentów takich, jak: płeć ($p=0,225$) (tabela 6.67), wiek ($p=0,296$) (tabela 6.68), miejsce zamieszkania ($p=0,831$) (tabela 6.69), forma zamieszkania ($p=0,174$) (tabela 6.70), ocena sytuacji materialnej ($p=0,181$)

(tabela 6.71), zapotrzebowanie na pomoc innych osób ($p=0,316$) (tabela 6.72), rodzaj funkcjonalności dłoni ($p=1,000$) (tabela 6.73), czy poziom poczucia bezpieczeństwa ($p=0,908$) (tabela 6.74).

Tabela 6.67. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich płeć

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	21	15	36
		%	37,5%	26,8%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	35	41	76
		%	62,5%	73,2%	67,9%
Ogółem		N	56	56	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,115	1,474 ^a	1	0,225	0,312
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.68. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich wiek

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	3	12	11	7	3	36
		%	17,6%	48,0%	29,7%	28,0%	37,5%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	14	13	26	18	5	76
		%	82,4%	52,0%	70,3%	72,0%	62,5%	67,9%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,004	0,097	0,043	0,966	0,971 ^c			
współczynnik	wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,210	4,921 ^a	4	0,296	0,302 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.69. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich miejsce zamieszkania

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	23	13	36
		%	31,1%	34,2%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	51	25	76
		%	68,9%	65,8%	67,9%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,032	0,113 ^a	1	0,737	0,831
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.70. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich forma mieszkania

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	0	36	36
		%	0,0%	33,6%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	5	71	76
		%	100,0%	66,4%	67,9%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,149	2,479 ^a	1	0,115	0,174
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.71. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich sytuacja materialna

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	3	14	16	2	1	36
		%	27,3%	25,5%	43,2%	28,6%	50,0%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	8	41	21	5	1	76
		%	72,7%	74,5%	56,8%	71,4%	50,0%	67,9%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,137	0,094	-1,464	0,143	0,141 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,181	3,671 ^a	4	0,452	0,465 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.72. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a korzystanie przez nich z pomocy innych osób w codziennych czynnościach

			Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	19	17	36
		%	37,3%	27,9%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	32	44	76
		%	62,7%	72,1%	67,9%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,100	1,122 ^a	1	0,290	0,316
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.73. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a rodzaj funkcjonalności dłoni

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	34	2	36
		%	32,4%	28,6%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	71	5	76
		%	67,6%	71,4%	67,9%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,020	0,044 ^a	1	0,834	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.74. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a poziom poczucia bezpieczeństwa

			Poziom poczucia bezpieczeństwa			Ogółem
			Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	
Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora	Wysoki poziom	N	5	15	16	36
		%	27,8%	33,3%	32,7%	32,1%
	Bardzo wysoki poziom	N	13	30	33	76
		%	72,2%	66,7%	67,3%	67,9%
Ogółem		N	18	45	49	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,023	0,093	-0,251	0,802	0,829 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	
V Kramera	0,041	0,192 ^a	2	0,908	0,928 ^b	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania udzielili odpowiedzi na pytanie III.6 (zał. 1): *Jak Pan(i) ocenia poziom ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora?*. Mieli do dyspozycji skalę ocen od 0 do 5, w której opcja 0 oznaczała brak zadowolenia z manipulatora, a odpowiedź 5 – bardzo wysoki poziom zadowolenia z urządzenia. Na podstawie uzyskanej punktacji uzyskano średnią ocen.

Respondenci co najmniej wysoko ocenili swoje ogólne zadowolenie z użytkowania testowanego manipulatora (4.44 punktu) (tabela 6.75).

Tabela 6.75. Ogólna ocena zadowolenia respondentów z możliwości użytkowania testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Ogólne zadowolenie z manipulatora	4,44	4,00	0,582	3	5
Zadowolenie z opcji alarmowej	4,41	4,00	0,546	3	5
Zadowolenie z zaczepu ułatwiającego np. przenoszenie przedmiotu	4,32	4,00	0,661	3	5
Zadowolenie z dużego chwytaka	4,31	4,00	0,601	3	5
Zadowolenie z małego chwytaka	4,30	4,00	0,655	3	5

Źródło: opracowanie własne.

Byli usatysfakcjonowani z dostępnej opcji alarmowej (4,41 punktu), zaczepu umożliwiające m.in. podnoszenie przedmiotu (4,41 punktu), dużego (4,31 punktu) i małego (4,30 punktu) chwytaka.

Ustalono ocenę poziomu ogólnego zadowolenia respondentów z możliwości używania testowanego manipulatora (tabela 6.76). Doświadczyli wysokiego (57,1%) i średniego (42,9%) poziomu satysfakcji.

Tabela 6.76. Ocena zadowolenia respondentów z możliwości używania testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Średni poziom	48	42,9
Wysoki poziom	64	57,1
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Ogólne oceny zadowolenia respondentów z możliwości używania testowanego manipulatora zestawiono z ich cechami demograficzno-społecznymi. Nie wykazano istotnego statystycznie związku między tymi ocenami a płcią uczestników badania ($p=0,849$) (tabela 6.77), a także –

ich wiekiem ($p=0,056$) (tabela 6.78), wykształceniem ($p=0,964$) (tabela 6.79), miejsce zamieszkania ($p=0,489$) (tabela 6.80), formą zamieszkania ($p=0,428$) (tabela 6.81), oceną sytuacji materialnej ($p=0,642$) (tabela 6.82), rodzaj funkcjonalności ręki ($p=1,000$) (tabela 6.83), korzystaniem z pomocy innych osób w codziennych czynnościach ($p=0,411$) (tabela 6.84), oraz ich poziomem poczucia bezpieczeństwa ($p=0,248$) (tabela 6.85).

Tabela 6.77. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a płeć uczestników badania

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	25	23	48
		%	44,6%	41,1%	42,9%
	Wysoki poziom	N	31	33	64
		%	55,4%	58,9%	57,1%
Ogółem		N	56	56	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,036	0,146 ^a	1	0,703	0,849
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.78. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a wiek uczestników badania

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	7	11	17	10	3	48
		%	41,2%	44,0%	45,9%	40,0%	37,5%	42,9%
	Wysoki poziom	N	10	14	20	15	5	64
		%	58,8%	56,0%	54,1%	60,0%	62,5%	57,1%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,023	0,104	0,224	0,823	0,830 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,056	0,354 ^a	4	0,986	0,987 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.79. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a wykształcenie uczestników badania

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	1	9	21	17	48
		%	50,0%	40,9%	41,2%	45,9%	42,9%
	Wysoki poziom	N	1	13	30	20	64
		%	50,0%	59,1%	58,8%	54,1%	57,1%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,038	0,101	-0,374	0,708	0,720 ^c		
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,050	0,279 ^a	3	0,964	0,938 ^b		
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.80. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania uczestników badania

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	30	18	48
		%	40,5%	47,4%	42,9%
	Wysoki poziom	N	44	20	64
		%	59,5%	52,6%	57,1%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,065	0,478 ^a	1	0,489	0,548
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.81. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a forma zamieszkania uczestników badania

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	3	45	48
		%	60,0%	42,1%	42,9%
	Wysoki poziom	N	2	62	64
		%	40,0%	57,9%	57,1%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,075	0,628 ^a	1	0,428	0,650
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.82. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a sytuacja materialna uczestników badania

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	5	22	17	2	2	48
		%	45,5%	40,0%	45,9%	28,6%	100,0%	42,9%
	Wysoki poziom	N	6	33	20	5	0	64
		%	54,5%	60,0%	54,1%	71,4%	0,0%	57,1%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,037	0,100	-0,370	0,711	0,720 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,179	3,608 ^a	4	0,462	0,492 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.83. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a korzystanie przez uczestników badania z pomocy innych osób w codziennych czynnościach

			Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	24	24	48
		%	47,1%	39,3%	42,9%
	Wysoki poziom	N	27	37	64
		%	52,9%	60,7%	57,1%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,078	0,675 ^a	1	0,411	0,447
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.84. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni uczestników badania

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	45	3	48
		%	42,9%	42,9%	42,9%
	Wysoki poziom	N	60	4	64
		%	57,1%	57,1%	57,1%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,000	0,000 ^a	1	1,000	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.85. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa uczestników badania

		Poziom poczucia bezpieczeństwa				Ogółem
		Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa		
Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora	Średni poziom	N	9	15	24	48
		%	50,0%	33,3%	49,0%	42,9%
	Wysoki poziom	N	9	30	25	64
		%	50,0%	66,7%	51,0%	57,1%
Ogółem		N	18	45	49	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,064	0,101	-0,633	0,527	0,550 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	
V Kramera	0,158	2,792 ^a	2	0,248	0,252 ^b	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania ankietowego odpowiedzieli na pytanie III.9 (zał. 1): *Czy Pana(i) zdaniem, przetestowany manipulator jest lepszy niż wcześniej używane/znane?*

Wszyscy respondenci nie mieli wiedzy na ten temat (tabela 6.86).

Tabela 6.86. Przetestowany manipularz jest od wcześniej używanych czy znanych według respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Zdecydowanie tak	0	0,0
Tak	0	0,0
Raczej tak	0	0,0
Raczej nie	0	0,0
Nie	0	0,0
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie wiem	112	100,0
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy badania ankietowego odpowiedzieli na pytanie III.11 (zał. 1): *Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?*

Większość respondentów udzieliła odpowiedzi twierdzących (tabela 6.87). Wybrali odpowiedzi *tak* (45,5%), *zdecydowanie tak* (29,5%) oraz *raczej tak* (32,3%). 1,8% uczestników badania przyznało, że *raczej nie* poleciłby innym osobom testowanego manipulatora.

Tabela 6.87. Deklaracja respondentów polecenia innym testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Zdecydowanie tak	33	29,5
Tak	51	45,5
Raczej tak	26	23,2
Raczej nie	2	1,8
Nie	0	0,0
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie wiem	0	0,0
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci, biorący udział w badaniu ankietowym, odpowiedzieli na pytanie III.12 (zał. 1): *Jakie rodzaj osób, Pana(i) zdaniem, mógłby być zainteresowany testowanym manipulatorem?*

Odpowiedzi nie udzieliło 6,3% uczestników badania. Pozostali respondenci podjęli próbę wskazania osób, które mogłyby być zainteresowane testowanym manipulatorem (tabela 6.88).

Tabela 6.88. Potencjalne grupy użytkowników zainteresowanych testowanym manipulatorem według respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	7	6,3
Osoby z dysfunkcją jednej górnej kończyny	43	38,4
Osoby po wypadkach	24	21,4
Osoby sparaliżowane, ale posiadające jedną sprawną rękę	21	18,8
Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim	17	15,2
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Zaliczyli do nich ludzi z dysfunkcją jednej górnej kończyny (38,4%) i po wypadkach (21,4%). Uczestnicy badania wymienili także osoby sparaliżowane, mające jedną sprawą rękę (18,8%), oraz – poruszające się na wózku inwalidzkim (15,2%). Wymienili więc szeroką grupę potencjalnych użytkowników testowanego manipulatora, którzy doświadczają czasowej lub trwałej dysfunkcji ruchu.

Respondenci, biorący udział w badaniu ankietowym, odpowiedzieli na pytanie III.10 (zał. 1): *Czy chciałby(-aby) Pan(i) posiadać testowany manipulator?*

Wszyscy uczestnicy badania odpowiedzieli twierdząco (tabela). Wybrali odpowiedzi *tak* (42,0%), *zdecydowanie tak* (38,4%) oraz *raczej tak* (19,6%) (tabela 6.89).

Tabela 6.89. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Zdecydowanie tak	43	38,4
Tak	47	42,0
Raczej tak	22	19,6
Raczej nie	0	0,0
Nie	0	0,0
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie wiem	0	0,0
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej analizie zestawiono odpowiedzi respondentów na pytania: *Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?* oraz *Czy chciałby(-alaby) Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?* Ustalono, że większa chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania była powiązana z większą chęcią polecenia tego typu sprzętu innym osobom (tabela 6.90). Korelacja okazała się istotna statystycznie ($p=0,009$) oraz charakteryzuje się nieznaczną siłą związku.

Tabela 6.90. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a ich deklaracja polecenia innym testowanego manipulatora

			Czy chciałby(-alaby) Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?			Ogółem
			Raczej tak	Tak	Zdecydowanie tak	
Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?	Raczej nie	N	1	0	1	2
		%	4,5%	0,0%	2,3%	1,8%
	Raczej tak	N	10	9	7	26
		%	45,5%	19,1%	16,3%	23,2%
	Tak	N	7	27	17	51
		%	31,8%	57,4%	39,5%	45,5%
	Zdecydowanie tak	N	4	11	18	33
		%	18,2%	23,4%	41,9%	29,5%
Ogółem		N	22	47	43	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,227	0,086	2,629	0,009	0,005 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Ponadto zestawiono odpowiedzi respondentów na pytanie: *Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?* z ich ogólnymi ocenami cech testowanego manipulatora (tabela 6.91). Wykazano, że nie wystąpił między nimi związek istotny statystycznie ($p=0,354$).

Tabela 6.91. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a ogólna ocena cech testowanego manipulatora

			Ogólna ocena cech testowanego manipulatora		Ogółem
			Średni poziom	Wysoki poziom	
Czy chciałby(-a)by Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?	Raczej tak	N	6	16	22
		%	19,4%	19,8%	19,6%
	Tak	N	10	37	47
		%	32,3%	45,7%	42,0%
	Zdecydowanie tak	N	15	28	43
		%	48,4%	34,6%	38,4%
Ogółem		N	31	81	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,091	0,094	-0,971	0,332	0,315 ^c
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo
V Kramera	0,136	2,079 ^a	2	0,354	0,341 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej kolejności zestawiono odpowiedzi respondentów na pytanie: *Czy testowany manipulator polecilby(-aby) Pan(i) innym osobom?* z ocenami poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora (tabela 6.92). Wykazano, że nie wystąpił między nimi związek istotny statystycznie ($p=0,244$).

Tabela 6.92. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora

			Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora		Ogółem
			Wysoki poziom	Bardzo wysoki poziom	
Czy chciałby(-a)by Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?	Raczej tak	N	5	17	22
		%	35,7%	17,3%	19,6%
	Tak	N	4	43	47
		%	28,6%	43,9%	42,0%
	Zdecydowanie tak	N	5	38	43
		%	35,7%	38,8%	38,4%
Ogółem		N	14	98	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,060	0,075	0,800	0,423	0,397 ^c
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	przybliżone T	p	p Monte Carlo
V Kramera	0,159	2,818 ^a	2	0,244	0,271 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Następnie zestawiono odpowiedzi uczestników badania na pytanie: *Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?* z ocenami poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora (tabela 6.93). Wykazano, że nie wystąpił między nimi związek istotny statystycznie ($p=0,347$).

Tabela 6.93. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora

			Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora		Ogółem
			Wysoki poziom	Bardzo wysoki poziom	
Czy chciałby(-a)by Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?	Raczej tak	N	10	12	22
		%	17,2%	22,2%	19,6%
	Tak	N	22	25	47
		%	37,9%	46,3%	42,0%
	Zdecydowanie tak	N	26	17	43
		%	44,8%	31,5%	38,4%
Ogółem		N	58	54	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,138	0,100	-1,376	0,169	0,181 ^c
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo
V Kramera	0,137	2,117 ^a	2	0,347	0,361 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Zestawiono odpowiedzi uczestników badania na pytanie: *Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?* z ocenami poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora (tabela 6.94). Wykazano, że nie wystąpił między nimi związek istotny statystycznie ($p=0,521$).

Tabela 6.94. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora

			Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora		Ogółem
			Wysoki poziom	Bardzo wysoki poziom	
Czy chciałby(-a)by Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?	Raczej tak	N	13	9	22
		%	20,3%	18,8%	19,6%
	Tak	N	24	23	47
		%	37,5%	47,9%	42,0%
	Zdecydowanie tak	N	27	16	43
		%	42,2%	33,3%	38,4%
Ogółem		N	64	48	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,060	0,099	-0,606	0,544	0,563 ^c
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo
V Kramera	0,108	1,303 ^a	2	0,521	0,543 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Zródło: opracowanie własne.

W dalszej kolejności zestawiono odpowiedzi respondentów na pytanie: *Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?* z ocenami poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora (tabela 6.95). Wykazano, że nie wystąpił między nimi związek istotny statystycznie ($p=0,234$).

Tabela 6.95. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora

			Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora		Ogółem
			Wysoki poziom	Bardzo wysoki poziom	
Czy chciałby(-a)by Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?	Raczej tak	N	8	14	22
		%	22,2%	18,4%	19,6%
	Tak	N	11	36	47
		%	30,6%	47,4%	42,0%
	Zdecydowanie tak	N	17	26	43
		%	47,2%	34,2%	38,4%
Ogółem		N	36	76	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,071	0,099	-0,715	0,474	0,463 ^c
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo
V Kramera	0,161	2,902 ^a	2	0,234	0,231 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Zródło: opracowanie własne.

Zestawiono również odpowiedzi uczestników badania na pytanie: *Czy testowany manipulator polecilby(-aby) Pan(i) innym osobom?* z ocenami poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora (tabela 6.96). Wykazano, że nie wystąpił między nimi związek istotny statystycznie ($p=0,460$).

Tabela 6.96. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora

			Ocena poziomu ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora		Ogółem
			Średni poziom	Wysoki poziom	
Czy chciałby(-aby) Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?	Raczej tak	N	11	11	22
		%	22,9%	17,2%	19,6%
	Tak	N	17	30	47
		%	35,4%	46,9%	42,0%
	Zdecydowanie tak	N	20	23	43
		%	41,7%	35,9%	38,4%
Ogółem		N	48	64	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,011	0,102	-0,103	0,918	0,920 ^c
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo
V Kramera	0,118	1,551 ^a	2	0,460	0,463 ^b
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci, biorący udział w badaniu ankietowym, odpowiedzieli na pytanie III.7 (zał. 1): *Jakie są, Pana(i) zdaniem, wady testowanego manipulatora?*

62,5% uczestników nie udzieliło odpowiedzi. Pozostali respondenci wskazali wady testowanego urządzenia (tabela 6.97).

Tabela 6.97. Wady testowanego manipulatora według respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	70	62,5
Za ciężki	16	14,3
Za duży	10	8,9
Trzeba użyć za dużo siły	9	8,0
Nieładny	7	6,3
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Zaliczyli do nich jego zbyt dużą masę (14,3%) i wielkość (8,9%). Zwrócili uwagę, że posługiwanie się nim wymaga od użytkownika zbyt dużego wysiłku (siły) (8,0%). Ponadto urządzenie nie jest estetyczne (6,3%). Respondenci zwrócili przede wszystkim uwagę

na niedostosowanie masy, wielkości urządzenia do sprawności i możliwości motorycznych użytkowników.

Uczestnicy badania ankietowego udzieli odpowiedzi na pytanie III.8 (zał. 1): *Jak należy, Pana(i) zdaniem, usprawnić testowany manipulator, aby lepiej zaspokajał konieczne potrzeby?*

34,8% respondentów nie udzieliło odpowiedzi. Pozostałe osoby zaprezentowały swoje propozycje udoskonalenia urządzenia, aby lepiej spełniało swoje zadanie (tabela 6.98).

Tabela 6.98. Sposoby usprawnienia testowanego manipulatora w kierunku umożliwienia zaspokajania za jego pomocą koniecznych potrzeb według respondentów

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	39	34,8
Z lżejszego materiału	20	17,9
Powinien delikatniej chodzić	14	12,5
Alarm powinien być większy	11	9,8
Rękojeść powinna być powleczone miękkim materiałem	11	9,8
Powinien być bardziej estetyczny	10	8,9
Alarm powinien wydawać dźwięk	7	6,3
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Uważali, że należy wykonać je z lżejszego materiału (17,9%) oraz zwrócić uwagę na jego sposób działania, aby manipulator *delikatniej chodził* (12,5%). Aby zapewnić komfort użytkownikom trzeba, zdaniem respondentów, powlec rękojeść miękkim materiałem (9,8%) i zadbać o estetykę urządzenia (6,3%). Ponadto należy poprawić funkcję alarmu, przycisk musi być większy (9,8%) i alarm powinien wydawać dźwięk (6,3%).

Uczestnicy badania wskazali kierunki optymalizacji urządzenia. Uważali, że należy poprawić jego masę, sposób funkcjonowania (także w zakresie alarmu) oraz estetykę. Stali na stanowisku, że urządzenie można dostosować do ich potrzeb.

Ustalono ogólną ocenę respondentów testowanego manipulatora (tabela 6.99). Wszyscy ocenili go co najmniej pozytywnie. Uznali urządzenie za bardzo pozytywne (92,9%) lub pozytywne (7,1%).

Tabela 6.99. Ogólna ocena respondentów testowanego manipulatora

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Pozytywna	8	7,1
Bardzo pozytywna	104	92,9
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

Ogólne oceny testowanego manipulatora sformułowane przez respondentów zestawiono z ich cechami demograficzno-społecznymi.

Nie wykazano istotnego statystycznie związku między tymi ocenami a płcią uczestników badania ($p=0,139$) (tabela 6.100), wykształceniem ($p=0,064$) (tabela 6.102), miejsce zamieszkania ($p=0,440$) (tabela 6.103), formą zamieszkania ($p=0,403$) (tabela 6.104), oceną sytuacji materialnej ($p=0,240$) (tabela 6.105), rodzajem funkcjonalności ręki ($p=0,072$) (tabela 6.106), korzystaniem z pomocy innych osób w codziennych czynnościach ($p=0,069$) (tabela 6.107) oraz ich poziomem poczucia bezpieczeństwa ($p=0,068$) (tabela 6.108).

Tabela 6.100. Ogólna ocena testowanego manipulatora a płeć uczestników badania

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	6	2	8
		%	10,7%	3,6%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	50	54	104
		%	89,3%	96,4%	92,9%
Ogółem		N	56	56	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,139	2,154 ^d	1	0,142	0,271
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.101. Ogólna ocena testowanego manipulatora a wiek uczestników badania

			Wiek					Ogółem
			17 do 25 lat	26 do 40 lat	41 do 55 lat	56 do 70 lat	71 do 84 lat	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	1	4	1	2	0	8
		%	5,9%	16,0%	2,7%	8,0%	0,0%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	16	21	36	23	8	104
		%	94,1%	84,0%	97,3%	92,0%	100,0%	92,9%
Ogółem		N	17	25	37	25	8	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,050	0,054	0,927	0,354	0,379 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,206	4,741 ^a	4	0,315	0,320 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.102. Ogólna ocena testowanego manipulatora a wykształcenie uczestników badania

			Wykształcenie				Ogółem
			Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	0	2	3	3	8
		%	0,0%	9,1%	5,9%	8,1%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	2	20	48	34	104
		%	100,0%	90,9%	94,1%	91,9%	92,9%
Ogółem		N	2	22	51	37	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,004	0,055	-0,081	0,935	0,911 ^c		
współczynnik	wartość	błąd stand.	przybliżone T	p	p Monte Carlo		
V Kramera	0,064	0,454 ^a	3	0,929	1,000 ^b		
współczynnik	wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo		

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.103. Ogólna ocena testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania uczestników badania

			Miejsce zamieszkania		Ogółem
			Miasto	Wieś	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	4	4	8
		%	5,4%	10,5%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	70	34	104
		%	94,6%	89,5%	92,9%
Ogółem		N	74	38	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,094	0,993 ^a	1	0,319	0,440
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.104. Ogólna ocena testowanego manipulatora a forma zamieszkania uczestników badania

			Czy mieszka Pan(i) sam(a)?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	0	8	8
		%	0,0%	7,5%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	5	99	104
		%	100,0%	92,5%	92,9%
Ogółem		N	5	107	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,060	0,403 ^a	1	0,526	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.105. Ogólna ocena testowanego manipulatora a korzystanie przez uczestników badania z pomocy innych osób w codziennych czynnościach

			Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?		Ogółem
			Tak	Nie	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	4	4	8
		%	7,8%	6,6%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	47	57	104
		%	92,2%	93,4%	92,9%
Ogółem		N	51	61	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,025	0,069 ^a	1	0,792	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.106. Ogólna ocena testowanego manipulatora a ocena sytuacji materialnej uczestników badania

			Proszę ocenić swoją sytuację materialną?					Ogółem
			Bardzo dobra	Dobra	Raczej dobra	Raczej zła	Zła	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	1	3	3	0	1	8
		%	9,1%	5,5%	8,1%	0,0%	50,0%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	10	52	34	7	1	104
		%	90,9%	94,5%	91,9%	100,0%	50,0%	92,9%
Ogółem		N	11	55	37	7	2	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	-0,024	0,058	-0,415	0,678	0,644 ^c			
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo			
V Kramera	0,240	6,428 ^a	4	0,169	0,212 ^b			
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo			

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.107. Ogólna ocena testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni uczestników badania

			Jestem osobą:		Ogółem
			Praworęczną	Leworęczną	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	8	0	8
		%	7,6%	0,0%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	97	7	104
		%	92,4%	100,0%	92,9%
Ogółem		N	105	7	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	0,072	0,574 ^a	1	0,449	1,000
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p dokładne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6.108. Ogólna ocena testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa uczestników badania

			Poziom poczucia bezpieczeństwa			Ogółem
			Niski poziom poczucia bezpieczeństwa	Średni poziom poczucia bezpieczeństwa	Wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa	
Ogólna ocena testowanego manipulatora	Pozytywna	N	2	3	3	8
		%	11,1%	6,7%	6,1%	7,1%
	Bardzo pozytywna	N	16	42	46	104
		%	88,9%	93,3%	93,9%	92,9%
Ogółem		N	18	45	49	112
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
tau-c Kendalla	0,029	0,055	0,533	0,594	0,621 ^c	
Współczynnik	Wartość	Błąd stand.	Przybliżone T	p	p Monte Carlo	
V Kramera	0,068	0,520 ^a	2	0,771	0,780 ^b	
Współczynnik	Wartość	Chi-kwadrat	df	p	p Monte Carlo	

Źródło: opracowanie własne.

Uczestnicy wywiadu eksperckiego zyskali możliwość oceny projektu manipulatora i sformułowania propozycji jego optymalizacji.

W czasie wywiadu eksperckiego uczestnicy badania odpowiedzieli na pytanie 14 (zał. 2): *Czy Pana/Pani zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?*

Uczestnicy badania pozytywnie ocenili projekt manipulatora (AZ, GK, PM). Doceniono ideę, jaka *przyświecała jego powstaniu*. Uznano ją za bardzo cenną i właściwą (GK). Dostrzeżono zalety manipulatora pomimo dostępności na rynku innych urządzeń adresowanych do osób niepełnosprawnych (AZ). Zaliczono do nich osoby z *dysfunkcjami ortopedycznymi, pourazowymi, chirurgicznymi wymagających rehabilitacji długoterminowej* (AZ). Do zalet manipulatora zaliczono dostosowanie *do określonej, wąskiej grupy osób i ich specyficznych potrzeb* (AZ), zdefiniowany zakres zastosowania (AZ). Uznano, że jest on im potrzebny (GK).

Uczestnicy badania dostrzegli także ograniczenia i słabości projektu manipulatora. Zaliczono do nich zbyt dużą masę urządzenia (GK, PM). Konieczne jest użycie innego materiału (np. włókna węglowego) (GK), aby manipulator stał się dwukrotnie lżejszy (PM). Aby zminimalizować czy wyeliminować słabości urządzenia, należy, zdaniem respondentów, w ten proces zaangażować rehabilitantów (GK).

W wywiadzie wziął udział przedstawiciel biura patentowego. Odpowiedział on na pytanie 7 (zał. 3): *Czy Pana/i zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego*

osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?

Uczestnik badania przyznał, że zgłoszenie przez jego biuro manipulatora do urzędu patentowego było poprzedzone bardzo wysoką oceną tego urządzenia. Wskazał na jego ograniczenia. Przyznał: *Jednak prototyp nie jest doskonały. To pierwszy model, nad którym należy się pochylić. Trzeba go dopracować (PBP).*

Uczestnicy wywiadu eksperckiego udzieli odpowiedzi na pytanie 15 (zał. 2): *Czy po zaprezentowaniu działania egzemplarza testowego manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi - może Pan/Pani określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?*

Uczestnicy badania pozytywnie ocenili projekt urządzenia i jego funkcje (AZ, GK, PM). Uznali je za wyjątkową propozycję dla osób z ograniczeniami ruchowymi, które jest poręczne i użyteczne (GK) i może być wykorzystywane w ramach rehabilitacji (PM).

Respondenci zaproponowali wdrożenie pewnych rozwiązań w testowym egzemplarzu manipulatora (AZ, GK, PM). Uznali, że urządzenie powinno być lżejsze, aby mogło spełniać swoje zadania (AZ, GK). Należy bowiem uwzględnić kondycję fizyczną użytkowników, których siła mięśni jest na niskim poziomie (GK). Aby dokładnie określić ich potencjał, należy więc zacieśnić współpracę z nimi, a także zasięgnąć porad u rehabilitantów i fizjoterapeutów (PM). Ponadto manipulator warto wyposażyć w dodatkowe funkcje. Można do nich zaliczyć *automatyczną laskę do podporu, zasilanie alarmu dźwiękowego przez zbyt małą baterię, zainstalowanie wysuwanej igły (ostrego zakończenia) umożliwiającej nakłucie potrzebnego przedmiotu (np. jabłka), wprowadzenie ułatwienia mocowania zakresu chwytu oraz hydraulicznego trzpienia (na 3 ząbki) do uchwytu na pościel, wykorzystanie końcówki magnetycznej oraz takiej z funkcją latarki (AZ).*

W wywiadzie wziął udział przedstawicielka biura patentowego. Odpowiedział on na pytanie 9 (zał. 3): 9. *Czy Pana/i zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora – wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny do zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?*

W ocenie uczestnika badania, projekt manipulatora w pełni stanowi odpowiedź na potrzebę zapewniania wsparcia dla osób z ograniczeniami ruchowymi. Takie narzędzie może znacząco zaspokoić ich potrzebę bezpieczeństwa (PBP).

W czasie wywiadu przedstawiciel biura patentowego opowiedział na pytanie 8 (zał. 2): *Czy po zaprezentowaniu działania egzemplarza testowego manipulatora wspierającego osoby*

z ograniczeniami ruchowymi – mogłaby Pan/i określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?

Zdaniem respondenta, w manipulatorze warto dodać oparcie na łokieć. Brak jednak jednoznacznej opinii na ten temat, ponieważ nadal czekamy na opinię zapytanej uczelni (PBP).

W czasie wywiadu przedstawicielka biura patentowego opowiedział na pytanie 10 (zał.3): *Czy Pana/i zdaniem - zgłoszone do Urzędu Patentowego RP urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni o oznaczeniu P.435388 – można uznać, za istotny wkład, do organizacji bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów? Jeżeli tak lub nie – to dlaczego?*

Według uczestnika badania, to urządzenie zapewnia istotne wsparcie dla organizacji bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, ponieważ zwiększy jego mobilność i poprawi codzienne funkcjonowanie, a tym samym zwiększy ich zdolność samoobsługi i samodzielności. Będą mniej zależni od pomoc osób trzecich (PBP).

W czasie wywiadu eksperckiego respondenci odpowiedzieli na pytanie 16 (zał. 2): *Czy Pana/Pani zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora – wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny dla zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?*

Uczestnicy wywiadu pozytywnie ocenili projekt manipulatora (AZ, GK, PM). Przyznali, że urządzenie jest dostosowane do potrzeb osób z ograniczeniami ruchowymi, o ile mają one sprawną kończynę górną (AZ, PM). Respondenci byli zdania, że manipulator może przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa i samodzielności w ramach samoobsługi osób z dysfunkcjami ruchu (AZ, GZ). Tworzy warunki, aby mogły zaspokajać różne potrzeby dotyczących ich bezpieczeństwa (GZ) i będą mniej zależne od pomocy innych ludzi (AZ, GZ, PM)

6.6. Wnioski

Przeprowadzone badania służyły rozwiązaniu szczegółowego problemu badawczego, który sformułowano w następujący sposób: *W jaki sposób zaprojektowany systemowo manipulator powinien zaspokajać potrzeby osób z dysfunkcją ruchu?*

Uzyskane odpowiedzi na wskazany powyżej problem badawczy stanowiło podstawę weryfikacji hipotezy: *H.5 zakłada się, że osoby z dysfunkcją ruchu potrzebują dostępu*

do urządzenia, zapewniającego im większe poczucie samodzielności i bezpieczeństwa. Uczestnicy badania ankietowego i wywiadu eksperckiego najprawdopodobniej nie zetknęli się nigdy z urządzeniem podobnym do prototypu manipulatora. Oceny (ogólne i szczegółowe) urządzenia przez osoby z dysfunkcją ruchu nie będą zatem zależne od ich cech demograficzno-społecznych, ale potrzeb i stanu doświadczonych ograniczeń ruchowych.

W konsekwencji powyższego sformułowano następujące wnioski:

- uczestnicy badania ankietowego, osoby z dysfunkcją ruchu, doświadczały średniego i wysokiego poziomu bezpieczeństwa. Ten ich stan ochrony nie zależał od ich płci, wieku, poziomu wykształcenia, sytuacji materialnej, formy zamieszkania i rodzaju funkcjonalności dłoni. Taka zależność zachodziła między poziomem poczucia bezpieczeństwa a miejscem zamieszkania i korzystaniem przez respondentów z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności;
- respondenci, osoby z dysfunkcją ruchu nie znały i nie stosowały urządzeń podobnych do testowanego manipulatora. Również uczestnicy wywiadu eksperckiego nie znali takich urządzeń. Uważali, że powinny one być dostępne, łatwe w obsłudze i zdolne do wspierania osiągania różnych celów przez użytkownika;
- uczestnicy wywiadu eksperckiego uznali, że osoby niepełnosprawne ruchowo mają zróżnicowany dostęp do metod terapeutycznych i narzędzi stosowanych w czasie rehabilitacji. Jednak stałym problemem pozostawał ich dostęp do tego potencjału w ich domach, a także do narzędzi wspierających ich codzienne funkcjonowanie;
- respondenci, osoby z dysfunkcją ruchu, wysoko ocenili cechy testowanego prototypu manipulatora, w tym: możliwość kontroli nad ruchem, dostateczną liczbę kombinacji, szeroki zakres czynności, wsparcie dla wykonywanego ruchu, dostosowanie do potrzeb związanych z codziennym funkcjonowaniem użytkownika, łatwość obsługi oraz poręczność. Ich oceny nie były determinowane przez ich płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, formę zamieszkania, konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, rodzaj funkcjonalności dłoni i poziom poczucia bezpieczeństwa;
- zdecydowana większość uczestników badania ankietowego, osób z dysfunkcją ruchu, bardzo wysoko oceniła możliwość wykonywania czynności za pomocą prototypu manipulatora. Najwyższe oceny uzyskały funkcje urządzenia, które pozwalały informować otoczenie o problemie, wziąć i odłożyć kubek czy grzebień oraz sięgnąć po większe przedmioty. Ogólna ocena respondentów możliwości wykonywania

czynności za pomocą prototypu manipulatora nie była determinowana przez ich płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, formę zamieszkania, konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, rodzaj funkcjonalności dłoni i poziom poczucia bezpieczeństwa;

- ponad połowa respondentów, osób z dysfunkcją ruchu, wysoko oceniła możliwość chwytania przedmiotu za pomocą prototypu manipulatora. Najwyższe oceny uzyskały funkcje urządzenia, które pozwalały wykonywać wiele różnych czynności za pomocą chwytaka i osiągać zamierzony cel działania dzięki odpowiedniej czułości chwytaka. Ogólna ocena respondentów możliwości wykonywania czynności za pomocą prototypu manipulatora nie była determinowana przez ich płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, formę zamieszkania, konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, rodzaj funkcjonalności dłoni i poziom poczucia bezpieczeństwa;
- ponad połowa uczestników badania z dysfunkcją ruchu wysoko oceniła możliwość przenoszenia lub odsuwania przedmiotu za pomocą prototypu manipulatora. Najwyższe oceny uzyskały funkcje urządzenia, które pozwalały osiągać zamierzony cel działania dzięki łatwości posługiwania się manipulatorem. Ogólna ocena respondentów możliwości wykonywania czynności za pomocą prototypu manipulatora była determinowana przez ich płeć. Takiej zależności nie ustalono w przypadku tej oceny a zmiennymi typu: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, formę zamieszkania, konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, rodzaj funkcjonalności dłoni i poziom poczucia bezpieczeństwa;
- ponad połowa respondentów z dysfunkcją ruchu bardzo wysoko oceniła możliwość alarmowania otoczenia za pomocą prototypu manipulatora. Najwyższe oceny uzyskały funkcje urządzenia, które pozwalały osiągać zamierzony cel działania dzięki zapewnieniu użytkownikowi pełnej kontroli na wykonywanym ruchem i małej sile potrzebnej do jego wykonania. Ogólna ocena respondentów możliwości alarmowania za pomocą prototypu manipulatora była determinowana przez ich poziom wykształcenia. Takiej zależności nie ustalono w przypadku tej oceny a zmiennymi typu: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, formę zamieszkania, konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, rodzaj funkcjonalności dłoni i poziom poczucia bezpieczeństwa;

- ponad połowa uczestników badania z dysfunkcją ruchu była wysoce zadowolona z możliwości używania prototypu manipulatora. Wykazali ogólną satysfakcję z urządzenia, z jego opcji alarmowej i zaczepu, za pomocą którego można podnosić, odkładać przedmiot. Ogólna ocena zadowolenia respondentów nie była determinowana przez ich płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, formę zamieszkania, konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, rodzaj funkcjonalności dłoni i poziom poczucia bezpieczeństwa;
- prototyp manipulatora uzyskał ogólną bardzo wysoką ocenę od zdecydowanej większości uczestników badania z dysfunkcją ruchu. Ich oceny nie były determinowane przez ich płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuację materialną, formę zamieszkania, konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności, rodzaj funkcjonalności dłoni i poziom poczucia bezpieczeństwa;
- zdecydowana większość uczestników badania ankietowego, osób z dysfunkcją ruchu, chciała posiadać testowany manipulator;
- respondenci wskazali wady prototypu manipulatora. Uczestnicy badania ankietowego, osoby z dysfunkcją ruchu, zaliczyli do nich zbyt dużą masę i za dużą wielkość urządzenia, konieczność posłużenia się dużą siłą, aby nim operować. Poza tym jego słabością jest niezadowalająca estetyka. Natomiast uczestnicy wywiadu eksperckiego wskazali wady typu: zbyt duża masa oraz niewłaściwy materiał z którego zbudowano urządzenie, brak rozwiązania stanowiącego oparcie dla manipulatora.
- respondenci wskazali sposoby udoskonalenia prototypu manipulatora. Uczestnicy badania ankietowego, osoby z dysfunkcją ruchu, wymienili zastosowanie lżejszego materiału do budowy urządzenia, poprawienie sposobu jego funkcjonowania, aby łatwiej działało, powiększenie przycisku alarmu i wyposażenie go w dźwięk, wymoszczenie rękojeści miękkim materiałem oraz zwrócenie uwagi na estetykę przyrządu. Do podobnych wniosków doszli uczestnicy wywiadu eksperckiego. Uznali, że manipulator powinien być lżejszy, dostosowany do fizycznych możliwości i sprawności użytkowników z dysfunkcją ruchu. w ich ocenie należy wyposażyć manipulator w laskę do jego podporu, dźwiękowy alarm, poszerzenie możliwości urządzenia za pomocą nowych funkcji (np. igły do nakłuwania przedmiotu, latarki, końcówki magnetycznej).

ZAKOŃCZENIE

Przedmiotem badań upublicznionych w niniejszej dysertacji było bezpieczeństwo osobiste osób niepełnosprawnych, postrzegane w złożonych konfiguracjach ich bezsilności ruchowej oraz określenia możliwości poprawy istniejącego stanu rzeczy.

Wyartykułowany w ten sposób obszar badawczy pozwolił na sprecyzowanie celu poznawczego sprowadzonego do poznania istoty bezpieczeństwa personalnego, jego wymiarowania i organizacji na rzecz potrzeb osób niepełnosprawnych, wykrycia związków i zależności, zachodzących pomiędzy poziomem teoretycznych założeń i przygotowań, a skutecznością i efektywnością stosowanych rozwiązań. Cel praktyczny został sprowadzony do przygotowania naukowo uzasadnionego modelu wsparcia bezpieczeństwa personalnego ludzi z ograniczeniami ruchowymi, poprzez specjalnie opracowany manipulator o licznych walorach systemowych.

Realizację czynności badawczych podzielono na trzy fazy. Pierwsza z nich dotyczyła identyfikacji i sprecyzowania problemu naukowego, będącego inspiracją podjęcia prac badawczych, a także uściśleniu obszaru badań i przebiegu procedury badawczej. Faza druga obejmowała ostatecznie wyspecyfikowany dobór metod badawczych właściwych dla poszczególnych problemów naukowych oraz organizację i prowadzenie badań teoretycznych i empirycznych. Ostatnia część prac badawczych obejmowała zebranie wyników przeprowadzonych badań, dokonanie ich logicznego uogólnienia oraz systematyzacji. Naukowa refleksja towarzysząca tym działaniom miała na celu nie tylko przyjęcie przejrzystego układu prezentacji wyników badań w formie rozprawy naukowej, ale także odpowiednio umotywowanych badawczo zgłoszeń do Urzędu Patentowego Rzeczypospolitej Polskiej (UP RP)

Uczestnikami badań sondażowych na rzecz wyprowadzenia wniosków o charakterze ogólnym, a w tym przede wszystkim użytkowym było 112 respondentów ankietowych i 4 ekspertów.

Przeprowadzone wnioskowanie pozwoliło na rozwiązanie głównego problemu badawczego, który zawarto w pytaniu: *Jakie cechy powinien posiadać systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej, by mógł stanowić istotny element podwyższania bezpieczeństwa osobistego?* Jednocześnie uzyskane wyniki potwierdziły założenia hipotetyczne.

Uruchomiony i przeprowadzony w ten sposób proces badawczy przyniósł odpowiednio zidentyfikowane dane na rzecz sposobów podwyższania bezpieczeństwa osobistego osób niepełnosprawnych – co wydaje się być istotne dla dyscypliny *nauki o bezpieczeństwie*. Jednocześnie przedstawione w pracy wyniki badań empirycznych wykazały potrzebę udostępnienia osobom z dysfunkcjami ruchu – urządzenia odpowiednio je wspierającego, a jednocześnie podwyższającego poziom oczekiwanego bezpieczeństwa osobistego.

Bezsprzecznie przy tym ustalono, że w dostępnych ofertach nie ma żadnego dotąd urządzenia, które umożliwiłoby niepełnosprawnemu użytkownikowi podjęcie czynności, jakie jest on w stanie wykonać za pomocą sondażowo sprawdzonego prototypu manipulatora. Uzyskane wyniki badań prowadzą do bezsprzecznie wyprowadzonego wniosku, że takie urządzenie jest im potrzebne, aby mogli zwiększyć swoją samoopiekę i samoobsługę.

Wyniki badań empirycznych wskazały także ograniczenia i wady zaprojektowanego na potrzeby wsparcia bezsilności ruchowej osób niepełnosprawnych urządzenia. Respondenci, uczestnicy badania ankietowego i wywiadu eksperckiego byli zdania, że należy zmniejszyć jego masę i poszerzyć zakres jego funkcji. Należy także zadbać o to, aby manipulator był bardziej estetyczny i lepiej (łatwiej) działał, także dzięki możliwości jego umocowania na specjalnej podpórcie. Na takich podstawach nie zamknięto zewnętrznie realizowanych czynności badawczych prowadzonych w ramach projektu naukowo-badawczego Akademii Kaliskiej i poszerzono je o działania uzupełniające – wraz z poszerzoną współpracą ze specjalistami z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji oraz osobami niepełnosprawnymi ruchowo.

Aktualnie wykazana przydatność i potencjał prototypu manipulatora wspierającego osoby z dysfunkcją ruchu przyniósł wymierne efekty w postaci udzielenia w dniu 17.02.2022 roku przez Urząd Patentowy RP prawa ochronnego dla wzoru przemysłowego o numerze *PL 27727* i nazwie *Urządzenie wspomagające ruch ręki*, a w dniu 25.08.2022 roku – do otrzymania patentu nr *PL 241219* na wynalazek pt. *Urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni*.

BIBLIOGRAFIA

Akty prawne:

1. *Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
2. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 r.* [w:] https://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf
3. *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r.* (Dz. U. z 1993, Nr 61, poz. 284)
4. *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku ratyfikowany przez Polskę 3 marca 1977 roku* (Dz. U. z 1997 r. Nr 38, poz.167)
5. *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 7 grudnia 2000 r.,* (Dz. Urz. UE C 83.389 z 30.03.2010)
6. *Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 64 poz. 593 z późn. zm.)
7. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)
8. *Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzecznika Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)
9. *Ustawa z 6 listopada 2009 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)
10. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (Dz. U. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.)
11. *Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych* (Dz. U. 2017 poz. 844)
12. *Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia* (Dz. U. 2019 poz. 1590)
13. *Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. 2022 poz. 64)
14. *Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych* (Dz. U. 2022 poz. 974)

15. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025* (Dz. U. 2021 poz. 642) uchwały Rady Ministrów
16. *Uchwała Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 roku w sprawie Narodowego programu zdrowia na lata 2007-2015* [w:] <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015/>
17. *Zarządzenie nr 1/2020 z dnia 5 lutego 2020 r. w sprawie powołania i funkcjonowania Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta* [w:] <https://www.gov.pl/web/rpp/rada-organizacji-pacjentow>
18. *Narodowy program zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007*

Publikacje zwarte:

19. Adamczyk M., *Teoretyczne wprowadzenie do badań nad bezpieczeństwem*, w: M. Debita, M. Adamczyk (red.), *Polska – Europa – świat wczoraj i dziś*, Media-Expo, Poznań 2017
20. Adamska M., Szewczuk-Stępień M., *Badania jakościowe jako narzędzie pozyskania, analizy i interpretacji wiedzy eksperckiej – wymiar praktyczny*, w: M. Adamska, M. Szewczuk-Stępień (red.), *Know how – efektywna komunikacja w regionalnym transferze wiedzy. Rozwinięcie i synteza wyników*, ITR, Opole 2012
21. Andrzejewska A., *Świat wirtualny – kreatorem rzeczywistości dziecka*, w: J. Bednarek, A. Andrzejewska (red.), *Cyberswiat, możliwości i zagrożenia*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009
22. Aniśko P., Popławska P., Sochoń M., Bijowski K., Krajewska-Kułak E., *Profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020
23. Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, Wydawnictwo Diecezji Gdańskiej, Gdańsk 2002
24. Apanowicz J., *Metodologiczne uwarunkowania pracy naukowej. Prace doktorskie. Prace habilitacyjne*, Difin, Warszawa 2005
25. Babiński A., Lubiewski P., Łuźniak A., *Współużyteczność metod oraz technik i narzędzi badawczych w badaniu bezpieczeństwa*, w: A. Czupryński, B. Wiśniewski, J.

- Zboina (red.), *Nauki o bezpieczeństwie. Wybrane problemy badań*, CNBOP-PIB, Józefów 2017
26. Bartkowski J., *Położenie społeczno-ekonomiczne i jakość życia osób niepełnosprawnych w Polsce*, w: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014
27. Bartoszewicz R., *Aktywność ruchowa młodzieży gimnazjalnej w Polsce na tle wybranych krajów europejskich*, AWF, Wrocław 2010
28. Bauman Z., *Płynny lęk*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2008
29. Bąk D., *Polityka „compliance” w podmiotach leczniczych*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012
30. Beck U., *Spoleczeństwo ryzyka. w drodze do innej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2002
31. Bednarz M., *Bezpieczeństwo personalne wobec nowych ryzyk socjalnych*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. W trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021
32. Bedyńska S., Brzezińska A., *Statystyczny drogowskaz*, SWPS, Warszawa 2007
33. Betkowski M., *Bezpieczeństwo pracy policjanta wobec zagrożeń epidemiologicznych*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. W trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021
34. Biezuński A., *Teoria bezpieczeństwa i jego pochodnych w zarysie*, w: B. Kaczmarczyk, A. Wawrzusin (red.), *Podstawowe problemy bezpieczeństwa i edukacji dla bezpieczeństwa*, MODN, Ełk 2014
35. Błaszczuk M., *Poza sferę bezpieczeństwa, pewności i życiowego komfortu. O egzystencjalistycznej koncepcji człowieka*, w: G. Górski, K. Garczewski, A. Garczewska, A. Potoczka (red.), *Bezpieczeństwo w Polsce i Europie*, JWN, Toruń 2019
36. Błaszczuk K., Rynkowska D., *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej. Podręcznik dla studentów*, WUR, Rzeszów 2014
37. Bogdański P., *Bezpieczeństwo kadrowe Policji na przykładzie przesłanek dobru do służby*, WSPol, Szczytno 2015
38. Bojanowska E., *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, w: J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, T. 3, RRL i ZWS, Warszawa 2012

39. Borkowska S., *Jak wynagradzać?*, Oficyna Ekonomiczna, Warszawa 2002
40. Borkowski J., Dyrda M., Kanarski L., Rokicki B., *Słownik terminów z zakresu psychologii dowodzenia i zarządzania*, AON, Warszawa 2000
41. Bręczewski G., *Wybrane psychospołeczne aspekty niepełnosprawności. w kierunku rozwojowej wizji procesu rehabilitacji*, AWF, Poznań 2010
42. Brytek-Matera A., *Obraz ciała-obraz siebie wizerunek własnego ciała w ujęciu psychologicznym*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008
43. Brzeziński M., *Kategoria bezpieczeństwa*, w: S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*, Elipsa, Warszawa 2009
44. Byra S., *Procesy radzenia sobie i/a przystosowanie do życia z nabytą niepełnosprawnością ruchową*, w: E. Zasepa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności*, WAPS, Warszawa 2013
45. Chojnowski L., *Bezpieczeństwo. Zarys teorii*, WNAP, Słupsk 2015
46. Chrząszcz K., *Funkcje asystenta studenta niepełnosprawnego w polskich uniwersytetach. Rozprawa doktorska*, WEiNoE UŚ, Cieszyn 2018
47. Cianciara D., *Promocja zdrowia. Zakres i działania. Organizacja promocji zdrowia w Polsce i na świecie*, w: J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, SZP CMKP, Warszawa 2011
48. Ciekankowski Z., Nowicka J., Wyrębek H., *Bezpieczeństwo państwa w obliczu współczesnych zagrożeń*, WUPH, Siedlce 2016
49. Cieślarczyk M., *Współczesne rozumienie bezpieczeństwa*, w: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teoriach i badaniach naukowych*, WSPol, Szczytno 2011
50. Cybulski K., *Zarządzanie działem sprzedaży firmy*, PWN, Warszawa 2004
51. Czajkowski W., *Psychologia poczucia bezpieczeństwa. Wyzwania i zagrożenia*, WSBPiI, Kraków 2017
52. Czuputowicz J., *Bezpieczeństwo międzynarodowe. Współczesne koncepcje*, WN PWN, Warszawa 2012
53. Czechowicz S., *Wobec powracających chorób zakaźnych. Analiza wpływu prawnych gwarancji bezpieczeństwa epidemiologicznego na bezpieczeństwo jednostki*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020
54. Czupryński A., *Bezpieczeństwo w ujęciu aksjologicznym*, w: J. Zboina (red.), *Bezpieczeństwo na lądzie, morzu i w powietrzu*, Wydawnictwo CNBOP-BIP, Józefów 2014

55. Czupryński A., *Bezpieczeństwo w ujęciu teoretycznym*, w: A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina (red.), *Bezpieczeństwo. Teoria – badania – praktyka*, Wydawnictwo CNBOP-PIB, Józefów 2015
56. Czuryk M., Dunaj K., Karpiuk M., Prokop K., *Bezpieczeństwo państwa. Zagadnienia prawne i administracyjne*, WPiAUW-M, Olsztyn 2016
57. Denek K., *Rola wartości w edukacji*. w: W. Furmanek (red.). *Teoria i praktyka. Wartości w pedagogice*. WUR, Rzeszów 2011
58. Domurat A., *Identyfikacja wartości osobistych w badaniach psychologicznych. Wartości jako cele działań i wyborów*, WUW, Warszawa 2009
59. Duncan B., *Eksperyment fundacji z transferem umysłu. Możliwość uzyskania technologicznej nieśmiertelności*, w: E. Dygalska (red.), *Interfejsy, kody, symbole. Przyszłość komunikowania*, Impart, Wrocław 2016
60. Drabik K., *Etyczne aspekty bezpieczeństwa w starości*, WAON, Warszawa 2011
61. Drabik K., *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2013
62. Drabik K., *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w perspektywie filozoficznej*, w: K. Drabik (red.), *Natura bezpieczeństwa w perspektywie personalnej i strukturalnej*, AON, Warszawa 2013
63. Drabik K., *Bezpieczeństwo w kulturze nowoczesnego ryzyka*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020
64. Drabik K., *Teoretyczne aplikacje bezpieczeństwa personalnego*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021
65. Drapikowska B., *Feminizacja bezpieczeństwa we współczesnych uwarunkowaniach*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020; S. Jarmoszko, *Antropologia bezpieczeństwa. Kontury naukowej tożsamości*, WUP-HS, Siedlce 2015
66. Dziurzyński K., Sawicki A., *Doświadczenie bezpieczeństwa w wymiarze lokalnym*, w: W. Fehler, *Bezpieczeństwo w środowisku lokalnym*, Arte, Warszawa 2009
67. Dziwańska K., *Cele, plany życiowe oraz wartości młodzieży w kontekście rozwoju orientacji przyszłościowej w okresie dorastania*, WITE, Radom 2011
68. Fajfer-Kruczek I., *Wykluczenie społeczne osób z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym*, WUŚ, Katowice 2015

69. Falecki J., *Bezpieczeństwo*, w: O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, Libron, Kraków 2018
70. Fehler W., *Bezpieczeństwo wewnętrzne współczesnej Polski. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Druk Arte, Warszawa 2012
71. Fehler W., *Zagrożenie – kluczowa kategoria teorii bezpieczeństwa*, w: K. Jałoszyński, B. Wiśniewski, T. Wojtuszek (red.), *Współczesne postrzeganie bezpieczeństwa*, WSA, Bielsko-Biała 2007
72. Fehler W., Marczuk K.M., *Wstęp*, w: W. Fehler, K.M. Marczuk (red.), *Polityka Unii Europejskiej w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego. Uwarunkowania – realizacja – wyzwania w drugiej dekadzie XXI wieku*, Difin, Warszawa 2015
73. Florczak A., Bolechowa B. (red.), *Prawa człowieka w systemie prawa krajowego*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006
74. Frączek B., Andres A., *Bezpieczeństwo pacjenta w anestezjologii i intensywnej terapii*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
75. Freud Z., *Kultura jako źródło cierpień*, w: Z. Freud, *Człowiek, religia, kultura*, Książka i Wiedza, Warszawa 1967
76. Gajewska M., Lewtak K., Urban E., *Działania na rzecz upowszechniania aktywności fizycznej – skala ogólnopolska*, w: W. Drygas, M. Gajewska, T. Zdrojewski (red.), *Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego*, NIZP – PZH, Warszawa 2021
77. Gąciarz B., *Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej*, w: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, WAGH, Kraków 2014
78. Gąciarz B., Grewiński M., Rudnicki S., Geletta K., *Usługi publiczne i komercyjne: kierunki zmian systemu indywidualnego wsparcia osób niepełnosprawnych*, w: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014
79. Gąciarz B., Kubicki P., Rudnicki S., *System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce – diagnoza dysfunkcji*, w: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014
80. Gick A., Tarczyńska M., *Motywowanie pracowników*, PWE, Warszawa 1999
81. Giddens A., *Konsekwencje nowoczesności*, WUJ, Kraków 2008

82. Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010
83. Gierszewski J., *Bezpieczeństwo społeczne. Studium z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, Difin, Warszawa 2013
84. Gierszewski J., Czerniejewska P., *Potrzeba bezpieczeństwa człowieka jako obiektywny i subiektywny wskaźnik jakości życia*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020
85. Giernaszewski J., Omólska I., *Postrzeganie bezpieczeństwa personalnego przez strażników więziennych*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021
86. Giernaszewski J., Omólska I., *Bezpieczeństwo personalne studentów w domach akademickich Akademii Pomorskiej*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. w trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021
87. Głowacka B., *Wpływ szczepień ochronnych na odporność populacji*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020
88. Górniak J., Wachnicki J., *Pierwsze kroki w analizie danych, SPSS*, Kraków 2008
89. Grabińska T., *Bezpieczeństwo personalne. Koncepcja trzech warstw*, WAWL, Wrocław 2019
90. Grabińska T., *Bezpieczeństwo społeczne w encyklikach Jana Pawła II i nauczaniu Franciszka*, w: B. Kastelik, A. Krupka, R. Woźniak, *Jan Paweł II. Posługa myślenia*, WNUPJP, Kraków 2015
91. Grabińska T., *Osoba a indywidualizm – kontekst humanistyczny a kontekst społeczny bezpieczeństwa*, w: T. Grabińska, Z. Kuźniar (red.), *Bezpieczeństwo personalne a bezpieczeństwo strukturalne*, t. 3, *Czynniki antropologiczne i społeczne bezpieczeństwa personalnego*, Wydawnictwo AWL, Wrocław 2015
92. Grabińska T., *Warstwy bezpieczeństwa personalnego*, w: T. Grabińska, Z. Kuźniar (red.), *Bezpieczeństwo personalne a bezpieczeństwo strukturalne*, t. 4, *Struktura warstwowa bezpieczeństwa*, Wydawnictwo AWL, Wrocław 2020
93. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa, 1998
94. Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, WUŚ, Katowice 2017

95. Grzywna P., *Istota i wybrane aksjologiczne uwarunkowania bezpieczeństwa społecznego*, w: A. Bryłka, T. Kałuski, M. Korbaś (red.), *Władza a społeczeństwo*, WUŚ, Katowice 2016
96. Gstöttner E., Zak Th., *Ruchem przez życia*, w: M. Sekułowicz, J. Kruk-Lasocka, L. Kulmatycki (red.), *Psychosomatyka-ruch pełen znaczeń*, WNDSW, Wrocław 2008
97. Guła P.W., Karwan K., *Bezpieczeństwo pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
98. Gurcke I., Piechuła B., *Kliniczne zarządzanie ryzykiem oraz jakością. Rozwiązania redukujące ryzyko i podnoszące jakość oferowanych usług*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, KTE, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012
99. Halicka M., Kramkowska E., *Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym*, J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, T. 3, RRL i ZWS, Warszawa 2012
100. Hołda J., Hołda Z., Ostrowska D., Rybczyńska J.A., *Prawa człowieka. Zarys Wykładu*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011
101. Ilnicka P., *Ochrona zdrowia ludzkiego w działaniach organizacji pozarządowych*, w: J. Blicharz, L. Zacharko, S. Nitecki (red.), *Trzeci sektor i ekonomia społeczna. Uwarunkowania prawne. Kierunki działań*, E-Wydawnictwo. PiEBC. WPAiEUW, Wrocław 2017
102. Jakubczak R., Kalinowski R., Loranty K., *Bezpieczeństwo społeczne w erze globalizacji*, WAP, Siedlce 2008
103. Jakubowska H., *Socjologia ciała*, Wydawnictwo UAM, Poznań 2009
104. Januszko S., *Antropologia bezpieczeństwa. Konstrukty naukowej tożsamości*, UP-H, Siedlce 2015
105. Jarmoszko S., *O bezpieczeństwie zdrowotnym z perspektywy antropologii bezpieczeństwa*, w: M. Cieślarczyk, I.A. Trzpił, D. Zbroszczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, UP-H, Siedlce 2017
106. Jarmuszko S., *Teoretyczne konceptualizacje i sensory bezpieczeństwa w naukach społecznych*, w: S. Jarmuszko, C. Kalita, J. Maciejewski, *Nauki społeczne wobec problemu bezpieczeństwa (wybrane zagadnienia)*, UP-H, Siedlce 2016
107. Jasiński Z., *Motywowanie w przedsiębiorstwie*, Agencja Wydawnicza Place, Warszawa 1998

108. Juchnowicz M., *Motywowanie w toku pracy*, w: A. Sajkiewicz (red.), *Zasoby ludzkie w firmie. Podręcznik*, Poltext, Warszawa 2000
109. Jurczyk T., *Prawa jednostki w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009
110. Kalina R. M., *Ogólne kategorie klasyfikacji i charakterystyki zagrożeń zewnętrznych*, w: B. Hołyst (red.), *Człowiek w sytuacji trudnej*, PTHP, Warszawa 1991
111. Karaś R., *Teorie motywacji w zarządzaniu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004
112. Karczewski J. M., *Praktyki cielesne*, Trio, Warszawa 2006
113. Kaźmierczak-Pec D., *Od bezpieczeństwa państwa do bezpieczeństwa ludzkiego. Ewolucja pojęcia bezpieczeństwa w rzeczywistości ponowoczesnej*, w: M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostki*, WUP-H, Warszawa-Siedlce 2011
114. Klichowski M., *Narodziny cyborgizacji. Nowa eugenika, transhumanizm i zmierzch edukacji*, UAM, Poznań 2014
115. Klimaszewska K., Grądzka K., *Nowotwór piersi – diagnostyka i leczenie*, w: K. Klimaszewska, K. Krajewska-Kułak (red.), *Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi*, t. 1, UM, Białystok 2021
116. Konieczny J., Dajerling L., *Bezpieczeństwo zdrowotne w badaniach zintegrowanych*, w: J. Konieczny, L. Dajerling, *Bezpieczeństwo zdrowotne. Postępy monitorowanie, obrazowania stanu zdrowia i środowiska*, WNUAM, Poznań 2019
117. Kołpaczyński E., *Prognozowanie zagrożeń bezpieczeństwa personalnego*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. W trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021
118. Korwin-Szymanowska A., *Psychospołeczne aspekty poczucia bezpieczeństwa*, w: *Bezpieczeństwo jako wartość. Wydanie pokonferencyjne z II Konferencji Naukowej z cyklu „Bezpieczeństwo jako wartość” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie, 18 kwietnia 2008*, WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2010
119. Korzeniowski L.F., *Securologia. Nauka o bezpieczeństwie człowieka i organizacji społecznych*, EAS, Kraków 2008
120. Korzeniowski L., *Zarządzanie bezpieczeństwem. Rynek, ryzyko, zagrożenie, ochrona*, w: P. Tyrała (red.), *Zarządzanie bezpieczeństwem*, WPSB, Kraków 2000

121. Kosiek K., Godyski-Ćwirko M., *Bezpieczeństwo pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
122. Kotlarska-Michalska A., *Starość w aspekcie socjologicznym*, w: L. Liońska (red.), *Profile starości*, Wydawnictwo Miejskie: Urząd Miasta Poznania WZSS, Poznań 2000
123. Kowalewski M., *Aspekty bezpieczeństwa narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*, OWPW, Warszawa 2015
124. Król H., *Podstawy koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi*, w: *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego*, PWN, Warszawa 2007
125. Królewski J., Masłyk T., Migaczewska E., Stojkow M., Żucjowska D., *Potencjał Internetu i jego (nie)wykorzystanie w kontekście potrzeb osób niepełnosprawnych*, w: B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwo AGH, Warszawa 2014
126. Krzykowski P., *Środowisko bezpieczeństwa globalnego a bezpieczeństwo obywatela*, w: K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2017
127. Kubicki P., *Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2017
128. Kuc B.R., *Zarządzanie doskonale*, Wydawnictwo Oskar-Master of Biznes, Warszawa 1999
129. Kucharska E., *Poprawa zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*, w: M. Podgórska (red.), *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, WWSZ, Gdańsk 2017
130. Kuczabski M.J., *Bezpieczeństwo psychiczne jednostki jako podstawa humanistyczna podejścia do bezpieczeństwa narodowego*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020
131. Kukułka J., *Bezpieczeństwo a współpraca europejska: podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*, UPH, Siedlce 2009
132. Kwiatkowski S., *Między bezpieczeństwem obywateli a wolnością – społeczne reperkusje „polityki bezpieczeństwa”*, w: M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostki*, WUP-H, Warszawa-Siedlce 2011
133. Labunowa E., Škrečková G., Makuláková W., Kredrova L., 2015, *Znaczenie regularnej aktywności ruchowej kobiet w kontekście zdrowego stylu życia*,

- w: D. Mucha, W. Makul'áková (red.), *Aktywność ruchowa w okresie starzenia się jako element profilaktyki zdrowotnej*, PWSZ, Nowy Targ 2014
134. Leonowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2010
135. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne Polaków wobec wyzwań XXI wieku. Zarządzanie bezpieczeństwem*, Difin, Warszawa 2011
136. Lisiecki M., Kwiatkowska-Basałaj N., *Pojęcie bezpieczeństwa oraz prognostyczny model jego zapewnienia*, w: P. Tyrała (red.), *Zarządzania bezpieczeństwem*, PSB, Kraków 2000
137. Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2005
138. Liśniewska H., *Bezpieczeństwo personalne funkcjonariuszy wybranych grup dyspozycyjnych*, w: K. Drabik, M. Żyła (red.), *Bezpieczeństwo personalne wobec współczesnych zagrożeń i wyzwań*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2017
139. Loranty K., *Bezpieczeństwo w perspektywie humanizmu ewolucyjnego*, w: K. Drabik (red.), *Humanistyczne aspekty bezpieczeństwa*, Wydawnictwo ASW, Warszawa 2020
140. Łój G., *Poczucie bezpieczeństwa a osobowościowe wyznaczniki adaptacji do starości*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Częstochowa 2001
141. Maj M., *Sztuczna inteligencja i roboty wyzwaniem dla prawa*, w: J. Helios, W. Jedlecka, A. Kwieciński (red.), *Prawo wobec wyzwań współczesności: z zagadnień nauk penalnych*, WPAiEUW, Wrocław 2019
142. Majchrzak P., Ogińska-Bulik N., *Uzależnienie od Internetu*, WAH-E, Łódź 2010
143. Majewska A., *Aktywizacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych i chorych psychicznie na przykładzie Ośrodka M.B. Uzdrowienie Chorych w Knurowie*, w: H. Marek, A. Zduniak (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. T. 2. Bezpieczeństwo żywności i w żywieniu – szanse i zagrożenia*, WWSB, Poznań 2015
144. Marciniak E., *Psychologiczne aspekty poczucia bezpieczeństwa*, w: S. Sulowski, M. Brzeziński (red.), *Bezpieczeństwo państwa. Wybrane zagadnienia*, Elipsa, Warszawa 2009
145. Marcinkowski C., *Zagrożenie bezpieczeństwa personalnego w misjach poza granicami kraju*, w: P. Pertek (red.), *Bezpieczeństwo personalne służb mundurowych*, WSOWL, Wrocław 2014
146. Michałowska G., *Ochrona praw człowieka w Radzie Europy i w Unii Europejskiej*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007

147. Mielnicki W., *Zarządzanie ryzykiem związanym z bezpieczeństwem informacji i ochrona danych osobowych w podmiotach leczniczych*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczani ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012
148. Mikołajczyk D.P., *Sprawność terytorialnego systemu zarządzania kryzysowego*, WUŁ, Łódź 2019
149. Mikos M., *Bezpieczeństwo pacjenta – pojęcia, definicje, wskaźniki*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
150. Mikos M., Juszczak G., *Bezpieczeństwo pacjenta w zarządzaniu ochroną zdrowia*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
151. Mikos M., Urbaniak M., *Prawne uwarunkowania problematyki bezpieczeństwa pacjenta*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
152. Misztal D., *Religijne aspekty transhumanizmu*, w: P. Grabardzyk, R. Sieczkowski (red.), *Granice sacrum. Wymiary religijności w myśli współczesnej*, WUŁ, Łódź 2017
153. Mucha D., Makuláková W., Gąsior P., Węgrzyn K., Mucha T., *Styl życia i poziom sprawności studentów UTW z terenów pogranicza polsko-słowackiego*, w: D. Mucha, W. Makuláková (red.), *Aktywność ruchowa w okresie starzenia się jako element profilaktyki zdrowotnej*, PWSZ, Nowy Targ 2014
154. Muchnicka I., *Metoda sondażu diagnostycznego w pedagogice empirycznej*, w: R. Wroczyński, T. Pilch (red.), *Metodologia pedagogiki społecznej*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo PAN, Wrocław 1974
155. Niezabitowska E., Szewczenko A., Benek A., *Potrzeby starszych osób w obiektach z funkcją opieki. Wytyczne do projektowania*, WPS, Katowice 2017
156. Nowicki J., Napierała M., *Aktywność fizyczna pacjentów z Kliniki Rehabilitacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy*, w: M. Napierała, R. Muszkieta, M. Cieślicka, W. Żukow (red.), *Zdrowie i rekreacja ludzi w różnym wieku*, PTNKF, Bydgoszcz-Poznań 2013
157. Nawojczyk M., *Przewodnik po statystyce dla socjologów*, SPSS, Kraków 2002
158. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*, GUS, Warszawa 2022
159. Opolski G., Zdrojewski T., *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia*, w: J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, SZP CMKP, Warszawa 2011

160. Otwinowski W., *Wybrane zagrożenia bezpieczeństwa państwa i człowieka*, WWSB, Poznań 2014
161. Owoc A., Gajewski T., Kotula J., *Wybrane zagadnienia niepełnosprawności a aktywność zawodowa*, w: A. Owoc, Z. Wołek (red.), *Niepełnosprawność – cywilizacyjne wyzwanie. Prewencja i wsparcie*, LWSZP, Zielona Góra 2012
162. Pavkov T.W., Pierce K.A., *Wprowadzenie do SPSS dla Windows*, GWP, Gdańsk 2005
163. Pawlak Z., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2011
164. Pawłowska J., *Bezpieczeństwo pacjenta i optymalizacja gospodarki lekami jako zadania apteki szpitalnej*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczania ryzyka szpitali*, KTE, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2012
165. Paździor M., Trubalska J., *Pojęcie bezpieczeństwa państwa*, w: M. Paździor, J. Trubalska, Ł. Wojciechowska, A. Żywicka (red.), *Bezpieczeństwo państwa w XXI wieku. Podręcznik akademicki*, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe WSEiI, Lublin 2018
166. Piątek M., *Wybrane aspekty poczucia bezpieczeństwa studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu*, w: A. Szylar, B. Zięba-Kołodziej, P. Maciaszczyk (red.), *Bezpieczeństwo. Wybrane aspekty*, PWSZ, Tarnobrzeg 2015
167. Piechowak M., *Powszechność – między uniformizacją a relatywizmem. Wokół metaaksjologicznych założeń Powszechnej deklaracji praw człowieka*, w: T. Jasudowicz, M. Balcerzak, J. Kapelańska-Pręgowska (red.), *Współczesne problemy praw człowieka i międzynarodowego prawa humanitarnego*, TNOiK, Toruń 2009
168. Piechowska E., *Wpływ fizjoterapii na sprawność fizyczną i psychiczną osób w podeszłym wieku*, w: M. Kilan, E. Śmiechowska-Petrovskij (red.), *Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości*, Impuls, Kraków 2014
169. Pieczywok A., *Działania społeczne w sferze bezpieczeństwa wewnętrznego*, WSEiI, Lublin 2018
170. Pieczywok A., *Wpływ zmian kulturowych na bezpieczeństwo człowieka*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. W trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021

171. Pieter J., *Słownik psychologiczny*, WP, Warszawa 1963
172. Pietraś M., *Bezpieczeństwo ekologiczne w Europie*, WUMCM, Lublin 1996
173. Pietroń-Pyszczyk A., *Motywowanie pracowników. Wskazówki dla menedżerów*, Marina, Wrocław 2015
174. Piwowarski J., *Bezpieczeństwo jako pożądaný stan oraz jako wartość, w: Bezpieczeństwo jako wartość. Wydanie pokonferencyjne z II Konferencji Naukowej z cyklu „Bezpieczeństwo jako wartość” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie, 18 kwietnia 2008*, WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2010
175. Podgórski M., Mikos M., *Bezpieczeństwo pacjenta w ratownictwie medycznym – faza przedszpitalna*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
176. Podmoroff D., *365 sposobów na codzienne motywowanie i nagradzanie pracowników*, Oficyna Wydawnicza Wolters Kluwer, Warszawa 2010
177. Pokruszyński W., *Filozofia bezpieczeństwa*, WSGE, Józefów 2013
178. Pokruszyński W., *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa*, WSGE, Józefów 2011
179. Pokruszyński W., *Teoretyczne aspekty bezpieczeństwa*, WSGE, Józefów 2010
180. Pokruszyński W., Piwowarski J., *Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka*, WSBiI „Apeiron”, Kraków 2019
181. Popielski K., *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, WKUL, Lublin 2008
182. *Powszechna deklaracja praw człowieka z 10 grudnia 1948 roku*, w: M. Zubik (red.), *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, BRPO, Warszawa 2008
183. *Prognoza ludności na lata 2008-2035*”, GUS, Warszawa 2009
184. Rogacka-Kaczmarek A., *Wybrane środki służące zapewnieniu dostępności cyfrowej dla osób z niepełnosprawnościami*, w: A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, Temida 2, Białystok 2020
185. Ruszkowska J., Kwaśniewska M., *Interwencja 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 publicznego*, NIZP – PZH, Warszawa 2021
186. Ruta A., *Marketingowe zarządzanie placówką medyczną w aspekcie bezpieczeństwa pacjenta*, w: H. Marek, A. Zduniak (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie*

- interdyscyplinarne. T. 2. Bezpieczeństwo żywności i w żywieniu – szanse i zagrożenia*, WWSB, Poznań 2015
187. Rzepowska J., *Socjometryczne aspekty funkcjonowania młodych osób niepełnosprawnych w środowisku wiejskim. Rozprawa doktorska*, UMKM, Poznań 2011
188. Sanecki M., *Systemy zdrowia – procesy transformacji – przyczyny i cele*, w: J. Opolski (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, SZP CMKP, Warszawa 2011
189. Sedlak K., *Jak skutecznie wynagradzać pracowników. Tworzenie i doskonalenie systemów wynagrodzeń*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1997
190. Siemiątkowski P., *Obszar, problematyka i interdyscyplinarność badań nad bezpieczeństwem w polskim dyskursie naukowym*, w: Z. Polcikiewicz, P. Siemiątkowski, P. Tomaszewski (red.), *Współczesne wyzwania polityki bezpieczeństwa państwa*, TNOiK, Toruń 2019
191. Sienkiewicz P., Świeboda H., *Perspektywy badań nad bezpieczeństwem*, w: M. Kwieciński (red.), *Bezpieczeństwo. Wymiar współczesny i perspektywy badań*, OW AFM, Kraków 2012
192. Sieradzka A., *Prowadzenie i udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczani ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012
193. Sikorski B., *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka*, w: M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski (red.), J. Ważniewska, *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, „Monografia nr 128” WUP-H, Siedlce 2011
194. Skarabacz A., *Bezpieczeństwo społeczne. Podstawy teoretyczne i praktyczne*, Elipsa, Warszawa 2012
195. Skrabacz A., Loranty K., *Bezpieczeństwo społeczne w demokratycznym państwie. Perspektywa personalna i strukturalna*, AON, Warszawa 2016
196. Skurjan K., *Ochrona ludzkiego bezpieczeństwa – aspekt etyczny*, w: P. Pertek (red.), *Bezpieczeństwo personalne służb mundurowych*, WSOWL, Wrocław 2014
197. Sobieski L., *E-zdrowie. Wykorzystanie technologii informatycznych i komunikacyjnych w celu poprawy jakości usług publicznych w ochronie zdrowia. Rozprawa doktorska*, WPiA UAM, Poznań 2020

198. Socha R., *Bezpieczeństwo i zagrożenia. Wzajemne relacje*, w: B. Kaczmarek, A. Wawrzusin (red.), *Wybrane aspekty badań nad bezpieczeństwem*, MODN, Ełk 2014
199. *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*, GUS. Warszawa 2021
200. Stańczyk J., *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, WN PWN, Warszawa 1996
201. Stańczyk J., *Współzależność kategorii bezpieczeństwa i zdrowia jako problem teoretyczno-praktyczny*, w: M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski, J. Ważniewska (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, „Monografia nr 128”, WUP-H, Siedlce 2011
202. Stańczyk-Minkiewicz M., *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka w państwach dysfunkcyjnych Afryki. Czy to w ogóle możliwe?*, w: M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, WGSW, Gdańsk 2013
203. Stefański M., *Kształtowanie bezpieczeństwa publicznego jako priorytet funkcjonowania państwa*, w: A. Urbanek (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa. Dziedziny bezpieczeństwa*, WNAP, Słupsk 2013
204. Strzepak Ł., Ciesielska P., Aleksandrowicz P., Skotnicki P., *Bezpieczeństwo pacjenta w chirurgii. Zdarzenie niepożądane i karta okołoperacyjna*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
205. Supiński J., Supińska U., Hajndrych T., *Aktywność fizyczna i jej miejsce w kulturze fizycznej*, w: M. Krawczyński (red.), *Psychologiczne konteksty aktywności fizycznej człowieka*, Ateneum, Gdańsk 2009
206. Swoboda P., *Poczucie bezpieczeństwa w Polsce w okresie transformacji systemowej*, w: K. Łabędź (red.), *Elementy świadomości politycznej współczesnego społeczeństwa polskiego*, WNUP, Kraków 2012
207. Syrek E., *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, WUŚ, Katowice 2000
208. Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, WUP, Kraków 2010
209. Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, WN WSP, Kraków 1998
210. Szczutkowska J., Sławińska M., Wiśniewska P., *NFZ – krok ku przyszłości, czyli o najnowszych zmianach w systemie ubezpieczeń zdrowotnych*, w: K. Łyskawa, P. Majewski, D. Walczak (red.), *Ubezpieczenia i finanse – nowe perspektywy*, t. 4, IBG, PTE, Toruń 2015

211. Szewior K., *Bezpieczeństwo społeczne państwa narodowego. Przykład Polski. Pentagonalny model bezpieczeństwa*, w: S. Wojciechowska, A. Wejkszner (red.), *Kluczowe determinanty bezpieczeństwa Polski na początku XXI wieku*, Difin, Warszawa 2013
212. Szpunar M., *Kultura cyfrowego narcyzmu*, Wydawnictwa AGH, Kraków 2016
213. Szulich P., *Kategorie bezpieczeństwa w naukach społecznych – wybrane elementy*, w: A. Szylar, B. Zięba-Kołodziej, P. Maciaszczyk (red.), *Bezpieczeństwo. Wybrane aspekty*, PWSZ, Tarnobrzeg 2015
214. Szweda-Lewandowska Z., *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica” 2009 nr 231
215. Szymański P.W., Okurowska-Zawada B., Krajewska-Kułak E., *Rodzaje zagrożeń wynikających z korzystania z klubów fitness i siłowni*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020
216. Szymczak W., *Podstawy statystyki dla psychologów*, Difin, Warszawa 2008
217. Szymoniak A., *Organizacja i funkcjonowanie systemów bezpieczeństwa*, Difin, Warszawa 2011
218. Śledzianowski J., *Niepełnosprawni i „pełnosprawni”*, Jedność, Kielce 2012
219. Ślifirczyk A., Siwek I., Weresa E., Myć D., *Szczepienie ochronne w opinii Polaków*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020
220. Śliwka M., *Zakres odpowiedzialności podmiotu leczniczego wobec pacjenta*, w: M. Pasowicz (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi – bezpieczeństwo pacjentów i sposoby ograniczani ryzyka szpitali*, KWE – OW AFM, Kraków 2012
221. Śmiechowska-Petrovskij E., *Technologie wspomagające dla osób starszych z niepełnosprawnością*, w: M. Kilan, E. Śmiechowska-Petrovskij (red.), *Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości*, Impuls, Kraków 2014
222. Świniarski J., *O dwoistej naturze pojęć „szczęście” i „bezpieczeństwo”*, w: M. Kubiak, P. Żarkowski (red.), *Współczesne bezpieczeństwo jednostki*, WUP-H, Warszawa-Siedlce 2011
223. Świniarski J., *O naturze bezpieczeństwa. Prolegomena do zagadnień ogólnych*, Wydawnictwo Makuliński, Warszawa-Pruszków 1997
224. Świniarski J., Chojnacki W., *Etyka bezpieczeństwa*, AON, Warszawa 2004

225. Tabaszewski R., *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2016
226. Terlikowski T., *Analiza politycznego środowiska bezpieczeństwa narodowego w wymiarze wewnętrznym*, w: J. Zboina (red.), *Bezpieczeństwo na lądzie, morzu i w powietrzu w XXI wieku*, Wydawnictwo CNBOP-PIB, Józefów 2014
227. Tikhonov A., *Zjawisko niepełnosprawności: od przeszłości do przyszłości*, w: A. Drabarz (red.), *Aksjologiczne i prawne aspekty niepełnosprawności*, Temida 2, Białystok 2020
228. Tokaj A., *U progu starości*, Eruditus, Poznań 2000
229. Tokarczyk M., Koc M., *Profilaktyka prozdrowotna wśród studentów wydziałów lekarskich w Polsce*, w: G. Bejda, J. Lewko. E. Krajewska-Kułak (red.), *Zachowania prozdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka*, UM, Białystok 2020
230. Tomalak A., *Budowanie osobistego bezpieczeństwa na wybranych przykładach*, w: K. Zawieja-Żurowska (red.), *Wybrane problemy i wyzwania bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo jednostkowe – bezpieczeństwo zbiorowe. Ujęcie interdyscyplinarne*, PWSZ, Konin 2015
231. Topolewski S., Żarkowski P., *Współczesny wymiar bezpieczeństwa narodowego (wybrane zagadnienia)*, UP-H, Siedlce 2015
232. Trzpił I.A., *System ochrony zdrowia a bezpieczeństwo zdrowotne*, w: M. Cieślarczyk, I.A. Trzpił, D. Zbrozczyk, *Bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Uwarunkowania personalne i strukturalne*, UP-H, Siedlce 2017
233. Trzpił A., *Uwarunkowania bezpieczeństwa zdrowotnego*, w: M. Cieślarczyk, A. Filipek, A.W. Świdorski (red.), J. Ważniewska, *Wybrane problemy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce*, „Monografia nr 128” WUP-H, Siedlce 2011
234. Tywara D., *Gwarancje bezpieczeństwa osobistego w polskim administracyjnym prawie drogowym*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2018
235. Urbanek A., *Bezpieczeństwo personalne z perspektywy współczesnej nauki*, w: J. Gierszewski, I. Osmólska (red.), *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne. W trakcie zmian kulturowych*, Difin, Warszawa 2021
236. Urbanek A., *Ludzki wymiar bezpieczeństwa*, w: A. Urbanek (red.), *Wybrane problemy bezpieczeństwa. Dziedziny bezpieczeństwa*, Wydawnictwo Społeczno-Prawne, Słupsk 2013
237. Urbanek A., *Współczesny człowiek w przestrzeni bezpieczeństwa. w poszukiwaniu teoretyczności bezpieczeństwa personalnego*, WNAP, WS-P, Słupsk 2015

238. Wałęcka-Matyja K., *Psychologiczne i społeczno-kulturowe determinanty postaw wobec osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin*, w: E. Zasępa (red.), *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności*, WAPS, Warszawa 2013
239. Węgrzecki A., *Ontologiczne i aksjonologiczne aspekty bezpieczeństwa*, w: *Bezpieczeństwo jako wartość. Wydanie pokonferencyjne z II Konferencji Naukowej z cyklu „Bezpieczeństwo jako wartość” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron” w Krakowie, 18 kwietnia 2008*, WSBPiI „Apeiron”, Kraków 2010
240. Wiciński M., Niedźwiecki P., Soroko A., Ciemna K., Malinowski B. i in., *Rola aktywności ruchowej oraz utraty masy ciała na przykładzie wybranych jednostek*, w: A. Wolska-Adamczyk (red.), *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*, WSiIZ, Warszawa 2015
241. Wieczorkiewicz A., *Lustro i skalpel*, w: W. Godzic, W. Żakowski (red.), *Gadżety popkultury. Społeczne życie przedmiotów*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007
242. Williams P.D., *Security studiem: An Instroduction*, w: P.D. Williams (red.), *Security studiem: An Instroduction*, Routlege, London 2008
243. Wiśniewski B., *System bezpieczeństwa państwa. Konteksty teoretyczne i praktyczne*, WSPol, Szczytno 2013
244. Wiśniewski B., Chojnacki W., *Pojęcie i typologie bezpieczeństwa i zagrożeń*, w: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*, WSPol, Szczytno 2011
245. Wiśniewski B., Chojnacki M., *System bezpieczeństwa państwa. Konteksty teoretyczne i praktyczne*, WSPol, Szczytno 2012
246. Wiśniewski B., Chojnacki W., *Współczesne rozumienie bezpieczeństwa*, w: B. Wiśniewski (red.), *Bezpieczeństwo w teorii i badaniach naukowych*, WSPol, Szczytno 2011
247. Witczak I., Kiedlik D., *Zarządzanie ryzykiem w procesach medycznych realizowanych w szpitalach*, w: M. Mikos (red.), *Bezpieczeństwo pacjenta*, ZIZ Centrum Edukacji, Kraków 2017
248. Włodarczyk C.W., *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej. Wybrane problemy*, WUJ, Kraków 2007

249. Włodarek A., *Problemy międzypokoleniowe a poczucie bezpieczeństwa*, w: D. Czajkowska-Ziobrowska, A. Zduniak (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa – bezpieczna szkoła, bezpieczny uczeń*, WWSB, Poznań 2007
250. Woch W., *Bezpieczeństwo pacjentów w wybranych grupach chorobowych*, w: E. Flatow-Kaleta, A. Zduniak (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne – ujęcie interdyscyplinarne. T. 2. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz zagrożeń zdrowotnych*, WWSB, Poznań 2015
251. Wojciechowski S., *Stan i poczucie bezpieczeństwa w Polsce. Pentagonalny model bezpieczeństwa*, w: S. Wojciechowska, A. Wejkszner (red.), *Kluczowe determinanty bezpieczeństwa Polski na początku XXI wieku*, Difin, Warszawa 2013
252. Wróblewski R., *Od nauk wojskowych do nauk o bezpieczeństwie*, w: W. Kitler, T. Kośmider (red.), *Metodologiczne i dydaktyczne aspekty bezpieczeństwa narodowego*, Difin, Warszawa 2015
253. Wysocka E., *System wartości i orientacje wartościujące jako wyznaczniki zachowania młodego pokolenia*, WUR, Rzeszów 2011
254. Zabielska M.J., *Sytuacja zdrowotna na świecie a proces globalizacji*, w: K. Pujer (red.), *Zdrowie i choroba w ujęciu socjomedycznym. Monografia*, Exante, Wrocław 2017
255. Zatoński W.A., Mańczuk M., Sułkowska U., *Wyrównanie różnic w zdrowiu między krajami Unii Europejskiej*, CO-IMS-C, Warszawa 2011
256. Zawojski P., *Technokultura i jej manifestacje artystyczne. Medialny świat hybryd i hybrydyzacji*, WUŚ, Katowice 2016
257. Zieliński E., *Nauka o państwie i polityce*, Elipsa, Warszawa 2006
258. Zięba R., *Instytucjonalizacja bezpieczeństwa europejskie*, Scholar, Warszawa 2004
259. Zięba R., *Teoria bezpieczeństwa*, w: R. Zięba, S. Bień, J. Zajac (red.), *Teorie i podejścia badawcze w nauce o stosunkach międzynarodowych*, WDiNPUW, Warszawa 2015
260. Zrałek A., *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych osób starszych. Dylematy i kierunki zmian*, J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, T. 3, RRL i ZWS, Warszawa 2012
261. Zych A.A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1999
262. Żukowska Z., *Aktywność fizyczna niepełnosprawnej młodzieży. Potrzeby. Wartości. Szanse edukacyjne*, w: A. Blińska, R. Golanko, A. Kędra (red.), *Aktywność ruchowa*

dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, AWF Warszawa Wydział WFiS, Biała Podlaska 2012

Słowniki i encyklopedie:

263. Brückner A., *Słownik etymologiczny języka polskiego*, WP, Warszawa 1993
264. Kaźmierczak D., *Bezpieczeństwo personalne*, w: O. Wasiuta, R. Klepka, R. Kopeć (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, Libron, Kraków 2018
265. Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń 1997
266. Reber A.S., *Słownik psychologii*, Scholar, Warszawa 2008
267. *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, AON, Warszawa 2008
268. Włodarczyk E., *Bezpieczeństwo zdrowotne*, w: O. Wasiuta, R. Klepska, R. Kopeć (red.), *Vademecum bezpieczeństwa*, Libron, Warszawa 2018
269. Zdrobowski B. (red.), *Słownik terminów z zakresu bezpieczeństwa narodowego*, AON, Warszawa 2008

Artykuły:

270. Ameljańczyk A., Ameljańczyk T., *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego w państwie i jego zagrożeń*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych. Szkoła Główna Handlowa” 2012 nr 25
271. Araucz-Boruc A., *Bezpieczeństwo i pokój we współczesnej myśli humanistycznej*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate et Educatione Civili” 2017 nr 7
272. Banasik M., *Znaczenie nowych technologii dla bezpieczeństwa*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” 2018 vol. 12 nr 2
273. Badora B., *Obawy i oczekiwania Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2022 nr 35
274. Bąk T., Błażejewska B., *Współczesne zagrożenia a bezpieczeństwo państwa*, „Współczesne Problemy Zarządzania” 2018 t. 6 nr 2
275. Bartosiewicz M., Rać M., *Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja*, „Hygeia Public Health” 2018 nr 3
276. Bober B., *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2016 nr 1
277. Bochniarz A., *Samoocena osób niepełnosprawnych ruchowo pracujących zawodowo*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J” 2018 vol. 31, z. 2
278. Bombała B., *Pytanie o paradygmat nauk o bezpieczeństwie – ujęcie personalistyczno-fenomenologiczne*, „Zagadnienia Naukoznawstwa” 2017 nr 1

279. Bomber P., *Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015 nr 802/65
280. Borcuch A., Świerczyńska-Kaczor U., *Serwisy społecznościowe – jednostka i społeczeństwo na pograniczu świata rzeczywistego i świata wirtualnego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie”, 2013 nr 65
281. Borkowska I., *Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów” 2018 z. 165
282. Borkowska K., *Życie ludzkie jako przedmiot ochrony przepisów prawa ze szczególnym uwzględnieniem momentu objęcia ochroną*, „Security, Economy & Law” 2018 nr 1
283. Borkowski M., *Bezpieczeństwo zdrowotne – wybrane prawa pacjenta w aptece*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate” 2019 nr 3
284. Borkowski M., *Zdowie jako dobro osobiste*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4
285. Bożewicz M., *Jak zdrowo odżywiają się Polacy?*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 106
286. Brzeziński M., *Bezpieczeństwo społeczne z perspektywy bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Zeszyty Naukowe WSOWL” 2013 nr 3
287. Bulicz E., Murawow I., Parchomenko A., *Pandemia hipokinezji i prozdrowotne możliwości aktywności fizycznej*, „Young Sport Science of Ukraine” 2008 vol. 3
288. Cabaj O., Łachacz O., *Strasburski standard prawa człowieka do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Implikacje w sferze prawa polskiego*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanistycznego” 2012 nr 3
289. Charymska E., *Człowiek w obliczu wyzwań współczesności*, „Rozprawy Społeczne” 2015 t. 9, nr 2
290. Chmieliński B., *Rozważania nad naukami o bezpieczeństwie i bezpieczeństwem społeczności lokalnych*, „Historia i Polityka” 2018 nr 23
291. Cianciara D., *Zdrowie publiczne w Polsce – wybrane problemy i wyzwania*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4
292. Cianciara D., Piotrowicz M., Urban E., Gajewska M., Lewtak K., Sugay L., Rutyna A., *Programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorzady – spojrzenie z wewnątrz*, „Hygeia and Public Health” 2019 nr 2

293. Cianciara D., Wysocki N.J., *Koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego – panaceum czy placebo?*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2006 nr 2
294. Ciekankowski Z., *Rodzaje i źródła zagrożeń bezpieczeństwa*, „Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza” 2010 nr 1
295. Cybulska A., *Oszczędzanie na zdrowiu*, „Komunikat z badań CBOS” 2016 nr 118
296. Cybulska A., Pankowski K., *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2018 nr 97
297. Cybulska A., Pankowski K., *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2021 nr 105
298. Czajkowska A., *Transhumanizm – przyszłość czy zagłada naszej cywilizacji?*, „Zarządzanie mediami” 2018 t. 6 nr
299. Czajkowski W., Wąs-Gubała J., *Bezpieczeństwo personalne w perspektywie kulturowej*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2017 nr 2
300. Czapski M., *Bezpieczeństwo społeczne w Polsce*, „Gumanitarny Kropus” 2019 nr 30
301. Czarnecka J., Sulejewska M., Wieczorek A., Krupiewicz A., *Ocena bezpieczeństwa pacjenta na podstawie wiedzy pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010 nr 2
302. Czubaj A., *Miejsce jednostki we współczesnym pojmowaniu bezpieczeństwa*, desecuritate.uph.edu.pl, 2016 nr 1
303. Derczyński W., *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2000 nr 85
304. Dobrowolska-Bąk M., Dubis A., Brandt Ł., Rożnawska K., Herman-Sucharska I., *Bezpieczeństwo pacjenta i personelu medycznego w pracowni rezonansu magnetycznego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2018 nr 3
305. Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013 nr 1
306. Domaradzki J., *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2013 nr 4
307. Drabik K., *Bezpieczeństwo personalne i strukturalne w teorii umowy społecznej J. Locke’a*, „Zeszyty Naukowe AON” 2012 nr 3
308. Drabik K., *Zagadnienie bezpieczeństwa w teorii umowy społecznej Jana Jakuba Rousseau*, „Doktrina. Studia Społeczno-Polityczne” 2010 nr 7

309. Dziubanek G., Marchwińska-Wyrwał E., Piekut A., Rusin M., Hajok I., *Zanieczyszczenia powietrza jako istotny modyfikator ryzyka zdrowotnego*, „Hygeia and Public Health” 2014 nr 1
310. Falkowski M., *Współczesny wymiar bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe SGSP” 2018 t. 2 nr 66
311. Feliksiak M., *Sens życia – wczoraj i dzisiaj*, „Komunikat z badań CBOS” 2017 nr 41
312. Feliksiak M., *Zachowania żywieniowe Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2014 nr 115
313. Ferrando F., *Posthumanizm, transhumanizm, antyhumanizm, meta humanizm oraz nowy materializm. Różnice i relacje*, „Rocznik Lubuski” 2016 t. 42, cz. 2
314. Filarska P., *Zmiany rozumienia pojęcia podmiotu i przedmiotu w ujęciu posthumanizmu, transhumanizmu oraz filozofii zorientowanej na przedmiot*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Humanistyczne ” 2018 nr 21
315. Finster A., Zientkowski P., *Problemy bezpieczeństwa społecznego jako wyzwanie dla gminy – jednostki samorządu terytorialnego*, „Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo” 2015 nr 8/2
316. Florek-Łuszczki M., *Poziom wiedzy mieszkanek wsi na temat czynników ryzyka zachorowanie na nowotwór piersi oraz zasad profilaktyki*, „Medycyna Ogólna” 2010 nr 3
317. Gałuszka M., *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej „vesus” ryzyko zdrowotne*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica” 2013 nr 45
318. Gdula A., *Wybrane historyczne i współczesne koncepcje bezpieczeństwa*, „Doktrina. Studia Społeczno-Polityczne” 2011 nr 8
319. Gierszewski J., *Model bezpieczeństwa społecznego na tle teorii systemów*, „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych. Kwartalnik” 2013 nr 2
320. Glin M., *Współczesne zagrożenia bezpieczeństwa ochrony zdrowia w Polsce*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Res Politicae” 2016 t. 8
321. Głogowska P., Zdrojewska P., Wagner H., *Bezpieczeństwo i zagrożenia – wzajemne relacje*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2016 nr 20
322. Głowacki A., *Komu i jak pomagać? Pomoc społeczna w opinii Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2018 nr 118

323. Głowacki A., *Społeczne postrzeganie problemu ubóstwa*, „Komunikat z badań CBOS” 2017 nr 83
324. Górnicka B., *Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w rolach rodzicielskich*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J” 2015 vol. 28, z. 1
325. Grabińska T., *Nanotechnologie a bezpieczeństwo personalne i strukturalne*, „Logistyka” 2014 nr 5
326. Grabińska T., *Przedmiot nauk o bezpieczeństwie: wprowadzenie*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4
327. Grabowski K., *Bezpieczeństwo człowieka i państwa edukacyjnym wyzwaniem początku XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacyjne” 2014 nr 10
328. Grabowski M., *Transhumanizm. Geneza – założenia – krytyka*, „Ethos” 2015 nr 3
329. Grabińska T., *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego w ideologii transhumanizmu*, „Kultura Bezpieczeństwa Nauka – Praktyka – Refleksje” 2015 nr 18
330. Graczyk M., Broszkiewicz E., Zgorzałek B., *Profilaktyka i leczenie odleżyn – ocena pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym Hospicjum im. bł. ks. J. Popiełuszki w Bydgoszczy w latach 2012-2013*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2014 nr 3
331. Gromek P., *Istota bezpieczeństwa powszechnego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe SGNP” 2018 nr 4
332. Grudziąż-Sękowska J., Sękowski K., *Wewnętrzne i zewnętrzne czynniki skutecznej realizacji „Nowego programu zdrowia”*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4
333. Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R., *Zachowania zdrowotne jako element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, „Hygeia and Public Health” 2015 nr 4
334. Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne – wprowadzenie do problematyki*, „Studia Politicae Universitatis Solesiensis” 2015 t. 14
335. Grzywna P., *Polska polityka zdrowotna – stan i kierunki zmian*, „Studia Humanistyczno-Społeczne” 2017 t. 18
336. Gwardyński R., *Interdyscyplinarne aspekty bezpieczeństwa – zarys teorii problemu*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” 2017 nr 24

337. Gwizdak T., *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008 nr 1,2
338. Harazin R., *Bezpieczeństwo, istnienie, zagrożenie. Relacyjna typologia bezpieczeństwa i wnioski dla teorii zarządzania kryzysowego*, „The Peculiarity of Man” 2018 nr 7
339. Harasim K., *Bezpieczeństwo zdrowotne vs dobrostan psychospołeczny – aspekty aksjologiczne i funkcjonalne*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 2018 nr 29
340. Hnatyszyn-Dzikowska A., Harat A., *Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachowań*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015 nr 410
341. Holecki T., Bocionek A., *Weryfikacja prawa pacjenta do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych*. „Studia Ekonomiczne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach. Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym” 2014 nr 199
342. Holly R., *Priorytetyzacja jako koncepcja zarządzania zmianą w ochronie zdrowia*, „Journal of Health Policy. Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2016 nr 18
343. Jancz J., *Poczucie bezpieczeństwa Polaków w latach 2010-2015 w zmieniającym się środowisku bezpieczeństwa*, „Teologia i Moralność” 2016 vol. 11, nr 1
344. Janczewska S., *Migracja a bezpieczeństwo społeczne w Polsce*, „Systemy Logistyczne Wojsk” 2017 nr 46
345. Jonks M., *Zagrożenie bezpieczeństwa Europy w aspekcie „Europejskiej Strategii Bezpieczeństwa”*, „Zeszyty Naukowe ASzWoj” 2017 nr 4
346. Jurgielewicz M., *Bezpieczeństwo państwa a bezpieczeństwo jednostki*, „Modern Management Review” 2018 vol. 23, nr 1
347. Kalka J., *Seniorzy a młodsze pokolenia – problemy życia codziennego*, „Komunikat z badań CBOS” 2016 nr 161
348. Kamińska A., *Źródła współcześnie pojmowanego bezpieczeństwa w myśli filozoficznej*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny” 2018 nr 3
349. Kanownik G., *Bezpieczeństwo pacjenta a dostępność usług zdrowotnych*, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2017 nr 1

350. Kardis K., Pauliuchuk Y., *Zagrożenia mające wpływ na bezpieczeństwo społeczne państwa*, „Współczesne Problemy Zarządzania” 2018 t. 6, nr 1
351. Kinda M., *Poczucie bezpieczeństwa młodzieży w szkołach ponadgimnazjalnych w Chojnicach*, „Security, Economy & Law” 2017 nr 4
352. Klamut R., *Bezpieczeństwo jako pojęcie psychologiczne*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Ekonomia i Nauki Humanistyczne” 2012 nr 206, z. 19
353. Klimek K., *Bezpieczeństwo człowieka w perspektywie gerontologicznej*, „Edukacja Dorosłych” 2011 nr 1
354. Kokocińska I., *Bezpieczeństwo personalne – osoby niepełnosprawne ruchowo*, „Horyzonty Bezpieczeństwa” 2016 nr 4
355. Kołodziejczyk K., *Personalny wymiar bezpieczeństwa*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4
356. Korzeniowski L.F., *Securitologia na początku XXI wieku*, „Securitologia / Securitology” 2007 nr 6
357. Kosiek K., Godycki-Ćwirko M., *Poprawa bezpieczeństwa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014 nr 4
358. Kosycarz E., Walendowicz K., *Świadomość zdrowotna jako kluczowy determinant stanu zdrowia społeczeństwa*, „Zeszyt Naukowy. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie” 2018 nr 165
359. Kotlarek M., Szark-Ecjardt M., Bartik P., Żukow W., *Aktywność fizyczna a choroby cywilizacyjne osób starszych*, „Journal of Education, Health and Sport” 2015 nr 9
360. Kowalska I., Morzycka A., *Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego ze szczególny uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012 t. 10, nr 1
361. Kowalska M., *Pomiędzy nauką a rzeczywistością – środowiskowe zagrożenia zdrowia i możliwości redukcji ryzyka*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015 nr 2
362. Kowalski M., Malinowski W., Kowalski P., *Elementy prozdrowotnego stylu życia studentów kierunków nauczycielskich na tle oddziaływań edukacyjnych*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Kultura Fizyczna” 2005 z. 6
363. Koziej S., *Bezpieczeństwo: istota, podstawowe kategorie i historyczna ewolucja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” 2011 nr 2

364. Koziński Ł., Krzymińska-Stasiuk E., Głogowska A., Raczak G., *Analiza poziomu wiedzy o podstawowych czynnikach ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego z uwzględnieniem zależności społeczno-demograficznych – badanie ankietowe*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2012 nr 3
365. Kozłowska M., *Wirtualna rzeczywistość (ang. Virtual Reality – VR) jako skuteczne narzędzie terapii fobii społecznej*, „Ogrody Nauk i Sztuk” 2012 nr 2
366. Krasnowolski A., *Spółeczeństwo obywatelskie i jego instytucje*, „Opracowania Tematyczne – OT” 2014 nr 627
367. Krzytoń W., *Pojęcie i istota bezpieczeństwa jednostki*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki, Zarządzania i Administracji w Warszawie” 2017 t. 15, z. 3
368. Księżki K., *Państwo bezpieczeństwa osobistego w myśli Zygmunta Baumana*, „Rocznik Samorządowy” 2014 nr 3
369. Kubica A., Magielski P., Olejarczyk E., Jurek A., Kowalczyk R. i in., *Źródła wiedzy a skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2009 nr 5
370. Kuć T., *Istota i dylematy bezpieczeństwa demokratycznego państwa*, desecuritate.uph.edu.pl 2015 nr 2
371. Kuzara G., *Zagrożenie i bezpieczeństwo oraz ich współzależność*, „Security, Economy & Law” 2018 nr 3
372. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo jako dobro publiczne w społeczeństwie ryzyka*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2020 nr 61
373. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne a współczesne państwo*, „Zeszyty Naukowe Akademii Marynarki Wojennej” 2011 nr 2
374. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne w nowym pojmowaniu bezpieczeństwa państwa*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis” 2010 nr 33
375. Leszczyński M., *Bezpieczeństwo społeczne w wymiarze lokalnym*, „Biuletyn Polska Akademia Nauk. Komitet Przestrzennego zagospodarowania Kraju” 2014 nr 253
376. Leszczyński M., *Wybrane obszary zagrożeń dla rozwoju społeczno-ekonomicznego i bezpieczeństwa społecznego*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A. Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne” 2012 nr 1
377. Lewicka-Zelent A., *Poczucie bezpieczeństwa osób pozbawionych wolności w kontekście bezpieczeństwa społecznego i psychologicznego*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J” 2019 vol. 32, z. 3

378. Lizakowski P., Fitas M., Krampichowski A., Ponichtera M., *Uwarunkowania bezpieczeństwa społeczności lokalnych*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny” 2017 nr 4
379. Lizakowski P., Malewski M., *Bezpieczeństwo społeczne osób niepełnosprawnych w świetle działań podejmowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodyczny” 2019 nr 2
380. Lorek M., *Bezpieczeństwo jednostki a bezpieczeństwo narodowe*, „Modern Management Review” 2017 vol. 24 nr 4
381. Ławrynowicz-Mikłaszewicz M., *Bezpieczeństwo jako prawo człowieka w kontekście stosowania środków przymusu bezpośredniego i broni palnej przez uprawnione podmioty*, „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny” 2014 nr 4
382. Magnuszewska-Otulak G., *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2013 nr 2
383. Majer P., *w poszukiwaniu uniwersalnej definicji bezpieczeństwa wewnętrznego*, „Przegląd Bezpieczeństwa Wewnętrznego” 2012 nr 7
384. Malinowski M.J., *Bezpieczeństwo we współczesnym świecie. Istota zjawiska i jego uwarunkowania (refleksje osobiste)*, „Civitas Hominibus” 2018 nr 13
385. Marciniak E. M., *Personalizacja polityki w perspektywie psychologii*, „Zeszyty Naukowe Almamater” 2011 nr 2
386. Martuszevska J., *Potrzeby edukacji dla bezpieczeństwa społeczności lokalnej – aspekt aksjologiczny, psychologiczny oraz wybrane akty normatywne*, „Acta Politica Polonica” 2019 nr 1
387. Martyniuk O., *Zarządzanie ryzykiem w jednostkach sektora finansów publicznych – wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2014 nr 72
388. Matuszek K., *Anarchokapitalistyczna koncepcja bezpieczeństwa jednostki*, „Polityka i Społeczeństwo” 2018 nr 2
389. Martuszevska J., *Potrzeba edukacji dla bezpieczeństwa społeczności lokalnej – aspekt aksjologiczny, psychologiczny oraz wybrane akty normatywne*, „Acta Politica Polonica” 2019 nr 1
390. Mazurkiewicz B., Ochocka-Stępień J., Dmoch-Gajzlereska E., *Profilaktyka raka sutka wśród młodzieży na przykładzie medycznej szkoły policealnej*, „Zdrowie. Dobrostan” 2014 nr 2

391. Mędreła-Kuder E., *Czynniki ryzyka raka piersi – porównanie wiedzy na ten temat u „Amazonek” i kobiet zdrowych w wieku 40-60 lat*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016 nr 2
392. Miller M., Opolski J., *Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009 nr 4
393. Misiuk A., *Rzecz o bezpieczeństwie – geneza, istota, rozwój*, „Kwartalnik Naukowy OAP UW „e-Politikon”” 2013 nr 6
394. Moczuk E., *Bezpieczeństwo jako kategoria analizy socjologicznej*, „Ius et Administratio” 2013 nr 3
395. Młodach R., *Niedosyt bezpieczeństwa*, „Jakość w ochronie zdrowia” 2021 nr 1
396. Młynarczyk-Karabin E., *Nowe technologie a funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie*, „Kwartalnik Pedagogiczny” 2019 nr 3
397. Mordwa S., *Percepcja zagrożeń społeczno-przestrzennych w mieście a subiektywne ryzyko wiktyimizacyjne i zachowania obronne osób w wieku powyżej 60 lat*, w: A. Janiszewska (red.), *Jakość życia ludzi starszych – wybrane problemy*, „Space – Society – Economy” 2015 nr 14
398. Muczyn A., Zielińska A., *Właściwe środowisko mikrobiologiczne pracowni endoskopowej a bezpieczeństwo pacjenta*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007 t. 15 nr 1
399. Najder-Stafaniak K., *Problem bezpieczeństwa współczesnego człowieka jako wyzwanie dla etyki*, „Studies in Global Ethics and Global Education” 2015 nr 4
400. Niedzielski R., *Bezpieczeństwo jednostki – wybrane aspekty systemu zabezpieczeń*, w: T. Grabińska, M. Urbaniec (red.), *Bezpieczeństwo państwa i obywatela w kontekście interdyscyplinarnym*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2010 t. 4
401. Niewiadomska T., Napierała M., Pezala M., Zukow W., *Aktywność fizyczna i odżywianie w zdrowym stylu życia uczniów w wieku 10-13 lat ze Szkoły Podstawowej nr 9 w Inowrocławiu*, „Journal of Edukation, Health and Sport” 2015 nr 5
402. Nowak L., *Sytuacja demograficzna ludzi starych w Polsce w perspektywie do 2012 roku*, „Gerontologia Polska” 1995 nr 3-4
403. Nowak R., Włodarczyk-Makuła M., Mamzer E., *Ryzyko środowiskowe i zdrowotne wynikające ze stosowania środków ochrony roślin*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach” 2015 nr 1
404. Nowicka P.M., Kocik J., *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4

405. Novikova K., Orzyłowska A., *Jednostka ludzka w obliczu zagrożeń współczesności: bezpieczeństwo indywidualne w Polsce*, „Journal of Modern Science” 2019 t. 1
406. Nowakowska I., Kubara K., *We mnie jest moc! Czy społeczeństwo ma wiedzę na temat korzyści płynących z profilaktyki zdrowotnej?*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015 nr 2
407. Olak K., Olak A., *Współczesne rozumienie bezpieczeństwa narodowego*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne” 2016 nr 7
408. Omyła-Rudzka M., *Aktywność fizyczna Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2016 nr 118
409. Omyła-Rudzka M., *Czy Polacy jedzą za dużo?*, „Komunikat z badań CBOS” 2014 nr 122
410. Omyła-Rudzka M., *Diety Polaków*, „Komunikat z badań CBOS” 2014 nr 113
411. Omyła-Rudzka M., *Komu żyje się najtrudniej*, „Komunikat z badań CBOS” 2018 nr 106
412. Omyła-Rudzka M., *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, „Komunikat z badań CBOS” 2020 nr 98
413. Omyła-Rudzka M., *Niepełnosprawni są wśród nas*, „Komunikat z badań CBOS” 2017 nr 169
414. Omyła-Rudzka M., *Polak na diecie*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 108
415. Pasek T., Pasek J., Witiuk-Misztalska A., Sieroń A., *Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska” 2011 nr 2
416. Pawłowska-Cyprysiak K., *Uwarunkowania jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2011 nr 10
417. Pawłowska-Cyprysiak K., Konarska M., Żołnierczyk-Zreda D., *Uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, „Medycyna Pracy” 2013 nr 2
418. Piaszczyk D.L., Ignaciuk S., Kosińska B., Karczewski J., *Poziom wiedzy studentów Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej na temat profilaktyki raka piersi*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2015 nr 3
419. Piątkowski W., Nowakowska L., *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI w. perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, „Przegląd Socjologiczny” 2012 nr 2
420. Pieczywok A., *Bezpieczeństwo człowieka w warunkach ryzyka i niepewności*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2019 nr 4

421. Piotrowska E., *Udział organizacji pacjentów w kształtowaniu polityki ochrony zdrowia w Polsce – „koszmar partycypacji” czy remedium na „deficyt demokracji”*, „Studia z Polityki Publicznej” 2020 nr 3
422. Piotrowska K., *Wartości jako socjopsychologiczna determinant zachowań menedżerskich. Perspektywa dialektyczna*, „Nauki o Zarządzaniu” 2014 nr 1
423. Płecka M., *Personalny wymiar bezpieczeństwa ekonomicznego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014 nr 35, t. 2
424. Płoszyński A., *Czy sens życia jest tym samym co cel życia? Rozważania aksjologiczne*, „Analiza i Egzystencja” 2017 nr 37
425. Pokorska J., Pokorski J., Nitecka E., Witczak I., *Zdarzenia niepożądane i bezpieczeństwo pacjenta – próba ujęcia holistycznego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015 nr 3
426. Polcyn-Radomska A., *Wartość, znaczenie i uwarunkowania bezpieczeństwa narodowego*, „Fides et Ratio. Kwartalnik Naukowy” 2014 nr 1
427. Pokruszyński W., *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa personalnego*, „Journal of Moder Science”, 2013 nr 1
428. Przeździecka J., *Bezpieczeństwo według poglądów głównych nurtów naukowych w stosunkach międzynarodowych*, „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego” 2012 nr 2
429. Romanowska M., *Ryzyko w zarządzaniu instytucją publiczną: efektywność funkcjonowania samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2017 nr 3
430. Rosicki R., *O pojęciu i istocie bezpieczeństwa*, „Przegląd Politologiczny” 2010 nr 3
431. Rozwadowski M., *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych oraz działania zmierzające do jego poprawy*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka – Praktyka – Refleksje” 2014 nr 15
432. Rubiś R., *Polityka bezpieczeństwa osobistego i wolności w Polsce w kontekście uprawnień policji w obszarze zatrzymania na przykładzie Komendy Powiatowej Policji w Sieradzu*, „Civitas Hominibus” 2016 nr 11
433. Rutkowska M., *Czy Polacy mają problem z nadwagą?*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 103
434. Ryba J., Ogrodniczak M., *Bezpieczeństwo społeczne w wymiarze lokalnym jako element bezpieczeństwa narodowego*, „Edukacja dla Bezpieczeństwa. Przegląd Naukowo-Metodycznym” 2016 nr 2

435. Rybka A., Kozłowska K., *Interdyscyplinarne wymiary bezpieczeństwa w kształtowaniu przestrzeni zurbanizowanej*, „Budownictwo” 2017 nr 23
436. Rychły-Lipińska A., *Model bezpieczeństwa jednostki we współczesnym zmieniającym się otoczeniu – wstępne rozważania*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2017 nr 2
437. Sadowska E., *Myśl trans humanistyczna w perspektywie bezpieczeństwa człowieka. Szansa na rozwój czy realne zagrożenie dla populacji ludzkiej?*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Securitate. Folia 280” 2019 nr 2
438. Sekściński A., *Bezpieczeństwo wewnętrzne w ujęciu teoretycznym. Geneza i współczesne rozumienie w naukach politycznych*, „Kwartalnik Naukowy OAP UW „e-Politikon”” 2013 nr 6
439. Sęk A., Róg M., *Prawo a bezpieczeństwo. Analiza wybranych aspektów*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2017 nr 1
440. Sękowska L., *Styl życia a choroby cywilizacyjne*, „Idö – Ruch dla Kultury. Rocznik naukowy” 2004 nr 4
441. Siemiątkowski P., Tomaszewski P., *Poczucie bezpieczeństwa członków społeczności lokalnych na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego*, w: Z. Wilk-Woś, A. Marjański (red.), *Bezpieczeństwo i zagrożenie kryzysowe. Źródła i rodzaj zagrożeń bezpieczeństwa publicznego*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2018 t. 19, z. 8, cz. 2
442. Siwiński W., Rasińska R., *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015 nr 2
443. Skarżyński M., *Możliwości zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w Polsce (wybrane aspekty)*, „Nowiny Lekarskie” 2012 nr 5
444. Skretny Ź., *Organizacyjny błąd medyczny*, „Studia Lubelskie PWSZ IPiA” 2014 t. 10
445. Skrzypniak R., *Wartości w procesie wychowania rodzinnego*, „Roczniki Socjologii Rodziny” 2000 nr 12
446. Sochańska-Kawiecka M., Kołakowska-Seroczyńska Z., Zielińska D., Makowska-Belta E., Zieleniec P., *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*, PFRON, Warszawa 2017, Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf, dostęp: 1.09.2022
447. Sokal U., *Wartości preferowane przez osoby dorosłe pochodzące z rodzin pełnych i rozwiedzionych*, „Rodzina w Czasach Szybkich Przemian. Roczniki Socjologii Rodziny” 2001 nr 13

448. Sokołowski M., *O pojęciu i istocie bezpieczeństwa personalnego*, „Kultura Bezpieczeństwa” 2019 nr 33
449. Sołtys-Bolibrzuch K., *Profilaktyka zakażeń szpitalnych. Syzyfowa praca pielęgniarki epidemiologicznej*, „Zakażenia XXI wieku” 2019 nr
450. Stańczyk J., *Istota współczesnego pojmowania bezpieczeństwa – zasadnicze tendencje*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” 2010-2011 nr 5
451. Strózik T., *System wartości a ocena jakości życia młodzieży akademickiej w świetle badań ankietowych studentów uczelni Poznania*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2014 vol. 2, nr 2
452. Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012 nr 3
453. Suszko R., *Stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne i opiekuńcze osób starych*, „Studia BAS” 2012 nr 2
454. Szarucki M., *Metodyka analizy porównawczej w badaniach międzynarodowych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2010 nr 827
455. Szarżała D., *Rola stowarzyszeń i organizacji pozarządowych we współczesnym społeczeństwie obywatelskim*, „Doctrina. Studia społeczno-polityczne” 2012 t. 9, nr 9
456. Szmyd J., *Poczucie bezpieczeństwa jako wartość społeczna, etyczna i egzystencjalna. Rozważania podstawowe*, „Państwo i Społeczeństwo” 2014 nr 2
457. Szpakowski R., Zajac P., *Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy pielęgniarki*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2015 nr 1
458. Szumlicz T., *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2009 nr 3
459. Szweda E., *Podmiot bezpieczeństwa człowieka a koncepcja „human security”*, w: Z. Woś-Wilk, A. Marjański (red.), *Bezpieczeństwo i zarządzanie kryzysowe – nowe wyzwania bezpieczeństwa narodowego*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2016 t. 17, z. 5, cz. 2
460. Szweda M., *Dyskryminacja pozytywna osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy*, „Świat Idei i Polityki” 2021, t. 21, nr 2
461. Szymańczak J., *Zdrowie publiczne – element systemu ochrony zdrowia*, w: G. Ciura (red.), *Zdrowie Polaków*, „Studia BAS” 2009 nr 4
462. Szymański K., *Transhumanizm*, „Kultura i Wartości” 2015 nr 13
463. Świdowska M., *Aktywność człowieka w wieku podeszłym*, „Pedagogiki Rodziny” 2014 nr 3

464. Świerczewski K., *Palenie papierosów*, „Komunikat z badań CBOS” 2019 nr 104
465. Teska J., *Bezpieczeństwo przedmiotem wymiany*, „Logistyka” 2013 nr 6
466. Trojanowska M., Świetlik R., *Ocena ryzyka nowotworowego związanego z narażeniem inhalacyjnym na beznzo(a)piren w wybranych miastach Polski*, „Medycyna Środowiskowa” 2013 vol. 16
467. Tryboń M., Grabowska-Lepczak L., Kwiatkowski M., *Bezpieczeństwo człowieka w obliczu zagrożeń XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Służby Pożarniczej” 2011 nr 41
468. Tułowicki D., *Bezpieczeństwo kulturowe a obecność lub/i eliminacja religii w polskim kanonie kultury*, „Zeszyty Naukowe KUL” 2016 nr 4
469. Twardowski A., *Społeczny model niepełnosprawności – analiza krytyczna*, „Studia Edukacyjne” 2018 nr 48
470. Urbanek A., *Realistyczna wizja bezpieczeństwa – próba systematyzacji koncepcji*, „Security, Economy & Law” 2017 nr 4
471. Urych I., *Nowe wyzwania edukacji dla bezpieczeństwa – aktywność fizyczna „lekarstwem” na wybrane zagrożenia czasu pokoju w XXI wieku*, „Zeszyty Naukowe AON” 2013 nr 4
472. Waszkowska M., Węzyk A., Merecz D., *Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w ochronie zdrowia pracujących*, „Medycyna Ogólna i Nauka o Zdrowiu” 2013 t. 18
473. Wciórka B., *Ludzie biedni w Polsce*, „Komunikat z badań CBOS” 1999 nr 18
474. Wdowiak A. i in., *Znajomość czynników ryzyka nowotworów piersi w grupie kobiet w wieku około menopauzalnym*, „Zdrowie. Dobrostan” 2013 nr 2
475. Wdowiak L., Kapka L., Szymańska I., *Zdrowie publiczne a samoleczenie*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2009 nr 2
476. Węgerowski P., Michalik J., Gogułka E., Rząca M., Pietraszak A., *Ocena poziomu kobiet na temat profilaktyki raka piersi*, „Journal of Education, Health and Sport” 2017 nr 8
477. Węgrzyn-Odzioba L., *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego związane z funkcjonowaniem w cyberprzestrzeni*, „Teka of Science and International Relations OL PAN/UMCS” 2018 nr 2
478. Witczak I., *Zarządzanie ryzykiem w przedsiębiorstwach medycznych*, w: T. Borys, P. Rogala (red.), *Pracownik w systemach zarządzania*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2013 nr 301

479. Wiśniewska M. Z., *Bezpieczeństwo – pojęcie, istota, typologia*, „Problemy Jakości” 2017 nr 2
480. Włoch W., *Dwa modele relacji wolności i bezpieczeństwa*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2015 nr 2
481. Wojciechowski F., Opozda-Suder S., *Osobowe i społeczne następstwa niepełnosprawności: teoretyczne podstawy interpretacji*, „Niepełnosprawność” 2014 nr 16
482. Wolski A., *Bezpieczeństwo personalne na gruncie społeczności lokalnej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach” 2018 nr 1
483. Wołowski T., Wróblewski P., *Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012 nr 2
484. Woźniak R.B., *Społeczne wymiary bezpieczeństwa wewnętrznego w mieście portowym*, „Edukacja Humanistyczna” 2014 nr 1
485. Woźniak I., *Wiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008 nr 12
486. Woźniak Z., *w stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004 z. 1
487. Wrześniewska-Wal I., Waszkiewicz M., Hajdukiewicz D., Augustynowicz A., *Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4
488. Zając P., *Definicja bezpieczeństwa społecznego okiem prawnika – krytyczna próba usystematyzowania pojęć*, „Roczniki Nauk Prawnych” 2019 t. 29, nr 4
489. Zawadzka M., Tuzimek M., Lewicka M., Buczyński A., Henrykowska G., *Aktywność ruchowa osób w wieku 60-69 lat*, „Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku” 2018 nr 37
490. Zawartka-Czekaj M.I., *Bezpieczeństwo społeczne osób starszych w aspekcie systemu wsparcia społecznego na przykładzie Siemianowic Śląskich*, „Annales Universitatis Mariae Curiae-Skłodowska Lublin-Polonia. Sectio J” 2016 vol. 29, z. 1
491. Zawisza J., Ćmiel S., *Filozoficzne aspekty bezpieczeństwa strukturalnego w kontekście bezpieczeństwa narodowego i międzynarodowego*, „Journal of Modern Science” 2012 nr 3
492. Zborowski B., *Istota bezpieczeństwa*, „Annales Universitatis Pedagogicae Cracoviensis” 2019 nr 9

493. Zgliczyński W.S., *System ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia*, w: W.S. Zgliczyński (red.), *Ochrona zdrowia*, „Studia BAS” 2018 nr 4
494. Zięba R., *O tożsamości nauk w bezpieczeństwie*, „Zeszyty Naukowe AON” 2012 nr 1
495. Ziółkowski M., *Próba przewyciężenia śmierci człowieka. Wokół myśli Nikolaja Fiodorowa i transhumanizmu*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2018 nr 4
496. Zysnarska M., Jarmuż L., Kara I., Adamek R., Gromadecka-Sutkiewicz M., Kłos J i in., *Wybory w zakresie zachowań zdrowotnych dokonane przez pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2014 nr 5
497. Żakowska-Wachelko B., *Ewolucja współczesnych teorii starzenia*, „Gerontologia Polska” 1995 nr 1-2
498. Żmuda-Pałka M., Siwek M., *Uczestnictwo w fitness klubach i siłowniach jako jeden z elementów zdrowego stylu życia mieszkańców Krakowa*, „Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie. Sport i Turystyka. Środkowoeuropejskie Czasopismo Naukowe” 2018 t.1, nr 2

Zasoby sieciowe:

499. Baran A., *Budownictwo senioralne – nowe wyzwanie w rozwoju mieszkalnictwa*, w: A. Kowalska (red.), *Rozwój budownictwa mieszkaniowego i usług społecznych w nowym Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego*. UMSW, Warszawa 2016, za: http://www.tup.org.pl/download/O_Warszawa/warsztaty2016/publikacje/mieszkalnictwo.pdf, dostęp: 21.08.2022
500. *Bezpieczeństwo osób starszych w Polsce*. Raport, FPP, 2020, za: <http://przyszlocpokolen.pl/Bezpieczenstwo-osob-starszych-w-Polsce.pdf>, dostęp: 23.09.2022
501. *Bezpieczeństwo pacjenta. Nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla wykładowców*, PTMU, Warszawa 2017, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-pol.pdf?sequence=35&isAllowed=y>, dostęp: 1.09.2022
502. Bondur A., *Praktyczny wymiar transhumanizmu*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Warszawa*, za: [Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf](https://www.konferencja-transhumanizm.pl/files/uploads/KPP-Monografie/8/76-83.pdf), dostęp: 11.10.2021
503. Borkowski M., *Pacjent (konsument) i jego miejsce w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego*, za: <https://wpia.uwm.edu.pl/czasopisma/sites/default/files/uploads/KPP-Monografie/8/76-83.pdf>, dostęp: 23.02. 2021

504. Brzeski W.J., *Potrzeby mieszkaniowe na różnych etapach życia senioralnego – perspektywy produktów MS*, za: https://www.opole.uw.gov.pl/artykuly/1223/pliki/20140929115833_w.brzeski-opole.pdf, dostęp: 21.03.2022
505. Drabik K., *Metody kształtowania bezpieczeństwa personalnego*, <https://repozytorium.buph.edu.pl>, dostęp: 5.12.2020
506. Giełda M., *Pojęcie niepełnosprawności*, za: <https://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/84855/edition/79842?language=en>, dostęp: 1.09.2022
507. Grabowski M., *Transhumanizm umiarkowany – remedium na katastrofizm i technohype?*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Wawa*, za: *Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf*, dostęp: 11.10.2021
508. Kałużna-Oleksy M. (red.), *Niewydolność serca w Polsce. Realia, koszty, sugestie poprawy sytuacji. Raport, 2020*, za: http://przeszczepserca.pl/wp-content/uploads/2021/11/NIEWYDOLNOSC_podsumowanie_NET.pdf, dostęp: 4.05.2022
509. Kasprzak M., *Transhumanizm a sport*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Wawa*, za: *Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf*, dostęp: 11.10.2021
510. Knapik A., Saulicz E., Rottermund J., A. Myśliwiec, T. Wolny, Saulicz M., Witanowska J., Warmuz-Wancisiewicz A., *Wiek jako determinanta aktywności ruchowej i jej barier – kinezyfobii mieszkańców południowej Polski*, za: *Knapikpraca-Ukraina.pdf*, dostęp: 26.07.2022
511. Konieczny G., Wrzosek Z., *Wybrane dysfunkcje narządu ruchu*, za: https://emp0pwn0cdn0blob0kipzwl0prod.static-osdw.pl/kipzwladdons/cd002e20/fragmenty_teksu_230440100.pdf, dostęp: 1.09.2022
512. Korcz A., *Bezpieczeństwo społeczne Rzeczypospolitej Polskiej*, za: www.adamkorcz.w.interia.pl/pol.pdf, dostęp: 10.02.2021
513. Kutryba B., *Ważne rozwiązania w zakresie bezpieczeństwa pacjenta*, za: *ps_wazne-rozwiazania-w-bp_b.kutryba.pdf*, dostęp: 1.07.2022
514. Latarska D., *Świadomość społeczeństwa na temat choroby wieńcowej*, za: https://repozytorium.ka.edu.pl/bitstream/handle/11315/16308/Latarska_Dorota_%C5%9Bwiadomo%C5%9B%C4%87_%20spo%C5%82ecze%C5%84stwa_na_temat_choroby_wie%C5%84covej_2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y, dostęp: 4.05.2022
515. Mikos M., Urbaniak M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, za: https://nil.org.pl/uploaded_files/1579510028_11-mikos.pdf, dostęp: 22.02.2021

516. *Obiektywna i subiektywna jakość życia dorosłych osób z niepełnosprawnością i intelektualną zamieszkujących województwo wielkopolskie. Uwarunkowania środowiskowe oraz poziom wsparcia realizatorów polityki społecznej. Raport z badania*, za: [bezpieczeństwo %20osobiste%20pacjenta/Dane%20do%206.1/Jakość-życia-dorosłych-osób-z-niepełnosprawnością-intelektualną-raport-2014.pdf](#), dostęp: 23.09.2022
517. *Organizacje pacjentów w Polsce. Struktura, aktywności, potrzeby. Raport z badań 2017*, za: [Struktura-aktywnosci-potrzeby-raport.pdf](#), dostęp: 1.07.2022
518. Orzeł K., Żebrowska O., Wołowicz K., *Ocena bezpieczeństwa leku w kontekście oceny technologii medycznych*, AOTMiT, Warszawa 2019, za: <https://power.aotm.gov.pl/static/Materialy/7.Ocena-bezpieczenstwa-leku-w-kontekscie-oceny-technologie-medycznych.pdf>, dostęp: 10.09.2022
519. Orzewska A., *Funkcjonowanie kontroli zarządczej w podmiocie leczniczym*, za: [9-c7c5f1b8-44c7-4892-9c56-96d1519bde27.pdf](#), 1.08.2022
520. Owczarek K., *Technologie zagarniające życie*, w: *Konferencja Transhumanizm 2.0. Idee, strategie, wątpliwości. 19-20.1.2019 Warszawa*, za: [Książka-abstraktów-2019-10-2.pdf](#), dostęp: 11.10.2021
521. Ozorowski T., *Zarządzanie ryzykiem*, Tomasz-Ozorowski-Zarządzanie-ryzykiem.pdf, dostęp: 25.07.2022
522. *Pacjenci na rzecz bezpieczeństwa pacjentów*, za: <https://politykaszczepna.com/artykul/pacjenci-na-rzecz-bezpieczenstwa-pacjentow/844382>, dostęp: 1.07.2022
523. Pałęga M., Knapieński M., Rydz D., *Informacja i ocena zagrożeń bezpieczeństwa informacji za pomocą wybranych instrumentów zarządzania jakością*, za: http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2018/T2/2018_t2_283.pdf, dostęp: 23.02.2021
524. *Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej*, AOTMiT, Warszawa 2016, za: https://www.aotm.gov.pl/media/2020/06/Instrukcj_PPZ.pdf, dostęp: 2.09.2022
525. Prusak E., *Profilaktyka w ujęciu zdrowia publicznego, w systemie zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, za: https://nil.org.pl/uploaded_files/1597127396_03-prusak.pdf, dostęp: 3.09.2022
526. Rada Organizacji Pacjentów, <https://www.gov.pl/web/rpp/rada-organizacji-pacjentow>, dostęp: 1.07.2022

527. *Rola organizacji pacjentów w systemach opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie*. Pacjenci.pro, Warszawa 2021, za: https://www.pacjenci.pro/wp-content/uploads/2021/02/PACJENCI.PRO_Rola-organizacji-pacjent-w-w-systemie-ochrony-zdrowia-w-Polsce-i-na-swiecie..pdf, dostęp: 1.09.2022
528. Skarżyński M., *Homo securitas*, za: [Skarżyński_Homo_Seuritas.pdf](#), dostęp: 4.11.2021
529. *Spoleczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO, 2011, za: [Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf](#), dostęp: 1.08.2022
530. „Trzymaj Formę!” – program edukacyjny o zbilansowanym odżywianiu i aktywności, za: <https://www.gov.pl/web/gis/trzymaj-forme--program-edukacyjny-o-zbilansowanym-odzywianiu-i-aktywnosci>, dostęp: 1.08.2022
531. *Uprawnieni do świadczeń*, za: https://www.nfz-szczecin.pl/lipdu_uprawnieni_do_swiadczen.htm, dostęp: 1.07.2022.
532. Wałek T., *Wielowymiarowość bezpieczeństwa – zarys problematyki*, za: <https://www.fbi.uniza.sk>, dostęp: 19.11.2020

SPIS TABEL

Tabela 1.1. Sposób uzyskania informacji o poziomie poczucia bezpieczeństwa respondentów	22
Tabela 1.2. Sposób ustalenia poziomu poczucia bezpieczeństwa respondentów	22
Tabela 1.3. Sposób określenia ogólnej oceny cech testowanego manipulatora.....	22
Tabela 1.4. Sposób określenia oceny możliwości wykonania poszczególnych czynności za pomocą testowanego manipulatora	23
Tabela 1.5. Sposób określenia oceny możliwości chwytania wybranych przedmiotów za pomocą testowanego manipulatora	23
Tabela 1.6. Sposób określenia oceny poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranych przedmiotów za pomocą testowanego manipulatora.....	24
Tabela 1.7. Sposób określenia oceny poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora.....	24
Tabela 1.8. Sposób określenia poziomu zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora.....	24
Tabela 1.9. Sposób uzyskania informacji o ogólnej ocenie testowanego manipulatora	25
Tabela 1.10. Sposób określenia ogólnej oceny testowanego manipulatora	25
Tabela 1.11. Właściwości eksperta	28
Tabela 1.12. Sposób wypełnienia ankiety przez respondentów	29
Tabela 1.13. Płeć respondentów	29
Tabela 1.14. Wiek respondentów	29
Tabela 1.15. Wykształcenie respondentów	30
Tabela 1.16. Miejsce zamieszkania respondentów	30
Tabela 1.17. Samotne mieszkanie przez respondentów	30
Tabela 1.18. Korzystanie przez respondentów z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności.....	31
Tabela 1.19. Sytuacja materialna respondentów	31
Tabela 1.20. Dominująca ręka u respondentów	31
Tabela 2.1. Podział definicji pojęcia <i>bezpieczeństwo</i> ze względu na wymiary i warunki bezpieczeństwa jednostki i grupy społecznej.....	38
Tabela 2.2. Definicyjne ujęcia terminu <i>bezpieczeństwa</i>	39

Tabela 2.3. Porównanie ujęcia ontologicznego, epistemologicznego i przedmiotowego bezpieczeństwa.....	44
Tabela 2.4. Stany bezpieczeństwa według Daniela Frei	52
Tabela 2.5. Charakterystyka ujęć bezpieczeństwa	55
Tabela 3.1. Porównanie zakresu znaczeniowego pojęć: <i>bezpieczeństwo człowieka, bezpieczeństwo osobiste, bezpieczeństwo jednostkowe, bezpieczeństwo psychologiczne i bezpieczeństwo personalne</i>	85
Tabela 3.1. Sposoby ujmowania bezpieczeństwa w odniesieniu cech do bezpieczeństwa personalnego.....	88
Tabela 4.1. Osoby niepełnosprawne w wieku 75 lat i więcej – prognoza na lata 2025-2035	129
Tabela 4.2. Liczba mieszkańców domów pomocy społecznej w wieku 75 lat i więcej – prognoza na lata 2025-2035	130
Tabela 4.3. Rodzaje profilaktyki	135
Tabela 4. 4. Podział seniorów na grupy z uwagi na wiek i etapy życia senioralnego.....	146
Tabela 4. 5. Rodzaje potrzeb seniorów	146
Tabela 6.1. Podział osób niepełnosprawnych ruchowo	192
Tabela 6.2. Główne grupy osób niepełnosprawnych ruchowo	193
Tabela 6.3. Grupy niepełnosprawności ruchowej	193
Tabela 6.4. Istota bezpieczeństwa według respondentów	195
Tabela 6.5. Istota bezpieczeństwa osobistego według respondentów.....	196
Tabela 6.6. Doświadczenie bezpieczeństwa przez respondentów	197
Tabela 6.7. Doświadczenie zagrożeń dla swojego bezpieczeństwa przez respondentów	197
Tabela 6.8. Charakter doświadczanych przez respondentów zagrożeń bezpieczeństwa	198
Tabela 6.9. Uzasadnienie respondentów własnej oceny swojego poczucia bezpieczeństwa.	198
Tabela 6.10. Sposoby poprawienia poziomu własnego poczucia bezpieczeństwa według respondentów	199
Tabela 6.11. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów	200
Tabela 6.12. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich płeć.....	200
Tabela 6.13. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich wiek.....	201
Tabela 6.14. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich wykształceniem.....	201
Tabela 6.15. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich sytuacja materialna	202
Tabela 6.16. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a forma zamieszkania	202
Tabela 6.17. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a rodzaj funkcjonalności dłoni	202

Tabela 6.18. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a ich miejsce zamieszkania..	203
Tabela 6.19. Poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów a korzystanie przez nich z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności.....	203
Tabela 6.20. Oceny respondentów cech testowanego manipulatora.....	218
Tabela 6.21. Ogólna ocena respondentów cech testowanego manipulatora	219
Tabela 6.22. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a płeć respondentów.....	219
Tabela 6.23. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a wiek respondentów.....	220
Tabela 6.24. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów	220
Tabela 6.25. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów	220
Tabela 6.26. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów	221
Tabela 6.27. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a ocena sytuacji materialnej respondentów	221
Tabela 6.28. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynności	221
Tabela 6.29. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów	222
Tabela 6.30. Ogólna ocena cech testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów	222
Tabela 6.31. Oceny respondentów dotyczące możliwości wykonania czynności z użyciem testowanego manipulatora.....	223
Tabela 6.32. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora przez respondentów.....	223
Tabela 6.33. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a płeć respondentów	224
Tabela 6.34. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a wiek respondentów.....	224
Tabela 6.35. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów	225
Tabela 6.36. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów	225
Tabela 6.37. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów.....	225

Tabela 6.38. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a sytuacja materialna respondentów.....	226
Tabela 6.39. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynnościach.....	226
Tabela 6.40. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów.....	226
Tabela 6.41. Ocena poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów	226
Tabela 6.42. Oceny respondentów dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	227
Tabela 6.43. Ocena poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów.....	228
Tabela 6.44. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a płeć respondentów	229
Tabela 6.45. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wiek respondentów.....	229
Tabela 6.46. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów	230
Tabela 6.47. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów	230
Tabela 6.48. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów.....	230
Tabela 6.49. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a sytuacja materialna respondentów.....	231
Tabela 6.50. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynnościach.....	231
Tabela 6.51. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów.....	231
Tabela 6.52. Oceny dotyczące możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów	232
Tabela 6.53. Oceny respondentów dotyczące możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora.....	232

Tabela 6.54. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów.....	233
Tabela 6.55. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a płeć respondentów	233
Tabela 6.56. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wiek respondentów.....	234
Tabela 6.57. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a wykształcenie respondentów	234
Tabela 6.58. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania respondentów.....	235
Tabela 6.59. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a forma zamieszkania respondentów	235
Tabela 6.60. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a sytuacja materialna respondentów	235
Tabela 6.61. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a konieczność korzystania przez respondentów z pomocy innych osób w codziennych czynnościach.....	236
Tabela 6.62. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni respondentów.....	236
Tabela 6.63. Ocena poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa respondentów ...	236
Tabela 6.64. Oceny respondentów dotyczące możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora.....	237
Tabela 6.65. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów	238
Tabela 6.66. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich wykształcenie	238
Tabela 6.67. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich płeć	238
Tabela 6.68. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich wiek	239
Tabela 6.69. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich miejsce zamieszkania	240

Tabela 6.70. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich forma mieszkania	240
Tabela 6.71. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a ich sytuacja materialna	240
Tabela 6.72. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a korzystanie przez nich z pomocy innych osób w codziennych czynnościach	241
Tabela 6.73. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a rodzaj funkcjonalności dłoni	241
Tabela 6.74. Ocena poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora przez respondentów a poziom poczucia bezpieczeństwa.....	241
Tabela 6.75. Ogólna ocena zadowolenia respondentów z możliwości użytkowania testowanego manipulatora.....	242
Tabela 6.76. Ocena zadowolenia respondentów z możliwości używania testowanego manipulatora.....	242
Tabela 6.77. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a płeć uczestników badania	242
Tabela 6.78. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a wiek uczestników badania	243
Tabela 6.79. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a wykształcenie uczestników badania.....	244
Tabela 6.80. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania uczestników badania	244
Tabela 6.81. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a forma zamieszkania uczestników badania.....	244
Tabela 6.82. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a sytuacja materialna uczestników badania.....	245
Tabela 6.83. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a korzystanie przez uczestników badania z pomocy innych osób w codziennych czynnościach	245
Tabela 6.84. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni uczestników badania.....	245
Tabela 6.85. Ocena zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa uczestników badania	246

Tabela 6.86. Przetestowany manipularz jest od wcześniej używanych czy znanych według respondentów	246
Tabela 6.87. Deklaracja respondentów polecenia innym testowanego manipulatora.....	247
Tabela 6.88. Potencjalne grupy użytkowników zainteresowanych testowanym manipulatorem według respondentów.....	247
Tabela 6.89. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów	248
Tabela 6.90. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a ich deklaracja polecenia innym testowanego manipulatora.....	248
Tabela 6.91. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a ogólna ocena cech testowanego manipulatora	249
Tabela 6.92. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora.....	249
Tabela 6.93. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora.....	250
Tabela 6.94. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora	250
Tabela 6.95. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora.....	251
Tabela 6.96. Chęć posiadania testowanego manipulatora do własnego użytkowania przez respondentów a oceny poziomu możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora.....	252
Tabela 6.97. Wady testowanego manipulatora według respondentów	252
Tabela 6.98. Sposoby usprawnienia testowanego manipulatora w kierunku umożliwienia zaspokajania za jego pomocą koniecznych potrzeb według respondentów.....	253
Tabela 6.99. Ogólna ocena respondentów testowanego manipulatora	253
Tabela 6.100. Ogólna ocena testowanego manipulatora a płeć uczestników badania.....	254
Tabela 6.101. Ogólna ocena testowanego manipulatora a wiek uczestników badania.....	254
Tabela 6.102. Ogólna ocena testowanego manipulatora a wykształcenie uczestników badania	255

Tabela 6.103. Ogólna ocena testowanego manipulatora a miejsce zamieszkania uczestników badania	255
Tabela 6.104. Ogólna ocena testowanego manipulatora a forma zamieszkania uczestników badania	255
Tabela 6.105. Ogólna ocena testowanego manipulatora a korzystanie przez uczestników badania z pomocy innych osób w codziennych czynnościach.....	256
Tabela 6.106. Ogólna ocena testowanego manipulatora a ocena sytuacji materialnej uczestników badania	256
Tabela 6.107. Ogólna ocena testowanego manipulatora a rodzaj funkcjonalności dłoni uczestników badania	256
Tabela 6.108. Ogólna ocena testowanego manipulatora a poziom poczucia bezpieczeństwa uczestników badania	257

ZAŁĄCZNIKI

Badania sondażowe - narzędzie: kwestionariusz ankiety



**AKADEMIA KALISKA
IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO**

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowni Państwo!

Jestem doktorantką w *Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego*. w ramach realizowanych czynności badawczych przygotowuję rozprawę doktorską noszącą tytuł: *Systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej jako element podwyższania bezpieczeństwa osobistego*.

W toku prowadzonych rozważań z tego zakresu pojawiło się u mnie szereg wątpliwości. Przy zbieraniu niezbędnych materiałów ustaliłam bowiem, że moje badania muszą zostać wsparte przez osoby ze środowiska zewnętrznego.

Zwracam się zatem z uprzejmą prośbą o wsparcie realizowanych czynności swoją wiedzą i doświadczeniem za sprawą udzielenia odpowiedzi na pytania zawarte poniżej w niniejszym kwestionariuszu.

Dzięki udzielonej w ten sposób pomocy oraz wykazanej uprzejmości 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 okazaną pomoc i współpracę!

Oliwia HAJA

KALISZ 2021

I. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA

1. Czym dla Pana(i) jest bezpieczeństwo?

(można udzielić kilku odpowiedzi, a przy wybranej - proszę postawić znak X)

- Bezpieczeństwo to brak występowania zagrożeń oraz poczucia ich obecności.
- Bezpieczeństwo to poczucie spokoju, pewności i wolności od zagrożeń bądź skutków, jakie powodują.
- Bezpieczeństwo to ochrona przed ryzykiem i zagrożeniami.
- Bezpieczeństwo to pierwotna i egzystencjalna potrzeba człowieka, grupy społecznej i społeczeństwa.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

2. Czym dla Pana(i) jest bezpieczeństwo osobiste?

(można udzielić kilku odpowiedzi, a przy wybranej - proszę postawić znak X)

- Bezpieczeństwo osobiste to stan wolności człowieka od zagrożeń i negatywnych przeżyć.
- Bezpieczeństwo osobiste obejmuje ochronę wartości człowieka typu: życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swoboda przekonań, poglądów i prawo do pracy.
- Bezpieczeństwo osobiste to stan pewności przetrwania i szansę na samorealizację za sprawą podejmowania różnych form aktywności (np. fizycznej, poznawczej, społecznej).
- Bezpieczeństwo osobiste to ochrona interesów jednostki i zapewnienie jej pomocy przez stosunki społeczne, system prawny i gotowość państwa do pojęcia działania.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

3. Czy czuje się Pan(i) bezpieczny(a)?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie

Nie wiem

4. Czy doświadcza Pan(i) zagrożeń dla swojego bezpieczeństwa?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

Zdecydowanie tak

Tak

Raczej tak

Raczej nie

Nie

Zdecydowanie nie

Nie wiem

Jeżeli tak to jakich?

.....
...
.....
...

5. Jeżeli doświadcza Pan(i) zagrożeń dla swojego bezpieczeństwa - to o jakim charakterze?

.....
.....
.....
.....

6. Proszę określić, jak ocenia Pan(i) poziom własnego bezpieczeństwa.

(do tego celu proszę użyć skali ocen od 0 do 5, w której:

0 oznacza – brak poczucia bezpieczeństwa, 1 – bardzo niski poziom poczucia bezpieczeństwa,
2 – niski poziom poczucia bezpieczeństwa, 3 – średni poziom poczucia bezpieczeństwa,
4 – wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa, 5 – bardzo wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa)

.....

7. Jeżeli to możliwe - proszę uzasadnić wystawioną przez Pana(ią) ocenę poziomu własnego bezpieczeństwa.

.....
.....
.....
.....
.....

8. w jaki sposób można poprawić, Pana(i) zdaniem, poziom poczucia własnego bezpieczeństwa?

.....
.....
.....
.....
.....

II. OCENA DOSTĘPNYCH MANIPULATORÓW

1. Czy miał(a)Pan(i) kiedykolwiek do czynienia z manipulatorem, który ułatwiałby wykonywanie

czynności wspierających ruch ręki bądź tylko samej dłoni?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

- Tak
 Nie
 Nie wiem

2. Czy wcześniej używał(a) Pan(i) manipulatorów, wspierających wykonywanie czynności ręki czy dłoni?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

- Tak
 Nie
 Nie wiem

Osoby, które odpowiedziały twierdząco na pytanie 1. i 2. proszę o przejście do pytania 3 i kolejnych.

*Osoby, które odpowiedziały przecząco na pytanie 1. i 2. -
proszę o przejście do pytania 1. w III części ankiety!*

3. Z ilu manipulatorów wspierających ruchy kończyny górnej Pan(i) korzystał(a)?

(proszę podać orientacyjną ich liczbę)

.....

4. Jakiego typu i rodzaju były(ś) to manipulatory?

.....
.....
.....
.....

5. Czy nadal korzysta Pan(i) z manipulatorów wspierających ruchy kończyny górnej?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

Tak

Nie

6. Jakie zalety, Pana(i) zdaniem, mają manipulatory wspierające ruchy kończyny górnej?

.....
.....
.....
.....

7. Jakie wady, Pana(i) zdaniem, mają manipulatory wspierające ruchy kończyny górnej?

.....
.....
.....
.....

III. OCENA TESTOWANEGO PROTOTYPU MANIPULATORA

1. Proszę wskazać, jak Pan(i) ocenia wybrane cechy testowanego manipulatora?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

Wyszczególnienie	WYSTAWIONA OCENA WYBRANEJ CECHY MANIPULATORA					
	nie wiem	bardzo niska	niska	średnia	wysoka	bardzo wysoka
estetyczny wygląd						
mały ciężar (waga) manipulatora						
niewielka siła potrzebna do używania manipulatora						
ułatwienie wykonania zamierzonego ruchu						
uzyskanie kontroli nad ruchem bądź kontroli dostępu						
poręczność						
dostosowanie do potrzeb codziennego życia						
wystarczająca liczba kombinacji wykonywanych czynności						
łatwość obsługi						
wygoda użytkowania (ergonomiczność)						
elastyczność / możliwość dostosowania do różnych rozmiarowo przedmiotów						
szeroki zakres czynności do wykonania z pomocą manipulatora						

2. Jak Pan(i) ocenia możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 – bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
wzięcie lub odłożenie sztućców (łyżki, widelca)						
wzięcie lub odłożenie szczoteczki do zębów						
wzięcie lub odłożenie kubka						
wzięcie lub odłożenie długopisu						
wzięcie lub odłożenie grzebienia						
wzięcie lub odłożenie telefonu komórkowego						
wzięcie lub odłożenie pilota telewizyjnego						
sięganie po większe przedmioty						
sięganie po drobne przedmioty						
informowanie otoczenia o problemie (trudności), sytuacji alarmowej						
inne czynności (proszę uzupełnić)						
.....						

3. Jak Pan(i) ocenia możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 – bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
wygoda uchwytu dla dłoni						
mała siła niezbędna do wykonania zadania						
łatwość posługiwania się chwytakiem						
uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem						
osiąganie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)						
odpowiednia wielkość chwytaka						
odpowiednia czułość chwytaka						
elastyczność chwytaka – możliwość jego dostosowania do potrzeb						
szeroki zakres czynności wykonywanych za pomocą chwytaka						
inne czynności (proszę uzupełnić)						
.....						

4. Jak Pan(i) ocenia możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 –

bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
wygoda uchwytu dla dłoni						
mała siła niezbędna do wykonania zadania						
łatwość posługiwania się manipulatorem						
uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem						
osiąganie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)						
odpowiednia wielkość urządzenia						
odpowiednia czułość urządzenia						
elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb						
szeroki zakres wykonywanych czynności						
inne czynności (proszę uzupełnić).....						

5. Jak Pan(i) ocenia możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 – bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
wygoda uchwytu dla dłoni						
mała siła niezbędna do wykonania zadania						
łatwość posługiwania się manipulatorem						
uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem						
osiąganie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)						
odpowiednia wielkość urządzenia						
odpowiednia czułość urządzenia						
elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb						
szeroki zakres wykonywanych czynności						
inne czynności (proszę uzupełnić).....						

6. Jak Pan(i) ocenia poziom ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora?

(oceniając powyższe proszę wstawić w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – brak zadowolenia z manipulatora, 1 – bardzo niski poziom zadowolenia z manipulatora, 2 – niski poziom zadowolenia z manipulatora, 3 – średni poziom zadowolenia z manipulatora, 4 – wysoki poziom zadowolenia z manipulatora, 5 – bardzo wysoki poziom zadowolenia z manipulatora)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
ogólne zadowolenie z manipulatora						
zadowolenie z dużego chwytaka						
zadowolenie z małego chwytaka						
zadowolenie z zaczepu ułatwiającego np. przenoszenie przedmiotu						
zadowolenie z opcji alarmowej						
inne (proszę uzupełnić).....						

7. Jakie są, Pana(i) zdaniem, wady testowanego manipulatora?

(proszę o krótką opinię)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Jak należy, Pana(i) zdaniem, uprawnić testowany manipulator, aby lepiej zaspokajał konieczne potrzeby?

(proszę o krótką opinię)

.....

.....

.....

.....

9. Czy Pana(i) zdaniem, przetestowany manipulator jest lepszy niż wcześniej używane/znane?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

10. Czy chciałby(-alaby) Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

11. Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

12. Jakiego rodzaju osób, Pana(i) zdaniem, mógłby być zainteresowany testowanym manipulatorem?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

.....

.....

.....

.....

IV. METRYCZKA

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

1. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

2. Wiek w latach:

3. Wykształcenie:

- podstawowe niepełne
- podstawowe
- gimnazjalne
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe

3. Miejsce zamieszkania:

- miasto
- wieś

4. Czy mieszka Pan(i) sam(a)?

- tak
- nie

5. Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?

- tak
- nie

7. Proszę ocenić swoją sytuację materialną?

- bardzo dobra
- dobra
- raczej dobra
- raczej zła
- zła
- bardzo zła
- nie wiem

8. Jestem osobą:

- praworęczną
- leworęczną

V. SPOSÓB WYPEŁNIENIA ANKIETY

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- samodzielne wypełnienie ankiety przez respondentów.
- ankieta wypełniona przez ankietera (czytającego pytania i odpowiedzi, notującego udzielane odpowiedzi respondenta).

Dziękuję za udział w badaniu i poświęcony czas!

I. POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA

1. Czym dla Pana(i) jest bezpieczeństwo?

(można udzielić kilku odpowiedzi, a przy wybranej - proszę postawić znak X)

- Bezpieczeństwo to brak występowania zagrożeń oraz poczucia ich obecności.
- Bezpieczeństwo to poczucie spokoju, pewności i wolności od zagrożeń bądź skutków, jakie powodują.
- Bezpieczeństwo to ochrona przed ryzykiem i zagrożeniami.
- Bezpieczeństwo to pierwotna i egzystencjalna potrzeba człowieka, grupy społecznej i społeczeństwa.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 1

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Bezpieczeństwo to brak występowania zagrożeń oraz poczucia ich obecności.	68	31,6%
Bezpieczeństwo to poczucie spokoju, pewności i wolności od zagrożeń bądź skutków, jakie powodują.	48	22,3%
Bezpieczeństwo to ochrona przed ryzykiem i zagrożeniami.	47	21,9%
Bezpieczeństwo to pierwotna i egzystencjalna potrzeba człowieka, grupy społecznej i społeczeństwa.	43	20,0%
Inne	9	4,2%

2. Czym dla Pana(i) jest bezpieczeństwo osobiste?

(można udzielić kilku odpowiedzi, a przy wybranej - proszę postawić znak X)

- Bezpieczeństwo osobiste to stan wolności człowieka od zagrożeń i negatywnych przeżyć.
- Bezpieczeństwo osobiste obejmuje ochronę wartości człowieka typu: życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swoboda przekonań, poglądów i prawo do pracy.
- Bezpieczeństwo osobiste to stan pewności przetrwania i szansę na samorealizację za sprawą podejmowania różnych form aktywności (np. fizycznej, poznawczej, społecznej).
- Bezpieczeństwo osobiste to ochrona interesów jednostki i zapewnienie jej pomocy przez stosunki społeczne, system prawny i gotowość państwa do pojęcia działania.
- Inne (jakie?)
- Nie wiem.

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 2

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Bezpieczeństwo osobiste obejmuje ochronę wartości człowieka typu: życie, zdrowie, wolność, nietykalność osoby i mienia, swoboda przekonań, poglądów i prawo do pracy	62	32,3%
Bezpieczeństwo osobiste to stan wolności człowieka od zagrożeń i negatywnych przeżyć	52	27,1%
Bezpieczeństwo osobiste to ochrona interesów jednostki i zapewnienie jej pomocy przez stosunki społeczne, system prawny i gotowość państwa do pojęcia działania	40	20,8%
Bezpieczeństwo osobiste to stan pewności przetrwania i szansę na samorealizację za sprawą podejmowania różnych form aktywności	30	15,6%
Inne	8	4,2%

3. Czy czuje się Pan(i) bezpieczny(a)?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 3

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie	6	5,4
Raczej nie	29	25,9
Raczej tak	30	26,8
Tak	30	26,8
Zdecydowanie tak	17	15,2
Razem	112	100,0

4. Czy doświadcza Pan(i) zagrożeń dla swojego bezpieczeństwa?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

Jeżeli tak to jakich?

.....
.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 4

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Zdecydowanie tak	2	1,8
Tak	24	21,4
Raczej tak	13	11,6
Raczej nie	33	29,5
Nie	22	19,6
Zdecydowanie nie	18	16,1
Razem	112	100,0

5. Jeżeli doświadcza Pan(i) zagrożenia dla swojego bezpieczeństwa - to o jakim charakterze?

.....
.....
.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 5

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	43	38,4
Choroby	28	25,0
Katastrofy komunikacyjne	13	11,6
Zagrożenie cybernetyczne	11	9,8
Zagrożenia cywilizacyjne	11	9,8
Zagrożenia w okolicach miejsca zamieszkania - patologie społeczne	6	5,4
Razem	112	100,0

6. Proszę określić, jak ocenia Pan(i) poziom własnego bezpieczeństwa.

(do tego celu proszę użyć skali ocen od 0 do 5, w której:

0 oznacza – brak poczucia bezpieczeństwa, 1 – bardzo niski poziom poczucia bezpieczeństwa,

2 – niski poziom poczucia bezpieczeństwa, 3 – średni poziom poczucia bezpieczeństwa,

4 – wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa, 5 – bardzo wysoki poziom poczucia bezpieczeństwa)

.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 6

Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
3,13	3,00	1,018	1	5

7. Jeżeli to możliwe - proszę uzasadnić wystawioną przez Pana(ią) ocenę poziomu własnego bezpieczeństwa.

.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 7

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	31	27,7
Brak napotkanych zagrożeń	4	3,6
Wystawiona ze względu na własne doświadczenie	39	34,8
Osoba z dysfunkcją, która nie może funkcjonować samodzielnie	24	21,4
Ze względu na brak pomocy dla osób niepełnosprawnych ze strony państwa	13	11,6
Niebezpieczeństwo w okolicach miejsca zamieszkania - patologie społeczne	1	0,9
Razem	112	100,0

8. w jaki sposób można poprawić, Pana(i) zdaniem, poziom poczucia własnego bezpieczeństwa?

.....

.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 8

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	53	47,3
Państwo powinno wspomagać osoby niepełnosprawne w zakupie niezbędnego sprzętu	22	19,6
Państwo powinno refundować leki	17	15,2
Państwo powinno finansowo pomagać osobą niepełnosprawnym	9	8,0
Policja powinna kontrolować miejsca występowania patologii społecznych	8	7,1
Więcej kontroli drogowych	2	1,8
Policja powinna pieszo patrolować ulice	1	0,9
Razem	112	100,0

II. OCENA DOSTĘPNYCH MANIPULATORÓW

1. Czy miał(a)Pan(i) kiedykolwiek do czynienia z manipulatorem, który ułatwiałby wykonywanie czynności wspierających ruch ręki bądź tylko samej dłoni?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

- Tak
 Nie
 Nie wiem

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 1

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	112	100,0
Razem	112	100,0

2. Czy wcześniej używał(a) Pan(i) manipulatorów, wspierających wykonywanie czynności ręki czy dłoni?

(proszę o udzielenie jednej odpowiedzi, a przy wybranej - postawić znak X)

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 2

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Nie	112	100,0
Razem	112	100,0

Osoby, które odpowiedziały twierdząco na pytanie 1. i 2. proszę o przejście do pytania 3 i kolejnych.

Osoby, które odpowiedziały przecząco na pytanie 1. i 2. - proszę o przejście do pytania 1. w III części ankiety!

3. Z ilu manipulatorów wspierających ruchy kończyny górnej Pan(i) korzystał(a)?

(proszę podać orientacyjną ich liczbę)

.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 3

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	112	100,0
Razem	112	100,0

4. Jakiego typu i rodzaju były(są) to manipulatory?

.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 4

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	112	100,0
Razem	112	100,0

5. Czy nadal korzysta Pan(i) z manipulatorów wspierających ruchy kończyny górnej?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

Tak

Nie

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 5

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	112	100,0
Razem	112	100,0

6. Jakie zalety, Pana(i) zdaniem, mają manipulatory wspierające ruchy kończyny górnej?

.....
.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 6

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	112	100,0
Razem	112	100,0

7. Jakie wady, Pana(i) zdaniem, mają manipulatory wspierające ruchy kończyny górnej?

.....
.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 7

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	n	%
Brak odpowiedzi	112	100,0
Razem	112	100,0

III. OCENA TESTOWANEGO PROTOTYPU MANIPULATORA

1. Proszę wskazać, jak Pan(i) ocenia wybrane cechy testowanego manipulatora?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

Wyszczególnienie	WYSTAWIONA OCENA WYBRANEJ CECHY MANIPULATORA					
	nie wiem	bardzo niska	niska	średnia	wysoka	bardzo wysoka
estetyczny wygląd						
mały ciężar (waga) manipulatora						
niewielka siła potrzebna do używania manipulatora						
ułatwienie wykonania zamierzonego ruchu						
uzyskanie kontroli nad ruchem bądź kontroli dostępu						
poręczność						
dostosowanie do potrzeb codziennego życia						
wystarczająca liczba kombinacji wykonywanych czynności						
łatwość obsługi						
wygoda użytkowania (ergonomiczność)						
elastyczność / możliwość dostosowania do różnych rozmiarowo przedmiotów						
szeroki zakres czynności do wykonania z pomocą manipulatora						

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 1

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Uzyskanie kontroli nad ruchem bądź kontroli dostępu	4,54	5,00	0,599	3	5
Wystarczająca liczba kombinacji wykonywanych czynności	4,38	5,00	0,713	2	5
Szeroki zakres czynności do wykonania z pomocą manipulatora	4,38	4,00	0,602	3	5
Dostosowanie do potrzeb codziennego życia	4,32	4,00	0,647	3	5
Wygoda użytkowania (ergonomiczność)	4,31	4,00	0,698	2	5
Łatwość obsługi	4,30	4,00	0,641	2	5
Ułatwienie wykonania zamierzonego ruchu	4,24	4,00	0,713	3	5
Elastyczność / możliwość dostosowania do różnych rozmiarowo przedmiotów	4,20	4,00	0,721	3	5
Poręczność	4,16	4,00	0,754	2	5
Niewielka siła potrzebna do używania manipulatora	3,63	4,00	0,890	2	5
Estetyczny wygląd	3,36	3,00	0,919	1	5
Mały ciężar (waga) manipulatora	3,25	3,00	0,875	2	5

2. Jak Pan(i) ocenia możliwości wykonania poszczególnych czynności z użyciem testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 – bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
wzięcie lub odłożenie sztućców (łyżki, widelca)						
wzięcie lub odłożenie szczoteczki do zębów						
wzięcie lub odłożenie kubka						
wzięcie lub odłożenie długopisu						
wzięcie lub odłożenie grzebienia						
wzięcie lub odłożenie telefonu komórkowego						
wzięcie lub odłożenie pilota telewizyjnego						
sięganie po większe przedmioty						
sięganie po drobne przedmioty						
informowanie otoczenia o problemie (trudności), sytuacji alarmowej						
inne czynności (proszę uzupełnić)						
.....						

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 2

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Informowanie otoczenia o problemie	4,63	5,00	0,539	3	5
Wzięcie lub odłożenie kubka	4,60	5,00	0,545	3	5
Sięganie po większe przedmioty	4,39	4,00	0,620	3	5
Wzięcie lub odłożenie grzebienia	4,32	4,00	0,633	3	5
Wzięcie lub odłożenie sztućców (łyżki, widelca)	4,29	4,00	0,716	3	5
Wzięcie lub odłożenie telefonu komórkowego	4,28	4,00	0,647	3	5
Wzięcie lub odłożenie szczoteczki do zębów	4,22	4,00	0,654	2	5
Wzięcie lub odłożenie długopisu	4,14	4,00	0,758	3	5
Sięganie po drobne przedmioty	4,04	4,00	0,702	3	5
Wzięcie lub odłożenie pilota telewizyjnego	3,96	4,00	0,663	3	5

3. Jak Pan(i) ocenia możliwości chwytania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 – bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
wygoda uchwytu dla dłoni						
mała siła niezbędna do wykonania zadania						
łatwość posługiwania się chwytakiem						
uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem						
Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
osiąganie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)						
odpowiednia wielkość chwytaka						
odpowiednia czułość chwytaka						
elastyczność chwytaka – możliwość jego dostosowania do potrzeb						
szeroki zakres czynności wykonywanych za pomocą chwytaka						
inne czynności (proszę uzupełnić)						
.....						

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 3

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Szeroki zakres czynności wykonywanych za pomocą chwytaka	4,74	5,00	0,498	3	5
Osiąganie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)	4,57	5,00	0,596	3	5
Odpowiednia czułość chwytaka	4,54	5,00	0,670	3	5
Łatwość posługiwania się chwytakiem	4,51	5,00	0,658	3	5
Elastyczność chwytaka	4,42	5,00	0,680	3	5
Odpowiednia wielkość chwytaka	4,24	4,00	0,819	2	5
Uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem	4,21	4,00	0,840	2	5
Wygoda uchwytu dla dłoni	4,08	4,00	0,686	3	5
Mała siła niezbędna do wykonania zadania	3,95	4,00	0,837	2	5

4. Jak Pan(i) ocenia możliwości przenoszenia lub odsuwania wybranego przedmiotu za pomocą testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 – bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
wygoda uchwytu dla dłoni						
mała siła niezbędna do wykonania zadania						
łatwość posługiwania się manipulatorem						
uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem						
osiąganie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)						
odpowiednia wielkość urządzenia						
odpowiednia czułość urządzenia						

elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb						
szeroki zakres wykonywanych czynności						
inne czynności (proszę uzupełnić).....						
.....						

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 4

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Osiągnięcie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)	4,51	5,00	0,600	3	5
Łatwość posługiwania się manipulatorem	4,50	5,00	0,644	3	5
Szeroki zakres wykonywanych czynności	4,47	5,00	0,600	3	5
Elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb	4,36	4,50	0,769	2	5
Odpowiednia wielkość urządzenia	4,25	4,00	0,664	3	5
Odpowiednia czułość urządzenia	4,22	4,00	0,768	3	5
Uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem	4,16	4,00	0,812	2	5
Mała siła niezbędna do wykonania zadania	4,12	4,00	0,791	3	5
Wygoda uchwytu dla dłoni	4,05	4,00	0,682	3	5

5. Jak Pan(i) ocenia możliwości alarmowania otoczenia za pomocą testowanego manipulatora?

(trudność wykonywania czynności proszę opisać wstawiając w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – bardzo wysoki poziom trudności wykonania czynności, 1 – wysoki poziom trudności wykonania czynności, 2 – średni poziom trudności wykonania czynności, 3 – niski trudności wykonania czynności, 4 – bardzo niski poziom trudności wykonania czynności, 5 – brak trudności wykonania czynności)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
wygoda uchwytu dla dłoni						
mała siła niezbędna do wykonania zadania						
łatwość posługiwania się manipulatorem						
uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem						
osiągnięcie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)						
odpowiednia wielkość urządzenia						
odpowiednia czułość urządzenia						
elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb						
szeroki zakres wykonywanych czynności						
inne czynności (proszę uzupełnić).....						
.....						

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 5

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Osiągnięcie pożądanego celu (wykonanie danej czynności)	4,93	5,00	0,259	4	5
Uzyskanie pełnej kontroli nad ruchem	4,82	5,00	0,429	3	5
Mała siła niezbędna do wykonania zadania	4,63	5,00	0,587	3	5
Wygoda uchwytu dla dłoni	4,54	5,00	0,568	3	5
Łatwość posługiwania się manipulatorem	4,54	5,00	0,583	3	5

Odpowiednia czułość urządzenia	4,43	5,00	0,681	3	5
Odpowiednia wielkość urządzenia	4,42	5,00	0,801	2	5
Elastyczność urządzenia – jego dostosowania do potrzeb	4,36	4,00	0,669	3	5
Szeroki zakres wykonywanych czynności	3,58	4,00	1,340	1	5

6. Jak Pan(i) ocenia poziom ogólnego zadowolenia z możliwości używania testowanego manipulatora?

(oceniając powyższe proszę wstawić w wybranym miejscu znak X z wykorzystaniem skali ocen od 0 do 5, w której: 0 oznacza – brak zadowolenia z manipulatora, 1 – bardzo niski poziom zadowolenia z manipulatora, 2 – niski poziom zadowolenia z manipulatora, 3 – średni poziom zadowolenia z manipulatora, 4 – wysoki poziom zadowolenia z manipulatora, 5 – bardzo wysoki poziom zadowolenia z manipulatora)

Wyszczególnienie	OCENA					
	0	1	2	3	4	5
ogólne zadowolenie z manipulatora						
zadowolenie z dużego chwytaka						
zadowolenie z małego chwytaka						
zadowolenie z zaczepu ułatwiającego np. przenoszenie przedmiotu						
zadowolenie z opcji alarmowej						
inne (proszę uzupełnić).....						

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 6

Wyszczególnienie	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Ogólne zadowolenie z manipulatora	4,44	4,00	0,582	3	5
Zadowolenie z opcji alarmowej	4,41	4,00	0,546	3	5
Zadowolenie z zaczepu ułatwiającego np. przenoszenie przedmiotu	4,32	4,00	0,661	3	5
Zadowolenie z dużego chwytaka	4,31	4,00	0,601	3	5
Zadowolenie z małego chwytaka	4,30	4,00	0,655	3	5

7. Jakie są, Pana(i) zdaniem, wady testowanego manipulatora?

(proszę o krótką opinię)

.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 7

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Brak odpowiedzi	70	62,5
Za ciężki	16	14,3
Za duży	10	8,9
Trzeba użyć za dużo siły	9	8,0
Nieładny	7	6,3
Razem	112	100,0

8. Jak należy, Pana(i) zdaniem, uprawnić testowany manipulator, aby lepiej zaspokajał konieczne potrzeby?

(proszę o krótką opinię)

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 8

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Brak odpowiedzi	39	34,8
Z lżejszego materiału	20	17,9
Powinien delikatniej chodzić	14	12,5
Alarm powinien być większy	11	9,8
Rękojeść powinna być powleczone miękkim materiałem	11	9,8
Powinien być bardziej estetyczny	10	8,9
Alarm powinien wydawać dźwięk	7	6,3
Razem	112	100,0

9. Czy Pana(i) zdaniem, przetestowany manipulator jest lepszy niż wcześniej używane/znane?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 9

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Zdecydowanie tak	0	0,0
Tak	0	0,0
Raczej tak	0	0,0
Raczej nie	0	0,0
Nie	0	0,0
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie wiem	112	100,0
Razem	112	100,0

10. Czy chciałby(-alaby) Pan(i) taki testowany manipulator posiadać do własnego użytkowania?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 10

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Zdecydowanie tak	43	38,4
Tak	47	42,0
Raczej tak	22	19,6
Raczej nie	0	0,0
Nie	0	0,0
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie wiem	0	0,0
Razem	112	100,0

11. Czy testowany manipulator poleciłby(-aby) Pan(i) innym osobom?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- Zdecydowanie tak
- Tak
- Raczej tak
- Raczej nie
- Nie
- Zdecydowanie nie
- Nie wiem

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 11

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Zdecydowanie tak	33	29,5
Tak	51	45,5
Raczej tak	26	23,2
Raczej nie	2	1,8
Nie	0	0,0
Zdecydowanie nie	0	0,0
Nie wiem	0	0,0
Razem	112	100,0

12. Jakiego rodzaju osób, Pana(i) zdaniem, mógłby być zainteresowany testowanym manipulatorem?

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

.....

.....

.....

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 12

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Brak odpowiedzi	7	6,3
Osoby z dysfunkcją jednej górnej kończyny	43	38,4
Osoby po wypadkach	24	21,4
Osoby sparaliżowane, ale posiadające jedną sprawną rękę	21	18,8
Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim	17	15,2
Razem	112	100,0

IV. METRYCZKA

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

1. Płeć:

- kobieta
- mężczyzna

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 1

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Kobiety	56	50,0
Mężczyźni	56	50,0
Razem	112	100,0

2. Wiek w latach:

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 2

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Od 17 do 25 lat	17	15,2
Od 26 do 40 lat	25	22,3
Od 41 do 55 lat	37	33,0
Od 56 do 70 lat	25	22,3
Od 71 do 84 lat	8	7,1
Razem	112	100,0

Źródło: opracowanie własne.

3. Wykształcenie:

- podstawowe niepełne

- podstawowe
- gimnazjalne
- zasadnicze zawodowe
- średnie
- wyższe

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 3

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Podstawowe	2	1,8
Zasadnicze zawodowe	22	19,6
Średnie	51	45,5
Wyższe	37	33,0
Razem	112	100,0

4. Miejsce zamieszkania:

- miasto
- wieś

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 4

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Miasto	74	66,1
Wieś	38	33,9
Razem	112	100,0

5. Czy mieszka Pan(i) sam(a)?

- tak
- nie

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 5

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Tak	5	4,5
Nie	107	95,5
Razem	112	100,0

6. Czy korzysta Pan(i) z pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności?

- tak
- nie

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 6

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Tak	51	45,5

Nie	61	54,5
Razem	112	100,0

7. Proszę ocenić swoją sytuację materialną?

- bardzo dobra
- dobra
- raczej dobra
- raczej zła
- zła
- bardzo zła
- nie wiem

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 7

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Bardzo dobra	11	9,8
Dobra	55	49,1
Raczej dobra	37	33,0
Raczej zła	7	6,3
Zła	2	1,8
Razem	112	100,0

8. Jestem osobą:

- praworęczną
- leworęczną

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie 8

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Bycie osobą praworęczną	105	93,8
Bycie osobą leworęczną	7	6,3
Razem	112	100,0

V. SPOSÓB WYPEŁNIENIA ANKIETY

(przy wybranej odpowiedzi proszę postawić znak X)

- samodzielne wypełnienie ankiety przez respondentów.
- ankieta wypełniona przez ankietera (czytającego pytania i odpowiedzi, notującego udzielane odpowiedzi respondenta).

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie

Wyszczególnienie	Odpowiedzi	
	N	%
Samodzielne wypełnienie ankiety przez respondentów	112	100,0
Ankieta wypełniona przez ankietera	0	0,0

Razem	112	100,0
-------	-----	-------

Dziękuję za udział w badaniu i poświęcony czas!



AKADEMIA KALISKA
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

**KWESTIONARIUSZ
WYWIADU EKSPERCKIEGO**

KALISZ

2021

W grupie podstawowych zainteresowań życiowych człowieka - tuż ponad fizjologicznymi - lokalizuje się potrzeba zapewnienia mu bezpieczeństwa. Powyższe stanowisko uzasadnia opracowana przez amerykańskiego psychologa Abrahama Masłowa klasyfikacja potrzeb człowieka, która stanowi inspirację dla wielu badaczy i jest najbardziej znaną teorią dotyczącą motywacji kierujących ludzkimi zachowaniami.

Bezpieczeństwo jest przy tym rozumiane, jako stan pewności i gwarancji jego utrzymania, w połączeniu z poczuciem stabilizacji i świadectwem dalszego rozwoju jednostki. Taka konieczność ładu i harmonii charakteryzuje się brakiem obawy przed utratą takich wartości, jak przede wszystkim życie i zdrowie.

Potrzeba stabilizacji i bezpieczeństwa jest konieczna w każdym momencie ludzkiego życia, ale zainteresowanie tą sferą wzrasta w sytuacji różnorodnych ryzyk, które wywołują natychmiastowy niepokój i poczucie zagrożenia.

Stan taki postępowo narasta u człowieka wobec utraty zdrowia i pobytu w szpitalu. Pierwszą ostoją staje się wówczas dla niego lekarz i zgromadzony tam personel. w następnej kolejności wsparcia udziela rodzina i bliscy znajomi. Problemy i dylematy narastają w miarę jak choroba postępuje i w różnorodny sposób ogranicza ruchowo pacjenta. Często uważa on, że przestaje stanowić o samym sobie i czuje się istotą wykluczoną.

Przedstawiona powyżej problematyka lokalizowana w zainteresowaniu *nauki o bezpieczeństwie*, a w węższym ujęciu *bezpieczeństwa zdrowotnego*, jest uzasadniona nie tylko naukowo, ale także społecznie i życiowo.

Niezbędnym zatem wydaje się, by objąć zainteresowaniem badawczym powyżej zaprezentowany zakres, a w tym w sferze dotyczącej organizacji bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo. Poza aspektem naukowym nie wymaga również eksplikacji stwierdzenie, że nad osobami wymagającymi rehabilitacji bądź wsparcia z objawami zaniku mowy, paraliżu części ciała, zaburzeń równowagi czy ograniczeń ruchu kończyn - trzeba się po prostu pochylić i wypracować dla nich wielokierunkową pomoc.

Zaprezentowana powyżej przestrzeń stanowi jednocześnie płaszczyznę dla badań realizowanych w ramach rozprawy doktorskiej, której temat brzmi: *Systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej jako element podwyższania bezpieczeństwa osobistego*.

W toku prowadzonych rozważań pojawił się szereg wątpliwości, a tym samym konieczność pozyskania wiedzy wybitnych ekspertów. Biorąc powyższe pod uwagę - chciałbym skorzystać z Pana/Pani wiedzy, doświadczenia zawodowego i osobistego - prosząc o wyrażenie swoich opinii, dotyczących następujących kwestii i problemów:

1. Czy w Pana/Pani przekonaniu, w krajowej polityce zdrowotnej, odpowiednio do potrzeb dostrzeżę się wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego obywatela?
2. Czy w Pana/Pani ocenie, w istniejących programach profilaktycznych, dostatecznie mocno podkreśla się wagę aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstw wynikających z lekceważenia tego aspektu zachowania?
3. Które z kategorii zarządzania bezpieczeństwem pacjenta, przez szeroko rozumiany personel medyczny, są w Pana/Pani przekonaniu najważniejsze i dlaczego?
4. Czy według Pana/Pani w toku przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny - problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta poświęca się wystarczająco dużo uwagi, czy jednak w tej materii należałoby coś zmienić? Jeżeli tak - to co?
5. Jakie kategorie trudności i zespoły wyzwań pojawiają się w Pana/Pani przekonaniu najczęściej - wobec personelu medycznego opiekującego się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi?
6. Które w Pana/Pani ocenie, rodzaje unieruchomienia pacjenta są dla opiekującego się nim personelu medycznego (również opiekunów zewnętrznych), najtrudniejsze?
7. Czy według Pana/Pani wiedzy, dotychczas stosowane metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo, są wystarczające? Jeżeli nie, to czego zakresowo, w Pana/Pani ocenie im brakuje?
8. Czy w Pana/Pani ocenie stosowane w rehabilitacji osób ograniczonych ruchowo narzędzia terapeutyczne powinny być maksymalnie uproszczone, czy przeciwnie - nasycone nowoczesnymi rozwiązaniami technicznymi?
9. Jak często zdarza się wprowadzanie nowych narzędzi, wspomagających w różnorodny sposób osoby wykazujące różnorodne dysfunkcje, w zakresie sprawności ruchowej?
10. Jeżeli takie nowe urządzenia są wprowadzane, to według Pana/Pani z jaką częstotliwością i czy potrafił(a)by Pan/Pani wskazać ostatni taki przypadek?
11. Czy w ostatnim okresie czasu brał(a) Pan/Pani udział - w podobnym lub zbliżonym co do zakresu konsultacji - spotkaniu eksperckim?
12. Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu i szerokiej wiedzy -potrafił(a)by Pan/Pani określić potrzebne domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?

13. Czy Pana/Pani zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać, bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?
14. Czy Pana/Pani zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?
15. Czy po zaprezentowaniu działania *egzemplarza testowego* manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi - może Pan/Pani określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?
16. Czy Pana/Pani zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora – wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny dla zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?

Serdecznie dziękuję za trud wniesiony w udzieleniu tego wywiadu, okazaną pomoc oraz za propozycje i uwagi związane z obszarem tematycznym prowadzonych badań!

mgr Oliwia Haja

Transkrypcja wywiadu z Anną Zielińską, rehabilitantką (ekspert 1 - AZ)

1. Czy w Pana/Pani przekonaniu, w krajowej polityce zdrowotnej, odpowiednio do potrzeb dostrzega się wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego obywatela?

Obecnie w polityce bezpieczeństwa bardzo słabo dostrzega się wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnym ze względu na przejmowanie opieki zdrowotnej przez instytucje do tego przeznaczone i wyposażone. Natomiast indywidualne potrzeby zdrowotne pacjent i jego rodziny są zaspokajane przez prywatne usługi.

2. Czy w Pana/Pani ocenie, w istniejących programach profilaktycznych, dostatecznie mocno podkreśla się wagę aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstw wynikających z lekceważenia tego aspektu zachowania?

W obecnych programach profilaktycznych w nieznacznym zakresie uwzględniono te zagadnienia. w Polsce programy zdrowotne i dotyczące aktywności ruchowej

w minimalnym stopniu zaspokajają potrzeby ludności w zakresie edukacji zdrowotnej o roli aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstw wynikających z lekceważenia tego aspektu zachowania. Ten stan można powiązać z tym, że profilaktyka zdrowotna nie jest rozliczana przez instytucje ubezpieczające zdrowie publiczne.

3. Które z kategorii zarządzania bezpieczeństwem pacjenta, przez szeroko rozumiany personel medyczny, są w Pana/Pani przekonaniu najważniejsze i dlaczego?

W mojej ocenie dla personelu medycznego najważniejsze kategorie zarządzania bezpieczeństwem pacjenta dotyczy zapewnienia mu takiej ochrony na oddziałach SOR. Wszystkie ostre przypadki powinny być wnikliwie, wielopłaszczyznowo diagnozowane dla uniknięcia powikłań ze strony chorób współistniejących.

4. Czy według Pana/Pani w toku przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny - problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta poświęca się wystarczająco dużo uwagi, czy jednak w tej materii należałoby coś zmienić? Jeżeli tak - to co?

Problematyka realizacji zadań personelu medycznego to element zawodowego przygotowania tych pracowników. Obejmuje ona wymagany i właściwy sposób traktowania pacjenta i jego potrzeb głównie w sferze materialnej. Szersze zaspokojenie jego potrzeb okazuje się utrudnione ze względu na zbyt mały zakres kształcenia praktycznego. Potrzebne jest zwiększenie liczby godzin praktycznych i lepsze przygotowanie psychologiczne personelu medycznego, aby pacjent był traktowany jak jednostka, a nie – człowiek. To taki pomysł, kiedy pomyślałam o ręce bionicznej.

5. Jakie kategorie trudności i zespoły wyzwań pojawiają się w Pana/Pani przekonaniu najczęściej - wobec personelu medycznego opiekującego się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi?

Personel medyczny opiekując się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi musi zmierzyć się z brakiem przygotowania psychologicznego. Poza tym problemem okazuje się także prawidłowej weryfikacji personelu medycznego ze względu na ich kompetencje (głównie komunikacyjne, społeczne, psychologiczne) i właściwy poziom empatii.

6. Które w Pana/Pani ocenie, rodzaje unieruchomienia pacjenta są dla opiekującego się nim personelu medycznego (również opiekunów zewnętrznych), najtrudniejsze?

Dla personelu medycznego najtrudniejsza jest opieka nad pacjentami neurologicznymi (hemiplegia poudarowe), z tetraplegią poudarową (porażenie wszystkich kończyn), diplegią (porażenie dwóch kończyn: dolnych lub górnych; mające źródło np. w skokach spadochronowych, urazach na poligonie), monoplegią (przy zapaleniach opon mózgowych,

rdzenia, oraz różnego rodzaju przerwanych rdzeniach), a także z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego wraz z rdzeniem. w zależności od poziomu i przekroju uszkodzonego nerwu możemy wyróżnić uszkodzenia od lekkiego do znacznego wymagającego konstrukcji chirurgicznej. Dla personelu medycznego i opiekunów zewnętrznych największym wyzwaniem pozostaje opieka nad pacjentami neurologicznymi. w ich przypadku zastosowanie manipulatora można okazać się właściwe tylko w 30% przypadków.

7. Czy według Pana/Pani wiedzy, dotychczas stosowane metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo, są wystarczające? Jeżeli nie, to czego zakresowo, w Pana/Pani ocenie im brakuje?

Obecnie stosowane metody terapeutyczne należy uznać za dostateczne, ponieważ ich wybór ma charakter systemowy. Zatem nie uwzględnia się indywidualnych cech i potrzeb pacjenta. Tymczasem taka rehabilitacja w przypadku osób z zaburzeniami ruchu powinna przebiegać wielokierunkowo, mimo że jej główne oddziaływanie skupia się na najsłabszym ogniwie, czyli dysfunkcji narządu ruchu. Uważam, że zapewnione w ten sposób bezpieczeństwo pacjentowi przekłada się na jego jakość życia.

8. Czy w Pana/Pani ocenie stosowane w rehabilitacji osób ograniczonych ruchowo narzędzia terapeutyczne powinny być maksymalnie uproszczone, czy przeciwnie - nasycone nowoczesnymi rozwiązaniami technicznymi?

W mojej ocenie narzędzia terapeutyczne przeznaczone do rehabilitacji osób niepełnosprawnych ruchowo powinny być proste w obsłudze i technologicznie zaawansowane. Dzięki temu mogą charakteryzować się zdolnością realizacji różnych celów i zaspokajania wielu potrzeb pacjentów.

9. Jak często zdarza się wprowadzanie nowych narzędzi, wspomagających w różnorodny sposób osoby wykazujące różnorodne dysfunkcje, w zakresie sprawności ruchowej?

Najczęściej wprowadza się nowe narzędzia o szerokim, ogólnym i uniwersalnym zakresie działania. Niewiele jest takich urządzeń, które cechują się wąskim, celkowym zakresem zastosowania, dostosowanym do potrzeb osób o określonym typie dysfunkcji.

10. Jeżeli takie nowe urządzenia są wprowadzane, to według Pana/Pani z jaką częstotliwością i czy potrafił(a)by Pan/Pani wskazać ostatni taki przypadek?

Stosowany jest podciąg na stopę, który zapewnia pacjentowi z ograniczeniami ruchowymi komfort i poprawia jego bezpieczeństwo, kiedy ten podejmuje aktywność ruchową.

11. Czy w ostatnim okresie czasu brał(a) Pan/Pani udział - w podobnym lub zbliżonym co do zakresu konsultacji - spotkaniu eksperckim?

Nie brałam udziału w takich konsultacjach.

12. Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu i szerokiej wiedzy - potrafił(a)by Pan/Pani określić potrzebne domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?

Aby wspierać bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi, należy poszukiwać sposobów zapewnienia im potrzebnej pomocy i wsparcia w uzyskaniu optymalnego poziomu samodzielności. Poszukiwania wynalazcze powinny się skupić na takich rozwiązaniach technicznych, innowacyjnych, które umożliwiłyby tym osobom możliwie szeroką autonomię i samoobsługę.

13. Czy Pana/Pani zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać, bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?

Uważam, że należałyby prowadzić czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać. Trzeba inicjować wszelkie działania zapewniające pomoc, wsparcie tej grupie. Ważną rolę w tym procesie pełnią samorzady i sektor prywatny, które powinny wspierać takie działania. W rezultacie powstałby korzystny klimat rynkowy, dzięki któremu przemysł byłby zainteresowany zaspokojeniem potrzeb niszowych grup pacjentów, w tym osób z ograniczeniami ruchowymi.

14. Czy Pana/Pani zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?

Manipulatory wsparcia osób niepełnosprawnych są obecne na rynku. Jest wiele różnych rozwiązań. Jednak omawiany model manipulatora cechuje się dostosowaniem do określonej, wąskiej grupy osób i ich specyficznych potrzeb. W rezultacie ma on określone pole wykorzystania. Powinien być dobrze przyjęty i okazać się potrzebny pacjentom z dysfunkcjami ortopedycznymi, pourazowymi, chirurgicznymi wymagających rehabilitacji długoterminowej.

15. Czy po zaprezentowaniu działania egzemplarza testowego manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi - może Pan/Pani określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?

Uważam, że w testowym egzemplarzu manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi należy uwzględnić: automatyczną laskę do podporu, zasilanie alarmu dźwiękowego przez zbyt małą baterię, zainstalowanie wysuwanej igły (ostrego zakończenia)

umożliwiającej nakłucie potrzebnego przedmiotu (np. jabłka), wprowadzenie ułatwienia mocowania zakresu chwytu oraz hydraulicznego trzpienia (na 3 zębki) do uchwytu na pościel, wykorzystanie końcówki magnetycznej oraz takiej z funkcją latarki.

16. Czy Pana/Pani zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora -wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny dla zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?

Manipulator wsparcia bezsilności ruchowej wychodzi naprzeciw wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi w zakresie obsługi, kiedy sprawna jest kończyna górna. W rezultacie zyskują one poprawę swojego bezpieczeństwa, ponieważ nie wymagają stałej opieki ze strony osób trzecich.

Transkrypcja wywiadu z Grażyną Kaczmarek, pracownik socjalny sprawujący opiekę nad osobami niepełnosprawnymi (ekspert 2 - GK)

1. Czy w Pana/Pani przekonaniu, w krajowej polityce zdrowotnej, odpowiednio do potrzeb dostrzega się wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego obywatela?

Stoję na stanowisku, że w krajowej polityce zdrowotnej jak najbardziej dostrzega się, stosowanie do występujących potrzeb, wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego obywatela. Jestem od lat pracownikiem pomocy społecznej i pracuję z osobami niepełnosprawnymi. Moi podopieczni wymagają pomocy, którą zapewniają im instytucje państwowe. Ich potrzeby są zaspokajane w mniejszym lub większym stopniu, co ma związek z ich różnymi oczekiwaniami. Jednak państwo zabezpiecza ich potrzeby.

2. Czy w Pana/Pani ocenie, w istniejących programach profilaktycznych, dostatecznie mocno podkreśla się wagę aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstw wynikających z lekceważenia tego aspektu zachowania?

Myślę, że w istniejących programach profilaktycznych, dostatecznie mocno podkreśla się wagę aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstw wynikających z lekceważenia tego aspektu zachowania. Opracowano i wdrożono coraz liczniejsze programy i projekty skupione na tych celach. Ponadto w telewizji i innych mediach prezentowane są przekazy, które ilustrują rolę aktywności ruchowej, racjonalnej diety oraz ich znaczenie dla zdrowia. Promowany jest zdrowy styl życia. Uwzględnia się jego wpływ na utrzymanie lub poprawę dobrej kondycji zdrowotnej. w programach wdrażanych przez pomoc społeczną moi

podopieczni mają dostęp do zajęć na basenie, bowlingu (kręgli), zajęć tanecznych, zajęć ruchowych z udziałem trenera. Organizuje się różne zawody, turnieje dla osób niepełnosprawnych i seniorów. Wiele uwagi poświęcamy na aktywizowanie podopiecznych, dlatego wykraczamy poza wykłady i prelekcje.

3. Które z kategorii zarządzania bezpieczeństwem pacjenta, przez szeroko rozumiany personel medyczny, są w Pana/Pani przekonaniu najważniejsze i dlaczego?

W mojej ocenie, dla pacjenta jest najważniejsze, aby personel medyczny przekazał mu niezbędne informacje o jego chorobie, obecnym stanie zdrowia i rokowaniach na wyzdrowienie dzięki zastosowaniu odpowiednich terapii. Powinien także zdobyć wiadomości o tym, co sam może zrobić, aby wyzdrowieć. Kluczowe znaczenie ma to, aby lekarz czy pielęgniarka potrafili przekazać pacjentowi te informacje w taki sposób, aby ten je zrozumiał i został zmotywowany do podjęcia właściwych działań prozdrowotnych. Musi mieć świadomość, że dla niego zagrożeniem bezpieczeństwa jest nie tylko choroba, czyli jego obecny stan zdrowotny, ale także – działania, jakie zostaną podjęte w przyszłości przez niego i innych. Kluczową rolę pełnią rodzaje wdrożonych terapii leczniczych, w tym zabiegi wykonywane dla przywrócenia zdrowia pacjenta.

4. Czy według Pana/Pani w toku przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny - problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta poświęca się wystarczająco dużo uwagi, czy jednak w tej materii należałoby coś zmienić? Jeżeli tak - to co?

Uważam, że pacjenci – osoby niepełnosprawne – powinni mieć asystentów (opiekunów) medycznych. w ten sposób rozwiązano by problem, jakim są braki kadrowe wśród lekarzy. Nie są oni w stanie każdemu pacjentowi wszystko wytłumaczyć. Jest wielu pacjentów onkologicznych, dla których diagnoza bywa wyrokiem czy szokiem i dużym wyzwaniem. w takiej sytuacji pomoc asystenta i psychologa mogłaby się okazać nieoceniona, ponieważ pacjent potrzebuje wsparcia po usłyszeniu diagnozy o chorobie nowotworowej. Musi zrozumieć, że to nie wyrok, ale początek leczenia, które pozwoli wyleczyć raka lub wydłużyć życie, ponieważ pozwala na to wysoki poziom medycyny. Należy poinformować pacjenta, że odnotowuje się wysoki odsetek wyzdrowienia czy poprawy stanu zdrowia chorych. Jednak na taką edukację zdrowotną nie zawsze mają czas lekarz i personel pielęgniarski, więc tę lukę może wypełnić asystent medyczny. To on może otoczyć pacjenta potrzebnym wsparciem, zapewnić mu wszelką dostępną pomoc. w rezultacie pacjent poczuć się spokojniejszy i bardziej bezpieczny, co pozytywnie wpłynie na jego stan zdrowotny (w wymiarze somatycznym i emocjonalnym). Ma to istotne znaczenie dla procesu jego leczenia i powinno

przynieść lepsze rezultaty stosowanych terapii, a także poprawi jakość jego życia w czasie choroby.

5. Jakie kategorie trudności i zespoły wyzwań pojawiają się w Pana/Pani przekonaniu najczęściej - wobec personelu medycznego opiekującego się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi?

Dla personelu medycznego dużym wyzwaniem w czasie opieki nad pacjentem z ograniczeniami ruchowymi są wszelkie unieruchomienia. Ci pracownicy muszą umiejętnie ich podnosić, aby nie spowodować szkody zdrowotnej u pacjenta lub u siebie. Działania personelu medycznego wykorzystują umiejętności, które wykraczają poza ich siłę fizyczną (o ograniczonym zasobie). Stosują różne metody. Korzystne dla niego jest właściwa pomoc (zachowanie, współdziałanie) pacjenta, dlatego dużym wyzwaniem dla tych pracowników jest sprawowanie opieki nad pacjentem z demencją. w rezultacie u personelu medycznego może wystąpić przemęczenie (brak sił), ponieważ muszą podejmować liczne zadania wymagające siły fizycznej, np. ułatwienie pacjentom zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, właściwego poziomu higieny (mycie w łóżku).

6. Które w Pana/Pani ocenie, rodzaje unieruchomienia pacjenta są dla opiekującego się nim personelu medycznego (również opiekunów zewnętrznych), najtrudniejsze?

Największym wyzwaniem dla personelu pielęgniarskiego i opiekunów zewnętrznych jest opieka nad unieruchomionym pacjentem z demencją. Problemy te narastają, kiedy taka osoba ma większą masę ciała i wykazuje skłonność do tycia. w rezultacie personel medyczny i opiekunowie są narażeni na przeciążenia i urazy.

7. Czy według Pana/Pani wiedzy, dotychczas stosowane metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo, są wystarczające? Jeżeli nie, to czego zakresowo, w Pana/Pani ocenie im brakuje?

Uważam, że stosowane metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo nie są wystarczające. Problemem jest ograniczony dostęp do łóżek rehabilitacyjnych. Pacjenci nie mają na nie środków finansowych, nawet pomimo ich dofinansowania nie każdy z nich może sobie na nie pozwolić. Takie łóżko terapeutyczne pozwala jej przyjmować różne pozycje oraz ułatwia sprawowanie opieki nad pacjentem. Pacjenci muszą wykazać się zaangażowaniem, aby zyskać dostęp do tego urządzenia. Wiąże się to ze skorzystania z aktualnego programu, pomoc samorządu, zarządu PEFRON. Poza tym pacjenci ograniczeni ruchowo mogą także ubiegać się o dostęp do wózków elektrycznych, które umożliwiają im większą mobilność, podjęcie aktywności społecznej i normalne funkcjonowanie.

8. Czy w Pana/Pani ocenie stosowane w rehabilitacji osób ograniczonych ruchowo narzędzia terapeutyczne powinny być maksymalnie uproszczone, czy przeciwnie - nasycone nowoczesnymi rozwiązaniami technicznymi?

Uważam, że w rehabilitacji osób ograniczonych ruchowo narzędzia terapeutyczne powinny być uproszczone. Im prostsze tym łatwiejsze. Należy uwzględnić możliwości pacjentów. Niektórzy z nich potrzebują prostego urządzenia, ponieważ nie są w stanie operować bardziej złożonym. Osoby młodsze czy starsze, cechujące się nadal dużą sprawnością intelektualną i manualną, mogą posługiwać się bardziej złożonymi narzędziami terapeutycznymi. Dla nich bywają one bardziej atrakcyjne i pomocne. w mojej ocenie na naszym terenie dochodzi do zabezpieczenia 90% takich potrzeb za pomocą takich narzędzi.

9. Jak często zdarza się wprowadzanie nowych narzędzi, wspomagających w różnorodny sposób osoby wykazujące różnorodne dysfunkcje, w zakresie sprawności ruchowej?

Moim zdaniem, to zjawisko zachodzi rzadko.

10. Jeżeli takie nowe urządzenia są wprowadzane, to według Pana/Pani z jaką częstotliwością i czy potrafił(a)by Pan/Pani wskazać ostatni taki przypadek?

Nie mam wiedzy na ten temat.

11. Czy w ostatnim okresie czasu brał(a) Pan/Pani udział - w podobnym lub zbliżonym co do zakresu konsultacji - spotkaniu eksperckim?

Nie brałam udziału w takiej konsultacji czy spotkaniu eksperckim.

12. Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu i szerokiej wiedzy - potrafił(a)by Pan/Pani określić potrzebne domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?

W mojej ocenie, kluczowe znaczenie miałyby wynalazek, który ułatwiłby podnoszenie pacjenta oraz jego wyjście z łóżka. Te czynności stanowią duże wyzwanie dla personelu medycznego i opiekunów, jak również – dla samych pacjentów. Potrzebny jest ponadto każdy wynalazek, które zmniejszy zakres deficytów ruchowych pacjenta i pozwoli mu lepiej funkcjonować. Taką rolę mogą pełnić samochody dostosowane do ich potrzeb. Każdy nowy, innowacyjny wynalazek wspiera rozwój pracy z osobami niepełnosprawnymi ruchowo oraz ich obecność w sferze publicznej. Jestem pracownikiem socjalnym od 40 lat i byłam świadkiem zmiany stosunku społeczeństwa do tych osób. Miały one dostęp do urządzeń i narzędzi wspierających ich funkcjonowanie tylko w specjalnych placówkach. Dzięki nim na ogół mogły odbywać spacer. Takie osoby zamykano w ośrodkach, domach, ponieważ postrzegano ich niepełnosprawność jako powód do wstydu.

13. Czy Pana/Pani zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać, bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?

Uważam, że inicjować, ukierunkowywać lub prowadzić działania wspierające osoby niepełnosprawne. Każda innowacja czy urządzenia zapewniające im pomoc i wsparcie są dla nich korzystne i potrzebne. Opowiadam się za inicjowanie działań, których rezultatem są nowe urządzenia wychodzące naprzeciw potrzebo osobom niepełnosprawnym.

14. Czy Pana/Pani zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?

Manipulator należy ocenić pozytywnie. Uważam, że jest on jak najbardziej potrzebny. Jednak o jego wpływie na osobę z ograniczeniami ruchowymi powinni wypowiedzieć się rehabilitanci. Urządzenie na pewno musi być lżejsze, co wymaga zastosowania innego materiału (np. włókna węglowego). Jednak idea, która przyświecała jego powstaniu, jest jak najbardziej cenna i właściwa.

15. Czy po zaprezentowaniu działania egzemplarza testowego manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi - może Pan/Pani określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?

Doceniam pomysł na urządzenie. To coś wyjątkowego. Jednak manipulator powinien być lżejszy, aby mogło spełnić swoje zadanie, czyli ułatwić funkcjonowanie osób z ograniczeniami ruchowymi. Ich mięśnie są słabe, więc narzędzie musi być nie tylko poręczne, użyteczne, ale przede wszystkim – bardzo lekkie.

16. Czy Pana/Pani zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora - wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny dla zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?

Uważam, że ten manipulator jak najbardziej wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny dla zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa.

**Transkrypcja wywiadu z Piotrem Matyjaszczykiem, pracownik oddziału
rehabilitacji (ekspert 3 - PM)**

1. Czy w Pana/Pani przekonaniu, w krajowej polityce zdrowotnej, odpowiednio do potrzeb dostrzega się wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego pacjenta?

Jestem zdania, że w krajowej polityce zdrowotnej dostrzega się wyzwania stowarzyszone z bezpieczeństwem indywidualnego pacjenta, które mają związek z występującymi potrzebami. Jednak niektóre rozwiązania można poprawić.

2. Czy w Pana/Pani ocenie, w istniejących programach profilaktycznych, dostatecznie mocno podkreśla się wagę aktywności zdrowotno-ruchowej indywidualnego człowieka i następstw wynikających z lekceważenia tego aspektu zachowania?

Przez lata nie dostrzegano roli rehabilitacji w szpitalach, co negatywnie oddziaływało na sytuację osób z dysfunkcjami ruchu. Obecnie w tych placówkach są oddziały rehabilitacji, które pozwalają na zapewnienie opieki pacjentom po udarach, po urazach itd. Poprawiła się opieka nad nimi. w rezultacie powstały warunki, aby ją zoptymalizować za pomocą lepszych strategii, metod czy wyposażeniu.

3. Które z kategorii zarządzania bezpieczeństwem pacjenta, przez szeroko rozumiany personel medyczny, są w Pana/Pani przekonaniu najważniejsze i dlaczego?

Według mnie, personel medyczny uznaje za najważniejsze w ramach zarządzania bezpieczeństwem pacjenta zabezpieczenie jego potrzeb w czasie hospitalizacji. Kiedy jest on przewlekłe chory, wówczas ci pracownicy muszą podjąć określone działania, np. w ramach edukacji zdrowotnej. Pacjent i jego bliscy mają być przygotowani do zapewniania mu samoopieki, podjęcia zalecanych zachowań zdrowotnych. Jednak osoba chora w domu nie ma dostępu do stałej, profesjonalnej opieki medycznej, niekiedy przysługuje mu ona w ograniczonym wymiarze (2 godziny). Po wypisie ze szpitala personel medyczny traci kontakt z pacjentem. Może on liczyć tylko na pomoc lekarza rodzinnego i członków swojego otoczenia rodzinnego. Jego rodzina w swoim zakresie zaspokaja jego potrzeby lub korzysta z usług opiekunki czy rehabilitanta, którzy są przy nim przez 2-3 godziny dziennie. Zatem pacjentowi należy zapewnić odpowiednią pomoc i wsparcie, aby nie został sam ze swoimi problemami i wyzwaniami. Dzięki temu może zyskać większą autonomię, sprawność i samodzielność. Pomoc może mu zapewnić manipulator, ponieważ zapewnia on wsparcie pacjentowi. Zyskuje samodzielność, kiedy chce coś przysunąć, wziąć czy czymś zainteresować się, ponieważ nie musi angażować osób trzecich.

4. Czy według Pana/Pani w toku przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny – problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta poświęca się wystarczająco dużo uwagi, czy jednak w tej materii należałoby coś zmienić? Jeżeli tak - to co?

Uważam, że dotychczas w toku przygotowania zawodowego i bieżącej realizacji zadań wykonywanych przez personel medyczny problematyce organizacji bezpieczeństwa pacjenta nie poświęcano wystarczająco dużo uwagi. Obecnie ten stan przechodzi do przeszłości, nastąpiła znaczna poprawa. Przyczyniło się do tego także utworzenie oddziału rehabilitacji. Po wypisie pacjenta ze szpitala należy kontynuować pracę z pacjentem, aby ten nie był pozostawiony sam sobie. Odnośnie omawianego manipulatora – okazałby się on szczególnie pomocny pacjentowi w domu. w szpitalu pomoc i wsparcie zapewnia mu personel pielęgniarski lub bardziej sprawny pacjent.

5. Jakie kategorie trudności i zespoły wyzwań pojawiają się w Pana/Pani przekonaniu najczęściej - wobec personelu medycznego opiekującego się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi?

W szpitalu personel pielęgniarski, opiekując się pacjentem z ograniczeniami ruchowymi, staje przed licznymi wyzwaniami. Mają one przede wszystkim związek z liczbą takich osób na oddziale. Im jest ich więcej, tym większe jest przeciążenie pracowników medycznych, co przekłada się na spadek jakości zapewnionej opieki. Podejmują oni działania, aby u pacjenta nie wystąpiły odleżyny. Należy go nauczyć, co powinien robić w domu, aby nie dopuścić do ich wystąpienia. Zyskuje on także wiedzę o innych aspektach opieki i zachowań prozdrowotnych, jakie ma podjąć po hospitalizacji. w przeszłości pacjent z ograniczeniami ruchowymi dopiero w swoim domu odkrywał ciemną stronę swojej dysfunkcji, kiedy został sam z wyzwaniami.

6. Które w Pana/Pani ocenie, rodzaje unieruchomienia pacjenta są dla opiekującego się nim personelu medycznego (również opiekunów zewnętrznych), najtrudniejsze?

Dla personelu medycznego i opiekunów zewnętrznych największym wyzwaniem jest sprawowanie opieki nad każdym leżącym pacjentem, który jest porażony lub ma nadwagę. W szpitalu każde działanie nakierowane na taką osobę wymaga zaangażowania trzech członków personelu medycznego. Dwie osoby podnoszą pacjenta, trzecia – zmienia prześcieradło.

7. Czy według Pana/Pani wiedzy, dotychczas stosowane metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo, są wystarczające? Jeżeli nie, to czego zakresowo, w Pana/Pani ocenie im brakuje?

Stosowane metody terapeutyczne i narzędzia w rehabilitacji osoby ograniczonej ruchowo stale się rozwijają. w rezultacie sytuacja powoli ulega poprawie. w polskich warunkach duży postęp w zakresie rehabilitacji to możliwość skorzystania w niej przez pacjenta w domu. Wymaga to przyjazdu rehabilitanta. w swojej praktyce zawodowej nie spotkałem się (poza wózkami inwalidzkimi) z narzędziami, które pomagałyby pacjentowi ograniczonemu ruchowo w codziennym funkcjonowaniu. Mamy w tym zakresie ogromne braki.

8. Czy w Pana/Pani ocenie stosowane w rehabilitacji osób ograniczonych ruchowo narzędzia terapeutyczne powinny być maksymalnie uproszczone, czy przeciwnie - nasycone nowoczesnymi rozwiązaniami technicznymi?

Uważam, że narzędzia terapeutyczne stosowane w rehabilitacji osób ograniczonych ruchowo powinny być maksymalnie uproszczone. To jednak nie wyklucza nasylenia ich nowoczesnymi rozwiązaniami technicznymi.

9. Jak często zdarza się wprowadzanie nowych narzędzi, wspomagających w różnorodny sposób osoby wykazujące różnorodne dysfunkcje, w zakresie sprawności ruchowej?

Bardzo rzadko wprowadza się nowe narzędzia, które wspomagają w różnorodny sposób osoby z dysfunkcjami w zakresie sprawności ruchowej.

10. Jeżeli takie nowe urządzenia są wprowadzane, to według Pana/Pani z jaką częstotliwością i czy potrafił(a)by Pan/Pani wskazać ostatni taki przypadek?

Nie pamiętam.

11. Czy w ostatnim okresie czasu brał(a) Pan/Pani udział - w podobnym lub zbliżonym co do zakresu konsultacji - spotkaniu eksperckim?

W ostatnim okresie czasu nie brałem udziału w konsultacji czy spotkaniu eksperckim.

12. Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu i szerokiej wiedzy - potrafił(a)by Pan/Pani określić potrzebne domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?

W mojej ocenie wynalazcy powinni skupić się na urządzeniach wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi, dzięki którym zyskaliby oni dostęp do łóżek, ułatwiających ich podnoszenie (uniesienie). Potrzebny jest także sprzęt, który można dostawić do nich. Powinien on pozwolić na utrzymanie pacjenta w jednej pozycji. Poza tym pomocne okazałyby się urządzenia, które pozwoliłyby przedłużyć rękę pacjenta, aby ten mógł po coś sięgnąć, coś uruchomić, podnieść.

13. Czy Pana/Pani zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać, bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?

Jestem przekonany, że należy inicjować, popierać, ukierunkowywać i prowadzić czynności wspierające osoby niepełnosprawne. w mojej ocenie taka aktywność to zawsze wartość dodana. Jest taka dziedzina, która do tej pory została całkowicie zaniedbana.

14. Czy Pana/Pani zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?

Bardzo pozytywnie oceniam manipulator. Jednak powinien być znacznie lżejszy. Należy dwukrotnie zmniejszyć jego masę.

15. Czy po zaprezentowaniu działania *egzemplarza testowego* manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi - może Pan/Pani określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?

Bardzo chętnie wykorzystamy manipulator w praktyce na oddziale rehabilitacji. Jednak należy wprowadzić pewne potrzebne zmiany, które wymagają zacieśnienia współpracy między twórcami urządzenia z użytkownikami, a także – rehabilitantami, fizjoterapeutami.

16. Czy Pana/Pani zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora -wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny dla zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?

Uważam, że zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi. w mojej ocenie jest istotny dla zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa.



AKADEMIA KALISKA
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

**KWESTIONARIUSZ
WYWIADU EKSPERCKIEGO**

KALISZ

2020

W grupie podstawowych zainteresowań życiowych człowieka - tuż ponad fizjologicznymi - lokalizuje się potrzeba zapewnienia mu bezpieczeństwa. Powyższe stanowisko uzasadnia opracowana przez amerykańskiego psychologa Abrahama Masłowa klasyfikacja potrzeb człowieka, która stanowi inspirację dla wielu badaczy i jest najbardziej znaną teorią dotyczącą motywacji kierujących ludzkimi zachowaniami.

Bezpieczeństwo jest przy tym rozumiane, jako stan pewności i gwarancji jego utrzymania, w połączeniu z poczuciem stabilizacji i świadectwem dalszego rozwoju jednostki. Taka konieczność ładu i harmonii charakteryzuje się brakiem obawy przed utratą takich wartości, jak przede wszystkim życie i zdrowie.

Potrzeba stabilizacji i bezpieczeństwa jest konieczna w każdym momencie ludzkiego życia, ale zainteresowanie tą sferą wzrasta w sytuacji różnorodnych ryzyk, które wywołują natychmiastowy niepokój i poczucie zagrożenia.

Stan taki postępowo narasta u człowieka wobec utraty zdrowia i pobytu w szpitalu. Pierwszą ostoją staje się wówczas dla niego lekarz i zgromadzony tam personel. w następnej kolejności wsparcia udziela rodzina i bliscy znajomi. Problemy i dylematy narastają w miarę jak choroba postępuje i w różnorodny sposób ogranicza ruchowo pacjenta. Często uważa on, że przestaje stanowić o samym sobie i czuje się istotą wykluczoną.

Przedstawiona powyżej problematyka lokalizowana w zainteresowaniu *nauki o bezpieczeństwie*, a w węższym ujęciu *bezpieczeństwa zdrowotnego*, jest uzasadniona nie tylko naukowo, ale także społecznie i życiowo.

Niezbędnym zatem wydaje się, by objąć zainteresowaniem badawczym powyżej zaprezentowany zakres, a w tym w sferze dotyczącej organizacji bezpieczeństwa pacjentów ograniczonych ruchowo. Poza aspektem naukowym nie wymaga również eksplikacji stwierdzenie, że nad osobami wymagającymi rehabilitacji bądź wsparcia z objawami zaniku mowy, paraliżu części ciała, zaburzeń równowagi czy ograniczeń ruchu kończyn - trzeba się po prostu pochylić i wypracować dla nich wielokierunkową pomoc.

Zaprezentowana powyżej przestrzeń stanowi jednocześnie płaszczyznę dla badań realizowanych w ramach rozprawy doktorskiej, której temat brzmi: *Systemowy manipulator wsparcia bezsilności ruchowej jako element podwyższania bezpieczeństwa osobistego*.

W toku prowadzonych rozważań pojawił się szereg wątpliwości, a tym samym konieczność pozyskania wiedzy ekspertów. Biorąc powyższe pod uwagę zwracam się do Pana/i z uprzejmą prośbą o wyrażenie swoich opinii, dotyczących następujących kwestii i problemów:

1. Prowadzi Pan/Pani Kancelarię Patentową. Proszę przedstawić ideę jej funkcjonowania, krótką charakterystykę i specyfikę działalności?
2. Jak często zdarza się, że Pan/Pani jako *Pełnomocnik - Rzecznik patentowy* przygotowuje zainteresowanym - wniosek o udzielenie patentu na wynalazek stowarzyszony z celem, jakim jest wspomaganie osób wykazujących różnorodne dysfunkcje w zakresie sprawności ruchowej?
3. Jeżeli takie zgłoszenia występowały, to jakich dotyczyły profili bezsilności ruchowej osób niepełnosprawnych?
4. Czy w ostatnim okresie czasu brał Pan/Pani udział - w podobnym lub zbliżonym co do zakresu konsultacji - spotkaniu eksperckim?
5. Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu Rzecznika -potrafiłby Pan/Pani określić dotychczasowe domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?
6. Czy Pana/Pani zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?
7. Czy Pana/Pani zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?
8. Czy po zaprezentowaniu działania *egzemplarza testowego* manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi - mogłaby Pan/Pani określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?
9. Czy Pana/Pani zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora -wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny do zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?
10. Czy Pana/Pani zdaniem - zgłoszone do Urzędu Patentowego RP *urządzenie do wspomaganie właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni* o oznaczeniu *P.435388* - można uznać, za istotny wkład, do organizacji bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów? Jeżeli *tak* lub *nie* - to dlaczego?

Serdecznie dziękuję za trud wniesiony w udzieleniu tego wywiadu, okazaną pomoc oraz za propozycje i uwagi związane z obszarem tematycznym prowadzonych badań!

mgr Oliwia Haja

**Transkrypcja wywiadu z Barbarą Urbańska-Łuczak, przedstawicielką biura
patentowego Tax- Pat (ekspert 4 – PBP)**

1. Prowadzi Pan/i Kancelarię Patentową. Proszę przedstawić ideę jej funkcjonowania, krótką charakterystykę i specyfikę działalności?

Mogę przedstawić ideę naszego biura, ponieważ niedawno odbył się w nim audyt dotyczący misji firmy. Moim zdaniem, tę ideę można opisać tak. Nie jesteśmy księdzem, który może nie mieć misji, nie jesteśmy lekarzem, który może mieć misję. Naszą misją jest zarobek. Aby osiągnąć ten cel, trzeba działać w taki sposób, aby go osiągnąć. To misja naszej firmy. Chcemy zarobić i przybliżyć ludziom problem własności przemysłowej. Zachęcamy do zgłoszeń, jeżeli ktoś nie jest zbyt pewny dążenia do uzyskania patentu, wówczas przedstawiamy wady i zalety tej procedury. Największym problemem pozostaje strona finansowa. Społeczeństwo nadal ma też niski poziom świadomości o działalności biur patentowych. Aby zmienić ten stan, należy zapewne prowadzić wykłady już od szkoły podstawowej, aby młodzież miała czas zapoznać się z tymi trudnymi zagadnieniami. Ludzie nadal myślą patenty ze znakami towarowymi, co powoduje liczne problemy.

2. Jak często zdarza się, że Pan/i jako *Pełnomocnik - Rzecznik patentowy* przygotowuje zainteresowanym - wniosek o udzielenie patentu na wynalazek stowarzyszony z celem, jakim jest wspomaganie osób wykazujących różnorodne dysfunkcje w zakresie sprawności ruchowej?

Nasze biuro ma rzadką okazję, aby przygotowywać wniosek o udzielenie patentu na wynalazek stowarzyszony z celem, jakim jest wspomaganie osób wykazujących różnorodne dysfunkcje w zakresie sprawności ruchowej. Do tej pory mamy dwa zgłoszenia z ubiegłego miesiąca. Dotyczyły one stelażu do przenoszenia osoby niepełnosprawnej ruchowo oraz frezów ortopedycznych.

3. Jeżeli takie zgłoszenia występowały, to jakich dotyczyły profili bezsilności ruchowej osób niepełnosprawnych?

Opracowywane przez naszą firmę wnioski o udzielenie patentu na wynalazek dotyczący zminimalizowania bezsilności ruchowej osób niepełnosprawnych dotyczyły stelażu do przenoszenia osoby niepełnosprawnej ruchowo oraz frezów ortopedycznych.

4. Czy w ostatnim okresie czasu brał Pan/i udział – w podobnym lub zbliżonym co do zakresu konsultacji - spotkaniu eksperckim?

W ostatnim czasie wziąłem udział w konsultacjach i spotkaniu eksperckim dotyczącym urządzeń wspierających osoby z dysfunkcją ruchu. Podjąłem współpracę z profesorem

i ortopedą, której przedmiotem stał się mechanizm ułatwiający podnoszenie osób niepełnosprawnych. Zainicjowaliśmy rozmowy z jego twórcą i właścicielem firmy (producentem). Nie wykorzystujemy pośrednictwa osób trzecich w czasie takich rozmów ze względu na niski poziom wiedzy i ryzyko nieporozumień (przekłamań).

5. Czy bazując na posiadanym wieloletnim doświadczeniu Rzecznika – potrafilby Pan/i określić dotychczasowe domeny poszukiwań wynalazczych wspierających bezpieczeństwo pacjentów z ograniczeniami ruchowymi?

Nasza firma nie zajmuje się takimi zagadnieniami, co wynika z faktu, że do tej pory nie było takiego zapotrzebowania. Jeżeli ktoś nam zleci nam rozpoznanie stanu prawnego i rejestrowego, wówczas zgłębimy zagadnienie i przygotujemy niezbędne dane. Dokonamy wstępnej analizy. Kiedy przygotowujemy opis patentowy, wówczas nasza uwaga ze względu na konkretny wyrób zostaje skupiona na ograniczeniu ryzyka naruszenia cudzych praw patentowych.

6. Czy Pana/i zdaniem należałoby takie czynności wspierające osoby niepełnosprawne - inicjować, popierać, ukierunkowywać bądź w jakikolwiek inny sposób prowadzić?

Stoję na stanowisku, że należy inicjować, popierać, ukierunkowywać czy prowadzić czynności wspierające osoby niepełnosprawne. Jednak taka aktywność swoim zakresem wykracza poza działalność naszej kancelarii. Takim działaniem nie zajmują się już rzecznicy, ponieważ wdrożenie – nie należy do ich zadań. Jeżeli ktoś wymyśli urządzenie wspierające rehabilitację, wtedy pomożemy zgłosić je do urzędu patentowego. Postąpimy zgodnie z procedurą, czyli przygotowujemy opis urządzenia i zgłaszamy wniosek. Możemy doradzać, ale nie angażujemy się we wdrożenie projektu. Jest to bowiem zadanie dla producentów, pracowników marketingu, centrów transferu technologii. Te osoby mają zapewne kwalifikacje i doświadczenie. Mam jednak wątpliwości, czy są oni przygotowani do wdrożenia urządzeń wspierających osoby niepełnosprawne. Na ogół nie znają się na tym. Na rynku brakuje firm o takim profilu. Szkoda ponieważ mamy bowiem wiele rozwiązań. Jednak brakuje także zainteresowanych, więc nie ma dostatecznego popytu. Przykładem takich pomysłów są toalety jednorazowe zaproponowane przez Akademię Kaliską. Są one przeznaczone przede wszystkim dla osób niepełnosprawnych, ludzi z demencją, ludzi starszych czy bardzo schorowanych. Dzięki temu urządzeniu (maceratorowi) pielęgniarka, podchodząc do łóżka, mając brudne rzeczy, nie dotyka ich. Fekalia są automatycznie utylizowane w maszynie i spływają do kanalizacji. Patent zaprezentowano za granicą, ale nie zyskał zainteresowania. Tymczasem Chińczycy poczekają, aż straci on prawną ochronę

w Polsce, dokonają niewielkich zmian i udogodnień, licząc na ogromne zyski. Należy pamiętać, że wdrożenie pomysłu wymaga ogromnych nakładów finansowych i konieczności czekania przez lata na zyski.

7. Czy Pana/i zdaniem postulowany model manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi jest rozwiązaniem potrzebnym, ze słuszną ideą i dobrymi rozwiązaniami, czy też należałoby temu projektowi wystawić inną ocenę, a w tym nawet negatywną?

Jeżeli nasze biuro zgłosiło manipulator do urzędu patentowego, to znaczy, że oceniliśmy go bardzo wysoko. Jednak prototyp nie jest doskonały. To pierwszy model, nad którym należy się pochylić. Trzeba go dopracować.

8. Czy po zaprezentowaniu działania egzemplarza testowego manipulatora wspierającego osoby z ograniczeniami ruchowymi – mogłaby Pan/i określić, co w tym projekcie należałoby zmienić/zastąpić/dodać? Jeżeli tak, to w jakim zakresie?

Uważam, że w manipulatorze warto dodać oparcie na łokieć. Brak jednak jednoznacznej opinii na ten temat, ponieważ nadal czekamy na opinię zapytanej uczelni.

9. Czy Pana/i zdaniem zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora – wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny do zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa?

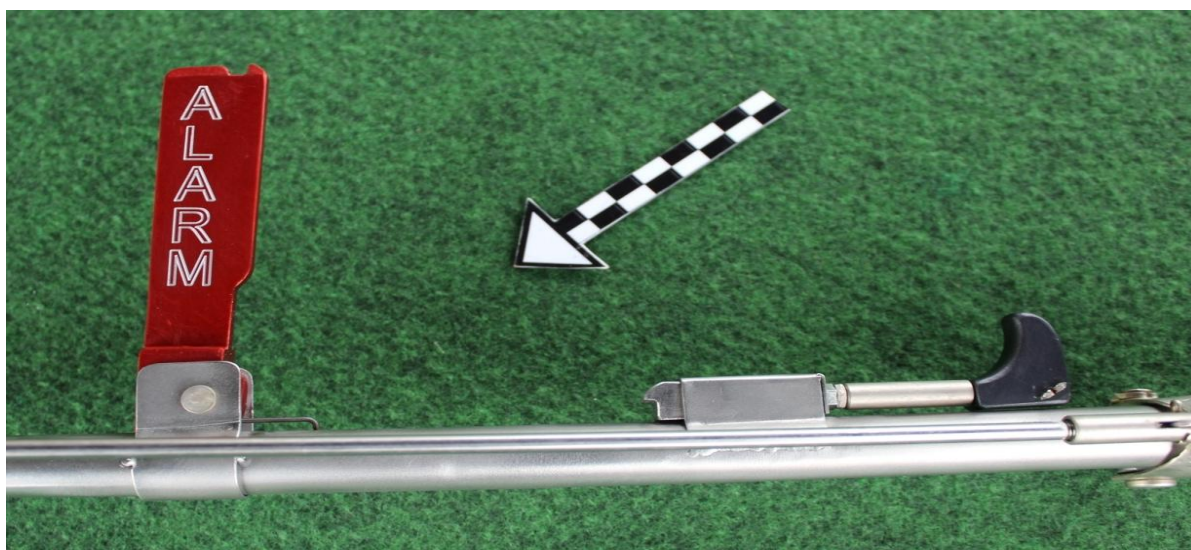
Według mnie, zaprezentowany projekt dotyczący manipulatora bezwzględnie wychodzi na przeciw konieczności wspierania osób z ograniczeniami ruchowymi i jest istotny do zapewnienia zróżnicowanych potrzeb ich bezpieczeństwa.

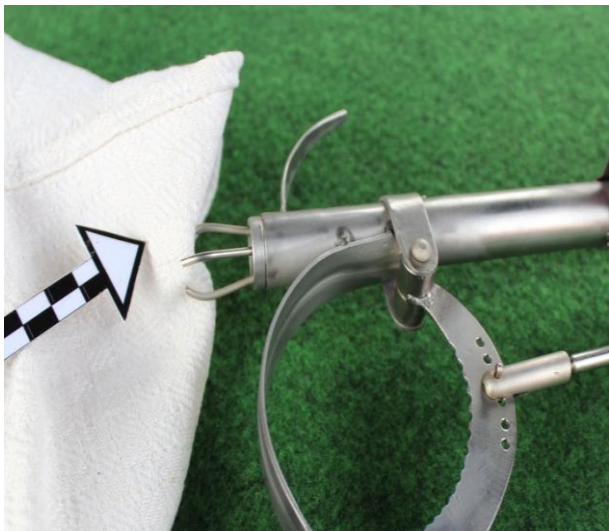
10. Czy Pana/i zdaniem - zgłoszone do Urzędu Patentowego RP urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni o oznaczeniu P.435388 – można uznać, za istotny wkład, do organizacji bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów? Jeżeli tak lub nie – to dlaczego?

Według mnie, zgłoszone do Urzędu Patentowego RP urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni o oznaczeniu P.435388 zapewnia istotne wsparcie dla organizacji bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Do jego zalet należy przecież ułatwienie mobilności i codziennego funkcjonowania (przystosowania do życia). Dzięki temu urządzeniu użytkownicy nie muszą być uzależnieni od innych ludzi w zaspokojeniu wielu swoich potrzeb. w mojej ocenie warto pomyśleć o zgłoszeniu patentu za granicą w ciągu

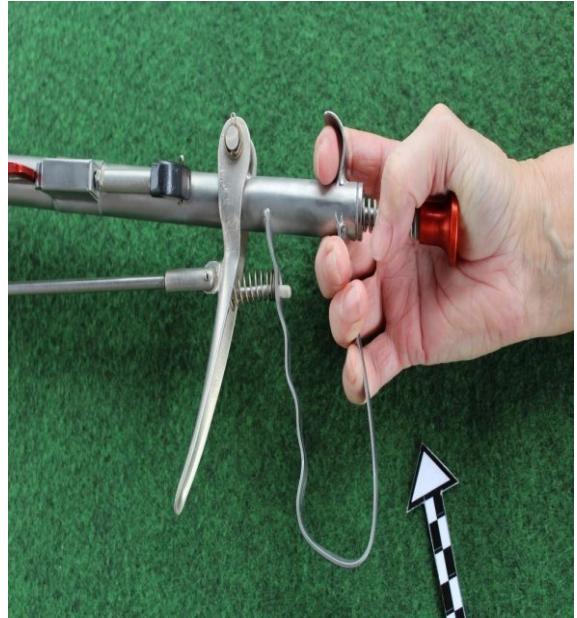
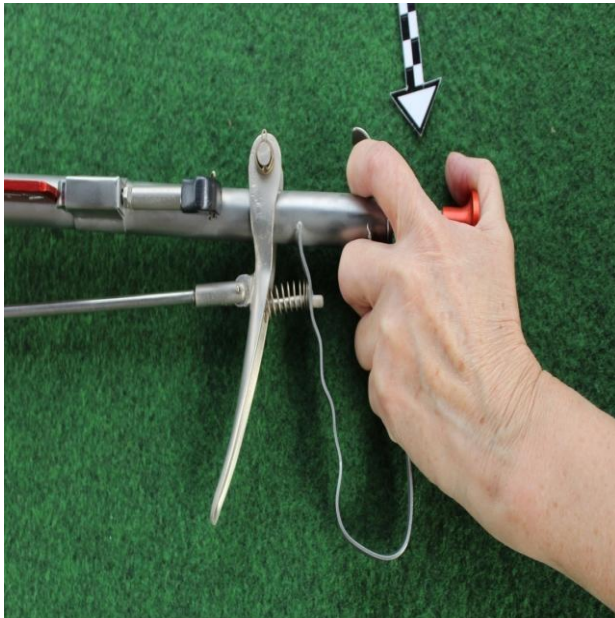
roku. To bardzo dobre rozwiązanie. Należy zgłosić przymierzyć się zgłoszenia międzynarodowego, ale trzeba się liczyć z nakładami rządu ok 15 tys. złotych.

Zdjęcia prototypu manipulatora















Dokumentacja wzoru przemysłowego nr 27727

 <p style="text-align: center;">URZĄD PATENTOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ</p> <p style="text-align: center;">ŚWIADECTWO REJESTRACJI</p> <p>Na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. Prawo własności przemysłowej (Dz.U. z 2021 r. poz.324) zostało udzielone na rzecz:</p> <p>AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO, Kalisz, Polska.</p> <p style="text-align: center;">PRAWO Z REJESTRACJI NR 27727</p> <p style="text-align: center;">WZORU PRZEMYSŁOWEGO PT.</p> <p>Urządzenie wspomagające ruch ręki</p> <p>przedstawionego w opisie i materiale ilustracyjnym włączonym do niniejszego świadectwa</p> <p>Warszawa, 2022-02-17</p> <p style="text-align: right;">Z upoważnienia Prezesa Urzędu Patentowego Marek Prokocimski SPECJALISTA</p>	<p>RZECZYPOSPOLITA POLSKA (12) OPIS OCHRONNY WZORU PRZEMYSŁOWEGO (19) PL (11) 27727</p> <p>Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej (21) Numer zgłoszenia: 30274 (51) Klasyfikacja: 24-04</p> <p>(22) Data zgłoszenia: 05.11.2021</p> <hr/> <p>(54) Urządzenie wspomagające ruch ręki</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="884 667 1114 801"> <p>(45) O udzieleniu prawa z rejestracji ogłoszono: 21.02.2022 WUP 8/2022</p> </div> <div data-bbox="1121 667 1367 853"> <p>(73) Utwórcy z rejestracji wzoru przemysłowego: AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO, Kalisz, (PL)</p> <p>(72) Twórcy(z) wzoru przemysłowego: IRENEUSZ DZIUBEK, Kalisz, (PL), OLIWIA HAJA, Nowe Skalmierzyce, (PL), PAWEŁ RUBIŃSKI, Prudnik, (PL)</p> </div> </div> <p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">PL 27727</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dokumentacja patentu na wynalazek nr 241219

 <p>RZECZPOSPOLITA POLSKA</p> <p>Urząd Patentowy Rzeczypospolitej Polskiej</p>	<p>(12) OPIS PATENTOWY (19) PL (11) 241219 (13) B1</p>	<p>(51) Int. Cl. B25J 1/04 (2006.01) B25J 13/02 (2006.01)</p>
	<p>(21) Numer zgłoszenia: 435388</p>	<p>(22) Data zgłoszenia: 22.09.2020</p>
<p>(54) Urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni</p>		
<p>(43) Zgłoszenie ogłoszono: 28.03.2022 BUP 13/22</p>	<p>(73) Uprawniony z patentu: AKADEMIA KALISKA IM. PREZYDENTA STANISŁAWA WOJCIECHOWSKIEGO, Kalisz, PL</p>	
<p>(45) O udzieleniu patentu ogłoszono: 22.08.2022 WUP 34/22</p>	<p>(72) Twórcą(y) wynalazku: IRENEUSZ DZIUBEK, Kalisz, PL OLIWIA HAJA, Nowe Skalmierzyce, PL PAWEŁ RUBIŃSKI, Prudnik, PL</p>	
	<p>(74) Pełnomocnik: rzec. pat. Barbara Urbańska-Luczak</p>	

<p>PATENT NR 241219</p> <p>NA WYNALAZEK PT.</p> <p>Urządzenie do wspomagania właściwości ruchowych osób z dysfunkcją kończyn górnych, zwłaszcza z dysfunkcją możliwości chwytnych dłoni</p> <p><i>przedstawiony w opisie patentowym włączonym do niniejszego dokumentu</i></p> <p>Patent trwa od dnia: 2020-09-22</p> <p>Warszawa, dnia 2022-08-25</p> <p>Z upoważnienia Prezesa Urzędu Patentowego</p> <p><i>[Signature]</i> Miroslaw H. [Signature]</p>	<p>PL 241219 B1</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------