

LEECH 



DG Edukacja i Kultura

Program

„Uczenie się przez całe życie”

# Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej

Redakcja:  
Elżbieta Korzeniowska  
Krzysztof Puchalski



Publikacja pt. „Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej” została przygotowana w ramach 3. pakietu zadań w projekcie zatytułowanym „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy” (projekt nr 142222-LLP-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP; umowa nr 2008-3466/001-001).

Ten projekt został zrealizowany przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej. Projekt lub publikacja odzwierciedlają jedynie stanowisko ich autora i Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za umieszczoną w nich zawartość merytoryczną.

Redaktorzy: dr Elżbieta Korzeniowska, dr Krzysztof Puchalski  
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera  
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy  
Adres: ul. Św. Teresy 8, 91-348 Łódź, Polska  
Tel.: +48 42 6314-686, Fax: +48 42 6314-685  
e-mail: whpp@imp.lodz.pl

Strona internetowa: <http://www.imp.lodz.pl> oraz <http://promocjazdrowiawpracy.pl>

Recenzenci:

Maria Belén Cardona Rubert, Pedro A. Ramiro Pollo



Projekt „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy” koordynowany jest przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

Adres: ul. Św. Teresy 8, 91-348 Łódź, Polska  
Tel.: +48 42 6314-686, Fax: +48 42 6314-685  
e-mail: whpp@imp.lodz.pl

Strony internetowe: <http://www.imp.lodz.pl> oraz <http://promocjazdrowiawpracy.pl>

Koordinator projektu dr Elżbieta Korzeniowska

Zespół wykonawców:

dr Krzysztof Puchalski, dr Jacek Pyżalski, mgr Eliza Goszczyńska, mgr Patrycja Wojtaszczyk

Beneficjenci projektu

„Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”



RĪGAS STRADIŅA  
UNIVERSITĀTE



Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts

Adres: Dzirciema 16, LV 1007, Ryga, Łotwa  
Tel./ Fax: +371 67409139

Strona internetowa: [www.rsu.lv](http://www.rsu.lv)

Kierownik łotewskiego zespołu projektu: prof. Maija Eglīte

univerzitetni  
klinični center ljubljana  
University Medical Centre Ljubljana



Univerzitetni klinični center ljubljana

Adres: Poljanski nasip 58, SI 1000, Ljubljana, Słowenia  
Tel.: +386 1 522 2695, Fax: +386 1 522 2478

Strona internetowa: [www.cilizadelo.si](http://www.cilizadelo.si)

Kierownik słoweńskiego zespołu projektu: lic. Tanja Urdih Lazar



El Instituto Valenciano de Atención a los Discapacitados y Acción Social

Adres: Avda del Puerto 108, ES 46023, Walencja, Hiszpania  
Tel.: +34 961971460, Fax: +34 961971461

Strona internetowa: [www.ivadis.com](http://www.ivadis.com)

Kierownik hiszpańskiego zespołu projektu: mgr Jose Gil

# Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej

Redakcja:  
*Elżbieta Korzeniowska*  
*Krzysztof Puchalski*

**LEECH** 



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

Redaktorzy:

dr Elżbieta Korzeniowska, dr Krzysztof Puchalski  
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera  
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy

Adres: ul. Św. Teresy 8, 91-348 Łódź, Polska  
Tel.: +48 42 6314-686  
Fax: +48 42 6314-685  
E-mail: whpp@imp.lodz.pl  
Strona internetowa: <http://www.imp.lodz.pl>

Recenzenci:

Maria Belen Cardona Rubert  
Pedro A. Ramiro Pollo

© The Nofer Institute of Occupational Medicine, 2010  
(Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, Polska)

Wydawca:

Rīga Stradiņš University,  
Institute of Occupational Safety and Environmental Health, 2010  
(Rīgas Stradiņa universitāte, Darba drošības un vides veselības institūts)  
Dzirčiema 16, Rīga, LV 1007, Latvia

ISBN 978-9984-788-81-4



## Spis treści

1. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako sposób zwiększenia konkurencyjności nisko wykształconych osób na rynku pracy – przebieg i założenia projektu LEECH <i>Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski, Eliza Goszczyńska, Jacek Pyżalski, Patrycja Wojtaszczyk</i> .....	5
2. Niskie wykształcenie jako problem społeczny w Unii Europejskiej <i>Eliza Goszczyńska</i> .....	9
3. Polityka Unii Europejskiej wobec osób o niskim statusie wykształcenia <i>Patrycja Wojtaszczyk</i> .....	27
4. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania <i>Krzysztof Puchalski</i> .....	33
5. Metodyka edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia – przegląd propozycji <i>Jacek Pyżalski</i> .....	44
6. Świadomość i zachowania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia <i>Krzysztof Puchalski</i> .....	51
7. Preferencje w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia gorzej wykształconych pracowników <i>Elżbieta Korzeniowska</i> .....	68
8. Kształtowanie zdrowego stylu życia nisko wykształconych pracowników – rekomendacje <i>Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski</i> .....	87
9. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład hiszpański <i>Jose Gil, Dolores García, Manuel López</i> .....	95
10. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład łotewski <i>Ivars Vanadziņš, Maija Eglīte, Inese Mārtiņšone, Dagmāra Sprūdža, Mārīte Baķe, Mairita Zellāne, Šarlote Konova</i> .....	103
11. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład polski <i>Elżbieta Korzeniowska</i> .....	116
12. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład słoweński <i>Nataša Dernovšček Hafner, Tanja Urdih Lazar, Klavdija Besednjak</i> .....	127
Bibliografia .....	136
Indeks autorów .....	141



# 1. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako sposób zwiększenia konkurencyjności nisko wykształconych osób na rynku pracy – przebieg i założenia projektu LEECH

*Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski,  
Eliza Goszczyńska, Jacek Pyżalski, Patrycja Wojtaszczyk*

## 1. Wykonawcy, cele i zadania projektu

Projekt pn. „*Strengthening transversal competences of low educated employees concerning their health choices in the context of changing labour market*”<sup>1</sup> (akronim: LEECH) to międzynarodowe przedsięwzięcie badawczo-wdrożeniowe, realizowane w ramach *Lifelong Learning Programme*, podprogramu *Grundtvig*, od grudnia 2008 r. do lutego 2011 r. równocześnie w czterech państwach członkowskich Unii Europejskiej: Hiszpanii (ES), Łotwie (LV), Polsce (PL) oraz Słowenii (SI). Jego koordynatorem było Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (Nofer Institute of Occupational Medicine) (Polska), podczas gdy pozostałe instytucje partnerskie to: Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados (Valentin Institute of Care of Disabled People), Univerzitetni Klinični Center Ljubljana, Klinični Inštitut za Medicino Dela, Prometa in Športa (University Medical Centre, Clinical Institute of Occupational, Traffic and Sports Medicine), Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts (Institute of Occupational and Environmental Health of Riga Stradins University).

Uzasadnieniem podjęcia takiego projektu były wyniki badań społecznych, prowadzonych w różnych krajach europejskich, które wskazują na powiązanie lepszego stanu zdrowia oraz korzystniejszych dla niego zachowań z wyższym poziomem wykształcenia. Mówiąc inaczej – im niższy status społeczno-ekonomiczny (w tym szczególnie edukacyjny), tym statystycznie gorsze zachowania zdrowotne, motywacja do wprowadzania zmian w stylu życia, a tym samym zdrowie. Niższy status wykształcenia to wyższe koszty dla państwa (opieka zdrowotna, pomoc społeczna), a także ograniczenia dla samych zainteresowanych – np. mniejsza konkurencyjność na rynku pracy. Stąd szczególnie istotnym wyzwaniem staje się zmniejszanie nierówności w szeroko rozumianym zdrowiu pomiędzy grupami pracujących z wyższym i niskim poziomem wykształcenia. Efektywną metodą dla poprawy stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz społecznej inkluzji osób z niskim statusem edukacyjnym jest budowanie i wdrażanie specyficznej strategii edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowia, dostosowanej do możliwości i potrzeb tej grupy. Niemniej jednak praktyka pokazuje, że większość programów tego rodzaju adresowanych jest do ogółu społeczeństwa i nie uwzględnia specyfiki tej grupy docelowej, paradoksalnie przyczyniając się często do pogłębiania nierówności w zdrowiu.

W związku z tym, zasadniczym celem projektu LEECH było opracowanie zaleceń dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, wynikających ze specyfiki potrzeb i możliwości pracowników o niskim poziomie wykształcenia. Inaczej rzecz ujmując, omawiane przedsięwzięcie zostało zaprojektowane z myślą

<sup>1</sup> Tłum.: wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy.

o zwiększeniu efektywności działań ukierunkowanych na zachęcenie osób o niskim statusie edukacyjnym do realizacji prozdrowotnego stylu życia poprawiającego ich stan zdrowia i aktywność zawodową. Z uwagi na fakt, iż idzie tu o kształtowanie kompetencji przydatnych w różnych dziedzinach życia – tak w sferze zawodowej jak i osobistej człowieka, mowa tu o tzw. *transversal competences*.

Osiągnięcie tak postawionego celu wymagało działań w dwóch grupach docelowych:

- a) odbiorców bezpośrednich, czyli osób mających możliwość edukacji zdrowotnej pracowników o niskim poziomie wykształcenia,
- b) odbiorców końcowych, czyli właśnie tego rodzaju zatrudnionych – w projekcie określanych jako LEE (z ang. *low educated employees*).

Przeprowadzone zostały następujące działania:

1. Identyfikacja specyficznych sposobów postrzegania zdrowia i jego determinant, poziomu wiedzy i przekonań LEE dotyczących ich osobistych wyborów oraz zachowań zdrowotnych (również w kontekście miejsca pracy), a także rozpoznanie ich preferencji w zakresie treści, metod i nadawców przekazów z zakresu edukacji zdrowotnej.

Zadanie to zrealizowano poprzez przeprowadzenie na przełomie IV kwartału 2009 roku oraz I kwartału 2010 r. wywiadów kwestionariuszowych wśród 1691 osób mających status pracownika – po około 400 respondentów w każdym z czterech krajów uczestniczących w projekcie. Zespół realizatorów opracował takie kryteria doboru próby, by jak najlepiej rozpoznać specyfikę LEE na tle grup o wysokim statusie edukacyjnym. W związku z tym respondentów podzielono na grupę badaną, czyli osoby o niskim statusie edukacyjnym – posiadające wykształcenie niepełne podstawowe, podstawowe (z ang. *primary*), gimnazjalne (z ang. *lower secondary*) i zasadnicze zawodowe (z ang. *basic vocational*) (poziomy 0-2 oraz 3C wg ISCED 1997<sup>2</sup>) oraz kontrolną – osoby o wysokim poziomie edukacyjnym – mające wykształcenie średnie (zarówno ogólne jak i zawodowe) (z ang. *secondary or post-secondary*) lub wyższe (z ang. *tertiary*) (3A-B oraz 4-6 wg ISCED 1997)<sup>3</sup>. W celu otrzymania „czystej” próby LEE, postawiono warunek, by do grupy badanej nie włączać osób z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym kontynuujących naukę na poziomie szkoły średniej. Respondenci byli w wieku 25-54 lata (zarówno grupa kontrolna, jak i badana składały się po 1/3 z następujących grup wiekowych: 25-34, 35-44 oraz 45-54 lata). Dobierani byli spośród pracowników z różnych dziedzin działalności gospodarczej oraz mieszkańców zarówno miast (małych i dużych), jak i wsi.

Omawiane badanie zrealizowano na podstawie kwestionariusza wywiadu opracowanego przez instytucje partnerskie. W celu zapewnienia możliwie najwyższej adekwatności jego pytań do sposobów percepcji badanej problematyki w grupach docelowych jednym z istotnych etapów tworzenia go był jego pilotaż wśród osób spełniających kryteria doboru próby.

2. Podsumowanie istniejących i sformułowanie kolejnych rekomendacji dotyczących efektywnych metod edukacji zdrowotnej LEE (szczególnie w zakresie zawartości przekazów, właściwych strategii i metod edukacyjnych).

Zgromadzenie dotychczasowych zaleceń zostało zrealizowane przez instytucje partnerskie poprzez przeprowadzenie przeglądu literatury krajowej i międzynarodowej w tym zakresie. Natomiast kolejne rekomendacje oparto na wynikach zrealizowanego w ramach projektu badania LEE.

3. Identyfikacja/charakterystyka systemów edukacyjnych dostępnych w poszczególnych krajach partnerskich dla dorosłych osób pracujących (tj. istniejących mechanizmów, instytucji oraz form możliwych szkoleń), który można by tam wykorzystać do realizacji edukacji zdrowotnej wśród LEE.

Przeglądu istniejących narodowych systemów dokonali eksperci z instytucji partnerskich. Dzięki temu rozpoznano grupy odbiorców, którzy w pierwszej kolejności mogli skorzystać z efektów realizacji projektu LEECH.

<sup>2</sup> Jest to skrót od angielskich słów *International Standard Classification of Education*, tj. Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Edukacji. Stworzono ją w celu prezentowania statystyki w zakresie edukacji zarówno w poszczególnych krajach, jak i na arenie międzynarodowej. Najnowsza wersja została zaaprobowana w trakcie 29. Konferencji UNESCO w listopadzie 1997 r. Wyróżniono w niej siedem poziomów edukacyjnych: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, gdzie 0 oznacza *pre-primary education*, poziom 1 – *primary education*, poziom 2 – *lower secondary education*, poziom 3 – *upper secondary education*, poziom 4 – *post-secondary non-tertiary education*, poziom 5 – *first stage of tertiary education*, poziom 6 – *second stage of tertiary education*. W części z nich wyróżnia się jeszcze podpoziomy. Przykładem może być poziom 3, który może być podzielony na 3A (taki, który daje uprawnienia do nabywania kwalifikacji na poziomie 5A, 3B (umożliwia kształcenie na poziomie 5B) oraz 3C (nie dający bezpośredniej możliwości kontynuacji nauki na poziomie 5, ale wiążący się z nabyciem podstawowych kwalifikacji zawodowych, a więc prowadzący bezpośrednio na rynek pracy). (UNESCO, 2006).

<sup>3</sup> Ta około 400-osobowa grupa respondentów w każdym z krajów partnerskich składała się z ok. 200 przedstawicieli grupy kontrolnej i ok. 200 osób spełniających kryteria grupy badanej.



4. Przygotowanie monografii dla edukatorów zdrowotnych nt. skutecznych sposobów stymulujących LEE do realizacji prozdrowotnego stylu życia.

Istotnym elementem zapewniania jakości omawianego podręcznika był pilotaż wstępnej wersji jego treści wśród reprezentantów grupy docelowej, a także jego recenzja naukowa. Książka ta została wydana w językach: angielskim, łotewskim, polskim, hiszpańskim i słoweńskim, zarówno w wersji papierowej jak i elektronicznej (wersja on-line dostępna jest na stronach internetowych instytucji partnerskich).

5. Przeszkolenie grupy ok. 120 edukatorów zdrowotnych w czterech krajach partnerskich, w obszarze właściwych strategii edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia kierowanej do LEE oraz sposobów przekazywania tych kompetencji kolejnym grupom osób zainteresowanych tą tematyką (szkolenie kaskadowe).

W ramach projektu opracowano treści takiego kursu, które dostępne są na stronach internetowych instytucji partnerskich. Szkolenie pilotażowe przeprowadzono w IV kwartale 2010 r. we wszystkich państwach uczestniczących w projekcie LEECH.

6. Upowszechnienie efektów projektu (tj. m.in. monografii i zalecanych treści szkolenia) wśród przedstawicieli grupy docelowej.

Głównym, trwałym narzędziem upowszechniania treści książki oraz kursu są strony internetowe instytucji partnerskich. Wersja papierowa podręcznika została rozesłana do najważniejszych organizacji/instytucji aktywnych w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego w obszarze promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, edukacji osób dorosłych, społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw i innych funkcjonujących na styku sfer zdrowia i pracy. Ponadto dane zgromadzone w ramach projektu zostały upublicznione w artykułach naukowych oraz wystąpieniach na konferencjach naukowych.

## **2. Założenia projektu**

Jak już wspomniano powyżej projekt LEECH został ukierunkowany na doskonalenie kompetencji pracowników o niskim poziomie wykształcenia, pomagających im postępować w sposób korzystny dla ich zdrowia (a tym samym lepiej funkcjonować na rynku pracy dzięki lepszemu zdrowiu) poprzez działania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Przyjęto, że gdy mowa o kompetencjach to brane jest pod uwagę szerokie spektrum zachowań, obejmujące styl życia o udowodnionym wpływie na zdrowie (m.in. sposób odżywiania, aktywność fizyczna i rekreacja, konsumpcja tytoniu i alkoholu), a nie tylko korzystanie z usług systemu opieki zdrowotnej lub samoleczenie.

Założono, że kompetencje sprzyjające zachowaniom prozdrowotnym mogą być doskonalone poprzez edukację zdrowotną i promocję zdrowia, realizowaną zarówno w kampaniach adresowanych do całej populacji i wydzielonych jej grup, jak i w programach interwencyjnych przygotowanych na potrzeby poszczególnych zakładów pracy. Uznano, że najlepszym miejscem realizowania tych działań są właśnie zakłady pracy, gdyż można tam wykorzystać istniejące procedury podnoszenia kwalifikacji pracowników, warunki infrastrukturalne, dostępność adresatów itp. Stąd wiele uwagi poświęcono interwencji w miejscu pracy.

Jeśli idzie o przedmiot oddziaływań edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, to w ramach projektu LEECH skoncentrowano się na problematyce kształtowania zachowań zdrowotnych, pomijając inne często podejmowane w ich ramach zagadnienia, takie jak np. wiedza o chorobach cywilizacyjnych, funkcjonowanie systemu opieki medycznej, praw pacjenta itp. Tak sprofilowana edukacja i promocja zdrowia była zatem podstawą do konceptualizacji badania, jak i formułowanych sugestii i zaleceń.

Klasyczna edukacja zdrowotna i promocja zdrowia oskarżana jest o to, że nie jest dostosowana do potrzeb osób o różnym poziomie wykształcenia. W efekcie słabo dociera do grup o niskim statusie i zamiast niwelować różnice pomiędzy grupami raczej je potęguje – bo nie jest dobrze rozumiana przez nisko wykształconego adresata, w związku z czym nie stymuluje go do zachowań prozdrowotnych (podczas gdy wyżej wykształceni pracownicy częściej robią z tej wiedzy użytek). Stąd poszukiwano przyczyn takiego stanu rzeczy. W tym celu odwołano się do wyników badań (wykonanych zarówno wcześniej, jak i w ramach projektu) mających ukazać, czy, a jeżeli tak, to czym różnią się obie grupy pracowników i jaka jest specyfika adresatów o niskim statusie wykształcenia jako odbiorców przekazów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Analizy tego rodzaju prowadzono w dwu wymiarach:

a) porównywano nisko i lepiej wykształconych pracowników z wszystkich badanych krajów uczestniczących w projekcie LEECH,

b) poszukiwano odmienności tych grup na poziomie poszczególnego kraju.

Podjęto również problem zróżnicowania w obrębie samej grupy docelowej, jaką są nisko wyedukowani pracownicy. Uwzględniono w tym przypadku kwestię czynników społeczno-kulturowych związanych z krajem zamieszkiwania.

W przyjętym sposobie analizy oparto się na klasycznym schemacie komunikacji, który wyróżnia trzy kluczowe elementy procesu przekazywania informacji: nadawca → przekaz (treść i forma) → odbiorca. Uznano, że kluczową kwestią dla usprawnienia działań edukacyjnych dotyczących zdrowia – by były one skuteczne, a ponadto nie generowały marginalizacji grupy odbiorców o niskim statusie – jest próba dostosowania zarówno przekazu, jak i działań nadawcy do specyfiki, w tym potrzeb deklarowanych w tej grupie. Cechy wyróżniające odbiorcę o niskim statusie identyfikowano głównie w sferze treści jego myślenia o sprawach zdrowia, preferencji dotyczących oddziaływań edukacyjnych, rozumienia pojęć stosowanych w przekazach na temat zdrowia, a także w sposobach jego postępowania względem zdrowia.

Z uwagi na brak uniwersalnej teorii zachowań zdrowotnych, która obejmuje całą ich różnorodność (m.in. nawyki i celowe działania, sprzyjające i szkodliwe dla zdrowia, zachowania o zróżnicowanej treści, np. odżywianie i badania medyczne) inspiracje czerpano z wielorakich teorii oraz koncepcji zachowań, ich uwarunkowań i kształtowania, a także z doświadczeń praktyków edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Zebrano je w syntetyczny model ukazujący najważniejsze czynniki wpływające na zachowania zdrowotne. Dokonano jednak ograniczenia zakresu analizy uwarunkowań zachowań i skuteczności metod ich kształtowania do tego obszaru, na który może wpływać edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w zakładzie pracy. Stąd zrezygnowano z zajmowania się np. czynnikami makroekonomicznymi, politycznymi, tradycją kulturową i, z drugiej strony, np. obiektywnym stanem zdrowia, temperamentem lub czynnikami osobowościowymi.

### **3. Struktura opracowania**

W niniejszej monografii skoncentrowano się przede wszystkim na prezentacji efektów pierwszego działania polegającego na rozpoznaniu specyficznych uwarunkowań zachowań prozdrowotnych pracowników o niskim poziomie wykształcenia. Oprócz tego przedstawiono sugestie i rekomendacje dla praktyków zaangażowanych w edukację zdrowotną i promocję zdrowia, co było celem zadania drugiego. Sama monografia jest realizacją zadania czwartego oraz elementem zadań piątego i szóstego projektu LEECH.

W pierwszych rozdziałach monografii przedstawiono niskie wykształcenie jako problem społeczny w UE i wyzwanie dla polityk unijnych. Kolejny prezentuje rozważania na temat uwarunkowań zachowań zdrowotnych i porządkuje różnorodne czynniki wpływające na te zachowania. Omawia te z nich, które mogą być przedmiotem oddziaływań w programach edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia oraz wskazuje możliwe strategie wykorzystywane w projektach tego rodzaju. W następnym uszczegółowiony zostaje problem metod oddziaływania edukacyjnego na nisko wykształconych pracowników, w oparciu o istniejące doświadczenia i analizy tego problemu głównie w obszarze zachowań związanych z chorobą. Brakuje bowiem tego typu ustaleń w odniesieniu do zdrowego stylu życia. Dalsze rozdziały prezentują wyniki badania prowadzonego w ramach projektu LEECH w populacji obejmującej łącznie pracowników z czterech krajów, uczestników projektu. Uwzględnione tu zostały głównie stan zachowań i świadomości zdrowotnej oraz preferencje nisko wykształconych pracowników dotyczące edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Prezentacja ta została zakończona wskazaniem rekomendacji, uwzględnienie których przyczynić się może do zwiększenia skuteczności interwencji edukacyjno-promocyjnych podejmowanych wobec takiej grupy docelowej. Na zakończenie przedstawione zostały ustalenia dotyczące każdego z krajów – partnerów projektu LEECH.

### **Bibliografia**

1. UNESCO: International Standard Classification of Education, 1997. 2006. Dostępny na stronie: [http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED\\_A.pdf](http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf)

## 2. Niskie wykształcenie jako problem społeczny w Unii Europejskiej

*Eliza Goszczyńska*

### 1. Wprowadzenie

Niski poziom wykształcenia jest powszechnie uznawany za istotną barierę w rozwoju osobistym i zawodowym, a tym samym za poważne źródło nierówności społecznych (np. European Commission, 2009a). Otóż, jak szczegółowo wykazano w dalszej części tego rozdziału, osób tych częściej dotyczy bezrobocie, gorsze warunki zatrudnienia (w tym materialne), bieda, a tym samym wykluczenie społeczne. Choć obiektywnie rzecz biorąc to właśnie one powinny szczególnie brać udział w różnych formach kształcenia ustawicznego w celu pozyskiwania czy polepszania kwalifikacji zawodowych, a tym samym zwiększania swoich szans na rynku pracy, to w praktyce korzystają z nich rzadziej niż ci dobrze wykształceni, co dodatkowo pogłębia różnice między nimi. Poza gorszym funkcjonowaniem w sferze zawodowej w omawianej grupie obserwuje się także problem niższej świadomości oraz gorszych zachowań w sferze zdrowia, a także sytuacji zdrowotnej. Wszystko to sprawia, że to właśnie ona stanowi istotne źródło obciążeń finansowych dla systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Ponadto w związku z tym, iż niski poziom wykształcenia jest w wielu przypadkach „dziedziczony”, tj. częściej dotyczy dzieci rodziców o takim statusie edukacyjnym, to stanowi on swojego rodzaju piętno dla przyszłych pokoleń<sup>1</sup>. Co więcej, w literaturze (np. Commission on Social Determinants of Health, 2008; Grantham-McGregor i wsp., 2007) podkreśla się, iż niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna nisko wykształconych grup często jest przenoszona z pokolenia na pokolenie (z ang. intergenerational transmission of disadvantage).

W związku z powyższym osoby o niskim poziomie wykształcenia powinny być istotną grupą docelową działań polityki społecznej, edukacji i promocji zdrowia. Niemniej jednak w rzeczywistości stosunkowo rzadko stają się one indywidualnym podmiotem zainteresowań gremiów politycznych, ale także społecznych czy naukowych<sup>2</sup>.

O ile zwraca się uwagę na osoby o niskim statusie wykształcenia, to niemal wyłącznie w kontekście tego, że stanowią one istotną część grup wykluczonych społecznie – np. bezrobotnych, biednych czy bezdomnych, zaliczanych do tzw. vulnerable group (European Foundation for the Improvement of Living

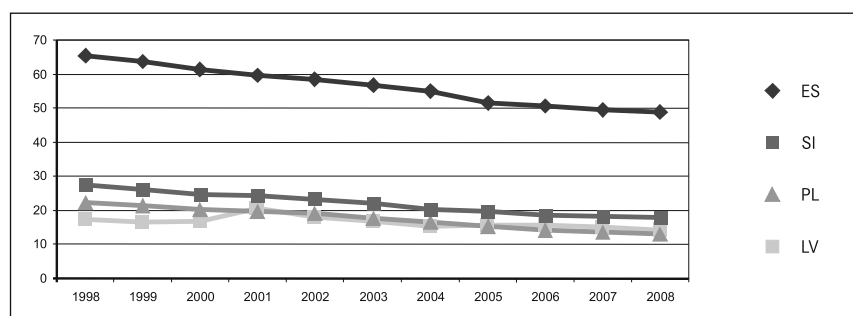
<sup>1</sup> Badanie Eurostat (European Commission, 2008), zrealizowane we wszystkich 27 krajach Unii Europejskiej (UE-27), pokazuje, że istnieje relacja pomiędzy poziomem edukacji rodziców i osiągnięciami w tym zakresie ich potomstwa. Okazuje się na przykład, że w przypadku dzieci (zarówno córek jak i synów), których ojcowie mają wykształcenie wyższe, szanse na osiągnięcie identycznego poziomu są wyraźnie większe niż w sytuacji, gdy ojciec ma niski poziom wykształcenia (basic schooling) – iloraz szans w tym zakresie wynosi ok. 2 i więcej we wszystkich państwach członkowskich Wspólnoty. Inne dane pokazują natomiast, iż aspiracje rodziców w zakresie edukacji potomstwa zależą od ich poziomu wykształcenia. I tak np. według badania Centrum Badań Opinii Społecznej (2009), przeprowadzonego na próbie 1094 dorosłych mieszkańców Polski, o ile trzy czwarte rodziców z wykształceniem podstawowym chciałoby, by ich dzieci zdobyły wyższy poziom wykształcenia (odpowiednio 75% badanych dla córki i 73% dla syna), to wśród rodziców legitymujących się wyższym wykształceniem takie pragnienie wyrażają już niemal wszyscy (94% rodziców dla córki oraz 97% dla syna).

<sup>2</sup> Przykładem mogą tu być chociażby raporty Europejskiej Fundacji na Rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy (European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions) – w skrócie Eurofund, w których podejmuje się analizę najbardziej aktualnych w danym okresie problemów dotyczących pracujących. Współcześnie wyraźnie częściej osiłą analizy jest starzenie się tej populacji czy nierówności ze względu na płeć, niż nierówności wynikające z poziomu wykształcenia czy kwalifikacji.

and Working Conditions, 2002) i to właśnie one są obiektem działań wspomagających czy naprawczych. Rządziej natomiast myśli się o rozwiązaniach adresowanych bezpośrednio do grupy osób o niskim statusie wykształcenia, które miałyby stanowić element prewencji dotyczących ją ww. problemów społecznych i zdrowotnych. Taki stan rzeczy może wynikać m.in. z trzech kwestii. Po pierwsze, w wielu krajach Unii Europejskiej, stawiającej duży nacisk na realizację celów Strategii Lizbońskiej oraz założeń Deklaracji Bolońskiej, od lat obserwuje się zmniejszanie się udziału osób o niskim poziomie wykształcenia w populacji generalnej (dane w tym zakresie dla czterech krajów uczestniczących w projekcie LEECH prezentują Ryc. 1 i 2). Po drugie, podjęcie działań skierowanych wyłącznie do omawianej grupy może być postrzegane jako przejaw jej stygmatyzacji, a co za tym idzie – naruszenie zasad politycznej poprawności. Ponadto poza faktem, iż z tej perspektywy może nie być to wdzięczny obiekt działań, często również nie jest to łatwy podmiot różnego typu przedsięwzięć. Przykładem mogą tu być chociażby powszechne w omawianej grupie bariery motywacyjne i brak pozytywnych doświadczeń w nauce jako czynniki istotnie ograniczające korzystanie przez jej przedstawicieli z oferty kształcenia ustawicznego (Ministerstwo Gospodarki i Pracy, 2006).

Ponieważ pomimo istniejących przeszkód grupa ta wymaga dostosowanych do jej potrzeb, możliwości i często również preferencji działań w zakresie polityki społecznej, edukacji i promocji zdrowia, celem niniejszego rozdziału jest próba przedstawienia jej specyfiki w kontekście korzystania z różnych form kształcenia ustawicznego, poziomu wiedzy i umiejętności pożądaných na współczesnym rynku pracy, możliwości zatrudnienia, sposobów wykonywanej pracy zawodowej, sytuacji finansowej, wzorów podejmowanych zachowań zdrowotnych oraz stanu zdrowia, a także zadowolenia z życia zawodowego i osobistego. Idzie tu głównie o stworzenie charakterystyki nisko wykształconych (w tym pracujących) w całej Unii Europejskiej ze szczególnym uwzględnieniem czterech państw biorących w udział w projekcie LEECH. W związku z tym w niniejszym rozdziale wykorzystano głównie wyniki badań ogólnoeuropejskich – przede wszystkim gromadzonych przez Eurostat oraz koordynowanych przez Eurofund.

Ryc. 1: Zmiany w latach 1998-2008 w odsetkach populacji w wieku 25-64 lata z wykształceniem na poziomie 0-2 wg ISCED 1997<sup>3</sup> (w %)

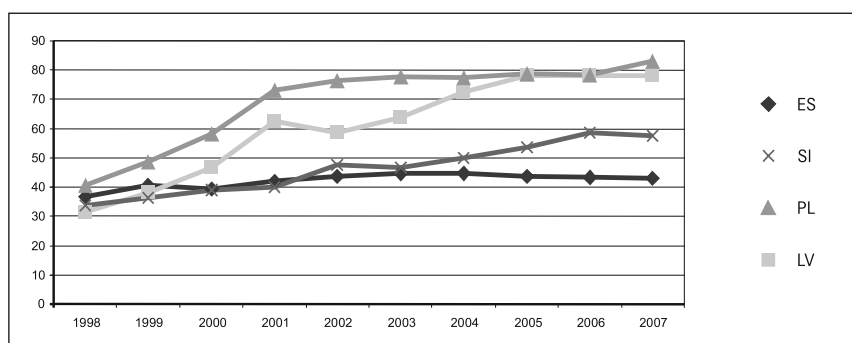


Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

<sup>3</sup> W niniejszym rozdziale do opisu poziomów wykształcenia stosowana jest głównie Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Edukacji (z ang. International Standard Classification of Education) zaaprobowana w listopadzie 1997 r. przez 29. Konferencję UNESCO – stąd ISCED 1997. Wyróżniono w niej siedem poziomów edukacyjnych: poziom 0 – wychowanie przedszkolne; poziom 1 – kształcenie podstawowe lub pierwszy etap edukacji podstawowej; poziom 2 – kształcenie średnie (niższy poziom) lub drugi etap edukacji podstawowej; poziom 3 – kształcenie średnie (wyższy poziom); poziom 4 – kształcenie powyżej średniego (nie wyższe); poziom 5 – pierwszy etap kształcenia wyższego (nie prowadzący bezpośrednio do zaawansowanych kwalifikacji badawczych); poziom 6 – drugi etap kształcenia wyższego (prowadzący do zaawansowanych kwalifikacji badawczych). Jeśli chodzi konkretnie o polski system edukacji po reformie, rozpisany według systemu ISCED 1997, to przedstawia się on następująco: poziom 0 – przedszkole; poziom 1 – szkoła podstawowa; poziom 2A – gimnazjum (przy czym przed reformą szkolnictwa w 1999 r. ukończenie szkoły podstawowej wiązało się z uzyskaniem wykształcenia na poziomie 2. wg ISCED 1997); poziom 3A – liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające; poziom 3C – zasadnicza szkoła zawodowa; poziom 4C – szkoła policealna; poziom 5A – wyższe studia zawodowe, studia magisterskie, studia uzupełniające magisterskie, studia podyplomowe, poziom 5B – kolegium nauczycielskie, nauczycielskie kolegium języków obcych; poziom 6 – studia doktoranckie. W dalszej części artykułu wszystkie opisy poziomów wykształcenia są wyrażone według tej klasyfikacji. (Źródło: <http://europass.frse.org.pl/files/isced.pdf>).



Ryc. 2: Zmiany w latach 1998-2007 w liczbie osób z wykształceniem wyższym (5-6 wg ISCED 1997) przypadających na 1000 osób w wieku 20-29 lat

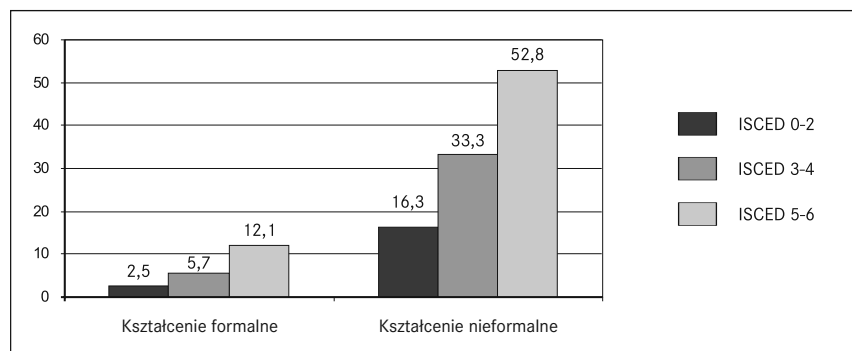


Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

## 2. Korzystanie z różnych form zdobywania i doskonalenia wiedzy i umiejętności

Wydawać by się mogło, że charakteryzowana grupa powinna być szczególnie zainteresowana różnorodnymi formami zdobywania czy doskonalenia wiedzy i umiejętności w celu uzupełniania niedostatków w tym zakresie wynikających z krótkotrwałego, a często zbyt ogólnego (tj. nieprowadzącego do zdobycia zawodu, co ma miejsce szczególnie w przypadku osób z wykształceniem na poziomie 0-2) kształcenia formalnego. Tymczasem wiele badań wyraźnie wskazuje, że korzystanie z różnych typów kształcenia (zarówno formalnego<sup>4</sup> z ang. formal education and training, jak i pozaformalnego<sup>5</sup> z ang. non-formal education and training) rośnie wraz z formalnym poziomem wykształcenia.

Ryc. 3: Odsetek osób w wieku 25-64 lata podejmujących kształcenie formalne lub pozaformalne wg poziomu wykształcenia, UE-27, 2007 r. (w %)



Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

<sup>4</sup> Edukacja w systemie formalnym obejmuje kształcenie w systemie szkolnym i związana jest z regularną formą nauki. Odbывается zgodnie z zatwierdzonymi programami nauczania. Prowadzi ona do uzyskania kwalifikacji potwierdzonych świadectwem, zaświadczeniem o ukończeniu szkoły, certyfikatem, dyplomem (Główny Urząd Statystyczny, 2009).

<sup>5</sup> Kształcenie pozaformalne obejmuje wszelkie zorganizowane działania edukacyjne, które nie odpowiadają definicji edukacji szkolnej, tzn. nie są one zapewnione poprzez formalne instytucje szkolne i w związku z tym nie powodują zmiany w formalnym poziomie wykształcenia. Uczestnictwo w takim szkoleniu może skończyć się uzyskaniem świadectwa lub nie. W badaniach odróżnia się ten typ edukacji od kształcenia nieformalnego (z ang. informal education), tj. samodzielnego uczenia się w celu uzyskania wiedzy lub doskonalenia umiejętności. Samokształcenie w odróżnieniu od kształcenia formalnego i pozaformalnego zasadniczo odbywa się bez udziału nauczyciela, poza zorganizowanymi formami edukacji szkolnej i pozaszkolnej (Główny Urząd Statystyczny, 2009).

Przykładowo zrealizowane w całej UE badanie pn. Kształcenie Dorosłych (z ang. Adult Education Survey – AES), którego wyniki prezentowane są w bazie Eurostat, pokazuje, że przeciętnie w całej UE na każde pięć osób w wieku 25-64 lata z wykształceniem na poziomie 0-2 tylko blisko jedna korzysta z jakiejś formy kształcenia formalnego i/lub pozaformalnego<sup>6</sup> (18%), podczas gdy na pięciu respondentów w grupach z wykształceniem na poziomie 3-4 i 5-6 dotyczy to już odpowiednio blisko dwóch (36,3%) i trzech osób (58,8%) (Ryc. 3, Tab. 1). Natomiast wyniki badania pn. EU Labour Force Survey (EU LFS), którego jeden z modułów w 2003 r. dotyczył kształcenia ustawicznego osób dorosłych<sup>7</sup> (z ang. lifelong learning), pokazują, że te tendencje utrzymują się niezależnie od formy aktywności zawodowej. Otóż, im lepszy poziom formalnego wykształcenia, tym częstsze korzystanie przez obywateli UE z różnych form zdobywania/doskonalenia wiedzy i umiejętności niezależnie od tego, czy należą do grupy aktywnych (w tym pracujących oraz bezrobotnych), czy też biernych zawodowo<sup>8</sup>.

Tab. 1: Odsetek osób w wieku 25-64 lata podejmujących kształcenie formalne lub nieformalne wg poziomu wykształcenia, 2007 r. (w %)

Państwa	Podejmowanie kształcenia formalnego przez osoby z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)			Podejmowanie kształcenia pozaformalnego przez osoby z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)			Podejmowanie kształcenia formalnego i/lub pozaformalnego przez osoby z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
UE-27	2,5	5,7	12,1	16,3	33,3	52,8	18,0	36,3	58,8
ES	1,7	6,6	12,7	15,8	30,9	43,9	17,0	35,5	51,1
LV	0,3	2,8	14,7	11,0	26,1	53,0	11,0	27,2	58,5
PL	0,8	3,4	16,1	4,0	13,4	46,4	4,7	15,8	54,4
SI	2,1	8,9	13,6	10,9	33,7	63,4	12,7	39,0	67,6

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Ciekawy obraz kształcenia ustawicznego dorosłych prezentują także badania w zakresie skali i uwarunkowań tego zjawiska zrealizowane przez Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat<sup>9</sup>. Pokazały one, że wraz z formalnym poziomem wykształcenia zwiększa się nie tylko odsetek korzystających z różnych form edukacji (np. O’Connell, 1999; OECD, 2003a; OECD, 2005), ale także ilość czasu na nie poświęcanego (O’Connell, 1999). W publikacjach OECD poszukuje się przyczyn takich dysproporcji. Wskazuje się tu m.in. na wyniki badań, które pokazują, że osoby dobrze wykształcone są znacznie częściej świadome korzyści płynących z doskonalenia wiedzy i umiejętności czy przekwalifikowywania się, podczas gdy wśród nisko wykształconych dość powszechne jest przekonanie o wystarczalności dotychczas zdobytych kwalifikacji (OECD, 2003a; Ministerstwo Gospodarki i Pracy, 2006). Wymienia się tu także brak obiektywnych możliwości finansowych, ale także często skłonności/chęci do ponoszenia kosztów kształcenia ustawicznego (co jest o tyle uzasadnione, że prywatne zwroty inwestycji na podnoszenie kwalifikacji rosną wraz z poziomem wykształcenia) (OECD, 2003b; Ministerstwo Gospodarki i Pracy, 2006). Faktycznie jedno z badań OECD (O’Connell, 1999) potwierdza, że im niższy status wykształcenia, tym rzadsza partycypacja finansowa w tego typu przedsięwzięciach. Wśród przyczyn małego zaangażowania charakteryzowanej grupy w kształcenie ustawiczne wskazuje się także jej braki w kompetencjach ogólnych (takich, jak np. umiejętność pisania, czytania ze zrozumieniem, liczenia) - co może stanowić istotną obiektywną barierę w efektywnym korzystaniu z takiej oferty, a także porażki edukacyjne na wcześniejszych etapach kształcenia - co może skutkować nieodnajdywaniem się osób nisko wykształconych w sytuacji uczącego

<sup>6</sup> W statystykach ujęto te osoby, które podjęły jakąś formę kształcenia formalnego w okresie 4 tygodni przed badaniem oraz pozaformalnego w ciągu 12 miesięcy przed wywiadem.

<sup>7</sup> W badaniu tym uwzględniono populację osób w wieku 25-64 lata z państw członkowskich Unii Europejskiej.

<sup>8</sup> Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database>.

<sup>9</sup> Badania te często wykraczały poza terytorium Europy - część z nich objęła społeczeństwa USA, Kanady, Meksyku, Australii, a nawet Korei, co pokazuje globalność omawianych tutaj zjawisk.

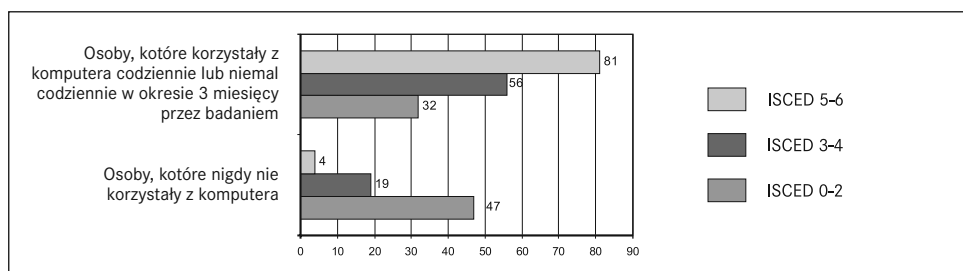
się (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej)<sup>10</sup>. Niemniej jednak winę w omawianym zakresie stawia się nie tylko po stronie charakteryzowanej grupy, ale także po stronie dostawców różnych form kształcenia ustawicznego. Otóż oferta edukacyjna w tym zakresie dla osób nisko wykształconych jest uboższa niż dla grup o wysokim statusie edukacyjnym. Ministerstwo Gospodarki i Pracy (2006) podaje tu chociażby przykład pracodawców, którzy inwestują w pracowników z niskimi kwalifikacjami często tylko wtedy, gdy nie mają możliwości zatrudnienia osób z wyższymi, odpowiadającymi potrzebom firmy, kwalifikacjami.

### 3. Wiedza i umiejętności pożądane na rynku pracy

Naturalną konsekwencją niskiego poziomu wykształcenia, uzyskiwanego w systemie edukacji formalnej oraz stosunkowo rzadkiego uczestnictwa w kształceniu ustawicznym, jest wyraźnie mniej powszechne legitymowanie się przez charakteryzowaną grupę wiedzą i umiejętnościami pożądanymi na rynku pracy. Zróżnicowanie to zostanie scharakteryzowane w niniejszym rozdziale w oparciu o kompetencje związane z obsługą komputera i Internetu. Selekcji takiej dokonano z dwóch powodów: po pierwsze jest ona niezbędna ze względu na brak możliwości omówienia całej gamy umiejętności zawodowych w tak krótkim opracowaniu, po drugie wynika ona z tego, iż współcześnie wiele badań (m.in. ze względu na szybki postęp technologii informacyjnych i związane z nim powstawanie społeczeństwa informacyjnego) skupia się na ocenie rozkładu w populacji właśnie kompetencji informatycznych (np. Joling, Kraan, 2008; European Commission, 2010; Główny Urząd Statystyczny, 2009; Batorski, 2009).

Okazuje się, że osoby o niskim poziomie wykształcenia są jedną z grup, których szczególnie dotyczy zjawisko tzw. cyfrowego wykluczenia (z ang. digital divide), polegającego na ich wyraźnie mniejszym dostępie i rzadszym korzystaniu z komputerów i Internetu w porównaniu z dobrze wykształconymi. Ryc. 4 i 5 oraz Tab. 2 i 3 prezentują dane z 2009 r. z realizowanego corocznie we Wspólnocie Europejskiej badania w zakresie korzystania z ICT (z ang. Information and Communications Technologies) przez osoby w wieku 16-74 lata. Okazuje się, że w Unii Europejskiej przeciętnie co druga osoba z wykształceniem na poziomie 0-2 nigdy nie obsługiwała komputera czy Internetu, podczas gdy brak takich doświadczeń dotyczył już tylko kilku procent osób z wykształceniem wyższym. Jeśli zaś idzie o codzienne korzystanie z tego typu technologii, to miało ono miejsce wśród co trzeciej – czwartej osoby z grupy o najniższym statusie wykształcenia (poziom 0-2) – 32% w przypadku komputera i 28% – Internetu – i już zdecydowanej większości tych najlepiej wyedukowanych (poziom 5-6) – 81% w przypadku komputera i 75% – Internetu. Omawiane badanie pokazuje również, że to zróżnicowanie grup, wyróżnionych ze względu na poziom wykształcenia, utrzymuje się także w przypadku zakresu umiejętności w posługiwaniu się ICT<sup>11</sup>.

Ryc. 4: Zróżnicowanie doświadczeń osób w wieku 16-74 lat w korzystaniu z komputera w zależności od formalnego poziomu wykształcenia, UE-27, 2009 r. (w %)

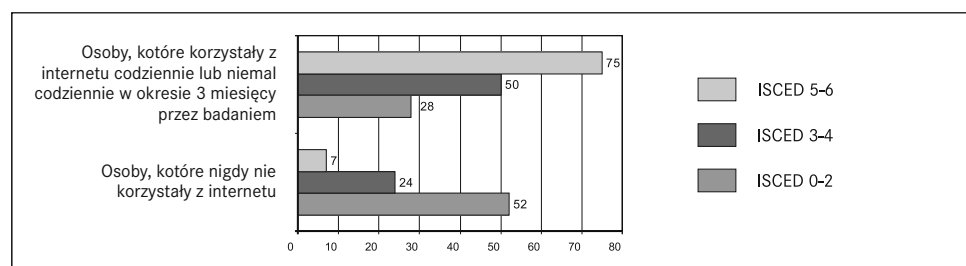


Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

<sup>10</sup> Źródło: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505>.

<sup>11</sup> Źródło: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information\\_society/data/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database).

Ryc. 5: Zróźnicowanie doświadczeń osób w wieku 16-74 lat w korzystaniu z Internetu w zależności od formalnego poziomu wykształcenia, UE-27, 2009 r. (w %)



Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tab. 2: Zróźnicowanie doświadczeń osób w wieku 16-74 lata w korzystaniu z komputera w zależności od formalnego poziomu wykształcenia, 2009 r. (w %)

Państwa	Osoby nie mające doświadczeń w korzystaniu z komputera z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)			Korzystanie z komputera codziennie lub niemal codziennie w okresie 3 m-cy przed badaniem przez osoby z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
UE-27	47	19	4	32	56	81
ES	54	11	5	21	55	75
LV	43	33	9	40	40	75
PL	56	35	6	32	35	77
SI	54	24	3	29	48	88

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tab. 3: Zróźnicowanie doświadczeń osób w wieku 16-74 lat w korzystaniu z Internetu w zależności od formalnego poziomu wykształcenia, 2009 r. (w %)

Państwa	Osoby nie mające doświadczeń w korzystaniu z Internetu z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)			Korzystanie z Internetu codziennie lub niemal codziennie w okresie 3 m-cy przed badaniem przez osoby z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
UE-27	52	24	7	28	50	75
ES	61	16	7	18	49	69
LV	44	35	11	40	39	73
PL	59	41	8	29	32	74
SI	58	32	6	26	43	85

Opracowanie własne na podstawie danych z Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Niewątpliwie we współczesnym świecie, w którym posiadanie umiejętności korzystania z ICT jest często jedną z podstawowych kompetencji, postęp technologiczny może przyczyniać się do pozostawania w tyle charakteryzowanej grupy, a tym samym do pogłębiania się różnic pomiędzy osobami nisko i wysoko wykształconymi. Niemniej jednak problem ten jest szerszy, tj. wykracza poza kwestię wyłącznie umiejętności informatycznych. Otóż zdaniem O'Connell (1999) opisana w niniejszym rozdziale zależność, według której korzystanie z różnych form zdobywania/doskonalenia wiedzy oraz umiejętności w wielu dziedzinach jest odwrotnie proporcjonalne do rozkładu w populacji potrzeb w tym zakresie, ma wpływ na pogłębianie się



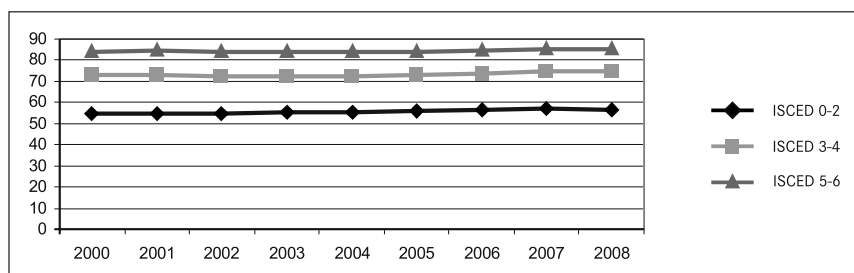
nierówności na rynku pracy, a tym samym również przyczynia się do wykluczenia społecznego charakteryzowanej grupy. Tymczasem, jak pokazują badania, równomierna dystrybucja umiejętności w społeczeństwie ma znaczący pozytywny wpływ na rozwój ekonomiczny kraju (OECD, 2005).

#### 4. Możliwość znalezienia pracy

Brak odpowiednich kwalifikacji jest jednym z czynników istotnie zmniejszających szanse charakteryzowanej grupy na rynku pracy. Obrazują to jednoznacznie różnorodne dane statystyczne. Analiza wyników uzyskanych w ramach czwartego Europejskiego Badania Warunków Pracy<sup>12</sup> (European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, 2008) pokazuje, że zarówno wyznaczona obiektywnie, jak i subiektywnie przez respondentów niepewność pracy (z ang. job insecurity)<sup>13</sup> – dotycząca ryzyka utraty aktualnej pracy, a także zdolność bądź możliwość bycia zatrudnionym (z ang. employability) wiążą się z poziomem wykształcenia osób pracujących – otóż im lepsze wykształcenie, tym mniejsze job insecurity i lepsze employability. Zgodnie z realizowanym corocznie we Wspólnocie Europejskiej badaniem EU LFS<sup>14</sup>, im niższy poziom formalnego wykształcenia, tym wyższa stopa bezrobocia, a niższy wskaźnik zatrudnienia (European Commission, 2009b; European Commission, 2010). Jego edycja z 2008 r. pokazuje, że na każde 100 osób w wieku 25-64 lat z niskim poziomem wykształcenia (0-2) pracowało wtedy przeciętnie ok. 57 osób, podczas gdy na stu najlepiej wykształconych (5-6) dotyczyło to już niemal 86 osób. Jeśli zaś idzie o stopę bezrobocia, to na stu aktywnych zawodowo w wieku 25-64 lat z wykształceniem na poziomie 0-2 bezrobocie dotyczyło niemal 10 osób, natomiast w tej samej grupie wiekowej, legitymującej się dyplomem ukończenia uczelni wyższej, doświadczyły go już tylko nieco ponad 3 osoby. Omawiane tu zależności obserwuje się w każdym państwie członkowskim UE. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawiają Ryc. 6 i 7 oraz Tab. 4.

W tym miejscu należy jednak dodać, że ta niekorzystna sytuacja charakteryzowanej grupy na oficjalnym rynku pracy jest niejako rekompensowana przez fakt, iż zawiązała ona statystyki pracy w szarej strefie. Dane w tym zakresie z 2004 r. dotyczące Polski pokazują, że niemal siedem na dziesięć osób podejmujących pracę niezarejestrowaną miało wykształcenie niepełne podstawowe, podstawowe lub zasadnicze zawodowe (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, 2007).

Ryc. 6: Wskaźniki zatrudnienia<sup>15</sup> wśród osób w wieku 25-64 lat w zależności od ich poziomu wykształcenia, lata 2000-2008, UE-27 (w %)



Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

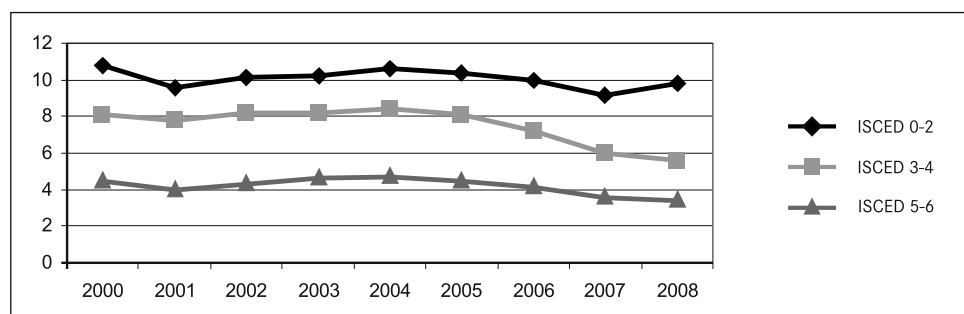
<sup>12</sup> W badaniu pn. European Working Condition Survey (EWCS) zrealizowanym w 2005 r. w formie wywiadów kwestionariuszowych wzięło udział 29 680 osób pracujących (pracowników oraz samozatrudniających się) w wieku 15 lat i więcej z 31 krajów Europy (27 państw UE, dwa kraje kandydujące: Chorwacja i Turcja oraz dwa kraje EFTA: Szwajcaria i Norwegia).

<sup>13</sup> Obiektywna niepewność pracy została wyznaczona poprzez ocenę dla każdego respondenta takich elementów mogących mieć wpływ na job insecurity jak rodzaj umowy o pracę, gwarancja zatrudnienia, wielkość firmy, rodzaj sektora: prywatny czy państwowy. Z kolei subiektywna niepewność pracy była określana na podstawie oceny przez samych respondentów ryzyka utraty pracy w ciągu pół roku.

<sup>14</sup> Źródło: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment\\_unemployment\\_lfs/data/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database).

<sup>15</sup> Wskaźnik zatrudnienia jest to procentowy udział pracujących danej kategorii w ogólnej liczbie ludności tej samej kategorii. Do pracujących w badaniu EU LFS zaliczono wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej, które w okresie badanego tygodnia wykonywały przez co najmniej 1 godzinę pracę przynoszącą zarobek lub dochód, albo miały pracę, ale jej tymczasowo nie wykonywały przykładowo z powodu choroby, urlopu macierzyńskiego, wypoczynkowego, czy udziału w szkoleniu.

Ryc. 7: Stopa bezrobocia<sup>16</sup> wśród osób w wieku 25-64 lata w zależności od ich poziomu wykształcenia, lata 2000- 2008, UE-27 (w %)



Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tab. 4: Stopa bezrobocia oraz wskaźniki zatrudnienia wśród osób w wieku 25-64 lata w zależności od ich poziomu wykształcenia, 2008 r. (w %)

Państwa	Stopa bezrobocia wśród osób z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)			Wskaźnik zatrudnienia wśród osób z wykształceniem na poziomie (wg ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
UE-27	9,8	5,6	3,4	56,6	74,9	85,3
ES	13,2	9,3	5,8	59,1	75,2	83,6
LV	12,5	7,2	3,9	57,7	78,5	87,5
PL	11,5	6,3	3,1	43,0	67,1	85,1
SI	5,9	3,5	3,1	55,0	76,4	87,9

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

## 5. Sytuacja materialna

Brak odpowiednich kwalifikacji oraz problemy ze znalezieniem pracy są czynnikami, które w istotny sposób przyczyniają się do wyraźnie gorszej sytuacji materialnej charakteryzowanej grupy w porównaniu z osobami dobrze wykształconymi. Co ciekawe, w opinii co około trzeciego obywatela państw Wspólnoty Europejskiej istnieje związek/relacja pomiędzy niskim statusem edukacyjnym a ubóstwem. Otóż, badanie Eurobarometr<sup>17</sup> (European Commission, 2009c) pokazuje, że w przekonaniu 31% respondentów to właśnie osoby o niskim poziomie wykształcenia, wykszolenia lub umiejętności funkcjonują jako grupa szczególnie narażona na ubóstwo<sup>18</sup> (w ES odpowiedziało tak 17% respondentów, LV – 21%, PL – 24% oraz SI – 31%), brak niezbędnego wykształcenia, wykszolenia lub umiejętności jest najpowszechniej wskazywany wśród indywidualnych (w odróżnieniu od politycznych oraz socjalnych) czynników wyjaśniających zjawisko ubóstwa wśród ludzi (w UE-27 – 37%, w ES – 23%, LV – 35%, PL – 27% oraz SI – 69%), natomiast zapewnienie szkoleń i możliwości uzyskiwania kwalifikacji jest postrzegane przez 38% obywateli

<sup>16</sup> Stopa bezrobocia jest to procentowy udział bezrobotnych danej kategorii (np. wiekowej) w liczbie aktywnych zawodowo tej samej kategorii. Do bezrobotnych zaliczono w badaniu EU LFS te osoby w wieku 16-74 lata, które pozostawały bez pracy w ciągu tygodnia przed badaniem, ale były gotowe ją podjąć i albo aktywnie poszukiwały jej w ciągu 4 tygodni przed badaniem, albo właśnie znalazły pracę, którą zamierzały podjąć w ciągu najbliższych 3 miesięcy. Przez aktywnych zawodowo rozumie się zarówno osoby bezrobotne, jak i pracujące.

<sup>17</sup> Badanie to, dotyczące opinii obywateli UE na temat ubóstwa i wykluczenia społecznego, zostało zrealizowane w formie wywiadów kwestionariuszowych w II połowie 2009 r. we wszystkich państwach członkowskich UE (cała próba wynosiła 26 719 respondentów, natomiast w krajach uczestniczących w projekcie LEECH populacja badana liczyła: w ES 1026 osób, LV 1 011 osób, PL 1000 osób oraz SI 1025 osób).

<sup>18</sup> Respondenci mogli tu wskazywać maksymalnie cztery grupy narażonych na ubóstwo spośród tych podanych w kwestionariuszu. Częściej niż nisko wykształconych obywateli UE-27 wymieniali tu osoby bezrobotne (56%) oraz starsze (41%).

Wspólnoty za priorytetowy obszar działań rządu krajowego przy pomaganiu ludziom w wychodzeniu z ubóstwa<sup>19</sup> (w ES – 27%, LV – 27%, PL – 30% oraz SI – 30%).

Opisane tu przekonania obywateli UE o niskim statusie wykształcenia jako istotnym czynnikiem ryzyka ubóstwa są jak najbardziej uzasadnione. Potwierdzają to bowiem jednoznacznie dane Eurostat uzyskane w badaniu pt. Income, Social Inclusion and Living Conditions (EU-SILC). Otóż, wśród obywateli UE legitymujących się wykształceniem na poziomie 0-2 w 2007 r. były nieco ponad trzy razy większe odsetki zagrożonych ubóstwem (z ang. at-risk-of-poverty)<sup>20</sup> niż wśród osób z wykształceniem wyższym (poziom 5-6) – odpowiednio 24% i 7% (Tab. 5). Szacuje się, że w całej Wspólnocie zjawisko to dotyczyło w tym roku co ok. 6. obywatela (17%).

Tab. 5: Zagrożenie ubóstwem a poziom wykształcenia osób w wieku 18 lat i więcej w 2007 r. (w %)<sup>21</sup>

Państwa	Poziom wykształcenia wg ISCED 1997		
	0-2	3-4	5-6
UE-27	24	13	7
ES	23	15	8
LV	36	19	8
PL	23	16	3
SI	24	9	2

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Wprawdzie posiadanie pracy istotnie zmniejsza zagrożenie ubóstwem, jednakże nie eliminuje go zupełnie (European Commission, 2010; European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, 2010; Centrum Badania Opinii Społecznej, 2008a). Może być to związane chociażby z pewną specyficzną strukturą rodziny (np. jedna dorosła osoba pracująca i kilka innych pozostających na jej utrzymaniu), trudnością w znalezieniu stałej, pełnoetatowej pracy czy niskimi zarobkami (Bardone i wsp., 2005). Eurostat opisuje tu zjawisko in-work at risk of poverty, in-work poverty lub inaczej working poor, czyli pracujących zagrożonych ubóstwem<sup>22</sup>, które, jak się szacuje w 2007 roku, dotyczyło 8% pracujących w wieku 18 lat i więcej z 27 państw członkowskich UE. Stanowiło to ponad 15 milionów osób w całej Wspólnocie (w przypadku krajów uczestniczących w projekcie LEECH odsetek ten wyniósł odpowiednio: w ES – 11%, na LV – 10%, w PL – 12% i SI – 5%). Zagrożenie in-work-poverty wyraźnie częściej dotyczy pracujących o niskim statusie wykształcenia, niż tych dobrze wyedukowanych – i tak w całej UE zjawisko to obserwowano w 2007 r. wśród 16% osób z wykształceniem na poziomie 0-2 i już tylko 3% legitymujących się dyplomem ukończenia uczelni wyższej (poziom 5-6) – Tab. 6.

Skoro niekorzystna sytuacja finansowa znacznie częściej dotyka charakteryzowaną grupę niż osoby dobrze wykształcone, to warto przyjrzeć się, jakie są to faktyczne różnice w dochodach. Jeśli przyjąć, że średni zrównoważony dochód netto w 2008 r. w populacji obywateli UE w wieku 18-64 lata z wykształceniem na poziomie 0-2 wynosi 100%, to okazuje się, że dochód tych z wykształceniem na poziomie 3-4 stanowi 118%, a tych legitymujących się dyplomem ukończenia wyższej uczelni (poziom 5-6) – blisko 177% dochodu tych najgorzej wykształconych (0-2). Różnice w wartościach bezwzględnych w tym zakresie w całej UE oraz krajach uczestniczących w projekcie LEECH prezentują Ryc. 8 i Tab. 7.

<sup>19</sup> Tutaj respondenci mogli wymieniać maksymalnie dwa obszary priorytetowe. Częściej niż zapewnienie szkoleń i możliwości uzyskania kwalifikacji w całej badanej próbie (UE-27) wskazywano na zapewnienie możliwości znalezienia pracy (61%) oraz dbanie o rozwój gospodarczy, aby podnieść ogólny standard życia (42%).

<sup>20</sup> Eurostat (European Commission, 2010) przyjmuje tu następującą definicję zagrożenia ubóstwem (at-risk-of-poverty rate after social transfers) – dotyczy ono takiej sytuacji, gdy zrównoważony rozporządzalny dochód netto per capita w gospodarstwie domowym znajduje się poniżej progu ubóstwa oszacowanego na 60% mediany zrównoważonych dochodów netto osób z danego kraju członkowskiego UE. Dochód rozporządzalny dotyczy całości dochodu gospodarstwa domowego z różnych źródeł (np. praca, transfery socjalne). Natomiast zrównoważony dochód rozporządzalny określa się jako całość dochodu gospodarstwa domowego, podzieloną przez sumę jednostek konsumpcyjnych w gospodarstwie domowym. Liczbę tę ustala się na podstawie skali OECD: waga o wartości 1 przypisywana jest jednej osobie dorosłej (tzw. głowie rodziny), waga 0,5 – każdej kolejnej osobie w wieku 14 lat i więcej żyjącej w danym gospodarstwie domowym, a waga 0,3 – każdemu dziecku poniżej 14 r.ż.

<sup>21</sup> Dochody uwzględnione w analizie dotyczyły roku poprzedzającego badanie.

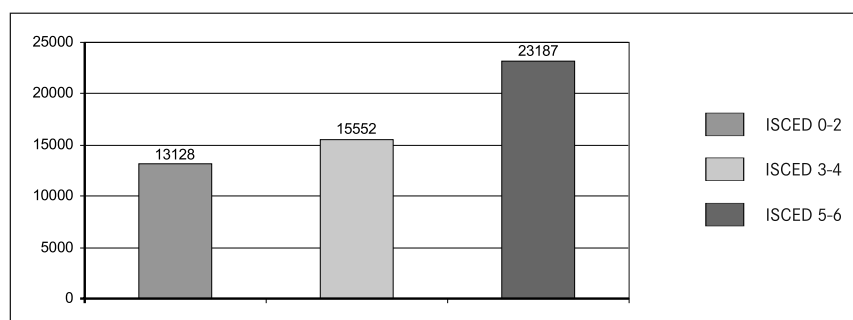
<sup>22</sup> Pracujący zagrożeni ubóstwem (z ang. working poor) są zdefiniowani jako osoby pracujące przez przynajmniej pół roku oraz mające zrównoważony dochód rozporządzalny poniżej 60% mediany dochodów osób z danego kraju członkowskiego UE.

Tab. 6: Zjawisko “in-work at risk of poverty” wśród osób w wieku 18 lat i więcej w zależności od poziomu wykształcenia, 2007 r. (w %)

Państwa	Poziom wykształcenia wg ISCED 1997		
	0-2	3-4	5-6
UE-27	16	8	3
ES	16	11	5
LV	20	10	3
PL	28	13	2
SI	10	5	1

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Ryc. 8: Przeciętny roczny zrównoważony dochód netto wśród osób w wieku 18-64 lata w 2008 r. w zależności od poziomu wykształcenia, UE-27 (w euro)



Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tab. 7: Przeciętny roczny zrównoważony dochód netto wśród osób w wieku 18-64 lata w 2008 r. w zależności od poziomu wykształcenia (w euro)

Państwa	Poziom wykształcenia wg ISCED 1997		
	0-2	3-4	5-6
UE-27	13 128	15 552	23 187
ES	11 830	14 389	19 153
LV	3 068	4 126	6 261
PL	2 940	3 941	7 071
SI	8 823	10 706	15 401

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Powszechniejsze bezrobocie i niskie dochody (lub ich brak) u osób z niskim poziomem wykształcenia powodują, że to one są głównie beneficjentami pomocy społecznej (co stanowi istotne obciążenie finansowe dla państwa). Przykładowo w Polsce (Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, 2009) wśród wszystkich korzystających z świadczeń pomocy społecznej w wieku 13 lat i więcej w 2008 r. aż 46,8% stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (ukończonym lub niepełnym) lub bez wykształcenia, 9,3% – z gimnazjalnym, a kolejne 28,5% – z zasadniczym zawodowym<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Niemniej jednak w kwestii uzupełnienia należy tu dodać, iż w zbiorowości korzystających z świadczeń pomocy społecznej w Polsce udział osób w wieku przedprodukcyjnym był dwukrotnie wyższy, niż w populacji generalnej. Sporą ich część stanowili kontynuujący naukę – i tak, szacuje się, że nawet 13% całej populacji uczniów i studentów w Polsce to beneficjenci pomocy społecznej (GUS, Urząd Statystyczny w Krakowie, 2009).

## 6. Specyfika pracy zawodowej

Praca zawodowa osób nisko wykształconych charakteryzuje się nie tylko gorszymi zarobkami, ale także często inną specyfiką, m.in. w zakresie rodzaju i sposobu wykonywanych zadań czy stosowanych narzędzi. Oczywiście wynika to w głównej mierze z poziomu wiedzy i umiejętności zawodowych opisywanej grupy. Jak pokazuje cytowane już badanie Eurofund, czwarte z kolei w cyklu pn. European Working Conditions Survey (EWCS) (Parent-Thirion i wsp., 2007), ta inna natura pracy osób niżej wykształconych przejawia się m.in. tym, iż rzadziej korzystają one z komputerów (IT – z ang. information technology) bądź innych maszyn/urządzeń w pracy zawodowej. Wśród pracujących o najniższych poziomach wykształcenia (0-2) nieco więcej niż co trzeci w ogóle nie używa żadnej tego typu technologii, podczas gdy wśród legitymujących się dyplomem ukończenia uczelni wyższej (poziom 5-6) dotyczy to już tylko co siódmy respondent (Joling, Kraan, 2008). Wśród korzystających z jakiegokolwiek technologii dla celów zawodowych, ci o niskim poziomie wykształcenia częściej obsługują maszyny, podczas gdy komputery to już wyraźnie częściej narzędzie pracy tych najlepiej wykształconych (Parent-Thirion i wsp. 2008). Analizy statystyczne pokazują natomiast, iż istnieje wyraźna korelacja pomiędzy użytkowaniem IT dla celów zawodowych a lepszymi warunkami pracy, a także pomiędzy korzystaniem z maszyn i gorszymi jej warunkami. I tak, praca związana z obsługą maszyn charakteryzuje się tym, że jest bardziej powtarzalna, monotypowa, wiąże się z mniejszą autonomią, a także większymi obciążeniami fizycznymi (tj. częstszymi dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego, gorszą samooceną ryzyka zawodowego) i czasami psychicznymi. Korzystający z IT natomiast są istotnie częściej optymistyczni, co do perspektyw rozwoju zawodowego, w porównaniu z pracującymi przy obsłudze maszyn czy w ogóle niekorzystającymi z żadnej technologii w pracy zawodowej (Joling, Kraan, 2008).

Tab. 8: Zróżnicowanie kognitywnego wymiaru pracy wśród pracujących o różnym poziomie wykształcenia, UE-27 (w %)

Wymiar pracy	Poziom wykształcenia wg ISCED 1997					
	0-1	2	3	4	5	6
Rozwiązywanie samemu nieprzewidzianych problemów	69,1	73,3	78,3	87,0	91,0	93,9
Wykonywanie złożonych zadań	36,5	48,0	56,7	64,6	74,5	87,1
Uczenie się nowych rzeczy	46,3	54,7	66,5	76,5	86,5	87,8
Wykonywanie monottonnych zadań	61,1	45,7	47,2	39,1	30,9	28,2
Wykonywanie krótkich powtarzalnych zadań trwających krócej niż jedna minuta	34,7	28,0	26,0	22,7	18,8	16,8
Wykonywanie krótkich powtarzalnych zadań trwających krócej niż dziesięć minut	48,4	45,4	40,8	42,1	29,2	21,3

Źródło: Parent-Thirion i wsp., 2007.

Kolejnym elementem specyfiki pracy istotnie zróżnicowanym w zależności od poziomu wykształcenia jest coś, co Parent-Thirion i wsp. (2007) określają jako kognitywny, bądź intelektualny, wymiar pracy (z ang. cognitive dimensions of work) – jego przykładowe elementy wymieniono w Tab. 8. Jak widać, im lepsze wykształcenie pracujących, tym częstsza konieczność rozwiązywania samemu nieprzewidzianych problemów, wykonywania złożonych zadań, czy uczenia się nowych rzeczy, a rzadziej wykonywania monottonnych i/lub monotypowych czynności, zazwyczaj nie angażujących umiejętności poznawczych pracownika.

## 7. Wzory zachowań zdrowotnych oraz zdrowie

Specyfika charakteryzowanej grupy przejawia się nie tylko w jej funkcjonowaniu na rynku pracy, ale także w sferze zdrowia. Otóż od lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku, kiedy to w Wielkiej



Brytanii został opracowany The Black Report<sup>24</sup>, status socjoekonomiczny (w tym poziom wykształcenia) powszechnie uznawany jest za istotny czynnik determinujący zachowania i świadomość zdrowotną, a także stan zdrowia ludzi (i związaną z nim przeciętną długość życia oraz wskaźniki umieralności).

Jeśli chodzi o zachowania, to w literaturze nie brakuje opracowań (np. Korzeniowska, 2009)<sup>25</sup> pokazujących jasną zależność pomiędzy niskim poziomem wykształcenia a częstszym podejmowaniem tych o charakterze antyzdrowotnym (tj. palenie papierosów, konsumpcja alkoholu, niewłaściwa z punktu widzenia zdrowia dieta czy brak aktywności fizycznej).

Należy przy tym jednak dodać, iż ogólnoeuropejskie dane Eurostat, zbierane w ramach badań pn. Health Interview Surveys – w skrócie HIS<sup>26</sup>, nie są w tym względzie jednoznaczne. Przykładowo, w czterech krajach uczestniczących w projekcie LEECH w całej grupie respondentów (tj. 15-latkowie i starsi) palenie tytoniu (w tym odsetki osób aktualnie niepalących, a także tzw. heavy smokers, czyli wypalających przynajmniej 20 papierosów na dobę) nie zmieniają się istotnie wraz z poziomem wykształcenia. Dopiero gdy rozpatruje się wybrane grupy wiekowe z przedziału wieku produkcyjnego (np. 25-34-, 35-44- czy 55-64-latków)<sup>27</sup>, to okazuje się, że odsetki tych wypalających duże ilości papierosów maleją, a aktualnie niepalących rosną wraz z wykształceniem.

Co ciekawe, badanie HIS pokazuje również, że w państwach biorących udział w projekcie LEECH wykształcenie jest czynnikiem, który determinuje korzystanie z opieki profilaktycznej<sup>28</sup>. Obserwuje się to m.in. w kontekście korzystania z świadczeń stomatologicznych w ciągu 12 miesięcy przed omawianym badaniem populacyjnym. Im niższy status edukacyjny, tym mniejsze odsetki respondentów odwiedzających gabinety dentystyczne. Biorąc pod uwagę tylko skrajne grupy wykształcenia, okazuje się, że wśród osób w wieku 15 lat i więcej, z wykształceniem na poziomie 0-1 z tego typu badań skorzystało w ES 26,8% respondentów, na LV – 40,9%, a w SI – 22,5%, podczas gdy wśród tych najlepiej wykształconych (poziom 4-6) dotyczyło to już odpowiednio: 45,9%, 65,5% oraz 43,9% pytanym<sup>29</sup>. Zależności te obserwuje się także w poszczególnych grupach wiekowych z przedziału wieku produkcyjnego (tj. wśród 25-34-, 35-44-, 45-54- oraz 55-64-latków). Poza korzystaniem z opieki stomatologicznej wykształcenie różnicuje także korzystanie z mammografii. W ES, LV i PL w grupach wiekowych 35-44-, 45-54- oraz 55-64-letnich kobiet zasadniczo odsetek tych, które kiedykolwiek w życiu poddały się temu badaniu skriningowemu maleje wraz z statusem edukacyjnym<sup>30</sup>.

Z jednej strony częstsze podejmowanie zachowań antyzdrowotnych, a z drugiej rzadsze poddawanie się opiece profilaktycznej przez charakteryzowaną grupę przyczynia się do pogłębiania się różnic w stanie zdrowia pomiędzy nisko i wysoko wykształconymi. I tak, jeśli chodzi o autoocenę zdrowia obywateli UE w zależności od ukończonego poziomu edukacji, to dane Eurostat wskazują, że im niższy status wykształcenia, tym gorsze oceny przypisywane własnemu zdrowiu<sup>31</sup>. Są to niemal

<sup>24</sup> The Black Report jest dokumentem z 1980 r. opracowanym przez panel ekspertów pod kierunkiem Sir Douglasa Blacka i opublikowanym przez Department of Health and Social Security Wielkiej Brytanii. Dotyczy on problemu nierówności w zdrowiu w zależności od statusu socjoekonomicznego.

<sup>25</sup> Korzeniowska (2009) w swoim artykule opisuje zarówno związki pomiędzy statusem edukacyjnym a stanem zdrowia i zachowaniami zdrowotnymi społeczeństwa polskiego w świetle różnorodnych badań ogólnopolskich zrealizowanych w latach 1998-2008, jak i zależności pomiędzy poziomem wykształcenia a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi w populacji pracujących w Polsce, bazując na badaniach Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi z lat 1988, 2002 i 2007.

<sup>26</sup> Badania HIS zostały przeprowadzone na populacji osób w wieku 15 i więcej lat, w różnych latach w okresie 1996-2003 w większości krajów UE. W obszarze zachowań zdrowotnych pytania dotyczyły palenia tytoniu (aktualne i przeszłe doświadczenia) oraz konsumpcji alkoholu (jakiegokolwiek jego ilości w okresie 12 miesięcy przed badaniem).

<sup>27</sup> Dane z badań HIS nie są standaryzowane ze względu na wiek, co powoduje, że wśród nisko wykształconych istotną część stanowi młodzież kontynuująca naukę, która jeszcze nie zaczęła palić, a także osoby w podeszłym wieku, które już nie palą (gdyż np. ze względu na stan zdrowia rzuciły nałóg nikotynowy). W związku z tym w celu nieuwzględnienia najmłodszych i najstarszych respondentów, którzy mogą zaburzać omawiane tu zależności, do analiz w niniejszym rozdziale wzięto te dane Eurostat, które dotyczą wybranych grup wiekowych spośród tych należących do wieku produkcyjnego.

<sup>28</sup> Należy przy tym uzupełnić, iż według danych HIS zależności tych raczej nie obserwuje się w odniesieniu do leczenia. Odsetki osób w wieku 15 lat i więcej korzystających w krajach partnerskich projektu LEECH z konsultacji lekarskich (innych niż opieka stomatologiczna) w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie zasadniczo są podobne w poszczególnych grupach wykształcenia.

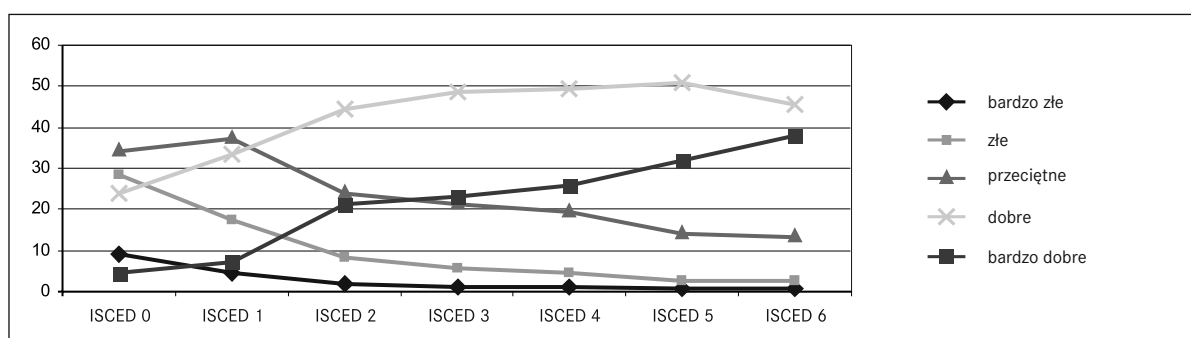
<sup>29</sup> Nieuwzględnienie tu Polski wynika z braku w bazach Eurostat danych dot. korzystania przez jej obywateli z opieki stomatologicznej w ciągu roku poprzedzającego badanie HIS.

<sup>30</sup> Nieuwzględnienie w opisie Słowenii wynika z braku w bazach Eurostat danych dot. korzystania w tym kraju z badań mammograficznych.

<sup>31</sup> Informacje w tym zakresie zostały zebrane w ramach badania EU-SILC, którego jeden z modułów poświęcony jest kwestiom zdrowia. Dane zawarte w niniejszym opracowaniu dotyczą 2008 r., kiedy to przebadano osoby w wieku 15 lat i więcej m.in. z wszystkich 27 krajów UE.

liniowe zależności obserwowane dla całej przebadanej grupy wiekowej, tj. 15-latków i starszych (należy tutaj jednocześnie podkreślić, iż zależności te obserwuje się w każdej z dziesięcioletnich grup wiekowych uwzględnionych w bazach Eurostat, tj. począwszy od 15-24-latków, a skończywszy na osobach w podeszłym wieku, tj. 85-latkach i starszych). Jeśli chodzi o całą grupę wiekową uwzględnioną w badaniu, to o ile niezadowolone w tej kwestii wyraża nieco częściej niż co piąta osoba z wykształceniem na poziomie 1 (21,9% respondentów wskazuje na odpowiedzi „bardzo złe” lub „złe”), to dotyczy to już tylko dosłownie kilku procent obywateli UE z wykształceniem wyższym (poziom 5-6). Odwrotne proporcje występują w przypadku zadowolenia ze zdrowia. Oceny „dobre” lub „bardzo dobre” przypisuje mu zaledwie dwie na pięć osób, których edukacja zakończyła się na szkole podstawowej (40,8% respondentów z wykształceniem na poziomie 1.) i już cztery na pięć legitymujących się dyplomem uczelni wyższej (82,6% tych z ISCED 1997 na poziomie 5. i 83,4% – na poziomie 6.) – szczegółowo zależności te prezentuje Ryc. 9, a w odniesieniu do czterech państw biorących udział w projekcie LEECH – Tab. 9.

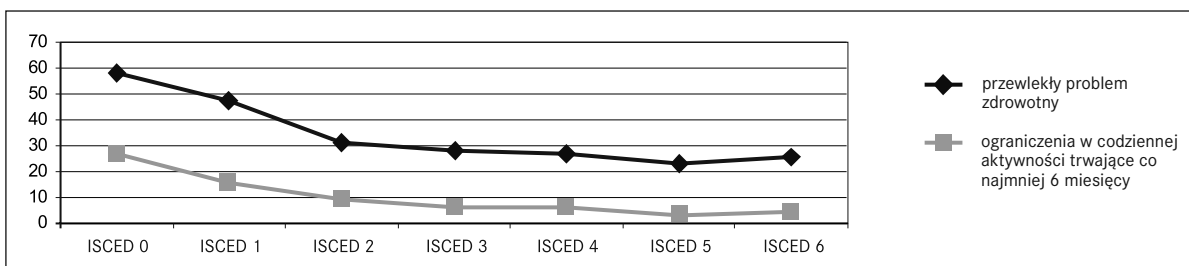
Ryc. 9: Samoocena zdrowia w zależności od poziomu wykształcenia wśród osób w wieku 15 lat i więcej, UE-27, 2008 r. (w %)



Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Dane te są spójne z deklaracjami obywateli UE w zakresie ich samooceny doświadczania choroby przewlekłej oraz znacznych ograniczeń w codziennej aktywności w ciągu pół roku poprzedzającego badanie EU-SILC. Otóż im niższy status wykształcenia, tym częściej respondenci mają takie odczucia (obrazuje to Ryc. 10, a w odniesieniu do krajów partnerskich Tab. 10 i 11). Należy przy tym jednoznacznie podkreślić, iż zależności te obserwuje się dla niemal każdej grupy wiekowej wyróżnionej w badaniu (dziesięcioletnie grupy wiekowe począwszy od 15-latków). Wyjątek w tej kwestii stanowią najstarsi (w odniesieniu do doświadczania choroby przewlekłej grupy 65-74, 75-84 oraz 85 lat i więcej, a w przypadku odczuwania istotnych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu – 85 lat i więcej), z czego można by wnioskować, że tutaj wpływ wieku jest już znacznie silniejszy niż zmienna wykształcenia.

Ryc. 10: Odsetki osób w wieku 15 i więcej lat, deklarujących doświadczanie choroby przewlekłej lub długotrwałego problemu zdrowotnego oraz odsetki osób w tym samym wieku, odczuwających ograniczenia w codziennej aktywności w okresie przynajmniej sześciu miesięcy przed badaniem, w zależności od poziomu wykształcenia, UE-27, 2008 r. (w %)



Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Dane Eurostat pokazują także, że nie tylko autoocena zdrowia czy też subiektywna ocena doświadczeń choroby przewlekłej, czy istotnych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu spowodowanych chorobą zmieniają się u obywateli UE wraz z ich poziomem wykształcenia, ale także niektóre obiektywne wskaźniki/efekty zdrowotne. Przykładem jest tu chociażby otyłość mierzona wskaźnikiem masy ciała (z ang. body mass index – BMI). Otóż biorąc pod uwagę tylko skraje poziomy edukacyjne, dane HIS pokazują, że odsetki osób w wieku 15 i więcej lat z BMI 30 i powyżej wynoszą w grupie wykształcenia na poziomie 0-1 wg ISCED 1997 w ES – 20,2%, LV – 15,5%, PL – 14,1%, SI – 17,5%, podczas gdy wśród najlepiej wykształconych (poziom 4-6) już tylko odpowiednio: 5,8%, 13,6%, 7% oraz 2,7%. Zależności te obserwuje się w niemal każdej grupie wiekowej uwzględnionej w bazach Eurostat (wyjątek znów stanowią najstarsi, tj. należący do 75-84-latków oraz osób w wieku 85 lat i starszych). Co ciekawe, są one silniejsze w grupie kobiet niż mężczyzn<sup>32</sup>.

Tab. 9: Samoocena zdrowia w zależności od poziomu wykształcenia wśród osób w wieku 15 lat i więcej, 2008 r. (w %)

Państwa	Samoocena zdrowia	Poziom wykształcenia (wg ISCED 1997)						
		0	1	2	3	4	5	6
UE-27	Złe	37,5	21,9	10,2	7,0	5,6	3,4	3,3
	Przeciętne	34,1	37,4	24,1	21,3	19,4	13,9	13,4
	Dobre	28,4	40,8	65,7	71,8	75,0	82,6	83,4
ES	Złe	b.d.	14,5	5,4	2,7	2,1	2,1	3,1
	Przeciętne	b.d.	32,5	15,8	12,0	11,5	9,3	9,8
	Dobre	b.d.	53,1	78,8	85,3	86,5	88,6	87,0
LV	Złe	53,7	51,5	23,7	14,8	16,0	9,0	b.d.
	Przeciętne	33,4	30,6	35,2	39,7	50,4	36,5	b.d.
	Dobre	12,9	18,0	41,1	45,6	33,6	54,4	b.d.
PL	Złe	64,4	38,2	2,3	12,9	10,4	6,0	11,2
	Przeciętne	27,7	37,0	4,6	26,7	27,5	17,6	24,9
	Dobre	7,9	24,8	93,1	60,4	62,1	76,5	64,0
SI	Złe	b.d.	34,1	25,8	11,3	b.d.	5,7	b.d.
	Przeciętne	b.d.	37,2	33,2	26,4	b.d.	19,4	11,9
	Dobre	b.d.	28,8	41,0	62,3	b.d.	74,9	88,1

Złe – suma odsetków respondentów oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe.

Dobre – suma tych, których samoocena zdrowia jest dobra lub bardzo dobra.

b.d. – brak danych.

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

<sup>32</sup> Jako uzupełnienie warto dodać, iż ciekawe zależności obserwuje się pomiędzy odsetkami osób z nadwagą – BMI z przedziału < 25-30) a poziomem wykształcenia. O ile w całym grupach respondentów w wieku 15 lat i więcej z poszczególnych państw partnerskich raczej nie występują wyraźne tendencje w tym zakresie, o tyle obserwuje się je oddzielnie w próbach mężczyzn i kobiet. I tak, zgodnie z danymi z badania HIS o ile w grupie respondentek z ES i SI wraz z statusem edukacyjnym istotnie maleje odsetek osób z BMI o wartości < 25-30, o tyle wśród mężczyzn z LV, PL i SI wraz z poziomem wykształcenia wyraźnie rośnie zjawisko nadwagi.

Tab. 10: Odsetki osób w wieku 15 i więcej lat, doświadczających choroby przewlekłej lub długotrwałego problemu zdrowotnego, w zależności od poziomu wykształcenia, 2008 r. (w %)

Państwa	Poziom wykształcenia wg ISCED 1997						
	0	1	2	3	4	5	6
UE-27	58,1	47,7	31,4	28,1	27,1	23,1	25,9
ES	b.d.*	47,0	24,2	19,1	25,8	19,0	20,4
LV	59,6	62,5	38,8	30,8	36,0	27,4	b.d.
PL	73,6	55,1	7,7	27,3	28,5	21,0	34,9
SI	b.d.	56,0	50,4	36,8	b.d.	30,7	29,2

\* b.d. - brak danych.

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tab. 11: Odsetki osób w wieku 15 lat odczuwających znaczne ograniczenia w codziennej aktywności w ciągu przynajmniej sześciu miesięcy przed badaniem, w zależności od poziomu wykształcenia, 2008 r. (w %)

Państwa	Poziom wykształcenia wg ISCED 1997:						
	0	1	2	3	4	5	6
UE-27	26,6	15,7	9,5	6,5	6,0	3,4	4,6
ES	b.d.*	9,2	3,9	2,2	0,9	1,9	3,3
LV	27,0	23,7	11,4	6,0	9,3	3,9	b.d.
PL	27,7	15,5	1,8	4,9	3,9	2,5	4,7
SI	b.d.	24,7	15,4	8,4	b.d.	3,8	b.d.

\* b.d. - brak danych.

Opracowanie własne na podstawie danych z bazy Eurostat:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

## 8. Zadowolenie z życia oraz pracy zawodowej

Opisana w rozdziale specyfika osób gorzej wykształconych: rzadsze legitymowanie się umiejętnościami pożądanymi na rynku pracy (co m.in. wynika z istotnie mniej powszechnego uczestnictwa w kształceniu ustawicznym) w stosunku do grup o wysokim statusie wykształcenia, trudności na rynku pracy (w tym m.in. częstsze bezrobocie lub niekorzystne warunki zatrudnienia, także finansowe) oraz gorsze zdrowie (wynikające m.in. z częstszego podejmowanie zachowań antyzdrowotnych), ma swoje odzwierciedlenie w niższej samoocenie życia zawodowego i osobistego.

Analizy dokonane w ramach badania Eurofund pn. Second European Quality of Life Survey<sup>33</sup> (Anderson i wsp., 2009) pokazują, że poziom wykształcenia różnicuje zadowolenie obywateli UE ze swojego aktualnego życia, poczucie, że jest ono zgodne z oczekiwaniami oraz optymizm w stosunku do przyszłości. W każdym przypadku takie przekonania częściej wyrażają osoby lepiej wykształcone, w stosunku do tych o niskim statusie edukacyjnym.

Jeśli chodzi o ocenę pracy zawodowej, to cytowane już inne badanie Eurofund – IV edycja EWCS (Parent-Thirion i wsp., 2007) – pokazuje, że odsetek tych nieusatysfakcjonowanych jest ponad dwa razy wyższy w grupie najslabiej wykształconych w stosunku do tych najlepiej wyedukowanych (wśród tych z wykształceniem na poziomie 5-6 wg ISCED 1997 „niezbyt zadowolonych” oraz „w ogóle niezadowolonych”

<sup>33</sup> W badaniu zrealizowanym na przełomie 2007 i 2008 r. w formie wywiadu kwestionariuszowego wzięli udział obywatele m.in. 27 państw UE w wieku 18 lat i więcej (próbę liczyła przynajmniej 1000 osób w każdym kraju).

jest 12%, podczas gdy wśród tych na poziomie 0-1 dotyczy to już 28% osób). Tym samym, im lepsze wykształcenie pracujących, tym częściej wyrażane zadowolenie z życia zawodowego – dla przykładu, o ile w całej próbie co czwarty respondent (25%) uważa, że jest bardzo zadowolony z swojej pracy, to wśród osób z wykształceniem zaklasyfikowanym do grupy 6. – już aż co drugi (51%). Czwarta edycja EWCS pokazuje także, że pracujący legitymujący się dyplomem ukończenia uczelni wyższej wyraźnie częściej wyrażają przekonanie, że mają dobre perspektywy rozwoju kariery zawodowej niż pracujący o niższym poziomie wykształcenia (Joling, Kraan, 2008)<sup>34</sup>.

## 9. Podsumowanie

Reasumując, przytoczone w niniejszym rozdziale dane jasno wskazują na istotną odmienną populacji osób nisko wykształconych w stosunku do tych o wysokim statusie edukacyjnym. Niskie lub brak kwalifikacji wynikające z krótkotrwałego i/lub ogólnego (tj. niezawodowego) kształcenia stosunkowo rzadko są pogłębiane/zdobywane w toku kształcenia ustawicznego – w 2007 r. podejmowanie kształcenia formalnego i/lub pozaformalnego dotyczyło tylko blisko co piątego obywatela UE w wieku 25-64 lata z wykształceniem na poziomie 0-2 (18%), ale już częściej niż co drugiego legitymującego się dyplomem ukończenia uczelni wyższej – poziom 5-6 (58,8%). Nic więc dziwnego, że charakteryzowana grupa wyraźnie rzadziej posiada tak szczególnie pożądane umiejętności na współczesnym rynku pracy jak kompetencje w zakresie ICT (dane z 2009 r. wskazują, że wśród osób w wieku 16-74 lata przeciętnie co druga z wykształceniem na poziomie 0-2 nigdy nie obsługiwała komputera czy Internetu, podczas gdy brak takich doświadczeń dotyczył już tylko kilku procent osób z wykształceniem wyższym). Kwestie te są jednym z istotnych czynników wyjaśniających znacznie gorszą pozycję charakteryzowanej grupy na rynku pracy. Dobrze obrazuje to chociażby wskaźnik zatrudnienia, który w 2008 r. wśród obywateli UE w wieku 25-64 lata z wykształceniem na poziomie 0-2 wynosił jedynie 56,6%, podczas gdy wśród najlepiej wyedukowanych (poziom 5-6) już 85,3%, czy przeciętny zrównoważony dochód netto, który w tym samym roku w UE wśród nisko wykształconych (poziom 0-2) w wieku 18-64 lata stanowił jedynie 57% dochodu tych z wyższym wykształceniem (poziom 5-6). Poza tym, w grupach tych obserwuje się zupełnie inną specyfikę pracy zawodowej – najniżej wyedukowani wyraźnie rzadziej posługują się technologią przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych (obsługują komputery i/lub inne maszyny), a także rzadziej wykonują zadania angażujące umiejętności poznawcze/ intelekt. Poza gorszym funkcjonowaniem w sferze zawodowej nisko wykształceni mają także gorsze zdrowie (zarówno w kontekście obiektywnych wskaźników zdrowotnych – jak chociażby BMI, jak i subiektywnych – np. autoocena zdrowia). Nie powinno to jednak dziwić, skoro charakteryzują ich gorsze wzory zachowań zdrowotnych, a także rzadsze korzystanie z badań profilaktycznych. Ta istotnie gorsza sytuacja nisko wykształconych (w sferach zawodowej, finansowej, jak i zdrowia) ma swoje odzwierciedlenie w istotnie mniejszym zadowoleniu z życia zawodowego jak i osobistego w stosunku do grup o wysokim statusie edukacyjnym.

<sup>34</sup> Bardziej szczegółowych danych w tym względzie, niemniej jednak dotyczących wyłącznie Polski, dostarcza także badanie zrealizowane w 2007 r. przez Centrum Badania Opinii Społecznej (2008b) – populacja badana liczyła 38 866 osób dorosłych, z czego 54,1% stanowili pracujący. I tak, o ile w całej próbie pracujących pozytywną ocenę wystawia swojej pracy 62,8% respondentów, o tyle odsetki powyżej tej średniej dotyczą już tylko najlepiej wykształconych grup: 68,3% osób z wykształceniem pomaturalnym, 69,4% – wyższym licencjackim, 75,1% – wyższym magisterskim oraz 85,8% – wyższym z stopniem co najmniej doktora. Co ciekawe, gdy pytano respondentów o ocenę na skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznaczało zdecydowaną dezaprobatę danego stwierdzenia, 3 – odpowiedź „i tak, i nie (różnie bywa)”, a 5 – pełną aprobatę) następujących ośmiu wymiarów pracy zawodowej: daje poczucie pewności zatrudnienia i stabilizacji, łączy się z zadowalającymi świadczeniami socjalnymi, daje poczucie, że wykonywane zadania są ważne i mają sens, jest interesująca, jest zgodna z wykształceniem i umiejętnościami, daje szansę na rozwój zawodowy, awans, wymaga doskonalenia posiadanych umiejętności i poznawania nowych rzeczy, przynosi dobre zarobki, to jedyną kategorią zawodową, w której przeciętna całłościowa ocena uplasowała się poniżej punktu 3, a więc negatywnie, byli robotnicy niewykwalifikowani.



## Bibliografia

1. Anderson R., Mikulić B., Vermeylen G., Lylly-Yrjanainen M., Zigante V.: Second European Quality of Life Survey – Overview. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, Luxemburg 2009. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>
2. Bardone L., Guio A.C.: In-Work Poverty – New commonly agreed indicators at the EU level. Statistics in focus. Eurostat 2005;5:[12 ss. Ekranowych]. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF)
3. Batorski D.: Uwarunkowania i konsekwencje korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych. W: Czapiński J., Panek T., [red.]. Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków [raport]. Warszawa 2007. Dostępny na stronie: [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza\\_raport\\_2007.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf)
4. Centrum Badania Opinii Społecznej: Pracujący biedni. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2008a. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K\\_182\\_08.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_182_08.PDF)
5. Centrum Badania Opinii Społecznej: Życie zawodowe Polaków. Komunikat z badań. Warunki życiowe społeczeństwa polskiego: problemy i strategie. CBOS, Warszawa 2008b. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K\\_034\\_08.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_034_08.PDF)
6. Centrum Badania Opinii Społecznej: Aspiracje i motywacje edukacyjne Polaków w latach 1993-2009. CBOS, Warszawa 2009. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K\\_070\\_09.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_070_09.PDF)
7. Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva 2008. Dostępny na stronie: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
8. European Commission: Combating poverty and social exclusion: a statistical portrait of the European Union 2010. Luxembourg, Eurostat 2010. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF)
9. European Commission: Eurobarometr survey on poverty and social exclusion. Publications Office of the European Union, Luxemburg 2009c. Dostępny na stronie: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_321\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf)
10. European Commission: Europe in figures. Eurostat yearbook. Luxembourg, Eurostat 2009b. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/publication?p\\_product\\_code=KS-CD-09-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-09-001)
11. European Commission: Sustainable development in the European Union. 2009 monitoring report of the EU sustainable development strategy. Luxembourg, Eurostat 2009a. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF)
12. European Commission: The Social Situation in the European Union 2007. Social Cohesion through Equal Opportunities. Luxembourg, Eurostat 2008. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KE-AG-08-001/EN/KE-AG-08-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KE-AG-08-001/EN/KE-AG-08-001-EN.PDF)
13. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Access to employment for vulnerable groups. Foundation paper NO. 2 JUNE 2002. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/44/en/1/ef0244en.pdf>
14. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Employment security and employability: A contribution to the flexicurity debate. Luxembourg Publications Office of the European Union 2008. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/36/en/2/EF0836EN.pdf>
15. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Working poor – bringing them into the net [information sheet]. Dublin, Eurofund 2010. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/1094/en/1/EF091094EN.pdf>
16. GUS: Kształcenie dorosłych., Warszawa 2009. Dostępny na stronie: [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_WZ\\_ksztalcenie\\_doroslych.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_WZ_ksztalcenie_doroslych.pdf)
17. GUS, Urząd Statystyczny w Krakowie: Beneficjenci Pomocy Społecznej i Świadczeń Rodzinnych w 2008 r. Analizy statystyczne. Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2009. Dostępny na stronie: [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS\\_2009\\_Beneficjenci.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS_2009_Beneficjenci.pdf)
18. Grantham-McGregor S.M., Bun Cheung Y., Cueto S., Glewwe P., Richter L., Strupp B. i wsp.: Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet 2007;369:60-70
19. Co to jest klasyfikacja ISCED? [opracowanie na podstawie notatki przygotowanej przez MENiS, Departament Strategii Edukacyjnej i Funduszy Strukturalnych]. Dostępny na stronie: <http://europass.frse.org.pl/files/isced.pdf>
20. Joling C, Kraan K.: Use of technology and working conditions in the European Union. Luxemburg, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions; 2008. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/63/en/1/EF0863EN.pdf>

21. Korzeniowska E.: Wykształcenie w badaniach socjologii zdrowia – przemiany zjawiska i dylematy interpretacyjne. W: Bąk A., Kubisz-Muła Ł. [red.]. *Metody, techniki i praktyka badań społecznych* Wyd. Naukowe ATH, Bielsko-Biała; 2009, ss. 129-147
22. Ministerstwo Gospodarki i Pracy: *Uczenie się dorosłych – przegląd tematyczny. Notatka na temat kraju, Polska*. MGiP, Warszawa 2006. Dostępny na stronie: [http://www.mpips.gov.pl/\\_download.php?f=userfiles2FFile2FDepartament+Rynku+Pracy2FNotatka+na+temat+kraju.pdf](http://www.mpips.gov.pl/_download.php?f=userfiles2FFile2FDepartament+Rynku+Pracy2FNotatka+na+temat+kraju.pdf)
23. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: *Badanie OECD Uczenie się dorosłych – przegląd tematyczny*. MGiP, Warszawa 2005. Dostępny na stronie: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505>
24. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: *Polska 2007. Raport o rynku pracy oraz zabezpieczeniu społecznym*, Warszawa 2007. Dostępny na stronie: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1061>
25. O'Connell P.J.: *Adults in training: an international comparison of continuing education and training*. Centre for Educational Research and Innovation. OECD, Paris; 1999. Dostępny na stronie: [http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf](http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf)
26. OECD: *Beyond Rhetoric: Adult Learning Policies and Practices*. OECD, Paris 2003a
27. OECD: *Education Policy Analysis 2003*. OECD, Paris 2003b
28. OECD: *Promoting Adult Learning*, OECD, Paris 2005
29. Parent-Thirion A., Fernández Macías E., Hurley J., Vermeylen G.: *Fourth European Working Conditions Survey*, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Eurofound, Luxemburg; 2007. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>

### **3. Polityka Unii Europejskiej wobec osób o niskim statusie wykształcenia**

*Patrycja Wojtaszczyk*

#### **1. Unia Europejska i polityka społeczna**

Unia Europejska (UE) jest organizmem polityczno-gospodarczym powstałym początkowo dla zapewnienia swobód – przepływu towarów, usług, kapitału oraz osób. Owe swobody mają stymulować szybszy rozwój, pozwolić na tworzenie się dobrych kontaktów ekonomicznych i społecznych, a w efekcie wzmacniać spójność całego regionu i tym samym zapewnić bezpieczeństwo i pokój jego mieszkańcom.

Realizacja tych swobód wymagała stworzenia infrastruktury, zarówno w sensie fizycznym, jak i prawno-organizacyjnym, dzięki której możliwe będzie wykorzystanie wspomnianych swobód w pełni i z jak największą korzyścią dla wszystkich interesariuszy. Otworzenie granic pomiędzy obszarami o bardzo zróżnicowanym potencjalnie może prowadzić także do wielu niekorzystnych zjawisk – jak np. wyludnianie się niektórych regionów, nierówny dostęp do płynących z przyspieszonego rozwoju korzyści, pogłębianie się dysproporcji społecznych – co może prowadzić do napięć i konfliktów. Dlatego tak istotnym obszarem działania UE stało się zapewnienie określonych standardów minimalnych we wszelkich dziedzinach życia i ludzkiej działalności, na którą realizacja czterech swobód może mieć bezpośredni lub pośredni wpływ, a także nacisk na efektywną politykę spójności. Program gospodarczy, stanowiący oś współpracy europejskiej, został z biegiem lat wzbogacony także o działania w obszarze polityki społecznej. Realizowana jest ona poprzez ujednoczenie oraz harmonizację praw i reguł obowiązujących w granicach UE, a także w sposób bardziej aktywny – za pomocą wielu programów, wspieranych z unijnego budżetu. W programach tych pojawiają się między innymi kwestie szeroko pojętej edukacji, dostępu do nauki i opieki medycznej, podnoszenia kwalifikacji, ochrony zdrowia w miejscu pracy. Istotnym kierunkiem działań UE jest także ochrona konsumentów i zdrowie publiczne, w szczególności zaś promocja zdrowia. Każdy z tych obszarów jest ważki szczególnie w kontekście realizacji swobody przepływu usług oraz osób (w tym przepływ związany z podejmowaniem pracy), a także równoważenia potencjałów regionów i społeczności lokalnych. Ponadto, działania związane z eliminacją wykluczenia społecznego są także formą budowania społecznego wymiaru rynku wewnętrznego (Szarfenberg, 2008). Odbiciem zainteresowania Unii Europejskiej problemami społecznymi jest funkcjonowanie w ramach Komisji Europejskiej Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości Szans.

#### **2. Strategie unijne**

Bliższe przyjrzenie się zarówno deklaracjom politycznym czy programowym, jak i konkretnym instrumentom finansowym stosowanym w UE pozwala zauważyć, że kwestia wykluczenia społecznego osób o niskim statusie zajmuje w hierarchii unijnych priorytetów wysokie miejsce. Pamiętać należy jednak, że wykluczenie społeczne rozumiane jest głównie jako ubóstwo (głównie wynikające z problemów

z zatrudnieniem), niepełnosprawność, niedopasowanie kulturowe (wynikające np. z migracji), natomiast kwestie niskiego poziomu wykształcenia nie stanowią osobnego, silnie zarysowanego tematu w ramach polityki przeciw wykluczeniu. Znacznie wyraźniej cele dotyczące problematyki osób o niskim statusie wykształcenia zarysowane są w polityce zatrudnienia i polityce edukacyjnej Wspólnoty.

Cele ogólne na dekadę, która właśnie upływa, wyznaczał w Unii Europejskiej kluczowy dokument – tzw. Strategia Lizbońska. Działania podejmowane dla jej realizacji miały przyczynić się do tego, by Państwa Członkowskie stały się wspólnie wiodącym pod względem konkurencyjności oraz dynamiki rozwoju podmiotem w globalnej gospodarce. Dążeniem UE było (i nadal jest) tworzenie miejsc pracy w większej ilości i o lepszej jakości oraz zwiększanie spójności społecznej. Założenia Strategii były bardzo szczytne – już dziś wiadomo, że ich realizacja niestety nie udała się w pełni. Trwają prace nad przygotowaniem i przyjęciem kolejnej dziesięcioletniej strategii, wyznaczającej kierunki rozwoju UE (tzw. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu), stanowiącej kontynuację i rozwinięcie zapisów z Lizbony. Przyjrzyjmy się jednak najpierw konstrukcji i logice strategii na pierwszą dekadę XXI w. Stawiała ona zarówno przed Wspólnotami (jako podmiotem prawa międzynarodowego), jak i przed poszczególnymi Państwami Członkowskimi konkretne cele do osiągnięcia, wyznaczając cztery główne kierunki działania: dochodzenie do modelu gospodarki opartej na wiedzy, modernizację europejskiego modelu społecznego, opracowanie ram dla stabilnej polityki makroekonomicznej oraz zapewnienie zrównoważonego rozwoju.

Dla obserwowania zmian i postępów w realizacji założeń Strategii przyjęto ok. 100 różnych wskaźników składających się na tzw. Tabelę Wskaźników Strukturalnych (zasadność ich doboru była kwestionowana). Warto zauważyć, że spośród pięciu głównych dziedzin, monitorowanych w ramach owych wskaźników znajduje się kwestia zatrudnienia oraz spójności społecznej (pozostałe to innowacyjność, reformy gospodarcze i środowisko naturalne) (Szomburg, 2004).

Ważnym celem w związku z tematem miejsca osób o niższym poziomie wykształcenia w społeczeństwie oraz sposobu ich traktowania w polityce unijnej jest dążenie do budowania gospodarki opartej na wiedzy – gospodarki, w której liczą się wysokie kwalifikacje oraz innowacyjność. Taki cel wymusza podjęcie szeregu działań, które mają doprowadzić do stopniowego podnoszenia jakości zasobów ludzkich. Przecież to owe zasoby mają tworzyć opartą na wiedzy gospodarkę i z jej produktów korzystać. Cele szczegółowe, związane z kwestiami zatrudnienia wypracowane w ramach Strategii Lizbońskiej, są zgodne z taką linią myślenia. Pojawiły się zatem takie kierunki działania, jak poprawa zatrudnialności i podwyższanie kwalifikacji siły roboczej, zwiększanie adaptacyjności poprzez kształcenie ustawiczne (kształcenie przez całe życie), zwiększanie zatrudnienia w sektorze usług oraz zmniejszanie skali nierówności w dostępie do pracy. W ramach stawiania na innowacyjność Strategia Lizbońska wskazywała na konieczność tworzenia infrastruktury – w tym szkoleniowej – na rzecz informatyzacji społeczeństw, inwestowania w edukację ułatwiającą życie i pracę w gospodarce opartej na wiedzy. Wskaźniki przyjęte dla tego obszaru to m.in. zmniejszenie o połowę udziału osób w wieku 18-24 lat z wykształceniem nie wyższym niż średnie, tworzenie na bazie szkół wielozadaniowych centrów edukacji lokalnej, certyfikacja umiejętności w zakresie ICT, ułatwienie mobilności czy wprowadzenie standardowego formatu CV. Nowy model gospodarczy i stawianie na wiedzę potencjalnie mogłoby prowadzić do nadmiernego rozwarstwienia społecznego i nasilenia się zjawiska wykluczenia społecznego. Stąd poczesne miejsce w zadaniach dla Strategii Lizbońskiej zajmuje troska o różnorodne grupy ryzyka (np. mniejszości czy osoby niepełnosprawne) dla których adaptacja do nowych wymogów może być większym wyzwaniem niż dla pozostałych (Royuela-Mora i wsp., 2005).

Na kolejną dekadę projektowana jest Strategia Europa 2020. Doświadczenie kryzysu gospodarczego, który ujawnił się w 2008 r. oraz trudności w realizacji wskaźników przyjętych dla celów Strategii Lizbońskiej nie zniechęciło polityków do stawiania sobie ambitnych wyzwań. Komisja Europejska proponuje między innymi działanie w kierunku osiągnięcia na koniec projektowanego okresu wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20-64 lat na poziomie 75% (obecnie to ok. 69%), przy czym chodzi głównie o:

- a) aktywizację zawodową kobiet, młodzieży, osób starszych oraz nisko wykwalifikowanych, a także lepszą integrację migrantów na rynku pracy;
- b) przeznaczanie 3% PKB UE na badania i rozwój (nastawienie się na efekty i zjawisko synergii uzyskane dzięki lepszemu wykorzystaniu środków prywatnych);
- c) ograniczenie liczby osób przedwcześnie kończących naukę do 10% (obecnie jest to 15%);

- d) doprowadzenie do sytuacji, w której 40% osób młodych zdobywa wykształcenie wyższe (obecnie jest to 31%);
- e) zmniejszenie liczby osób zagrożonych ubóstwem o 20 mln;
- f) przyjęcie celów w zakresie ochrony klimatu i oszczędzania energii.

Warto dodać, że pierwotna propozycja Komisji Europejskiej w zakresie zwiększania poziomu zatrudnienia nie obejmowała wprost pracowników nisko wykwalifikowanych – zapis ten pojawił się na etapie konkluzji Rady Europejskiej do projektu strategii zarysowanego przez Komisję. Ostateczna wersja strategii powinna być podpisana w połowie 2010 r. (Komisja Europejska, 2010; Rada Europejska, 2010).

Cele strategiczne, zarówno ze Strategii Lizbońskiej jak i nowoprojektowanej strategii do 2020 r., stanowią oś wokół której budowane są programy pomocowe UE, dopasowywane są do nich akcje i środki unijne. Dlatego tak istotne są wskaźniki i kierunki działania przyjęte na poziomie wspólnotowym. Przekładają się one także na polityki krajowe Państw Członkowskich. Państwa – członkowie UE – przygotowują w oparciu o uzgodnione kierunki działania programy reform wewnętrznych spójnych z celami strategicznymi wraz z ich planem finansowym. Połączenie wysiłków Państw Członkowskich z działaniami Komisji Europejskiej i innych instytucji oraz agend unijnych ma w efekcie zapewnić osiągnięcie zakładanych wskaźników rozwoju. Z tego względu wartościowym jest, że już na poziomie specyfikacji wymiernych celów strategii pojawił się w projekcie zapis o podnoszeniu poziomu zatrudnienia wśród osób o niskim statusie edukacyjnym. Strategia nie określa jakimi narzędziami celów ów ma być osiągnięty. Wybór metod dochodzenia do założonego poziomu wskaźników jest podejmowany na etapie budowania i realizacji konkretnych programów.

### **3. Osoby o niskim wykształceniu a wybrane polityki unijne**

Zasadniczo rozwiązań nacelowanych na osoby o niskim statusie wykształcenia należy poszukiwać w perspektywie prowadzonych w projekcie LEECH badań w trzech obszarach: polityki zdrowotnej, polityki edukacyjnej i w ramach szeroko rozumianej polityki społecznej (w szczególności zaś w obszarze zatrudnienia i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu).

Polityka zdrowotna wedle traktatów założycielskich Wspólnot ma być realizowana zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach”. UE musi także dążyć do „poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwania źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego”. Warto dodać tutaj, że od 2005 r. jednym ze wskaźników dla Strategii Lizbońskiej uwzględnianych w ramach całego ich kompleksu stało się HLY<sup>1</sup>. W rzeczywistości hasła z traktatów oraz Strategii wcielane są w życie poprzez uwzględnianie aspektów zdrowotnych przy wprowadzaniu przepisów odnośnie do wszelkich dziedzin życia (np. podatków, ochrony środowiska czy badań naukowych) oraz poprzez otwartą metodę koordynacji w zakresie rozwiązań dotyczących wszelkich obszarów polityki związanej ze zdrowiem – w tym w szczególności opieki medycznej. Idzie tu o rozwiązania dotyczące obszarów nadgranicznych oraz sposobu rozliczania usług medycznych pomiędzy ubezpieczycielami i systemami opieki medycznej w różnych krajach. Do kompetencji UE nie należą kwestie związane z organizacją systemów opieki zdrowotnej w Państwach Członkowskich. Zajmuje się ona natomiast kwestiami promocji zdrowia oraz zdrowiem publicznym i wyznaczaniem minimalnych standardów ochrony zdrowia (np. w miejscu pracy). Ponadto warto zauważyć, że kwestie zapewnienia dostępu do zdrowia (opieki medycznej) oraz edukacji zawarte zostały także w Karcie Praw Podstawowych – która pomimo niedookreślonego na razie statusu prawnego stanowi ważny punkt odniesienia w funkcjonowaniu Wspólnoty.

Obecnie prowadzone unijne działania wokół zdrowia ustrukturywane zostały w konkretne cele w ramach strategii na lata 2008-2013 pt. Razem dla Zdrowia (Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013). Jako pierwsze wyzwanie w tym dokumencie wymienione jest zapewnienie stabilności systemów opieki zdrowotnej, wynikające ze zmian demograficznych. Sposobem na sprostanie mu ma być m.in. promocja zdrowia przez cały cykl życia i zmniejszanie nierówności w dostępie do zdrowia wynikające z uwarunkowań społecznych, ekonomicznych i środowiskowych. Nie wymienia się w całym dokumencie

<sup>1</sup> HLY (ang. healthy life years) – lata przeżyte w zdrowiu.



wprost kwestii statusu edukacyjnego, jednakże można domniemywać, że to także ważny aspekt generujący nierówny dostęp do zdrowia, który powinien zostać podjęty w ramach działań unijnych. Jako metodę radzenia sobie z tym zagadnieniem wskazano popularyzację programów alfabetyzacji zdrowotnej dla różnych grup wiekowych.

Głównym narzędziem finansowym, pozwalającym obecnie na realizację polityki prozdrowotnej UE, jest Program Zdrowia Publicznego na lata 2008-2013. Drugi wspólnotowy program zdrowia publicznego wskazuje, że w jego ramach powinno prowadzić się działania, mogące pomóc w identyfikacji przyczyn nierówności w zakresie zdrowia i zachęcać między innymi do wymiany sprawdzonych rozwiązań w dziedzinie likwidacji takich nierówności. W ramach programu corocznie fundowane są zatem projekty dedykowane temu tematowi, choć trudno znaleźć działania odnoszące się przede wszystkim do problemu nierówności wynikających z różnic w statusie edukacyjnym (Parlament Europejski, 2007).

Drugim istotnym obszarem działań to polityka edukacyjna UE. Co prawda jest to obszar kształtowany przez Państwa Członkowskie samodzielnie (podobnie jak kwestie opieki zdrowotnej), ale w ramach unijnych programów ustalane są wspólne cele, a także wdrażane różnorodne mechanizmy wspierania ich realizacji. W ramach Strategii Lizbońskiej realizowana jest koncepcja kształcenia się przez całe życie, która służyć ma budowaniu i rozwijaniu kultury uczenia się i nadaniu wysokiej rangi nauce; zwiększaniu dostępu do informacji i doradztwa na temat możliwości edukacyjnych oraz przybliżenie owych możliwości uczącym się, zwiększaniu poziomu inwestycji (finansowych i czasowych) w samokształcenie, upowszechnieniu umiejętności podstawowych (w tym kompetencji społecznych i obywatelskich) oraz rozwojowi innowacyjnych sposobów uczenia się.

Wiodącym instrumentem realizacji powyższej koncepcji jest tu „Program uczenia się przez całe życie”, na który UE na lata 2007-2013 przeznaczyła około 7 mld euro. Służyć ma on wspieraniu szkolenia zawodowego, jak również współpracy pomiędzy instytucjami prowadzącymi szkolenia zawodowe a przedsiębiorstwami (program Leonardo da Vinci), zwiększaniu mobilności studentów i współpracy uniwersytetów (program Erasmus), finansowaniu projektów edukacyjnych dla dorosłych (program Grundtvig), a także współpracy między szkołami i pracującymi w nich nauczycielami (program Comenius). W szczególności Grundtvig odnosi się do działań związanych z podnoszeniem kompetencji oraz rozwiązywaniem problemów wynikających z niskiego statusu edukacyjnego (DG Edukacja i Kultura – serwis internetowy). Projekt LEECH oraz ta publikacja były możliwe dzięki wsparciu z tego właśnie źródła.

Kolejny ważny obszar w odniesieniu do osób nisko wykształconych to polityka społeczna UE. Jak wspomniano wcześniej, cele wieloletnich strategii wspólnotowych obejmują problematykę przeciwdziałania wykluczeniu i zwiększania spójności społecznej.

Program działań społecznych realizowany jest od lat 70. jako element polityki Unijnej. Obecnie kluczowe zadania w tym zakresie wyznaczane są przez tzw. Agendy Społeczne. To rodzaj deklaracji programowych, towarzyszących Strategii Lizbońskiej, których realizacja odbywa się za pomocą różnych instrumentów: prawodawstwa UE, dialogu społecznego (rozumianego jako współpraca związków i organizacji pracodawców, pracowników i administracji publicznej), współpracy pomiędzy państwami członkowskimi, finansowania przez UE (wykorzystywanie wspólnotowych funduszy strukturalnych, Europejskiego Funduszu Dostosowania do Globalizacji oraz programu PROGRESS do celów związanych z zatrudnieniem i solidarnością społeczną), partnerstwa, dialogu i komunikacji (zaangażowanie organizacji pozarządowych, władz regionalnych i lokalnych oraz innych zainteresowanych stron i konsultacje z nimi) oraz poprzez zagwarantowanie, że wszystkie dziedziny polityki UE promować będą możliwości, dostęp i solidarność (monitorowanie nowych inicjatyw pod kątem ich konsekwencji społecznych i związanych z zatrudnieniem).

Pierwsza Agenda Społeczna UE, przyjęta w 2000 r. przez Komisję Europejską, obejmowała pierwsze pięć lat Strategii Lizbońskiej (2000-2005). Obecnie obowiązująca wersja, zapoczątkowana w lutym 2005 r., obejmuje lata 2005-2010. Ponieważ wszystkie przewidziane w Agendzie z 2005 r. środki zostały przyjęte, Komisja Europejska uruchomiła w lipcu 2008 r. nową wersję Agendy Społecznej tzw. Odnowioną Agendę Społeczną: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI w., zawierającą inicjatywy w dziedzinie walki z dyskryminacją oraz edukacji i zdrowia. Agenda ta traktuje o szeregu elementów polityki społecznej, wskazując na priorytety, między innymi: inwestowanie w ludzi, ilość i jakość miejsc pracy oraz nowe umiejętności, dłuższe i zdrowsze życie (tu jako jedno z zagrożeń wskazuje się niski poziom wykształcenia)

oraz walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Problemem od ponad 40 lat dominującym w programach tego typu jest kwestia ubóstwa. W ramach Agendy Społecznej rok 2010 – Europejski Rok Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym – poświęcony jest kampanii na temat problematyki ubóstwa i wykluczenia społecznego. Wytyczne dla państw członkowskich jako priorytety polityki w tym zakresie wskazują m.in. eliminowanie nierówności w kształceniu i szkoleniu, w tym szczególnie – umiejętności informatycznych oraz programowania równego dostępu dla wszystkich do technologii informacyjno-komunikacyjnych (szczególnie niepełnosprawnych), zapewnienie równego dostępu do odpowiednich zasobów i usług, w tym do odpowiednich warunków mieszkaniowych, opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia. Ponadto kampania ma posłużyć promowaniu zintegrowanej strategii na rzecz aktywnej integracji. Kampania europejska oraz powiązane z nią programy krajowe weszły właśnie w fazę realizacji – ich ocena nastąpi w pierwszej połowie 2011 r. (Komisja Europejska, 2008a).

W samym dokumencie przyjmującym Odnowioną Agendę Społeczną zwraca się uwagę na kwestie poziomu wykształcenia i rozwoju kompetencji: „Rozwój [technologii] zwiększa popyt na umiejętności, co przyczynia się do zwiększenia różnic między pracownikami wykwalifikowanymi i niewykwalifikowanymi. (...) Nadrzędną kwestią społeczną w długoterminowej perspektywie jest określenie sposobu wyposażania obywateli we właściwe umiejętności, tak aby w nowoczesnej gospodarce dysponowali oni – jako pracownicy, przedsiębiorcy i konsumenci – lepszymi możliwościami działania. Nie jest to jedynie kwestia szkolenia zawodowego w jego tradycyjnym rozumieniu. Jest to również kwestia tego, na jakie umiejętności i kwalifikacje istnieje zapotrzebowanie w nowej gospodarce, i jak umożliwić obywatelom skuteczne ich rozwijanie. Dlatego też UE intensywnie inwestuje w rozwój umiejętności, (...) a także promuje mobilność w ramach kształcenia i szkolenia ustawicznego oraz wiedzę i innowacje.” Jednocześnie w Agendzie Komisja zobowiązała się do przedstawienia na przełomie lat 2008-2009 inicjatywy pn. Nowe umiejętności w nowych miejscach pracy, w której dokonać miano wstępnej oceny rynku pracy i potrzeb w zakresie umiejętności w perspektywie 2020 r., stworzenia mapy istniejących instrumentów służących prognozowaniu na poziomie krajowym i europejskim oraz zaproponowania bardziej skutecznego podejścia do przewidywania rozwoju sytuacji na rynku pracy i dopasowywania popytu na rynku pracy do podaży za pomocą synergii pomiędzy politykami zatrudnienia, szkolenia i kształcenia. Inicjatywa została zrealizowana i stanowiła wskazania do przygotowania Strategii UE 2020, będącej kontynuacją Strategii Lizbońskiej na rzecz wzrostu i zatrudnienia (Komisja Europejska, 2008b).

#### **4. Podsumowanie**

Zasadniczo można uznać, że problematyka osób nisko wykształconych we Wspólnocie jest zauważana na poziomie deklaracji strategicznych i programowych. Rozwiązywana ma być poprzez intensyfikację działań na rzecz stałego podnoszenia statusu edukacyjnego mieszkańców, wspierania grup szczególnie zagrożonych brakiem dostępu do szkolnictwa – jak np. osoby ubogie, niepełnosprawne czy migranci. Poza systemem szkolnym – rozwijaniem jego dostępności oraz podnoszeniem jakości – wspierany jest także szeroko obszar edukacji nieformalnej i wszelkie programy zgodne z filozofią stałego podnoszenia kompetencji w różnych dziedzinach. Jest to socjalizacja do kształcenia się przez całe życie, mobilności w zakresie geograficznym, ale też elastyczności w odniesieniu do kariery zawodowej i miejsca zatrudnienia.

Nie widać póki co silniejszego trendu w zakresie dostosowania sektora zdrowia publicznego do specyficznych potrzeb i oczekiwań osób o niskim statusie wykształcenia. Wynikać to może częściowo z faktu, że sektor opieki medycznej podlega uregulowaniom na poziomach krajowych i nie jest obszarem kompetencji unijnej. Zatem przygotowanie personelu do współpracy z podopiecznymi o niskim statusie wykształcenia może wyraźnie różnić się pomiędzy poszczególnymi krajami. Wskazuje się natomiast na konieczność zapewnienia dostępu do odpowiednich usług i opieki medycznej. Domeną UE jest natomiast promocja zdrowia, gdzie na razie nacisk kładziony jest na wyrównywanie szans w dostępie do zdrowia, w tym na realizację programów podnoszących alfabetyzację zdrowotną.

Polityka społeczna skupia się na wkluczaniu osób o niskim statusie ekonomicznym (który często połączony jest z niskim statusem edukacyjnym) oraz szczególnych grup zagrożonych marginalizacją

w obrębie społeczeństwa. Jednakże programy odnoszące się do tych kwestii nie są nacelowane na tematykę kompetencji zdrowotnych osób nisko wykształconych czy też dostosowanie do ich potrzeb programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zważywszy na wyznaczenie jako kierunku rozwoju dla całego obszaru UE gospodarki opartej na wiedzy, bardzo prawdopodobne jest, że kwestia niskiego poziomu wykształcenia i potrzeb edukacyjnych takich osób coraz silniej będzie determinować kierunki rozwoju wspólnotowej polityki społecznej, w tym zwłaszcza edukacyjnej i zdrowotnej w kolejnych latach. Tworzenie zintegrowanego podejścia oraz odpowiednich narzędzi dla wzmacniania potencjału zdrowotnego zasobów ludzkich i równego dostępu do zdrowia, w szczególności w odniesieniu do osób o niskim statusie wykształcenia, wydaje się być kluczowym zadaniem na przyszłość. Pozwoli uniknąć nadmiernego rozwarstwienia społecznego i tworzenia enklaw, wykluczonych z korzystania z różnorodnych zysków płynących z budowania nowoczesnej, innowacyjnej gospodarki.

## Bibliografia

1. DG Edukacja i Kultura [serwis internetowy]. Dostępny na stronie: <http://www.llp.org.pl>
2. Komisja Europejska: Europejski Rok Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym – strategiczny dokument ramowy. Priorytety i wytyczne – dla działań w ramach Europejskiego Roku 2010. Bruksela 2008a
3. Komisja Europejska: Komunikat Komisji do Parlamentu europejskiego, Rady, Europejskiego komitetu ekonomiczno-społecznego oraz Komitetu regionów – Odnowiona Agenda społeczna: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku [dokument strategiczny ramowy]. Bruksela 2008b
4. Komisja Europejska: Komunikat Komisji Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu [wersja ostateczna]. Bruksela 2010
5. Parlament Europejski: Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013. Dz.U. UE, L301/3 (20.11.2007)
6. Rada Europejska: Konkluzje Rady Europejskiej. CO EUR 4, CONCL 1, EUCO 7/10. Bruksela 2010
7. Royuela-Mora V., Moreno R., Maya E.: Monitorowanie celów Strategii Lizbońskiej. W: Lenain P., Mogensen U.B., Royuela-Mora V. [red.]. Strategia Lizbońska na półmetku: oczekiwania a rzeczywistość. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2005
8. Szarfenberg R.: Strategia antywykluczeniowa Unii Europejskiej. IPS UW, Warszawa 2008
9. Szomburg J.: Strategia Lizbońska szansą dla Europy. W: Biała Księga 2003. Część I: Polska wobec Strategii Lizbońskiej. Seminarium Informacyjne Polskiego Forum Strategii Lizbońskiej, Gdańsk-Warszawa 2003

## 4. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania

*Krzysztof Puchalski*

### 1. Wstęp

Gdy wśród praktyków ochrony zdrowia osób pracujących mówi się o kształtowaniu zachowań zdrowotnych, zazwyczaj zakłada się, że wszyscy zachowania te pojmują w taki sam sposób. Ponadto przyjmuje się, że najważniejszym czynnikiem decydującym o tychże zachowaniach (ich podejmowaniu, kontynuacji, rozwijaniu, modyfikacji w pożądanym kierunku itd.) jest posiadana przez pracowników wiedza o zdrowiu, a niedostatki tej wiedzy skutkują lekceważeniem zdrowia. Często też przyjmuje się, że kształtowanie u osób dorosłych owej wiedzy, przekonań lub umiejętności sprzyjających zdrowszemu stylowi życia to głównie kwestia odpowiednio dobranych procedur i środków technicznych (m.in. metod dydaktycznych, technik komunikowania, treści przekazów) – które każdy nauczyciel/trener może opanować lub zdobyć i skutecznie stosować w praktyce, bez konieczności dobrego zrozumienia specyfiki sposobu myślenia edukowanych osób.

Działania edukacyjne oparte o takie założenia wielokrotnie okazywały się skuteczne w kształtowaniu zarówno kompetencji do zachowań sprzyjających zdrowiu, jak i samych tych zachowań. Jednakże wielokrotnie też ich skuteczność pozostawiała wiele do życzenia. Z jednej strony mogło to być efektem błędów w prowadzeniu edukacji zdrowotnej lub promocji zdrowia (m.in. słabego ich dostosowania do specyficznych potrzeb odbiorcy), z drugiej – nawet przy oddziaływaniach wzorcowych z punktu widzenia dydaktyki – skutkiem tego, że edukowane osoby i ich zachowania były w rzeczywistości bardziej skomplikowane, niż przyjmowali to autorzy podejmowanych interwencji edukacyjnych. Innymi słowy, niezadowolające efekty mogły wynikać głównie z tego, że podejmowane działania słabo uwzględniały złożone determinanty zachowań zdrowotnych osób poddanych interwencji.

W tym miejscu uwaga zostanie zwrócona na kwestię złożoności samych zachowań zdrowotnych, a co za tym idzie – ich uwarunkowań oraz sposobów kształtowania. Dopiero na tym tle (w dalszej części książki) przedstawione zostaną wnioski, jakie wynikają z badań przeprowadzonych w projekcie dla doskonalenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia nisko wykształconych pracowników. A że wnioski te dotyczą wyodrębnionej kategorii społecznej, nie konkretnej jednostki, to omawiane uwarunkowania będą ujęte ogólnie – jako odnoszące się do wielu osób jednocześnie. Ogólność wynika także z faktu, że mowa jest tu o zachowaniach prozdrowotnych i o zdrowym stylu życia, na który składa się wiele bardzo różnorodnych aktywności – tak pod względem ich treści, jak przyczyn, mechanizmów i form realizacji. Najpierw zatem omówiony zostanie problem złożoności tychże zachowań.

## 2. Pojęcie zachowań prozdrowotnych a ukierunkowanie interwencji

Mówiąc o zachowaniach prozdrowotnych i zdrowym stylu życia można mieć na myśli wiele różnorodnych kryteriów, kierujących uwagę na te lub inne zachowania.

W naukach o zdrowiu i w praktyce zdrowia publicznego obecnie najczęściej akcentuje się kwestię treści składających się na tzw. zdrowy styl życia. O zaliczeniu zachowań w skład zdrowego stylu życia decyduje przede wszystkim siła, z jaką wpływają one na stan zdrowia (redukcję ryzyka zachorowania) – siła ustalana głównie na podstawie populacyjnych badań epidemiologicznych. Wśród najczęściej eksponowanych zachowań znajduje się tu m.in. zdrowy sposób odżywiania (opisywany m.in. poprzez częstotliwość spożywania określonych produktów w określonych dawkach, unikanie konsumpcji innych szkodliwych produktów, sposób skomponowania składników diety, ilość energii przyjmowanej w pożywieniu, jakość konsumowanej żywności itd.), umiarkowana regularna aktywność fizyczna, rekreacja i odpoczynek, konstruktywne radzenie sobie ze stresem, niepalenie tytoniu i unikanie dymu tytoniowego, niepicie alkoholu lub spożywanie go tylko w minimalnych dawkach, rezygnacja z konsumpcji środków psychoaktywnych. Tu także wymienia się rozliczne zachowania chroniące zdrowie przy wykonywaniu pracy (m.in. stosowanie ochron osobistych, odpowiednie przerwy w pracy, właściwa pozycja ciała itd.), bezpieczne zachowania w ruchu drogowym (m.in. stosowanie pasów bezpieczeństwa, odpowiednia prędkość), bezpieczne i odpowiedzialne zachowania w relacjach seksualnych. Wreszcie wskazuje się działania przejawiane w relacjach z medycyną, jak m.in. regularne profilaktyczne badania stanu zdrowia ukierunkowane na wczesne wykrycie określonych chorób, szybkie zgłaszanie się po pomoc medyczną w sytuacji zaobserwowania niepokojących symptomów choroby, stosowanie wyłącznie niezbędnych leków bez ich nadużywania.

Zachowania wskazywane jako prozdrowotne mogą być oczywiście nieco różne, gdy mowa już nie tyle o ogólnie pojętym zdrowiu, ale o zapobieganiu określonej chorobie (np. chorobie niedokrwiennej serca, cukrzycy, rakowi skóry, zakażeniu wirusem HCV i in.)<sup>1</sup> albo gdy odnosi się je do konkretnej grupy ryzyka (np. kategorii wieku, płci, subkultury, typu osobowości, zdefiniowanego ryzyka genetycznego, wykonywanego zawodu itp.).

Z kolei w naukach społecznych zwraca się uwagę na inne kwestie. Po pierwsze stawia się pytanie, czy to, co medycyna nazywa stylem życia, jest rzeczywiście stylem (w sensie spójności, trwałości) zachowania się jednostki lub grupy, czy może tylko teoretycznie wyznaczonym zakresem zainteresowań uczonych. Przykładowo, w badaniach amerykańskich minionej dekady ustalono, że choć 3/4 populacji nie pali tytoniu, 40% utrzymuje w normie masę ciała, ponad 1/5 spożywa codziennie minimum pięć porcji owoców i warzyw, tyle samo codziennie uprawia umiarkowany wysiłek fizyczny, to zaledwie 3% badanych realizuje łącznie owe cztery typy aktywności (Reeves i wsp., 2005). Podobnie na kilka procent oszacowano porównywalną aktywność w polskiej populacji (Puchalski i wsp., 1999), choć 80% dorosłych Polaków uznało się za osoby dbające o zdrowie (CBOS, 2007). Trudno zatem mówić o empirycznej obecności zdrowego stylu życia, a można jedynie wskazywać na większe lub mniejsze rozpowszechnienie w społeczeństwie poszczególnych zachowań ważnych dla zdrowia i związanych z tym przekonań.

Odmienne zainteresowania nauk społecznych przejawiają się również tym, że jako zachowania prozdrowotne uznaje się w nich głównie te, które są realizowane w celu wywarcia wpływu na zdrowie (z intencją wzmocnienia zdrowia, przeciwdziałania chorobie), niezależnie jak wpływ taki ocenia medycyna. Istotny jest zatem ów cel, intencja nawiązująca do zdrowia. Odróżnia się je od działań podejmowanych w innych celach (bez względu na to, czy obiektywnie – pozytywnie lub negatywnie – wpływają one na zdrowie), a także od zachowań spontanicznych lub nawykowych – gdzie motyw zdrowotny (i jakkolwiek inny) raczej nie występuje.

Wśród tak pojętych zachowań prozdrowotnych wyróżnić można działania aktywne oraz pasywne. Pierwsze polegają na dążeniu do celu, wprowadzaniu zaplanowanych zmian – co często wymaga dozy heroizmu: odrzucenia powszechnie aprobowanych wzorów, rezygnacji z przyzwyczajzeń lub przyjemności (np. rzucanie palenia tytoniu przez osobę uzależnioną, lubiącą palić, żyjącą głównie w otoczeniu innych palących). Drugie są wynikiem naturalnego biegu wydarzeń czy „braku okazji” do zachowań szkodliwych

<sup>1</sup> Warto przy tym zwrócić uwagę, że niektóre z takich szczegółowych rozstrzygnięć mogą być wzajemnie sprzeczne – jak np. kwestia regularnej konsumpcji niewielkich dawek alkoholu (prozdrowotna z punktu widzenia profilaktyki chorób układu krążenia, ryzykowna dla zdrowia z uwagi na możliwość uzależnienia oraz inne choroby i problemy związane z konsumpcją alkoholu), Anderson i wsp., 2007.



dla zdrowia (np. niepalenie przez osobę nigdy nie palącą, którą drażni zapach dymu tytoniowego i spędzająca czas wśród osób niepalących). Z innego punktu widzenia wyodrębnia się działania sporadyczne oraz – w opozycji do nich – takie, które przejawiane są w jakiś regularny sposób. Mówi się też o działaniach indywidualnych (podejmowanych samodzielnie przez nieliczne osoby), a także o masowych lub zbiorowych (realizowanych przez wiele osób, czasami jednocześnie, ze świadomością tej wspólnoty celów i zachowań oraz przy bardziej lub mniej rozwiniętej wzajemnej współpracy).

Przy takim zróżnicowaniu tego, co nazywamy zachowaniami prozdrowotnymi (i zdrowym stylem życia) trudno jest precyzyjnie określić kierunek pożądaných interwencji, gdy ostatecznym celem jest ogólnie pojęte zdrowie wielu osób jednocześnie (a nie tylko ograniczenie ryzyka jednej, konkretnej jednostki chorobowej u danej osoby). Można jedynie przyjąć – opierając się na przesłankach naukowych – że ma to być szeroki zakres zachowań o potwierdzonym korzystnym wpływie na stan zdrowia społeczeństwa (przy zastosowaniu różnorodnych jego wskaźników). Biorąc pod uwagę ów wpływ, warto zwrócić uwagę na zachowania realizowane w sposób na tyle intensywny, regularny i trwały, by miały one pożądaný efekt zdrowotny, a nie tylko były sporadycznym aktem działania (stąd m.in. kategoria stylu życia, akcentująca tę regularność i powtarzalność). Jednocześnie – przyjmując przesłanki etyczne – warto stymulować działania, które człowiek świadomie i dobrowolnie akceptuje lub wybiera spośród wielu dostępnych mu możliwości. Ten drugi warunek sprawia, że przy kształtowaniu zachowań korzystnych dla zdrowia odrzucone tu zostają metody manipulacyjne, które mają za zadanie uczynić czyjś styl życia zdrowszym, ale wbrew przyzwoleniu i woli zainteresowanych grup lub społeczności. Mowa jest o grupach z tego względu, że idzie o efekty zdrowotne uzyskiwane u wielu osób – w oparciu o interwencje kierowane nie tylko do indywidualnego pacjenta/klienta, ale zazwyczaj do szerszego kręgu odbiorców.

### **3. Uwarunkowania zachowań prozdrowotnych**

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt złożoności zachowań prozdrowotnych, jakim jest różnorodność ich uwarunkowań. Interwencje realizowane w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia rzadko skierowane są bezpośrednio na zachowanie, a zazwyczaj na wybrane uwarunkowania tychże zachowań.

W naukach społecznych odnaleźć można wiele odmiennych teorii, ustaleń i sporów na temat tego, co decyduje o ludzkim postępowaniu – także tym odniesionym do zdrowia (np. Glanz i wsp., 2002).

Po pierwsze – nierozstrzygniętym pozostaje problem, czy podstawowe przyczyny zachowań ulokowane są głównie po stronie jednostki, w samym człowieku, czy może w jego otoczeniu zewnętrznym, w społeczeństwie i warunkach życia? Na ile i w jakich okolicznościach decydujące znaczenie ma jeden, na ile drugi czynnik? Innymi słowy, czy (lub w jakim stopniu oraz zakresie) człowiek jest istotą wewnątrzsterowną (jego zachowanie wynika z przynależących mu cech i – co więcej – kontroluje on swoje zachowania), czy może zewnątrzsterowną (jego zachowanie wynika z cech i wpływów środowiska, w którym on funkcjonuje, i nie ma przy tym większych możliwości przeciwstawienia się tym zewnętrznym wpływom).

Jeżeli przyczyny zachowania ulokowane są głównie w człowieku, to która teoria najbliższa jest prawdy? Czy rację mają różnorodne teorie poznawcze, które mówią, że zachowanie jest efektem naszego myślenia – że interpretujemy otaczający świat zgodnie z naszymi „mapami poznawczymi” (strukturami pojęć, systemami wartości, kryteriami racjonalności itd.), intelektualnie przetwarzamy docierające do nas informacje, a następnie w pełni świadomie dokonujemy wyboru sposobu postępowania (nawet gdy decydujemy się podporządkować jakimś naciskom lub normom)? Czy może bliższe prawdy są „teorie głębi”, które zachowania człowieka wywodzą z nieświadomych konfliktów wewnętrznych, popędów i innych sił ukrytych głęboko w naszej psychice, trudnych do intelektualnej kontroli? Albo teorie biologiczne i ewolucyjne głoszące, że zachowanie wynika z mechanizmów i cech zakodowanych w biologii organizmu, niezależnych od woli człowieka i bardzo trudno poddających się tej woli? A może bardziej słuszne są koncepcje behawiorystyczne, które widzą nas jako istoty reaktywne, większe znaczenie przywiązujące do charakterystyki oddziałującego na nas bodźca, niż do treści myślenia lub mechanizmów ukrytych w głębiach psychiki bądź biologii, a mechanizmy te de facto sprowadzają do bardziej lub mniej świadomej, wewnętrznej kalkulacji zysków i strat związanych z podjęciem działania lub rezygnacją z niego?

Nie rozstrzygając definitywnie, czy działamy ze względu na treści naszego myślenia, ukryte dyspozycje i mechanizmy, czy reagujemy pod wpływem jakichś bodźców, otwartym pozostaje pytanie, które czynniki (i kiedy) silniej oddziałują na nasze zachowania. A bardziej szczegółowo – czy głównie ulegamy bodźcom i staramy się dążyć (lub organizm nasz dąży) do przyjemności, czy do wewnętrznej harmonii, czy działamy by unikać kar, czy raczej uzyskiwać nagrody, czy chcemy pomnażać zasoby, czy realizować wartości, czy rządzi nami egoizm, czy bardziej altruizm, czy bardziej jesteśmy racjonalni, czy emocjonalni? Na ile i w jakich okolicznościach kierujemy się lub kieruje nami wola życia, dążenie do podtrzymania gatunku (przekazania genów), konformizm wobec wzorów lub norm i wartości, potrzeba samorealizacji itp.? Czy jesteśmy – jak opisywali człowieka znani myśliciele – bardziej homo faber, czy może homo ludens, homo oeconomicus, czy homo symbolicus? A może bliższy naszej natury jest spopularyzowany przez Tischnera homo sovieticus, który minimalistycznie korzysta z tego, co zostanie mu zaofiarowane i czeka, aż ktoś się nim zaopiekuje, nie podejmując samodzielnej aktywności, nie biorąc odpowiedzialności za własny los. A może jakieś inne jeszcze cechy są charakterystyczne dla naszej osobowości lub może w ogóle nie istnieje taka uniwersalna charakterystyka człowieka?

A jeżeli nasze zachowania wynikają nie tyle z charakterystyki osoby, ile z cech otaczającego nas świata, naszego środowiska życia – czy bardziej działamy pod wpływem tego co fizyczne (np. cech klimatu, środowiska technologicznego), czy tego co społeczne? Na ile jesteśmy zdeterminowani naszym miejscem w strukturze społecznej i przypisanym lub osiągniętym statusem (oraz związanymi z nim normami), na ile natomiast mamy możliwości samodzielnego konstruowania odgrywanych ról społecznych i wzorów działania? Na ile podlegamy wpływom rozwoju cywilizacyjnego (zwłaszcza obecnie, w kontekście przyspieszonych przemian technologicznych), na ile pozostajemy niezmienni? Czy staliśmy się już „globalnym człowiekiem”, czy dominują w nas cechy właściwe rodzimej, lokalnej kulturze? Czy jesteśmy „produktem”, czy raczej współtwórcą otaczających nas zjawisk i procesów społecznych?

Wszystkie te dylematy odnoszą się także do kontekstu zdrowia. Tu jednak pojawia się dodatkowe pytanie, czy o zachowaniach ważnych dla zdrowia decydują głównie przyczyny skojarzone ze zdrowiem (np. wartość przypisywana zdrowiu, wzory zachowań zdrowotnych, stan zdrowia), czy uwarunkowania tematycznie odległe od tych spraw (np. poziom ogólnej edukacji, wzory sukcesu życiowego, wykorzystywane technologie)? Zatem czy próby kształtowania tych zachowań można ograniczyć do działań podejmowanych wobec zjawisk z kontekstu zdrowia, czy może (i w jakim zakresie) trzeba oddziaływać na czynniki związane z innymi kontekstami (np. politykę edukacyjną, prawa konsumenckie)?

I wreszcie, czy rozstrzygnięcia któregokolwiek z sygnalizowanych wyżej problemów są uniwersalne, a więc prawdziwe w odniesieniu do wszystkich ludzi lub ich większości? A może niektóre są zasadne w przypadku takich, a inne jakichś innych grup społecznych? Czy może każdy człowiek jest na tyle inny, że trudno wskazać wspólny czynnik lub mechanizm warunkujący ludzkie zachowania? A jeżeli można byłoby taki wskazać, to czy jest on taki sam we wszystkich sytuacjach, w których przebiega życie człowieka? Czy działaniem jednostki w każdych okolicznościach kierują te same uwarunkowania, czy zmieniają się one w zależności od kontekstu, w jakim przebiega działanie lub sama refleksja je poprzedzająca? I wreszcie, czy w przypadku każdego typu zachowań zdrowotnych (omówionych już wyżej) mamy do czynienia z podobnymi uwarunkowaniami? Przykładowo – czy senior działa pod wpływem tego co młodzieniec, niezależnie czy chodzi o podjęcie aktywności fizycznej, czy o wybór pożywienia, bez związku z tym, czy jest zmęczony, czy głodny, jak również bez względu na to, czy jest na urlopie wśród przyjaciół, czy w podróży służbowej z wymagającym klientem?

Chociaż nauki społeczne zgromadziły wiele ustaleń dokumentujących wpływ określonych czynników na różne zachowania związane ze zdrowiem, to nadal wiedza w tym obszarze jest znikoma – zwłaszcza gdy ocenia się ją w kontekście możliwości aplikacyjnych. Przykładowo, często dysponujemy ustaleniami dotyczącymi bardzo wąsko wyodrębnionych klas zachowań, które jednak nie są adekwatne w przypadku innych. Albo rozpoznane są uwarunkowania działań podejmowanych w jakiejś izolowanej sytuacji, natomiast w innych okolicznościach te same czynniki nie wywołują już oczekiwanego działania. Podczas gdy wiele danych zgromadzono wokół problemu, jak chwilowo zmienić jakieś zachowanie, nadal wyraźnie brakuje wiedzy na temat, jak je potem w dłuższej perspektywie utrzymać. Często też ustalenia dotyczą jedynie wpływu jakiegoś izolowanego czynnika, bez wystarczającego skonfrontowania go z innymi wpływami,

bo badania prowadzone są w oparciu o którąś jednowymiarową koncepcję człowieka. Albo wreszcie, co nie jest rzeczą rzadką, zebrane ustalenia są wzajemnie sprzeczne. Trudno zatem w sposób oparty na dowodach naukowych przyjąć, że znany jest jakiś dobry, względnie uniwersalny sposób wyjaśnienia przyczyn ogółu (lub choćby większości) zachowań ważnych dla zdrowia oraz że znane są powszechnie skuteczne sposoby modyfikacji tychże zachowań w korzystnym dla niego kierunku.

Jeżeli przyjmie się założenie, że każda z przywołanych (i innych jeszcze) koncepcji wyjaśniających zachowania człowieka jest w jakimś zakresie zasadna (w odniesieniu do wyodrębnionej klasy zachowań, określonej kategorii ludzi, specyficznej sytuacji, itd.), jak również gdy uwzględni się fakt, że zgromadzone w nauce ustalenia są prawdziwe tylko w stosunku do takich wąskich zakresów przedmiotowych, to pojawia się potrzeba zebrania w jedną całość tych głównych uwarunkowań zachowań zdrowotnych, by w ten sposób choćby w przybliżeniu określić przedmiot pożądanego dla zdrowia interwencji. W tym celu dalej przedstawiony zostanie model teoretyczny, porządkujący dla potrzeb edukacji i promocji zdrowia główne czynniki uznawane za uwarunkowania aktywności prozdrowotnej jednostek i grup społecznych.

#### 4. Ogólne założenia modelu

Jeżeli ogólnie ujęte zachowania prozdrowotne są złożonym i polimorficznym zjawiskiem, to zapewne są też uwarunkowane wieloma przyczynami. Stąd nie zostają tu uznane za trafne takie teorie, które odwołują się do jednej, homogenicznej grupy czynników i przyjmują jako uniwersalną jakąś jednowymiarową koncepcję człowieka. Idąc dalej, jeżeli prawdą jest, że tylko część spośród zachowań zdrowotnych (w znaczeniu interesującym medycynę) to te, które podejmowane są w racjonalnie sprecyzowanym celu, to istnieje potrzeba szerszego uwzględnienia czynników pozawolicjonalnych wśród zmiennych wyjaśniających. Dotyczy to m.in. emocji, utrwalonych stylów działania, bodźców z interakcji społecznych, wpływów kultury i struktury społecznej, bezpośredniej presji instytucji społecznych, warunków materialnych itp. Jeżeli prawdą jest także to, że działaniom wpływającym na zdrowie, także refleksyjnym, często nie towarzyszy myślenie o ich związku ze zdrowiem i że wiele spośród nich podejmowanych jest z innych niż zdrowie powodów<sup>2</sup>, to nie jest trafne odwoływanie się w ich wyjaśnianiu wyłącznie do tego obszaru świadomości (wiedzy, przekonań, wartości, postaw itp.), który dotyczy spraw zdrowia. Ponadto myślenie potoczne nie zawsze jest spójne i racjonalne, nie zawsze zgodne z logiką uczonych konstruujących teoretyczne schematy poznawcze.

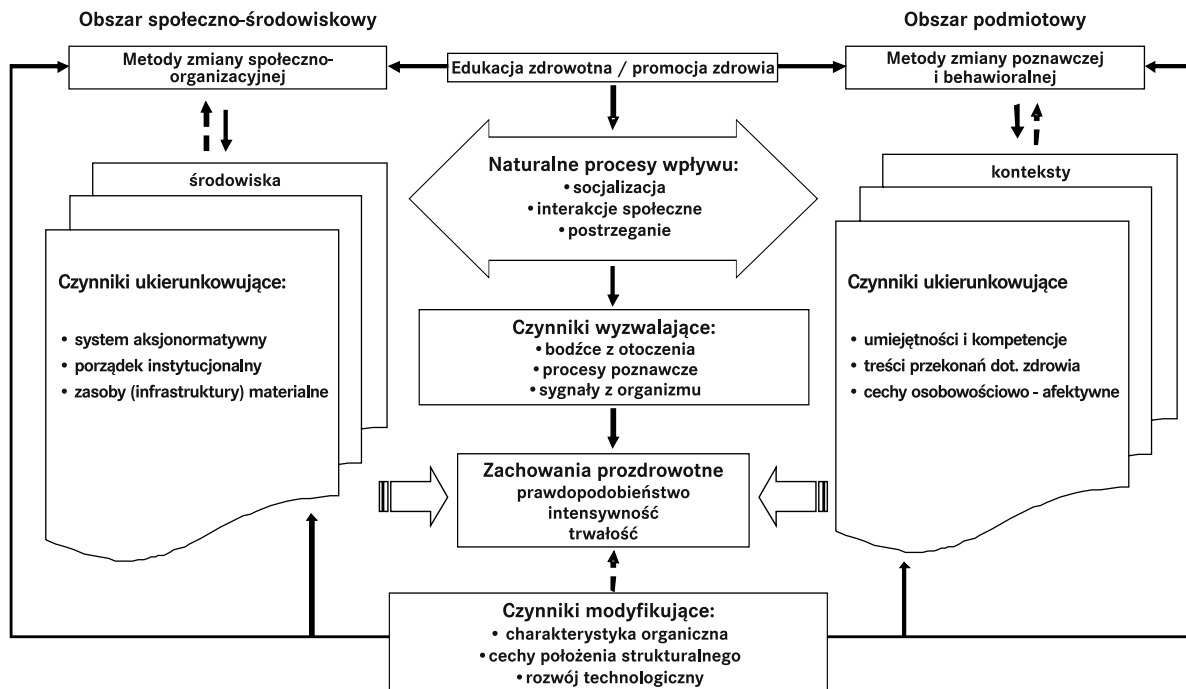
Potrzeba szerokiego spojrzenia wynika również z faktu, że u podstaw różnych typów zachowań mogą leżeć odmienne, ale swoiste dla nich czynniki i mechanizmy (inne mogą być uwarunkowania niepalenia tytoniu, inne prozdrowotnej diety, jeszcze inne wyjaśniają utrwalanie się nawyku, a inne celową jego zmianę itp.). Ponadto działania podobne pod względem treści różne osoby realizują pod wpływem odmiennych czynników motywacyjnych. Często też decyduje tu nie pojedynczy czynnik, a cały splot uwarunkowań. I chociaż wszystkie te założenia wydają się oczywiste, to praktyka badań i wdrożeń w dziedzinie promocji zdrowia sugeruje coś innego.

Postulat praktycznej użyteczności modelu oznacza, że pomyślany został jako pomoc przy konstruowaniu, realizacji i ocenianiu programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Pozwala gromadzić, porządkować i uzgadniać ustalenia empiryczne oraz może stanowić matrycę obszarów działań w programach interwencyjnych. Kluczowe elementy w nim zawarte to te, które przynajmniej w jakimś stopniu poddają się modyfikacji w zorganizowanych procesach promocji zdrowia, realizowanych zarówno na poziomie populacji, jak w węższej skali (np. zakładu pracy). Jako mniej istotne potraktowane zostają te czynniki, na które promotorzy zdrowia zasadniczo nie mogą mieć wpływu (np. struktura płci, wieku czy poziomu wykształcenia w zbiorowości, stopień rozwoju technologicznego).

Ogół głównych uwarunkowań zachowań prozdrowotnych przedstawić można schematycznie w następujący sposób (Ryc. 1).

<sup>2</sup> Przykładowo, blisko czterokrotnie więcej osób z reprezentacji społeczeństwa polskiego przy wyborze menu kieruje się tym, by jedzenie było smaczne, niż by było zdrowe. I chociaż mało która z badanych tam osób uważa, że mięso smażone jest zdrowe, to 1/3 deklaruje, że chce jeść je częściej, a ok. 70% przyznaje, że szczególnie je lubi (Pentor, 2005). Jednocześnie wiele innych badań pokazuje, że zdrowe odżywianie powszechnie uznawane jest w świadomości społecznej za jeden z najważniejszych czynników dobrego zdrowia, a zdrowie jest jedną z najwyższej cenionych wartości.

Ryc. 1: Model uwarunkowań aktywności zdrowotnej



Źródło: zmodyfikowane opracowanie własne na podst. Puchalski, 2008.

Zachowania prozdrowotne reprezentantów określonej zbiorowości społecznej zostały tu ujęte jako efekt czynników (w tym celowych interwencji) zlokalizowanych w dwóch obszarach: społeczno-środowiskowym oraz podmiotowym. W każdym z nich wyróżnione zostały – po pierwsze – zjawiska i cechy ukształtowane w naturalnych procesach rozwoju osób i społeczności oraz – po drugie – działania podejmowane w celowych interwencjach edukacji i promocji zdrowia, ujęte w górnej części schematu.

Uwarunkowania ukształtowane w sposób naturalny, zostały podzielone na dwie grupy. Pierwsza obejmuje czynniki nazwane ukierunkowującymi, osobno ukazane dla obszaru społeczno-środowiskowego i podmiotowego. Wyznaczają one możliwości realizacji, treści oraz intensywność zachowań ważnych dla zdrowia. Ponadto są to te zjawiska, które w mniejszym lub większym zakresie poddają się interwencjom edukacyjno-promocyjnym, mogą być w nich zmieniane. Drugą grupę, przedstawioną na dole schematu, tworzą czynniki nazwane modyfikującymi. Możliwości ich przemiany leżą już raczej poza wpływem promotorów zdrowia. Oddziałują one zarówno na owe ukierunkowujące, jak wyznaczają ogólne ramy zastosowania przywołanych działań socjotechnicznych.

Uwarunkowania określone jako czynniki społeczno-środowiskowe, odnosić się mogą do różnych kręgów społecznych, w których funkcjonuje dana osoba. Generalnie są to elementy tego środowiska, w którym realizowany jest program edukacji lub promocji zdrowia (np. zakładu pracy), ale uwzględnąć należy również pozostałe kręgi (m.in. rodzinne, towarzyskie, zawodowe), w których zazwyczaj przebywa podmiot rozpatrywanych zachowań, a także środowiska, które posiadają dla niego duże znaczenie. Elementy tych różnych środowisk niekiedy są podobne, wzajemnie zgodne, nakładają się, ale mogą być też odmienne, a nawet przeciwstawne.

Podobnie czynniki nazwane podmiotowymi mogą ujawniać różne odmienne aspekty w zależności od kontekstu sytuacyjnego, w którym znajduje się działająca osoba. Kontekst taki może wpływać bezpośrednio na osobę realnie w nim przebywającą, wyzwać takie lub inne jej myśli, sprzyjać przywołaniu takich lub innych wartości, aktywizować takie lub inne reakcje właściwe dla danej sytuacji (np. zabawy, urlopu, konsumpcji, miłości, pracy); może również być tylko kontekstem mentalnym, wynikającym z celowego lub emocjonalnego przyjęcia takiej czy innej postawy. Wskazanie zróżnicowanych kontekstów, generujących u tego samego człowieka różne, czasami odmienne dyspozycje do zachowań, wynika z przyjęcia koncepcji polimorfizmu natury ludzkiej (Ossowski, 1967). Koncepcja ta głosi, że człowiek ma w sobie ukształtowanych wiele różnorodnych, często wzajemnie niespójnych przekonań, dążeń czy postaw, wynikających z socjalizacji



w różnych środowiskach społecznych. Środowisko, w którym aktualnie przebywa (realnie lub tylko w swych wyobrażeniach), albo działania, które wykonuje, aktualizują w człowieku te spośród wielu nabytych wcześniej postaw i dyspozycji (pozostających niejako w stanie recesji), które charakterystyczne są właśnie dla tego środowiska, działania czy ogólniejszego stanu mentalnego. Przykładem może tu być osoba, która na co dzień niemal fanatycznie przestrzega zasad zdrowego odżywiania się, intensywnie uprawia aktywność fizyczną, stroni od alkoholu i dymu tytoniowego oraz wyznaje zasady bezpieczeństwa kontaktów seksualnych, natomiast gdy w czasie weekendu lub urlopu przeniesie się z kontekstów codzienności (pracy, rodziny) w kontekst zabawy i relaksu, wtedy radykalnie zmienia swoje postawy i działania.

Oba obszary czynników ukierunkowujących (społeczno-środowiskowy i podmiotowy) powiązane zostały na przedstawionym schemacie trzema procesami. Pierwszy – najbardziej rozległy, złożony i długotrwały – to socjalizacja, w wyniku której jednostki nabywają jako swoje (internalizują) normy, wzory, oczekiwania, wartości obecne w społeczeństwie (różnych środowiskach, kręgach czy kontekstach społecznych). Drugim mechanizmem, wydzielonym z poprzedniego, są interakcje społeczne, w których ludzie na bieżąco kształtują i weryfikują swoje przekonania, schematy postępowania, rozpoznają możliwości lub bariery działania, nabywają umiejętności, ulegają wzorom, normom i oczekiwaniom, doświadczają presji społecznej, uzyskują stymulację i wsparcie. Trzeci mechanizm, znów wydzielony z poprzedniego, to procesy związane z percepcją sytuacji, polegające na aktualnym doświadczaniu oraz interpretowaniu napływających informacji, pozwalające na bieżąco orientować się w potrzebach i możliwościach działania oraz dokonywać intencjonalnych wyborów. Te trzy hierarchiczne procesy i mechanizmy sprawiają, że zachowania zdrowotne są efektem współoddziaływania czynników społeczno-środowiskowych i podmiotowych. Z jednej strony transmitują do świadomości działających osób wpływy czynników społeczno-środowiskowych, z drugiej – wskazują na aktywną rolę człowieka w doświadczaniu i przetwarzaniu tych wpływów.

Zachowania prozdrowotne są nie tylko efektem wskazanych już, względnie utrwalonych czynników (ukierunkowujących i modyfikujących), ale także incydentalnie pojawiających się bodźców do podjęcia aktywności, nazwanych czynnikami wyzwajającymi. Pojawiają się one zazwyczaj w sposób naturalny, ale niektóre z nich mogą być również celowo wywoływane w programach promocji zdrowia. Pochodzić mogą ze środowiska (np. wydarzenie medialne, ukazujące określony problem), jak z procesów zachodzących w obszarze podmiotowym (np. zaobserwowanie objawów choroby).

Zachowania prozdrowotne – prawdopodobieństwo ich podjęcia, intensywność i trwałość – traktowane są jako efekt wskazanych uwarunkowań oraz interakcji pomiędzy nimi. Można ogólnie założyć, że im więcej różnorodnych czynników sprzyjających działaniom prozdrowotnym wystąpi w każdej z wyróżnionych w modelu grup oraz im bardziej będą one wzajemnie spójne, tym większa jest szansa, że realizowane będzie pożądane działanie.

Przedstawiany dalej skrótowy opis poszczególnych czynników zawartych w modelu jest hipotezą na temat roli wybranych zmiennych w podwyższaniu prawdopodobieństwa ogólnie pojętej aktywności prozdrowotnej. Nie odnosi się to do szczegółowo wyodrębnionych działań, choć można oczywiście uszczegółowić te zmienne pod kątem wybranego typu aktywności – np. palenia tytoniu, utrzymywania prawidłowej masy ciała, poddawania się regularnym badaniom profilaktycznym.

## **5. Podmiotowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych**

W obszar czynników podmiotowych, przynależących człowiekowi, włączone zostały trzy analitycznie wyodrębnione grupy:

- a) treści przekonań zdrowotnych,
- b) umiejętności i kompetencje,
- c) cechy osobowościowo-afektywne (Ryc. 1).

Treści przekonań zdrowotnych to przede wszystkim: uznawane wartości i cele (zarówno te zbieżne, jak alternatywne w stosunku do zdrowia), przyjmowana koncepcja zdrowia, przekonania dotyczące uwarunkowań jego stanu, uznawane normy społeczne, dotyczące zachowań zdrowotnych i wreszcie wyobrażenia na temat oczekiwań ze strony znaczących innych w tym zakresie. Wyróżnić można także racjonalizacje przyjmowane dla uzasadnienia własnej aktywności lub jej braku w sferze zdrowia, a także



postrzegane korzyści i straty, wynikające z takiej aktywności oraz przewidywane bariery i ułatwienia w jej realizacji. To również przekonania dotyczące własnej osoby, takie jak: samoocena, ocena stanu własnego zdrowia i samopoczucia oraz posiadania problemów podatnych na modyfikację (np. spadku kondycji, przyrostu wagi), przekonanie o własnych możliwościach wywierania wpływu na zdrowie (umiejszczenie kontroli), o własnej skuteczności w realizacji działań związanych ze zdrowiem oraz o podatności na choroby związane ze stylem życia. Czynniki z tej grupy są zmiennymi najczęściej pojawiającymi się w badaniach uwarunkowań zachowań zdrowotnych.

Umiejętności i kompetencje obejmują, z jednej strony, bardziej lub mniej utrwalone wyuczone sposoby reagowania (np. umiejętność jazdy na nartach, rozładowania napięcia, nawiązywania znajomości, asertywność), z drugiej wiedzę typu know-how w obszarze różnych zachowań ważnych dla zdrowia (m.in. umiejętność poruszania się w systemie instytucji opieki medycznej, korzystania z Internetu, przygotowywania zdrowych posiłków). To także ogólna umiejętność rozumienia i korzystania z treści przekazów dotyczących zdrowia (health literacy). Jako sprzyjające aktywności prozdrowotnej uznać można posiadanie takich ogólnych dyspozycji, a także cech specyficznie dotyczących jak największego zakresu potencjalnych zachowań ważnych dla zdrowia.

Cechy nazwane osobowościowo-afektywnymi obejmują m.in. poziom zainteresowania sprawami własnego zdrowia, stosunek emocjonalny do różnorodnych zachowań pro- i antyzdrowotnych oraz do przekazów nakłaniających do takich zachowań lub zabraniających innych, podatność na tego typu przekazy i naciski społeczne (konformizm), odczuwane potrzeby (w odróżnieniu od przekonań na temat potrzeb i wartości) związane z czynnikami wpływającymi na zdrowie oraz cechy charakterologiczne (jak m.in. wytrwałość, ciekawość, otwartość na zmiany). Zmienne z tej grupy są niewątpliwie najmniej podatne na modyfikacje.

## **6. Społeczno-środowiskowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych**

W obszarze społeczno-środowiskowym (Ryc. 1) wyróżnić warto trzy grupy wzajemnie powiązanych czynników ukierunkowujących:

- a) wartości, normy i wzory zachowań (system aksjonormatywny),
- b) ład instytucjonalny,
- c) infrastruktury i zasoby materialne.

W pierwszej grupie znajdują się głównie: normy prawne, reguły moralności, a także zwyczaje oraz mody dotyczące zachowań ważnych dla zdrowia. Tu mieszczą się również stojące za tymi normami mechanizmy wsparcia i kontroli społecznej, decydujące o sile ich oddziaływania. Osobno wskazać można społeczne wzory zachowań związanych ze zdrowiem – zarówno te charakterystyczne dla ogółu danej społeczności, jak właściwe dla „znaczących innych” i grup odniesienia (pozytywnego i negatywnego). To także wzory oraz wartości celowo rozpowszechniane w różnorodnych przekazach medialnych, również kreowane poprzez komercyjny marketing. Należy zwrócić uwagę, że zmienne te opisywane są w modelu jako właściwe dla środowiska społeczno-kulturowego, w którym funkcjonują dane osoby, a nie dla ich świadomości.

O ile powyższe uwarunkowania lokują się w sferze kultury, to kolejne bliższe są strukturalnemu ujęciu społeczeństwa. Tu uwzględnić trzeba obecność i status w strukturze społecznej ról, grup, organizacji i instytucji kreujących wartości, normy, wzory, oczekiwania, ułatwienia i ograniczenia, dotyczące zachowań prozdrowotnych. Przywołać można m.in. różne polityki (państwa, pracodawców, firm ubezpieczeniowych, koncernów przemysłowych i in.) promujące zdrowy (lub niezdrowy) styl życia, procedury działań (m.in. programy prozdrowotne, ścieżki kształcenia) oraz związane z nimi formy organizacyjne – bezpośrednio angażujące ludzi lub tylko wzorcotwórcze (m.in. ruchy społeczne, organizacje obywatelskie, role profesjonalne i przywódcze).

Z kolei zasoby materialne, w odróżnieniu od wyżej przywołanych społecznych, to dostępność w danym środowisku produktów, infrastruktury i usług, wykorzystywanych do realizacji aktywności prozdrowotnej. Ta grupa zmiennych obejmuje zarówno samą obecność (podaż) tych elementów (m.in. zdrowej żywności, tras turystycznych, sprzętów sportowych, informacji na tematy zdrowia), jak fizycznie rozumiane możliwości ich wykorzystania, czyli realną ich dostępność dla danych osób.

## 7. Czynniki modyfikujące

Oddziaływanie wszystkich przywołanych wyżej uwarunkowań (społeczno-środowiskowych i podmiotowych czynników ukierunkowujących) pozostaje pod wpływem tak zwanych czynników modyfikujących. Wskazać można trzy ich główne grupy:

- a) pojawiające się nowe technologie zmieniające zarówno społeczną, jak materialną stronę stylu życia,
- b) cechy położenia społeczno-demograficznego,
- c) charakterystykę organiczną podmiotów zachowań zdrowotnych.

Wśród cech położenia społecznego przede wszystkim warto wskazać poziom wykształcenia oraz sytuację materialną, które w najszerszym zakresie różnicują ogólną aktywność zdrowotną. Duże znaczenie ma tu również wiek oraz płeć. Natomiast charakterystyka organiczna obejmuje jeszcze aktualny, szeroko określony stan zdrowia (wyznaczający m.in. potrzeby i możliwości działań), jak również doświadczenia z minionej biografii zdrowotnej.

## 8. Działania promotora zdrowia jako uwarunkowania zachowań prozdrowotnych

Jeżeli promocja zdrowia jest działalnością praktyczną, służącą głównie kształtowaniu aktywności prozdrowotnej osób, grup i organizacji, to trudno pomijać jej rolę wśród ogółu uwarunkowań tej aktywności. Brak uwzględniania działań interwencyjnych podejmowanych pod szyldem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia byłby de facto stwierdzeniem, że nie mają one istotnego wpływu na kształtowane zachowania, albo wprost przeciwnie – że są one tak doskonale skuteczne, iż nie ma potrzeby w ogóle zastanawiać się nad ich wpływem. Projekt edukacyjno-promocyjny jest przecież pod wieloma względami takim samym elementem rzeczywistości otaczającej człowieka, jak inne jej elementy brane pod uwagę w modelach uwarunkowań zachowań zdrowotnych.

W modelu tym zasadnicze działania promotora zdrowia (rozumianego raczej jako instytucja społeczna, niż konkretna osoba) potraktowane zostają dwutorowo. Po pierwsze, są to przedsięwzięcia z zakresu wywierania wpływu społecznego, skierowane głównie w obszar uwarunkowań podmiotowych. Drugie to działania polegające na wprowadzaniu zmian społeczno-organizacyjnych, kierowane w obszar środowiskowy. W idealnym ujęciu mogą to być również oddziaływania dotyczące procesów socjalizacyjnych, interakcyjnych i percepcyjnych (np. procesy wychowania, marketing).

Ta pierwsza grupa, służąca przekształceniom zastanego stanu czynników podmiotowych (głównie tych mentalnych) obejmuje m.in. tradycyjnie pojętą oświatę zdrowotną (rozumianą jako przekazywanie teoretycznej wiedzy na temat zdrowia), działania marketingowe służące kształtowaniu postaw emocjonalnych wobec zdrowia, zachowań zdrowotnych i związanych z nimi obiektów, treningi rozwoju umiejętności dotyczących pożądanых działań i radzenia sobie z niepożądanymi, czy ukazywanie tzw. grupom celowym wyników badań stanu ich zdrowia. Z kolei drugi obszar działań promujących zdrowie, dotyczących stymulowania rozwoju społeczności i organizacji w kierunku tzw. zdrowych środowisk (Grossmann, Scala, 1993), obejmuje m.in. lobbing oraz rzecznictwo, kreowanie liderów, budowanie koalicji i struktur, aktywizowanie społeczności, stymulowanie tworzenia polityk, wprowadzanie norm i regulacji oraz inne formy wsparcia dla innowacji (zarządzania zmianą) w sferze zdrowia.

Generalnie wskazać można siedem głównych, powiązanych strategii działania, stosowanych dla poprawy świadomości zdrowotnej i stylu życia społeczeństwa. Część z nich realizowana jest w obszarze podmiotowym (wobec indywidualnych osób lub nominalnie ujmowanych grup), część natomiast w społeczno-środowiskowym (w otoczeniu technicznym, organizacyjnym, kulturowym, itd.).

**Podejście informacyjne** (perswazyjno-edukacyjne): dostarczanie informacji, by kształtować, rozwijać lub zmieniać ludzkie przekonania, oceny i poglądy, aby w oparciu o tę wiedzę ludzie w racjonalny sposób rezygnowali z zachowań uznanych za niewłaściwe oraz podejmowali zachowania pożądane.

**Podejście marketingowe** (emocjonalno-motywacyjne): zwracanie uwagi na problem, nagłaśnianie go i budowanie wokół niego pozytywnych lub negatywnych emocji, by ludzie pragnęli zachowań skojarzonych z pozytywnymi emocjami oraz odrzucali te, którym towarzyszą negatywne odczucia (np. strach, obawa o utratę zdrowia).

**Podejście skoncentrowane na rozwoju zasobów osobistych:** kształtowanie umiejętności oraz zdolności do podejmowania i kontynuacji zachowań prozdrowotnych i unikania ryzykownych – m.in. poprzez wzmacnianie samooceny, poczucia własnej skuteczności, umiejętności radzenia sobie z problemami, znajdowania właściwych rozwiązań, korzystania ze wsparcia osób bliskich oraz odpowiednich instytucji społecznych itp.

**Podejście oparte na wpływie społecznym:** kształtowanie otoczenia społecznego – kreowanie mody, nowych wzorów zachowań (zwłaszcza wśród tzw. znaczących innych oraz „grup odniesienia”), mobilizowanie opinii publicznej, aktywizowanie społeczności do wspólnych działań na rzecz zdrowia i współpracy w rozwiązywaniu problemów, ułatwienia i wsparcie dla tego typu działań.

**Podejście regulacyjne (prawno-fiskalne):** wprowadzanie formalnych uregulowań (norm, procedur, przepisów prawa, w tym regulacji podatkowych), obligujących do działań sprzyjających zdrowiu lub do wdrażania ułatwień dla ich realizacji, a także uregulowań ograniczających zachęty i możliwości dla działań ryzykownych (np. obowiązek używania pasów bezpieczeństwa, zakaz reklamy wyrobów tytoniowych, prawne ograniczenia swobody palenia tytoniu, zwiększanie akcyzy na alkohol, przepisy regulujące informacje zamieszczane na produktach spożywczych).

**Podejście techniczno-środowiskowe:** budowa infrastruktury, rozwój technologii, oferty produktów lub usług do wykorzystania w realizacji zdrowego stylu życia – m.in. terenów i obiektów rekreacyjnych, tras rowerowych, sprzętu sportowego, technik treningowych, żywności funkcjonalnej, energooszczędnych technologii, narzędzi i nowych form komunikacji o sprawach zdrowia (w tym via nowe media).

**Podejście ukierunkowane na poprawę statusu społecznego:** działania polityczne służące podnoszeniu ogólnego poziomu edukacji i zamożności społeczeństwa, wyrównywaniu szans w tym zakresie, wspieraniu grup społecznie marginalizowanych oraz demokratyzacji życia społecznego – jako fundamentalnych warunków upowszechniania się zdrowego stylu życia i czynników przeciwdziałających stylom życia niekorzystnym dla zdrowia.

Wszystkie wskazane strategie mogą (i powinny) być łącznie stosowane w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

## 9. Podsumowanie

Przedstawiony wyżej szkic modelu ma do wypełnienia kilka podstawowych funkcji.

Po pierwsze, próbuje przełamywać tradycyjną izolację dyscyplin i teorii w tej problematyce oraz dość jednostronne ujęcia tak samych zachowań, jak ich uwarunkowań. Choć przez to narażony zostaje na zarzut eklektyzmu oraz niedostatków naukowej precyzji, to jego rolą jest właśnie przeciwstawienie się takim punktom widzenia, które w dążeniu do precyzji gubią gdzieś istotę przedmiotu swoich badań i starają się powiedzieć coraz więcej o czymś, co staje się coraz mniej ważne z punktu widzenia potrzeb praktyki.

Po drugie, model wskazuje zjawiska, które winny zostać uwzględnione jako przedmiot kompleksowo pojętego projektu promocji zdrowia w społeczności lub organizacji, nawet gdyby brak było empirycznych przesłanek do ich precyzyjnego scharakteryzowania w określonym środowisku społecznym. Są to również te zmienne, które (jeżeli zostanie sporządzona ich empiryczna charakterystyka w danym środowisku) mogą służyć do oceny efektów realizowanego projektu wdrożeniowego. Przedmiotem tej oceny może być nie tylko sama zmiana zachowań zdrowotnych, ale także trwała zmiana uwarunkowań tych zachowań w kierunku stymulującym aktywność prozdrowotną.

Patrząc na uwarunkowania aktywności zdrowotnej (pojętej ogólnie lub wężiej) z punktu widzenia potrzeb praktyki – to znaczy wdrożeń projektów edukacji i promocji zdrowia – warto na koniec zwrócić jeszcze uwagę na rozróżnienie zjawisk sprzyjających oraz niesprzyjających danej formie aktywności. W takiej perspektywie wśród zarysowanych w modelu uwarunkowań można wyodrębnić te, które z punktu widzenia promocji zdrowia powinny stać się obiektem wsparcia, oraz te, które warto uczynić celem przekształceń, a nawet eliminacji. Dodatkowo można zwrócić uwagę na fakt, w jakim stopniu poddają się one metodom oddziaływań, jakimi dysponuje edukacja zdrowotna i promocja zdrowia (ogólnie lub w ramach konkretnego projektu interwencyjnego).

Jednocześnie warto pamiętać, że każdy projekt promocji zdrowia jest także efektem działań o charakterze twórczym, wymykających się systematycznym procedurom naukowym. W związku z tym nie wszystko można, jak również nie wszystko zawsze trzeba podporządkowywać takim procedurom. Chociaż przedstawiony tu schemat konstruowany był także dla potrzeb nauki, można go wykorzystać w programach promocji zdrowia jako narzędzie aktywizacji społecznej i pracy twórczej w gronie animatorów i uczestników projektu (m.in. dla uświadomienia im złożonych przyczyn i mechanizmów własnego postępowania wobec zdrowia i uwarunkowań skuteczności podejmowanych interwencji).

## **Bibliografia**

1. Anderson P., Baumberg B.: Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego. PARPA Media, Warszawa 2007
2. Centrum Badania Opinii Społecznej: Aktualne problemy i wydarzenia. Raport z badań BS/138/2007. CBOS, Warszawa 2007. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K\\_138\\_07.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_138_07.PDF)
3. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M.: Health behavior and health education. Theory, research and practice. Wyd. 3. Jossey-Bass, San Francisco 2002
4. Grossmann R., Scala K.: Health promotion and organizational development. European Health Promotion Series no 2. IFF, Vienna 1993
5. Ossowski S.: Z zagadnień psychologii społecznej. PWN, Warszawa 1967
6. Reeves M.J., Rafferty A.P.: Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States 2000. Arch. Intern. Med. 2005;165:854-857
7. Pentor: Zwyczaje żywieniowe Polaków. Raport Knorra. 2005. [cytowany 12 lutego 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.pentor.pl/19963.xml?MEDIA=pop>
8. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L.: Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. IMP, Łódź 1999.
9. Puchalski K.: Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu. W: Heszen I., Życińska J. [red]. Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. SWPS Academica, Warszawa 2008, s. 205-222

## **5. Metodyka edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia – przegląd propozycji**

*Jacek Pyżalski*

### **1. Wprowadzenie**

Rozpoczynając nasze rozważania warto podkreślić, iż należy rozróżniać procesy edukacyjne, o których będzie mowa w całym rozdziale od procesów kształcenia. Drugi z wymienionych procesów, wiąże się „z procedurami nauczania i takie procedury z góry narzuca poprzez sztucznie stworzone środowiska i metody” i nastawiony jest na podniesienie „poziomu zasobów ludzkich i nadanie im większego stopnia skuteczności i efektywności” (Demetrio, 2006, s. 130).

Z kolei edukacja, o której mowa w tytule rozdziału jest procesem szerszym – obejmuje nie tylko czynniki intencjonalne, lecz także przypadkowe i niezamierzone, które nie mają czasem nic wspólnego ze zdolnościami i umiejętnościami, których nabycia oczekujemy (Demetrio, 2006). Zatem mówimy tutaj o działaniach wykraczających poza „oficjalne” kształcenie w placówkach edukacyjnych oraz działaniach, które wymagają w znacznie większym stopniu, niż w przypadku kształcenia, aktywności odbiorcy.

Zastanawiając się nad dotychczasowymi rozwiązaniami z zakresu edukacji zdrowotnej dorosłych z grup zmarginalizowanych warto rozważyć, z czego wynikać może specyfika pracy z tymi grupami.

Po pierwsze, istotny jest tutaj okres rozwojowy odbiorców edukacji. Mamy do czynienia z osobami dorosłymi, które ze względu na okres cyklu życiowego, w którym się znajdują, charakteryzują się – jako grupa – określonym poziomem rozwoju intelektualnego, społecznego i emocjonalnego (Demetrio, 2006; Dubas, 2008). Okres dorosłości pełen jest wyzwań życiowych, i jak pisze Demetrio, wiązał się on zawsze „z koniecznością stawiania czoła nowym wyzwaniom, reagowania, dzięki posiadanej wiedzy, w sposób właściwy na nieoczekiwane wydarzenia oraz doskonalenia nabytych wcześniej umiejętności potrzebnych do przystosowania się do środowiska” (Demetrio, 2006, s. 113). Warto tutaj zwrócić uwagę, iż chociaż mówimy o edukacji dorosłych, to w rzeczywistości, nawet kiedy ograniczymy swoje rozważania do populacji w wieku produkcyjnym, uwzględnić musimy przynajmniej kilka okresów wyróżnianych przez badaczy rozwoju człowieka. Przykładowo w ten zakres wieku wchodzi następujące okresy według klasyfikacji cytowanych przez Dubas (2006):

1. Młodzieńcza dorosłość (17-22), wczesna dorosłość (17-45) i środkowa dorosłość (40-65) (klasyfikacja Levinsona).
2. Wczesna dorosłość (18-25), średnia dorosłość (25-50) oraz część okresu późnej dorosłości (50-75) (klasyfikacja Eriksona).

Mówiąc zatem o edukacji dorosłych, w rzeczywistości mówimy o edukacji grup jakościowo różniących się między sobą. Jest tak, gdyż poszczególne okresy, wchodzące w obszar dorosłości, oznaczają odmienny etap życia (związany np. z karierą zawodową, wychowywaniem dzieci, itp.).

Pomimo tych różnic istnieją uniwersalne zasady andragogiki (nauki zajmującej się edukacją dorosłych) skierowane na optymalizację procesów nauczania i uczenia się osób dorosłych. Są to:



1. Zasada autonomizacji – nastawiona na motywowanie dorosłych, by sami rozpoznawali swoje potrzeby edukacyjne i postępy, które czynią.
2. Zasada interaktywności – odnosząca się do wykorzystywania własnych doświadczeń życiowych w procesach edukacyjnych oraz umiejętności współpracy z innymi w ramach tych procesów.
3. Zasada dopasowania do podstawowego zadania – polegająca na określeniu najważniejszego zadania, które dorosły ma do spełnienia w danym stadium biegu swojego życia.
4. Zasada natychmiastowej zastosowalności – odwołuje się do praktycznego wykorzystania wiedzy zdobytej w konkretnych sytuacjach życiowych (Knowles za Demetrio, 2006).

Drugim eksplorowanym w zrealizowanym projekcie istotnym czynnikiem, który – oprócz wieku – może czynić specyficzną edukację zdrowotną osób zmarginalizowanych, są problemy, które mogą wynikać z określonych wzorów funkcjonowania w obszarze zdrowia i myślenia o zdrowiu osób z niskim wykształceniem. W tym obszarze idzie zarówno o zdolności do przetwarzania wiedzy, jak i czynniki motywacyjne związane z samą problematyką zdrowia. Trzeba podkreślić, że chociaż rozdział dotyczy edukacji osób z niskim wykształceniem, to w rzeczywistości niskie wykształcenie koreluje często z innymi problemami, jak np. ubóstwo. Dlatego literatura przedmiotu odnosząca się do tego problemu wskazuje szerszą grupę odbiorców, tj. osoby z grup wrażliwych (vulnerables).

## **2. Edukacja zdrowotna grup marginalizowanych jako wyzwanie dla zdrowia publicznego**

Metodykę edukacji zdrowotnej wobec grup marginalizowanych w poszczególnych krajach uważa się za jedno z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego i jedną z najistotniejszych kompetencji, którą powinni posiadać specjaliści zdrowia publicznego (Petrankova, Sadana, 2009). Pomimo świadomości wagi problemu rozwiązania edukacyjne i programy przygotowania specjalistów (choćby w ramach szkół zdrowia publicznego) w tym obszarze są dalekie od poziomu, który może zaspokoić rzeczywiste potrzeby (Petrankova, Sadana, 2009).

Problemem skutecznej komunikacji z pacjentami z grup zmarginalizowanych zajmują się także profesje medyczne. Efektywna komunikacja z pacjentami jest bowiem uważana za kluczowy warunek prawidłowej opieki medycznej (Schyve, 2007). Przykładem tworzenia tego typu edukacyjnych rozwiązań mogą być działania prowadzone przez Partnership for Clear Health Communication (PCHC) (*Partnership for Clear Health Communication...*, 2007). Instytucja ta stanowi zrzeszenie amerykańskich organizacji zainteresowanych przeciwdziałaniem negatywnym konsekwencjom wynikającym z niskich kompetencji w obszarze zdrowia (*low health literacy*). Schwatzenberg (2002) stwierdza wręcz, że w dwudziestym pierwszym wieku sukces opieki medycznej coraz bardziej zależy od zdolności pacjenta do rozumienia i wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia. Autorka ta wskazuje jednocześnie, iż to właśnie pacjenci mający problemy w tym zakresie dwukrotnie częściej od pozostałych narzekają na zły stan zdrowia. Dodatkowo znacznie częściej ignorują oni zalecenia lekarskie i nie rozumieją, jak skutecznie wprowadzać w życie zmiany w zakresie zachowań zdrowotnych (Schwatenberg, 2002).

Dodatkowo stwierdzono, iż specjaliści zajmujący się zdrowiem często przeceniają kompetencje odbiorców z grup zmarginalizowanych (w szczególności osób z niskim wykształceniem) i komunikują się z nimi w sposób nieskuteczny (Manning, Kripalani, 2007). Jednocześnie w programach studiów medycznych problem skutecznej komunikacji i edukacji zdrowotnej grup zmarginalizowanych pojawia się bardzo rzadko (Manning, Kripalani, 2007).

Podsumowując – zarówno specjaliści zdrowia publicznego, jak i tradycyjnej medycyny wyraźnie wskazują na konieczność poszukiwania rozwiązań z zakresu skutecznej komunikacji i edukacji w odniesieniu do grup zmarginalizowanych, w tym osób o najniższym wykształceniu. Jednocześnie podkreślany jest niedostatek rozwiązań teoretycznych i praktycznych w tym obszarze oraz bardzo rzadka obecność omawianej problematyki w programach przygotowania zawodowego profesjonalistów.

W szerszym kontekście znaczna część edukacji zdrowotnej osób dorosłych o niskim wykształceniu wpisuje się w system niezawodowego kształcenia dorosłych (NKD), stanowiącego jeden z filarów koncepcji uczenia się przez całe życie (Górewska-Fells i wsp., 2007).

### 3. Metodyka edukacji zdrowotnej grup zmarginalizowanych – propozycja typologii

Nim podejmiemy próbę uporządkowania rozwiązań na rzecz edukacji zdrowotnej osób o niskim wykształceniu, warto podkreślić jeden fakt: w chwili obecnej bardzo niewiele wiadomo na temat tego, jakich metod komunikacyjnych używają profesjonalści, aby lepiej komunikować się z osobami o niskich kompetencjach w sferze zdrowia. Jedno z nielicznych badań podejmujących ten temat przeprowadzili Schwartzberg i wsp. (2007), którzy zapytali przedstawicieli zawodów medycznych (lekarzy, pielęgniarki i farmaceutów) o stosowane przez nich rozwiązania służące lepszemu przekazywaniu informacji dotyczących zdrowia pacjentom. Uzyskane wyniki są szczególnie istotne ze względu na fakt, iż przedstawiciele tych zawodów nie tylko edukują pacjentów w ramach wykonywania swoich obowiązków w obszarze ochrony zdrowia, ale biorą także często udział w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia sensu stricto. Okazuje się, że badani najczęściej używają metod zdroworozsądkowych, tj. używają prostego słownictwa (ok. 95%), rozdają materiały drukowane, np. ulotki (ok. 70%), czy też mówią wolniej (ok. 67%). Inne rozwiązania są stosowane rzadziej. Przykładowo jedynie około 40% lekarzy prosi pacjenta, by powtórzył to, co zostało powiedziane lub zaprasza na rozmowę kogoś z rodziny pacjenta wraz z nim, by pomógł w zrozumieniu i zapamiętaniu instrukcji. Najrzadziej profesjonalści stosują inne formy komunikacji, np. rozmowę telefoniczną w celu sprawdzenia, czy pacjent zrozumiał i wprowadza w życie uzyskaną wiedzę (ok. 12%). Interesującym problemem jest to, iż profesjonalści, poproszeni o określenie, które metody byłyby najbardziej skuteczne w komunikacji z pacjentami o niskich kompetencjach zdrowotnych, wymieniają często inne techniki niż stosują na co dzień. Przykładowo angażowanie rodziny pacjenta do pomocy jest stosunkowo rzadką techniką, a w rankingu skuteczności znalazło się na drugim miejscu. Podobnie było z techniką „powtarzania” istotnych treści – choć prawie 93% profesjonalistów uznaje ją za skuteczną (trzecie miejsce w rankingu), to rutynowo stosuje ją mniej niż 40% z nich.

### 4. Generalne zasady dotyczące komunikacji z osobami o niskich kompetencjach zdrowotnych

Najczęściej podkreślaną przeszkodą dla skutecznej komunikacji i edukacji zdrowotnej osób o niskich kompetencjach w sferze zdrowia jest fakt emocjonalnych utrudnień w komunikacji ze specjalistą – głównie wstydu wynikającego z niskiej oceny własnej kompetencji przez wiele osób należących do tej grupy odbiorców. Za podstawową zasadę należy uznać zatem proponowane przez American Medical Association (2000) tworzenie środowiska wolnego od wstydu (shame-free environment). W kontekście placówki medycznej realizacja tej zasady obejmować może następujące działania:

- a) zaangażowanie całego personelu placówki w uproszczenie wszelkich procedur i komunikatów zarówno pisemnych, jak i głosowych stosowanych w kontakcie z odbiorcami usług medycznych;
- b) proaktywne oferowanie pomocy w zrozumieniu treści, z jednoczesnym zapewnieniem odbiorców, że ich niezrozumienie jest powszechne i nie wiąże się z jakąś szczególną niekompetencją po stronie pacjenta;
- c) zbudowanie na poziomie systemu komunikacyjnego placówki rozwiązań, w ramach których sposób rozumienia przekazywanych przez pacjenta informacji zostanie sprawdzony nim opuści on instytucję;
- d) zbudowanie systemu kontaktu „następczego”, w którym profesjonalista kontaktuje się z pacjentem, by sprawdzić, czy pacjent potrafi uzyskaną wiedzę wprowadzić w życie.

Inaczej zasada ta mogłaby zostać określona jako **zasada akceptacji** odbiorcy wraz z jego ograniczeniami. Z kolei akceptacja i rozumienie specyfiki funkcjonowania i uczenia się odbiorców powinny skutkować stosowaniem **zasady indywidualizacji**, uwzględniającej za każdym razem taką specyfikę.

Wreszcie warto stosować **zasadę uaktywniania środowiska społecznego odbiorcy**. Jak wskazuje American Medical Association (2000), członkowie rodziny lub znajomi osoby o niskich kompetencjach w sferze zdrowia mogą wspierać tę osobę w obszarach, w których jej kompetencje są zbyt niskie (np. w rozumieniu materiałów pisanych). Osoby takie mogą także brać udział wraz z pacjentem w działaniach edukacyjnych.

Omówione wyżej zasady uważa się jako pewne nadrzędne założenia do prowadzenia edukacji zdrowotnej dla grup wrażliwych, w tym osób nisko wykształconych. Powinny one być uwzględniane cały czas bez względu na formy, metody i środki dydaktyczne, które stosujemy.

Na końcu warto zwrócić uwagę na sytuację, w której edukacja zdrowotna osób z grup zmarginalizowanych odbywa się w obrębie jakiejś instytucji, np. medycznej lub oświatowej. Schyve (2007) analizując ten problem w kontekście placówek medycznych zwraca uwagę, iż wszelkie zmiany w tym zakresie powinny być prowadzone ewolucyjnie, z uwzględnieniem przekształcenia całego systemu placówki. Wprowadzanie pojedynczych, nieustrukturalizowanych zmian, do których nie są przygotowani ani odbiorcy, ani profesjonalści może nie tyle być nieskuteczne, co prowadzić do efektów odwrotnych niż planowane.

## **5. Techniki komunikacji stosowane w bezpośrednim kontakcie**

Problemy z komunikacją dotyczącą zdrowia osób z grup zmarginalizowanych mogą dotyczyć trzech obszarów (Schyve, 2007):

1. Język – problem tego typu dotyczy społeczeństw wielokulturowych, w których może dochodzić do sytuacji, gdzie kompetencje w zakresie znajomości języka komunikacji będą zbyt niskie po stronie profesjonalisty lub odbiorcy.
2. Różnice kulturowe – mogą one wynikać zarówno z innego pochodzenia rasowego bądź narodowego profesjonalisty i odbiorcy, jak i z różnic kulturowych pomiędzy różnymi grupami wśród tego samego narodu. Różnice kulturowe, o których tu mowa, przekładają się na odmienne rozumienie słów oraz inne postrzeganie różnych zjawisk społecznych, także tych związanych ze zdrowiem. Jako bariera komunikacyjna w grę wchodzić może także stereotypowe postrzeganie przedstawicieli określonych grup przez profesjonalistę.
3. Analfabetyzm zdrowotny (low health literacy) – oznacza niskie kompetencje odbiorców w zakresie rozumienia i stosowania przekazów dotyczących zdrowia. Może on wynikać z wymienionych wcześniej różnic w zakresie kompetencji językowych i kulturowych. Może być jednak tak, iż będzie on dotyczył osób z tej samej kultury, posiadających wystarczające ogólne kompetencje językowe. W tej sytuacji problem dotyczył będzie jedynie przekazów związanych z problematyką zdrowia.

Chociaż Schyve (2007) analizował powyższe problemy w kontekście komunikacji lekarz – pacjent, wszystkie one mogą wystąpić także w relacji promotor zdrowia (edukator) – odbiorca.

Tego typu trudności znalazły swoje przełożenie w rekomendacjach dotyczących skutecznej komunikacji z osobami o niskich kompetencjach zdrowotnych. Manning i Kripalani (2007) proponują stosowanie następujących elementów w kontakcie z pacjentami z grup zmarginalizowanych:

- a) stosowanie prostych sformułowań,
- b) przekazywanie maksymalnie 1-3 informacji,
- c) stosowanie metody „powtarzania” przez pacjenta usłyszanych informacji, żeby sprawdzić poziom rozumienia treści,
- d) stosowanie materiałów edukacyjnych zwiększających skuteczność przekazu.

Odnosnie punktu c) warto zaznaczyć, że powtarzanie nie musi oznaczać odtworzenia tego, co powiedział profesjonalista, lecz może być przekazane w formie pisemnej lub pokazu (demonstracji) (Schwartzberg, 2002). W metodzie tej oprócz kontroli zrozumienia treści idzie o uaktywnienie odbiorcy i uczynienie rozmowy z pacjentem bardziej interaktywną – w przeciwieństwie do częstej jednostronnej komunikacji, w której aktywną stroną jest jedynie profesjonalista (Schyve, 2007).

Szczegółowe wskazówki w zakresie komunikacji głosowej z osobami o niskich kompetencjach w sferze zdrowia formułują specjaliści American Medical Association (2002). Zalecają oni zmniejszenie tempa przekazu, unikanie języka zawierającego skomplikowane medyczne słownictwo, przekazywanie jedynie kilku (maksymalnie trzech) komunikatów jednocześnie oraz komunikację w pozycji siedzącej.

## **6. Techniki komunikacji odnoszące się do tekstu – materiały edukacyjne**

Na wstępie warto zwrócić uwagę, iż istnieją badania, wskazujące na generalną preferencję osób o niskich kompetencjach zdrowotnych do otrzymywania informacji podczas bezpośredniego spotkania ze specjalistą, a nie materiałów drukowanych – tak jest przynajmniej w kontekście relacji lekarz – pacjent (Schwarzenberg i wsp., 2007).

Schwartzenberg (2002) opisuje szczególne problemy, które mogą pojawić się, kiedy w edukacji dotyczącej zdrowia (lub dokładniej, np. w instrukcjach dotyczących dawkowania leków) stosujemy słowo pisane. Podstawowym problemem w takiej sytuacji jest fakt, iż znaczna część populacji, szczególnie osoby słabo wykształcone charakteryzują się tzw. analfabetyzmem funkcjonalnym. Osoby takie mają znaczne trudności ze zrozumieniem nawet stosunkowo prostych tekstów zarówno pod względem poziomu trudności słownictwa, jak i składni materiałów pisanych. Równocześnie, analizy materiałów edukacyjnych przeznaczonych dla pacjentów (brozur, formularzy, kwestionariuszy itp.) wskazują, iż w większości z nich stosowany jest język odpowiedni dla osób o ponadprzeciętnych kompetencjach językowych. Schwarzenberg (2002) zaznacza, że szczególne ryzyko dotyczy tych komunikatów pisemnych, które zawierają liczby (np. sposób dawkowania leku, graniczne wartości ciśnienia tętniczego). W tych przypadkach istnieje zresztą najpoważniejsze ryzyko, iż brak zrozumienia komunikatu doprowadzi do negatywnych skutków dla zdrowia pacjenta.

Zalecenia American Medical Association (2000) skierowane do osób przygotowujących materiały edukacyjne dla osób o niskich kompetencjach w sferze zdrowia, obejmują przede wszystkim konieczność uproszczenia języka (stosowanie powszechnie używanego słownictwa). Jest to spowodowane faktem, iż materiały edukacyjne zawierające żargon medyczny są przez tę grupę odbiorców odrzucane lub rozumiane w sposób nieprawidłowy. Dodatkowo zaleca się, by proste materiały pisemne przygotowywać jako uzupełnienie komunikacji, która miała miejsce podczas rozmowy. Ważne w tym kontekście jest wskazanie kolejności działań, które ma podjąć odbiorca. Dobrym rozwiązaniem może być także przeczytanie pisemnych informacji wraz z pacjentem i zakreślenie najbardziej istotnych punktów. Skuteczność edukacyjną materiałów pisanych zwiększa także uzupełnienie ich o diagramy i rysunki (American Medical Association, 2002).

## **7. Przygotowanie specjalistów do pracy z grupami wrażliwymi**

Koncepcja edukacyjna PCHC opiera się na kilku założeniach. Po pierwsze, przyjmuje się, że profesjonaliści komunikujący się w sprawach zdrowia mogą nauczyć się komunikacji z pacjentami mniej wykształconymi. Po drugie, konieczne jest, aby skuteczne komunikowanie stało się sprawą całej instytucji, która powinna wspierać (np. poprzez szkolenia) zatrudnionych w niej profesjonalistów. Tymczasem często przedstawiciele organizacji w sposób nieracjonalny obawiają się, iż działania w tym obszarze będą bardzo kosztowne. Wreszcie powinno pracować się nad motywowaniem specjalistów tak, by byli oni skłonni zaangażować się w ćwiczenie nowych kompetencji i wprowadzanie w życie uzyskanej wiedzy. Często bowiem prezentują oni obawy, że skuteczne komunikowanie się z „trudnymi” pacjentami może spowodować różne problemy, przykładowo znaczne przedłużenie czasu wizyty.

Interesującym sposobem rozwiązania problemu niskiej wiedzy na temat zdrowia i niskiej alfabetyzacji części pacjentów jest szkolenie personelu medycznego przy zastosowaniu metody „standaryzowanego pacjenta”. Jeden z ćwiczących odgrywa rolę nisko wykształconej osoby, podczas kiedy zadaniem drugiego jest poprowadzić proces komunikacji w ten sposób, by przepływ informacji był możliwie najlepszy, a edukacja zdrowotna skuteczna. Metoda ta była stosowana od lat 60. XX w. do nauczania podstawowych umiejętności klinicznych w obszarze diagnozowania chorób (Manning, Kripalani, 2007). Specjalnie przygotowani aktorzy odgrywali rolę nisko wykształconej osoby prezentującej negatywne zachowania zdrowotne (palenie papierosów, nieprawidłowa dieta). Osoba ta preferowała dodatkowo informacje na temat zdrowia przekazywane przez rodzinę i znajomych przy jednoczesnym ograniczonym zaufaniu wobec specjalistów medycznych. Lekarz, który stwierdził u pacjenta podwyższony cholesterol



i ciśnienie krwi miał za zadanie przekazać mu w sposób skuteczny informacje mające na celu zmotywować go do korzystnych zmian w zakresie zachowań zdrowotnych. Podstawowym wyzwaniem był tutaj fakt, iż aktorzy poinstruowani zostali, aby podczas rozmowy nie poszukiwać informacji medycznych w sposób aktywny oraz by nie okazywać wprost braku zrozumienia przekazywanych przez lekarza informacji. Taka postawa często dotyczy osób o niskich kompetencjach zdrowotnych, które wstydzą się tego, że nie rozumieją komunikatów dotyczących zdrowia, i często podejmują próby ukrycia swojej niekompetencji (Shwartzenberg, 2002; Schwartzenberg i wsp., 2007).

W następnym etapie treningu przeprowadzone ćwiczenia były omawiane przez wszystkich uczestników pod kątem analizy jakości procesu komunikacji, uwzględniającej podstawowe założenia tego procesu, tj. prosty, pozbawiony medycznego żargonu język, przekazywanie ograniczonej liczby informacji (1-3) oraz stosowanie powtarzania przez pacjenta jako techniki sprawdzającej rozumienie komunikatów przekazywanych przez lekarza (Manning, Kripalani, 2007).

Metoda ta, ze względu na jej praktyczne implikacje, może być stosowana w odniesieniu do specjalistów nie zajmujących się medycyną sensu stricto, np. edukatorów zdrowotnych lub promotorów zdrowia, także tych działających w miejscu pracy. Oczywiście takie działania wiążą się z adaptacją tej metody do specyficznych warunków takich działań. Przede wszystkim idzie tutaj o akcent na edukację grup, gdyż działania edukacyjne w tym kontekście rzadko kiedy odbywać będą się w kontakcie indywidualnym, tak jak to jest w relacji lekarz - pacjent. Warto tutaj zwrócić uwagę, iż badania ukazują często ograniczoną skuteczność edukacji grupowej, prowadzonej tradycyjnymi, niedostosowanymi do potrzeb odbiorców metodami. Przykładowo Schwartzenberg (2002) cytuje badania, w ramach których pacjenci, u których zdiagnozowano cukrzycę, przechodzili pięciogodzinne szkolenie prowadzone przez certyfikowanego edukatora, które miało dostarczyć im wiedzy o specyfice choroby i działaniach, które powinni podjąć, żeby zredukować negatywne aspekty schorzenia. Różnice w przyswojonej wiedzy i kompetencjach pomiędzy osobami o niskich i wysokich kompetencjach w sferze zdrowia były znaczące. Przykładowo, po szkoleniu jedynie połowa pacjentów z pierwszej z wymienionych grup potrafiła wskazać objawy hiperglikemii, które mogą u nich wystąpić. Było to bardzo niewiele w porównaniu z 94% osób o wysokich kompetencjach w sferze zdrowia.

Nie należy zapominać, że działania podejmowane w ramach edukacji zdrowotnej czy promocji zdrowia w miejscu pracy, mogą napotykać przeszkody związane ze specyficzną sytuacją społeczną nisko wykształconych pracowników w ramach zakładu pracy. Steinbrunn (1988) wskazuje na fakt, że tego typu inicjatywy mogą wiązać się z obawami samych pracowników lub ich przedstawicieli o to, że zakład pracy nie podejmie lub wycofa się z własnych działań na rzecz polepszenia warunków pracy, a cała odpowiedzialność zostanie rzucona na pracowników. Dodatkowo podkreśla on, iż działania edukacyjne mogą być postrzegane jako narzucone przez zarząd firmy i w niektórych przypadkach, np. takich, w których prowadzi się diagnostykę medyczną (screening), mogą być wykorzystane przeciwko pracownikom. Ponadto działania podejmowane wyłącznie na rzecz pracowników nisko wykształconych, głównie wykonujących prace fizyczne, mogą być postrzegane jako dyskryminujące ich jako grupę społeczną w ramach firmy (podczas kiedy przedstawiciele kadry zarządzającej też mogą zachowywać się antyzdrowotnie). Istnieje też ryzyko, że narzucone z góry programy, które nie uwzględniają rzeczywistych potrzeb najniższej wykształconych (i często najniższej ułożonych w hierarchii firmy) pracowników, nie będą dla nich atrakcyjne. Wreszcie programy edukacji zdrowotnej często nie uwzględniają ograniczeń, wynikających z organizacji pracy w firmie i życia prywatnego pracowników (np. rozkład przerw w pracy, konieczność opieki nad dziećmi) (Steinbrunn, 1988). Dopiero skuteczne adresowanie tego typu kwestii pozwoli na planowanie i prowadzenie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dla tych grup. Wyraźnie widać jednak, że wymagania w tym zakresie znacznie wykraczają poza problematykę skutecznej komunikacji w kontakcie z odbiorcą (por. przedstawione wyżej rozwiązania American Medical Association, 2000). Idzie raczej o budowanie klimatu społecznego, opartego na zaufaniu i partycypacji, który stanowi punkt wyjścia dla akceptacji i zaangażowania nisko wykształconych pracowników.



## 8. Podsumowanie

Problemy związane ze skuteczną edukacją zdrowotną osób dorosłych z grup zmarginalizowanych są dobrze znane. Mimo to rozwiązania praktyczne i założenia teoretyczne takiej specyficznej edukacji nie są silnie rozbudowane w kontekście potrzeb społecznych w tym zakresie. Do tego najbardziej rozwinięte i przetestowane w praktyce są te rozwiązania, które znajdują zastosowanie w specyficznej edukacji, tj. związanej z komunikacją profesjonalistów medycznych z pacjentami z grup wrażliwych (choć i tu tradycja systemowego zajmowania się problemem nie jest długa). Oczywiście jest to bardzo ważny obszar – jednak różni się on znacząco od działań edukacyjnych w innych siedliskach, np. w miejscu pracy. Nie oznacza to oczywiście, iż niektóre rozwiązania, czy prawidłowości przetestowane w sferze „medycznej” nie będą użyteczne w innych obszarach.

W kontekście przeprowadzonych analiz edukacja zdrowotna „trudnych” dorosłych jawi się jako problem wymagający pogłębionych analiz, których wyniki znajdą przełożenie na działania edukacyjne w praktyce.

## Bibliografia

1. American Medical Association: Health literacy introductory kit. AMA, Chicago 2000
2. Demetrio D.: Edukacja dorosłych. W: Śliwerski B. [red.]. Pedagogika. Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej. T.3. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2006
3. Dubas E.: Kategoria wiekowa 50+. Charakterystyka rozwojowa i aspekty edukacyjne. W: Dubas E., Pyżalski J., Muszyński M., Rapuś-Pavel J. [red.]. Wspieranie rozwoju bezrobotnych 50+. Doświadczenia projektu Adults Mentoring. Wyd. UŁ, Łódź 2008
4. Górowska-Fells M., Kolasińska E., Smoczyńska A.: Wychowanie przedszkolne i niezawodowe kształcenie dorosłych jako istotne etapy procesu uczenia się przez całe życie w Europie. FRSE, Warszawa 2007 [cytowany 3 marca 2010]. Dostępny pod adresem: <http://www.eurydice.org.pl/files/wpnkd.pdf>
5. Partnership for Clear Health Communication Works to Improve Health Literacy. *Managed Care Outlook* 2007; 20(8)
6. Manning D.K., Kripalani S.: The Use of Standardized Patients to Teach Low-literacy Communication Skills. *Am. J. Health Behav.* 2007; 31:105-110
7. Petrakova A., Sadana R.: Problems and progress in public health education. *WHO Bull* 2007; 85:901-980
8. Schwartzberg J.G.: Low health literacy. What do your patients really understand? *Nurs Economics* 2002; 3:1-3
9. Schwartzberg J.G., Cowett A., VanGeest J., Wolf M. S.: Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am. J. Health Behav.* 2007; 31:96-104
10. Schyve P.M.: Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. *J. Gen. Intern. Med.* 2007; 22:360-361
11. Steinbrunn R.L.: Blue collar workers: what factors influence participation in health education programmes. *Benefit Q.* 1988; 4:71-79

## **6. Świadomość i zachowania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia**

*Krzysztof Puchalski*

### **1. Wstęp**

W rozdziale tym analizowane będą różnice pomiędzy grupami o odmiennym statusie wykształcenia, zachodzące w obszarze wybranych uwarunkowań aktywności zdrowotnej. Uwzględnione zostaną te spośród uwarunkowań zdrowego stylu życia, które mogą być modyfikowane poprzez szeroko pojętą edukację zdrowotną i siedliskowe programy promocji zdrowia. Wśród nich omówione będą także te zjawiska i cechy, które warunkują sam odbiór przekazów edukacyjnych i przez to wpływać mogą na skuteczność tej formy działań. Kluczowe pytanie dotyczy tego, czy osoby o niskim wykształceniu częściej, czy rzadziej niż wyżej wykształcone posiadają takie cechy, które uznawane są jako sprzyjające zachowaniom prozdrowotnym. Albo odwrotnie – czy osoby te częściej, czy rzadziej charakteryzują się cechami (innymi niż poziom wykształcenia), które nie sprzyjają takim zachowaniom. W tym kontekście pojawi się też pytanie, na ile osoby o niskim wykształceniu są otwarte na korzystanie z przekazów edukacji zdrowotnej – tych, które miałyby kształtować ich dyspozycje do zdrowego sposobu życia.

Powyższe ustalenia przedstawione będą w oparciu o wyniki badań przeprowadzonych w czterech krajach uczestniczących w projekcie. Poszukiwania różnic pomiędzy grupami o odmiennym statusie wykształcenia prowadzone będą w całej zbadanej populacji, obejmującej łącznie 1691 pracowników (817 nisko i 874 wysoko wykształconych) z czterech krajów. Oprócz tego zostanie sprawdzone, na ile grupa o niskim poziomie edukacji jest jednorodna – czy jej reprezentanci z poszczególnych krajów różnią się znacząco między sobą, czy inaczej – można próbować uogólnić wyniki i odnieść je do wszystkich nisko wykształconych pracowników we wszystkich krajach partnerskich projektu lub nawet w całej Europie.

### **2. Postawy emocjonalne i skłonność do refleksji na temat zdrowego trybu życia**

Ważne dla powodzenia większości działań edukacyjnych, zmierzających do wpływania na zdrowy styl życia, są niewątpliwie dwie sprawy leżące po stronie adresatów tych działań. Pierwsza to ich postawa emocjonalna wobec zdrowego życia (i dotyczących go przekazów), druga to skłonność do refleksji na temat własnego postępowania i tego, jak wpływa ono na zdrowie.

Badania pokazały, że problematyka zdrowotna (podejmowana m.in. w mediach, codziennych rozmowach) raczej rzadko, bo tylko u 5% ogółu pracowników, wzbudza negatywne emocje (Tab. 1). Co ciekawe, dzieje się tak ponad dwukrotnie częściej wśród osób o niskim poziomie wykształcenia, niż w odmiennej grupie. W skrajnych grupach, czego nie widać w tabeli, różnica jest nawet pięciokrotna: 10% wśród najniżej i 2% wśród najwyżej wykształconych.

Pozostałą część populacji, pozbawioną owych negatywnych emocji, podzielić można na trzy podobnie liczne grupy, z których każda prezentuje odmienną postawę.

Tab. 1: Postawy wobec zdrowego trybu życia a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

Czy i jak często zastanawia się P, czy P. sposób postępowania wpływa na P. zdrowie?	Wykształcenie	
	niskie	wysokie
Jestem osobą, którą temat zdrowia drażni, denerwuje	7	3
Jestem osobą, która na co dzień nie myśli o zdrowiu, nie zwracam uwagi, jak to co robię wpływa na moje zdrowie	36	24
Jestem osobą, która czasami dużo myśli, co szkodzi a co sprzyja mojemu zdrowiu, a potem zupełnie to lekceważy, nie przejmuję się tym	32	31
Jestem osobą, która chętnie słucha, co robić dla zdrowia, często zastanawia się, jak zdrowiej żyć	25	42
<b>N (p = 0,000)</b>	<b>817</b>	<b>874</b>

Pierwsza to postawa osób, dla których temat zdrowego stylu życia jest na co dzień obojętny. Pracownicy ci zazwyczaj nie zwracają uwagi na swoje postępowanie w kontekście jego wpływu na stan zdrowia. Na co dzień nie myślą o zdrowiu i o tym, czy ich zachowania mają jakikolwiek związek z ich kondycją zdrowotną. Trzeba odnotować, że wśród lepiej wykształconych dotyczy to niespełna co czwartej osoby, natomiast wśród pracowników o niskim poziomie wykształcenia taką postawę prezentuje już ponad 1/3 owej grupy<sup>1</sup>.

Obojętność, o której mowa, jest bardziej rozpowszechnionym zjawiskiem. Prawie 1/3 ogółu badanych (tu podobnie w obu odmiennych grupach wykształcenia) przyznaje, że choć czasami dużo myśli o wpływie swojego postępowania na zdrowie, to na co dzień nie przejmuję się tym, nie przekłada efektów tej refleksji na zmiany we własnych zachowaniach. Zatem w sumie u 2/3 populacji refleksja na temat związków stylu życia i zdrowia może nie mieć znaczącego wpływu na realne postępowanie w codziennym życiu – bo albo w ogóle nie pojawia się, albo jest lekceważona.

Ostatnia postawa, najczęściej występująca wśród badanych charakteryzuje osoby, które mogą być najbardziej podatnymi na przekazy edukacji zdrowotnej. Przyznają one, że są otwarte na nowe informacje dotyczące zdrowego stylu życia i – co szczególnie ważne – informacje te zajmują istotne miejsce w ich codziennej refleksji. Zatem robią one użytek (przynajmniej intelektualny) z tego, czego dowiadują się o zdrowiu. Istotną sprawą jest fakt, że osób takich jest znacznie mniej wśród niżej edukowanych (25%), niż wśród pracowników wysoko wykształconych (42%).

Niskie wykształcenie nie sprzyja zatem ani samemu zainteresowaniu przekazami edukacji zdrowotnej, ani refleksji skłaniającej do zdrowego stylu życia.

Warto zwrócić uwagę, że interesująca nas grupa nisko wykształconych pracowników nie jest jednorodna w poszczególnych krajach, uczestniczących w projekcie (Tab. 2).

Tab. 2: Postawy wobec zdrowego trybu życia w poszczególnych krajach – dane dla grupy nisko wykształconych pracowników (w %)

Czy i jak często zastanawia się P, czy P. sposób postępowania wpływa na P. zdrowie?	Państwo			
	ES	LV	PL	SI
Jestem osobą, którą temat zdrowia drażni, denerwuje	5	12	7	3
Jestem osobą, która na co dzień nie myśli o zdrowiu, nie zwracam uwagi, jak to co robię wpływa na moje zdrowie	31	35	45	33
Jestem osobą, która czasami dużo myśli, co szkodzi a co sprzyja mojemu zdrowiu, a potem zupełnie to lekceważy, nie przejmuję się tym	33	32	30	31
Jestem osobą, która chętnie słucha, co robić dla zdrowia, często zastanawia się, jak zdrowiej żyć	31	21	18	33
<b>N (p = 0,000)</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>203</b>	<b>200</b>

<sup>1</sup> W kilku innych badaniach dużych grup pracowników, przeprowadzonych w Polsce, potwierdzono istotny związek niskiego poziomu wykształcenia z rzadką refleksją nad wpływem własnego postępowania na zdrowie (Korzeniowska i wsp., 2007; Puchalski, 2004).

Negatywne emocje związane z tematem zdrowia najczęściej pojawiają się wśród nisko edukowanych obywateli Łotwy (deklaruje to 12%), podczas gdy w Słowenii już tylko u 3% analogicznej grupy. Z kolei obojętność wobec zdrowia i własnych zachowań najczęściej prezentują słabo wykształceni Polacy (45% spośród nich) – podczas gdy w pozostałych krajach około 1/3. Polacy także, ale i Łotysze, najrzadziej zastanawiają się, jak zdrowiej żyć.

### 3. Zachowania sprzyjające zdrowiu

Spójrzmy teraz, czy i na ile już nie sama refleksja, ale sposób postępowania pracowników wobec własnego zdrowia różni się ze względu na odmienny status wykształcenia. Jest to też próba skonfrontowania danych, dotyczących populacji pracujących, z ogólną tezą o tym, że niskie wykształcenie nie sprzyja trosce o własne zdrowie.

Aby ustalić stan aktywności prozdrowotnej respondentów zapytano o realizację kilku wybranych zachowań ważnych dla zdrowia. Zagadnienie zostało ujęte w sposób ogólny – badanych pytano, czy starają się realizować te zachowania w swoim codziennym życiu, już bez analizowania szczegółów tych działań (Tab. 3).

Tab. 3: Wybrane zachowania prozdrowotne a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (% odpowiedzi twierdzących)

„Czy jest P. osobą, która stara się...”	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Ograniczać spożycie cukru, słodczy	38	43	51	59
Ograniczać spożycie tłuszczu	45	50	62	69
Dbać o swoją sprawność fizyczną, gimnastykować się, uprawiać sport	36	41	49	57
Nie pić alkoholu lub pić tylko niewiele	76	71	75	77
Regularnie poddawać się badaniom wykluczającym chorobę	28	31	36	41
Pracować tak, by jak najmniej szkodzić swojemu zdrowiu	66	57	66	74
<b>N</b>	<b>369</b>	<b>448</b>	<b>433</b>	<b>441</b>

Okazuje się, że dane na temat zróżnicowania aktywności prozdrowotnej w relacji do wykształcenia nie są jednoznaczne – choć na ogół można powiedzieć, że nisko wykształceni pracownicy rzadziej troszczą się o swoje zdrowie podejmując sprzyjający mu styl życia. Bardziej szczegółowo można zauważyć, że im niższe wykształcenie tym rzadziej podejmują oni starania o to, by ograniczać spożycie cukru, tłuszczu oraz dbać o sprawność fizyczną. Także nieco rzadziej starają się regularnie wykonywać badania z zakresu profilaktyki medycznej. Natomiast już stosunek do ograniczeń konsumpcji alkoholu jest prawie taki sam we wszystkich grupach wykształcenia. Podobnie trudno odnaleźć wyraźne różnice, gdy idzie o przejawianie troski o zdrowie w pracy – choć generalnie niskie wykształcenie, a zwłaszcza zasadnicze zawodowe, wydaje się rzadziej sprzyjać takiej postawie (w kolejnym podrozdziale zagadnienie to zostanie omówione dokładniej).

Zachowania nisko wyedukowanych pracowników różnią się pomiędzy sobą w poszczególnych krajach (Tab. 4). Wśród ogółu nisko wykształconych generalnie najczęściej w prozdrowotny sposób postępują pracownicy z Hiszpanii oraz Słowenii, natomiast Polacy i Łotysze czynią to dwukrotnie rzadziej. Prawidłowość ta nie dotyczy tylko ograniczeń konsumpcji alkoholu, a słabo zaznacza się przy trosce o zdrowie w pracy (ponadto reprezentanci Łotwy wyraźnie najrzadziej starają się regularnie wykonywać badania profilaktyczne).

Tab. 4: Wybrane zachowania prozdrowotne w poszczególnych krajach – dane dla grupy nisko wykształconych pracowników (% odpowiedzi twierdzących)

„Czy jest P osobą, która stara się...?”	Państwo			
	ES	LV	PL	SI
Ograniczać spożycie cukru, słodocy	53	22	33	55
Ograniczać spożycie tłuszczu	59	35	35	62
Dbać o swoją sprawność fizyczną, gimnastykować się, uprawiać sport	59	26	21	49
Nie pić alkoholu lub pić tylko niewiele	75	71	68	78
Regularnie poddawać się badaniom wykluczającym chorobę	48	7	23	43
Pracować tak, by jak najmniej szkodzić swojemu zdrowiu	79	47	59	59
<b>N</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>203</b>	<b>200</b>

#### 4. Troska o własne zdrowie podczas wykonywania pracy

Częściej niż co trzeci pracownik uważa, że wykonywana przez niego praca zawodowa i warunki, w których się ona odbywa szkodzi jego zdrowiu. Przeciwnego zdania – a więc że praca nie szkodzi zdrowiu – w całej badanej populacji jest średnio co druga osoba. Nie ma przy tym znaczących różnic pomiędzy odmiennymi grupami wykształcenia, gdy idzie o postrzeganie negatywnego wpływu pracy na zdrowie. Natomiast niżej wykształceni nieco rzadziej ( $p = 0,000$ ) wyrażają pogląd, że ich praca nie wpływa na ich zdrowie, a częściej deklarują, że w ogóle nie zastanawiali się nad takim wpływem (13% wśród niżej wykształconych i dwukrotnie mniej wśród wyżej).

Nisko wykształceni częściej przyznają, że na co dzień w pracy lekceważą swoje zdrowie. Częściej też uważają, że nie warto przestrzegać w pracy przepisów chroniących zdrowie, jeżeli za ich lekceważenie nie grozi kara. Ponadto nieco rzadziej starają się dowiadywać, w jaki sposób ochraniać swoje zdrowie podczas wykonywania pracy (Tab. 5).

Tab. 5: Stosunek do zdrowia w pracy zawodowej, a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

„Czy zgadza się P. z następującymi stwierdzeniami?”	Opinia	Wykształcenie	
		niskie	wysokie
Na co dzień często lekceważę zdrowie, wykonując swoją pracę zawodową	Tak (zdecydowanie tak i raczej tak)	55	45
	Nie (zdecydowanie nie i raczej nie)	38	50
	Trudno ocenić	7	5
<b>Ogółem (<math>p = 0,000</math>)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>
Warto przestrzegać tylko tych przepisów bhp, za łamanie których można zostać ukaranym	Tak (zdecydowanie tak i raczej tak)	23	11
	Nie (zdecydowanie nie i raczej nie)	65	82
	Trudno ocenić	12	7
<b>Ogółem (<math>p = 0,000</math>)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>
Staram się dowiadywać jak najwięcej, w jaki sposób pracować, by uniknąć dolegliwości, choroby, wypadku	Tak (zdecydowanie tak i raczej tak)	53	59
	Nie (zdecydowanie nie i raczej nie)	40	35
	Trudno ocenić	7	6
<b>Ogółem (<math>p = 0,01</math>)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

Na podstawie wyników tych można uznać, że choć różnice pomiędzy osobami o odmiennym poziomie wykształcenia nie są duże, gdy idzie o ich stosunek do zdrowia w pracy, to jednak nisko wyedukowani częściej swoje zdrowie lekceważą – zwłaszcza wtedy, gdy nie są w odczuwalny sposób zobligowani



do jego ochrony. Ponadto wśród osób, które przyznają się do braku troski o swoje zdrowie w pracy, nisko wykształceni wyraźnie rzadziej dostrzegają potrzebę bardziej ochraniającego sposobu wykonywania czynności zawodowych (Tab. 6).

Tab. 6: Potrzeba podjęcia wyróżnionych działań prozdrowotnych deklarowana przez osoby, które nie realizują tych działań – dane dla całej populacji deklarujących, że aktywność taka byłaby potrzebna dla ich zdrowia (% odpowiedzi twierdzących)

„Czy wprowadzenie poniższych zmian byłoby korzystne dla P. zdrowia...?”	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Ograniczenie spożycia cukru, słodczy (p = 0,001)	27	31	35	34
Ograniczenie spożycia tłuszczu (p = 0,01)	46	42	58	49
Dbłość o sprawność fizyczną, gimnastyka, uprawianie sportu (p = 0,001)	66	69	78	80
Abstynencja lub spożywanie tylko niewielkich ilości alkoholu (p = n.i.)	46	41	51	47
Regularne badania wykluczające chorobę (p = 0,01)	62	52	62	64
Sposób pracy jak najmniej szkodzący zdrowiu (p = 0,001)	51	58	65	75

Warto tutaj jeszcze zwrócić uwagę na różnice, jakie w omawianych kwestiach istnieją pomiędzy reprezentantami nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach. Ogólnie o negatywnym wpływie pracy na zdrowie najczęściej mówią słabo wykształceni Słoweńcy (częściej, niż co druga osoba), natomiast najrzadziej Polacy (28%). Z kolei nisko edukowani pracownicy na Łotwie najczęściej w ogóle nie potrafią ocenić wpływu pracy na swoje zdrowie (blisko 30%, podczas gdy w pozostałych krajach od 5% do 13%). Na Łotwie także najczęściej przyznają, że lekceważą swoje zdrowie w pracy (3/4 nisko wykształconych w tym kraju, podczas gdy tylko 1/3 w Polsce). Łotysze oraz Polacy najczęściej na tle pozostałych krajów nie są zainteresowani informacjami na temat bezpiecznej pracy – informacji takich poszukuje w obu tych krajach po ok. 40% słabo wyedukowanych pracowników, podczas gdy w Hiszpanii ponad 70% porównywalnej grupy.

## 5. Poczucie potrzeby podjęcia działań prozdrowotnych

Osoby, które nie realizują w swym codziennym życiu omówionych wcześniej działań prozdrowotnych zostały zapytane, czy działania takie uważają za przydatne dla ich zdrowia.

Świadomość potrzeby prowadzenia zdrowego stylu życia u osób, które tego nie robią w całej tej grupie najczęściej dotyczy troski o sprawność fizyczną, regularnych badań profilaktycznych oraz bezpiecznego wykonywania pracy. Potrzeba taka na ogół częściej daje się zauważyć wśród lepiej wykształconych. Dotyczy to zwłaszcza dbałości o zdrowie w pracy, ale także troski o sprawność fizyczną. Inne różnice, chociaż także występują (np. dotyczące zmian w odżywianiu), nie są już tak wyraźnie zaznaczone, by mówić o odrębności grup różniących się wykształceniem (Tab. 6).

Nisko wykształceni pracownicy, którzy nie postępują w prozdrowotny sposób, nie są w omawianej teraz kwestii jednorodną grupą i różnią się ze względu na kraj, w którym mieszkają (Tab. 7).

Potrzebę zdrowego sposobu życia generalnie (z wyjątkiem aktywności fizycznej i ograniczeń picia alkoholu) najrzadziej zauważają u siebie nisko wykształceni pracownicy z Łotwy, bierni dotychczas w tej sferze. Oni też najczęściej nie potrafią w ogóle ocenić takiej potrzeby – dzięki czemu zazwyczaj najrzadziej ją negują. Natomiast najczęściej na tle innych krajów potrzebę realizacji zdrowych zachowań negują u siebie Hiszpanie. Jeżeli widzą oni potrzebę podjęcia działań prozdrowotnych, to częściej niż inni chcą ograniczyć spożycie tłuszczu. Polacy częściej niż pracownicy innych narodowości chcą ograniczyć konsumpcję alkoholu,

poddawać się badaniom i dbać o zdrowie w pracy. Słoweńcy częściej niż inni widzą potrzebę, by ograniczać konsumpcję cukru i dbać o sprawność fizyczną.

Tab. 7: Potrzeba podjęcia wyróżnionych działań prozdrowotnych, deklarowana przez osoby, które nie realizują tych działań – dane dla grupy nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach (% osób deklarujących, że aktywność taka byłaby potrzebna dla ich zdrowia)

„Czy wprowadzenie poniższych zmian byłoby korzystne dla P. zdrowia ...?”		Państwo			
		ES	LV	PL	SI
Ograniczenie spożycia cukru, słodocy ( $p = 0,000$ )	Tak	36	14	40	47
	Nie	51	31	33	26
	Trudno ocenić	13	55	27	27
<b>N</b>		<b>94</b>	<b>165</b>	<b>135</b>	<b>89</b>
Ograniczenie spożycia tłuszczu ( $p = 0,000$ )	Tak	56	28	50	51
	Nie	40	16	28	24
	Trudno ocenić	4	56	22	25
<b>N</b>		<b>82</b>	<b>138</b>	<b>129</b>	<b>76</b>
Dbałość o sprawność fizyczną, gimnastyka, uprawianie sportu ( $p = 0,000$ )	Tak	66	63	65	79
	Nie	29	3	19	7
	Trudno ocenić	5	34	16	14
<b>N</b>		<b>83</b>	<b>156</b>	<b>160</b>	<b>101</b>
Abstynencja lub spożywanie tylko niewielkich ilości alkoholu ( $p = 0,000$ )	Tak	35	38	52	45
	Nie	45	3	31	39
	Trudno ocenić	20	59	17	16
<b>N</b>		<b>49</b>	<b>61</b>	<b>65</b>	<b>44</b>
Regularne badania wykluczające chorobę ( $p = 0,000$ )	Tak	58	50	66	54
	Nie	27	8	19	19
	Trudno ocenić	15	42	15	27
<b>N</b>		<b>105</b>	<b>193</b>	<b>157</b>	<b>113</b>
Sposób pracy jak najmniej szkodzący zdrowiu ( $p = 0,000$ )	Tak	61	40	67	62
	Nie	24	2	22	13
	Trudno ocenić	15	58	11	25
<b>N</b>		<b>41</b>	<b>112</b>	<b>83</b>	<b>81</b>

## 6. Chęć pogłębiania własnej wiedzy na temat tego, jak dbać o zdrowie

Kolejny problem dotyczy tego, czy wykształcenie różnicuje już nie potrzebę prowadzenia zdrowszego życia, ale samą chęć zdobywania wiedzy o zdrowiu, otwartość na informacje o tym, jak zdrowiej żyć.

Częściej niż co druga osoba wśród nisko wykształconych i 2/3 wśród badanych z najwyższym wykształceniem deklaruje, że chce dowiedzieć się więcej na temat tego, jak dbać o zdrowie. W całej populacji średnio co czwarta osoba uznaje natomiast, że ma już wystarczające kompetencje w tym zakresie i nie chce pogłębiać swojej wiedzy – co częściej ujawnia się wśród słabiej wykształconych (Tab. 8).

Z taką postawą wydaje się zbieżne rozpowszechnienie w tej grupie opinii „Czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu”, którą podziela 48% najniżej wykształconych, a już tylko 19% osób z grupy przeciwstawnej (Tab. 9). Co prawda opinia ta może odnosić się bardziej do informacji o stanie własnego zdrowia niż do wiedzy o sposobach troski o to zdrowie, niemniej świadczy także o zgeneralizowanej postawie wobec profilaktyki.

Tab. 8: Deklarowana chęć doskonalenia własnej wiedzy o zdrowiu a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

„Czy chce P. dowiedzieć się więcej na temat tego, jak dbać o zdrowie?”	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Wystarcza mi to, co już wiem	31	27	24	20
Chciałbym dowiedzieć się więcej	55	50	62	67
Trudno powiedzieć	14	23	14	13
<b>N (p = 0,000)</b>	<b>368</b>	<b>447</b>	<b>433</b>	<b>440</b>

Tab. 9: Postawa małej otwartości na informacje dotyczące własnego zdrowia a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

Stwierdzenie	Opinia	Wykształcenie			
		podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
„Czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu”	Zgadzam się	48	38	31	19
	Nie zgadzam się	44	53	58	73
	Trudno ocenić	8	9	11	8
<b>N (p = 0,000)</b>		<b>369</b>	<b>448</b>	<b>433</b>	<b>441</b>

Analiza różnic ( $p = 0,000$ ) pomiędzy krajami w grupie osób nisko wykształconych pokazała, że to głównie Polacy (45%) i Słoweńcy (34%) uznają za wystarczającą swoją wiedzę na temat tego, jak dbać o zdrowie – podczas gdy wśród obywateli Łotwy oraz Hiszpanii odsetki te nie dochodzą do 20%. Ponad 70% Hiszpanów oraz co drugi Łotysz i Słoweńiec, a tylko co trzeci Polak wśród nisko wykształconych chciałby dowiedzieć się więcej na temat dbania o zdrowie. Konsekwentnie, w tej grupie to właśnie Polacy (56%), ale także obywatele Łotwy (54%) najczęściej podzielają opinię, że czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu. Najczęściej z opinią tą nie zgadzają się nisko wykształceni Słoweńcy (67%).

## 7. Samoocena własnej wiedzy dotyczącej troski o zdrowie

Kolejną istotną kwestią jest sprawdzenie, czy częstsza wśród niżej wykształconych niechęć do pogłębiania wiedzy o zdrowiu wynikać może z przekonania, że ich dotychczasowa wiedza w tym zakresie jest już na dobrym poziomie. Można bowiem zakładać, że uświadomienie sobie braków w jakości tej wiedzy będzie skłaniać do otwartości na nowe informacje. Zróznicowanie takiej subiektywnej oceny w relacji do wykształcenia przedstawia Tab. 10.

Generalnie tylko nieliczne osoby oceniają swoją wiedzę negatywnie, a 80-90% przyznaje sobie ocenę minimum dostateczną. Duże grupy badanych (43% najniżej wykształconych a 67% najwyżej) oceniają ją nawet jako dobrą lub bardzo dobrą. Im wyższe wykształcenie, tym systematycznie wyższa samoocena wiedzy w omawianym obszarze.

Wśród osób o niskim wykształceniu występują jednak istotne ( $p = 0,000$ ) i znaczne różnice pomiędzy krajami. O ile w Słowenii i Hiszpanii ogólnie dobrą ocenę swojej wiedzy przyznaje sobie minimum 60% badanych z tej grupy, o tyle w Polsce i na Łotwie już tylko nieco ponad 1/3. Jednak blisko połowa Polaków ocenia swoją wiedzę jako dostateczną, natomiast wśród mieszkańców Łotwy już tylko 28%. Na tle pozostałych krajów na Łotwie też można spotkać najwięcej ocen niedostatecznych – 22%).

Tab. 10: Subiektywna ocena posiadanej wiedzy na temat troski o zdrowie a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

„Jak P. ocenia swoją wiedzę na temat tego, jak dbać o zdrowie?”	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Bardzo dobra	7	9	10	11
Dobra	36	42	49	56
Ogółem dobra	43	51	59	67
Dostateczna	36	28	26	24
Niedostateczna	12	10	10	3
Trudno ocenić	9	11	5	6
<b>N (p = 0,000)</b>	<b>368</b>	<b>447</b>	<b>432</b>	<b>440</b>

## 8. Zewnętrzna ocena poprawności wiedzy

Na wiedzę pracowników o zdrowym życiu spojrzeć można od drugiej strony i analizować, na ile jest ona zgodna z ustaleniami nauk medycznych. Innymi słowy, idzie już nie o samoocenę posiadanej wiedzy, ale o rzeczywistość (ocenioną z zewnątrz) znajomość wpływu różnych czynników na stan zdrowia.

Wśród pracowników wiedzę związaną ze zdrowym stylem życia testowano pytając, czy badani potrafią określić ogólny kierunek wpływu (dobry lub zły) na stan zdrowia takich czynników dotyczących odżywiania, jak: cholesterol LDL, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, błonnik, wolne rodniki, antyoksydanty. Kwestie te są współcześnie przedmiotem wielu przekazów edukacyjnych i medialnych – stąd można oczekiwać powszechnej znajomości zagadnienia. Ustalenia w omawianym zakresie przedstawia Tab. 11.

W całej populacji zwraca uwagę wyraźny niedostatek wiedzy o wpływie na zdrowie większości spośród wybranych czynników – co skutkuje albo przyznaniem się do braków w zasobach posiadanych informacji, albo błędnymi przekonaniem, subiektywnie uznawanymi za prawdziwe (Tab. 11).

Osoby o niskim wykształceniu ogólnie rzecz biorąc rzadziej udzielają poprawnej odpowiedzi. Jednocześnie częściej ujawniają swoją niepewność – przyznają, że nie potrafią określić wpływu na zdrowie czynnika, o który zostały zapytane (co może wynikać nie tylko z niedostatku informacji o jego wpływie na zdrowie, ale także z nieznaności samego pojęcia).

Przy tej okazji warto odnotować również inne zjawisko. Otóż osoby lepiej wykształcone w niektórych przypadkach (głównie oceniając wpływ na zdrowie wolnych rodników i antyoksydantów) znacząco częściej prezentują błędne poglądy – zamiast przyznać, że nie wiedzą jak jest<sup>2</sup>.

Porównanie wiedzy nisko wykształconych pracowników pomiędzy krajami pokazuje, że częstość poprawnych przekonań i stopień upowszechnienia poprawnej wiedzy bywa różny w odniesieniu do różnych jej obszarów/tematów. Przykładowo, we wszystkich krajach najbardziej rozpowszechniona jest poprawna wiedza dotycząca wpływu na zdrowie błonnika i cholesterolu, a już wiedza o wpływie kwasów tłuszczowych powszechna jest w jednym, rzadko w innych krajach. Wszędzie natomiast mało osób (nie tylko nisko wykształconych) zna prawdę o wpływie wolnych rodników i antyoksydantów na zdrowie.

<sup>2</sup> Podobne zjawiska potwierdziły także inne europejskie badania, dotyczące rozumienia komunikatów na opakowaniach produktów spożywczych (Federacja, 2007).

Tab. 11: Wiedza na temat wpływu wybranych czynników na stan zdrowia a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

Czynnik	Wiedza o jego wpływie na zdrowie	Wykształcenie			
		podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Błonnik	Poprawna	67	79	85	91
	Błędna	11	3	3	3
	Brak zdania	22	18	12	6
<b>Ogółem (p = 0,000)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Cholesterol LDL	Poprawna	39	47	50	50
	Błędna	11	13	19	14
	Brak zdania	50	40	31	36
<b>Ogółem (p = 0,000)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Wielonienasycone kwasy tłuszczowe	Poprawna	21	34	42	46
	Błędna	26	27	28	28
	Brak zdania	53	39	30	26
<b>Ogółem (p = 0,000)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Wolne rodniki	Poprawna	15	16	18	18
	Błędna	38	51	54	64
	Brak zdania	47	33	28	18
<b>Ogółem (p = 0,000)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Antyoksydanty	Poprawna	12	20	18	20
	Błędna	18	27	33	36
	Brak zdania	70	53	49	44
<b>Ogółem (p = 0,000)</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 9. Umiejętność rozumienia pojęć

Podstawą nabywania wielu kompetencji (a przynajmniej tych intelektualnych) użytecznych dla zdrowego trybu życia jest zdolność rozumienia terminologii, używanej do opisu zależności przyczynowo-skutkowych w sferze zdrowia. Tab. 12 ukazuje odsetki osób w poszczególnych grupach wykształcenia, które nie rozumieją ogólnego, kolokwialnie opisanego znaczenia wybranych terminów i pojęć – przyznają to wprost lub udzielają błędnej odpowiedzi.

Tab. 12: Nieznajomość ogólnego znaczenia wybranych pojęć a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

Termin	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Zdrowy styl życia	18	16	9	5
Profilaktyka choroby	27	19	9	3
Bierne palenie	17	18	11	8
Cholesterol	37	24	16	9
Wskaźnik masy ciała BMI	33	28	14	12
Piramida zdrowego żywienia	36	31	21	15
<b>N (w każdym przypadku p = 0,000)</b>	<b>368</b>	<b>447</b>	<b>432</b>	<b>440</b>



Okazało się, że ok. 1/5-1/3 nisko wykształconych badanych nie zna choćby najbardziej ogólnego znaczenia wielu terminów, powszechnie używanych w przekazach na temat zdrowia, takich jak m.in. piramida zdrowego żywienia, cholesterol, wskaźnik masy ciała, ale też bierne palenie, a nawet profilaktyka choroby i zdrowy styl życia. Odróżnia to ich znacząco od osób z wykształceniem średnim i wyższym, wśród których słów tych nie rozumie od kilku do kilkunastu procent. Generalnie im niższy poziom edukacji, tym na ogół częściej obserwuje się brak ich zrozumienia. Zauważyć też trzeba, że niektóre z omawianych pojęć są lepiej rozumiane, a inne gorzej. Wśród powszechniej znanych znajdują się te bardziej ogólne i spopularyzowane przez media (m.in. zdrowy styl życia), natomiast rzadziej poprawnie rozumiane są pojęcia, odwołujące się do szczegółowej wiedzy.

Problem rozumienia przekazów dotyczy także umiejętności wykonywania drobnych przeliczeń, takich jak np. obliczanie dawki zaordynowanego leku czy zawartości alkoholu w różnych napojach. Tu także osoby niżej wykształcone wyraźnie częściej mają kłopoty – im niższy poziom edukacji, tym większy odsetek nie radzi sobie z samodzielnym obliczeniem prawidłowego wyniku ani nawet z wyborem poprawnej odpowiedzi spośród podanych możliwości.

Trudno zatem spodziewać się, że komunikaty wymagające umiejętności rachunkowych, nawet tych na pozór bardzo prostych, będą poprawnie zrozumiane (zatem i poprawnie wykorzystane) przez tak samo liczną grupę pracowników o niskim wykształceniu, jak lepiej wykształconych.

Grupy nisko wykształconych pracowników, reprezentujące poszczególne kraje, odróżniają się stopniem rozpowszechnienia znajomości analizowanych pojęć (Tab. 13).

Tab. 13: Nieznajomości ogólnego znaczenia wybranych pojęć – dane dla grupy nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach (w %)

Termin	Państwo			
	ES	LV	PL	SI
Zdrowy styl życia	15	25	19	8
Profilaktyka choroby	27	44	10	8
Bierne palenie	21	28	7	12
Cholesterol	31	50	26	10
Wskaźnik masy ciała BMI	21	48	35	16
Piramida zdrowego żywienia	37	35	35	26
<b>N (w każdym przypadku p = 0,000)</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>203</b>	<b>200</b>

Nisko wykształceni respondenci ze Słowenii najczęściej, a z Łotwy najrzadziej na tle pozostałych krajów wykazują się znajomością ogólnego znaczenia wybranych pojęć związanych z dbaniem o zdrowie. W niektórych przypadkach różnice pomiędzy tymi krajami sięgają nawet 40 punktów procentowych. Hiszpania bliższa jest w omawianej kwestii Łotwie, natomiast Polska – Słowenii.

## 10. Wytrwałość w zmianach sposobu życia

Ważną cechą wpływającą na realizację działań prozdrowotnych jest również taka dyspozycja psychiczna, którą określa się jako wytrwałość (konsekwencję w dążeniu do celu, w kontynuacji działania, stałość podjętej decyzji). W całej badanej populacji średnio co druga osoba deklaruje wytrwałość w realizacji zainicjowanych działań prozdrowotnych. Im niższe wykształcenie, tym rzadziej obserwuje się takie konsekwentne osoby (Tab. 14).

O ile lepsze wykształcenie skłania by uznawać się za osobę wytrwałą, o tyle ma niewielki wpływ na przyznanie się do braku wytrwałości<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Zjawisko to znajduje potwierdzenie również w innych badaniach na dużych populacjach pracowników, przeprowadzonych w Polsce (Puchalski, Korzeniowska, 2004).

Tab. 14: Ocena własnej wytrwałości w realizacji zachowań prozdrowotnych a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

„Gdy zaczyna P. coś robić dla lepszego zdrowia, sprawności, wyglądu, sylwetki (np. stosować dietę, ćwiczyć), to czy jest P. wytrwały w takim postępowaniu?”	Wykształcenie (p = 0,000)			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	Wyższe
Zdecydowanie wytrwały	12	12	15	18
Raczej wytrwały	30	34	40	42
Ogółem: wytrwały	42	46	55	60
Raczej mało wytrwały	25	23	26	27
Zdecydowanie mało wytrwały	17	10	10	8
Ogółem: mało wytrwały	42	33	36	35
Trudno ocenić / Nie robię takich rzeczy	16	21	9	5

Analiza różnic, jakie występują pomiędzy poszczególnymi krajami wśród pracowników o niskim poziomie wykształcenia pokazała, że w ogólnie pojętych działaniach na rzecz zdrowia istotnie najczęściej (p = 0,000) wytrwałymi są Hiszpanie i Słowacy (ok. 60% w każdym z tych krajów), a już zdecydowanie rzadziej Polacy (35%) oraz mieszkańcy Łotwy (25%).

## 11. Wewnętrzne poczucie kontroli

Kolejną zmienną, istotną dla prowadzenia zdrowego stylu życia jest przekonanie, że jednostka ma duże możliwości realizacji działań prozdrowotnych i że jest to dla niej łatwe do wykonania a także od niej – a nie od losu, jakichś zewnętrznych sił lub innych ludzi – zależy jej sposób postępowania i w konsekwencji zdrowie. Taka cecha psychiczna nazywana jest wewnętrznym poczuciem kontroli.

Dla ustalenia tak rozumianego poczucia kontroli zapytano tych pracowników, którzy realizują omówione uprzednio działania prozdrowotne o to, czy jest to dla nich łatwe do wykonania. Natomiast tych, którzy nie postępują korzystnie dla zdrowia pytano, czy podjęcie takich działań byłoby dla nich łatwe. Pytania te odnosiły się kolejno do wszystkich zachowań przedstawionych wcześniej w Tab. 3.

W całej badanej populacji okazało się, że osoby realizujące poszczególne elementy zdrowego stylu życia zdecydowanie częściej niż osoby nie postępujące tak oceniają, że prozdrowotne postępowanie jest łatwe. Innymi słowy, osoby aktywne w sferze zdrowia częściej mają rozwinięte wewnętrzne poczucie kontroli (Tab. 15).

Tab. 15: Zróznicowanie poczucia kontroli w dwóch grupach: wśród osób realizujących działania prozdrowotne i nierealizujących – dane dla całej populacji (% odpowiedzi twierdzących)

„Czy wprowadzenie poniższych zmian jest/byłoby dla P. łatwe do wykonania?”	Osoby oceniające, że ...	
	jest to łatwe (wśród postępujących prozdrowotnie)	byłoby to łatwe (wśród nie postępujących prozdrowotnie)
Ograniczenie spożycia cukru, słodczy	60	40
Ograniczenie spożycia tłuszczu	65	34
Dbłość o sprawność fizyczną, gimnastyka, uprawianie sportu	73	27
Abstynencja lub spożywanie tylko niewielkich ilości alkoholu	88	54
Regularne badania wykluczające chorobę	82	42
Sposób pracy jak najmniej szkodzący zdrowiu	71	21

Okazało się, że rozpowszechnienie wewnętrznego poczucia kontroli jest różne w przypadku różnych zachowań. Według deklaracji respondentów, najczęściej mają oni pod kontrolą (najłatwiejsze jest dla nich) ograniczenie konsumpcji alkoholu oraz regularne badania profilaktyczne – zarówno wśród osób postępujących w taki sposób, jak i nierobiących tego. Ale już przy innych działaniach sytuacja nie jest tak jednoznaczna – bo np. ograniczenie spożycia słodyczy należy do działań najczęściej wskazywanych jako łatwe przez osoby nie robiące tego, natomiast wśród rezygnujących z cukru jest ono najrzadziej określane jako łatwe na tle pozostałych elementów zdrowego życia.

W grupie tych osób, które zachowują się prozdrowotnie w przypadku żadnego z omawianych zachowań pracownicy o odmiennym poziomie wykształcenia nie różnią się istotnie w omawianej kwestii. Natomiast wśród osób pasywnych (nie podejmujących prozdrowotnych zachowań) nisko wykształceni nieco częściej ( $p = 0,002$ ) deklarują, że mieliby trudności z ograniczeniem konsumpcji alkoholu oraz systematycznym wykonywaniem badań profilaktycznych.

Analiza różnic pomiędzy krajami w grupie nisko wykształconych respondentów pokazała, że reprezentanci poszczególnych państw różnią się w statystycznie istotny sposób rozpowszechnieniem wewnętrznego poczucia kontroli w przypadku większości omawianych zachowań. Dotyczy to zarówno osób postępujących prozdrowotnie, jak i nie. Trudno jednak odnaleźć w tych zróżnicowaniach jakieś prawidłowości. Tytułem ilustracji można jedynie wskazać, że wśród osób realizujących zdrowy styl życia najrzadziej (i przy największej liczbie zachowań) wewnętrzne poczucie kontroli deklarują nisko wykształceni mieszkańcy Łotwy i Hiszpanii, natomiast najczęściej Słowenii. Wśród osób mało dbających o zdrowie także na Łotwie najrzadziej spotyka się omawianą tu cechę.

## **12. Obserwowane wzory zachowań i wsparcie społeczne**

Czynnikiem sprzyjającym realizacji zdrowego stylu życia jest powszechność prozdrowotnych wzorów zachowań w bliskim otoczeniu społecznym, a także wsparcie, doświadczane ze strony otaczających osób – zrozumienie, akceptacja, pochwała, wspólne działanie czy wreszcie różnorodna pomoc w omawianym temacie. Tutaj szczególnie istotne wydaje się wsparcie ze strony współpracowników oraz osób najbliższych – rodziny i przyjaciół.

Wszyscy pracownicy uczestniczący w badaniu zapytani zostali – jako obserwatorzy tych zjawisk – o wzory zachowań prozdrowotnych w ich środowisku pracy i wsparcie dla takich zachowań, udzielane przez współpracowników. Uwzględniono przy tym kilka wybranych zachowań, składających się na ogólnie pojęty zdrowy styl życia. Dane te (dla dwóch odmiennych grup wykształcenia) przedstawia Tab. 16.

Około 70% ogółu badanych zauważa wśród swoich kolegów z pracy, że realizują oni wyróżnione w tabeli działania prozdrowotne (przynajmniej niektóre z nich). O tym, że współpracownicy prowadzą zdrowy tryb życia częściej zazwyczaj przekonane są osoby lepiej wykształcone, niż te o niższym poziomie edukacji. Lepiej wykształceni są zatem bardziej eksponowani na wpływ społecznych wzorów zachowań.

Średnio co trzeci respondent uważa, że jego koledzy z pracy, którzy podejmują różne działania dla lepszego zdrowia, nie uzyskują w tym wsparcia (spotykają się z obojętnością) ze strony swoich współpracowników. Kilka procent nawet twierdzi, że doświadczają przeszkód z ich strony. Obie grupy wykształcenia widzą tę sprawę podobnie, choć przeszkody stwarzane przez kolegów minimalnie częściej obserwują niżej wykształceni.

Około 1/4-1/2 badanych (różnie w przypadku różnych działań) stwierdza, że ich koledzy z pracy, którzy starają się robić coś z korzyścią dla zdrowia, są jednak wspierani przez swoich współpracowników. I nie polega to tylko na wyrażaniu pochwał lub podziwu, ale także na udzielaniu pomocy (co zauważa od kilku do kilkunastu procent badanych). Osoby niżej wykształcone zazwyczaj rzadziej niż te o lepszym wykształceniu zauważają fakt podziwiania i chwalenia prozdrowotnie postępujących kolegów.

Tab. 16: Obserwowane wzory zachowań prozdrowotnych i wsparcie społeczne dla takich zachowań w środowisku pracy – dane dla całej populacji (w %)

„Jak zazwyczaj reagują P. koledzy z pracy, gdy ktoś stara się...?”	Wykształcenie	nie było ostatnio takich sytuacji	Reakcja kolegów/koleżanek z pracy			
			nie interesują się	chwalą, podziwiają	chcą pomóc	przeszkadzają, wyśmiewają
Rzucić lub ograniczyć palenie tytoniu (p = 0,001)	Niskie (100%)	29	19	30	14	8
	Wysokie (100%)	23	19	36	16	6
Schudnąć (p = 0,000)	Niskie (100%)	26	24	28	13	9
	Wysokie (100%)	21	22	36	15	6
Ograniczyć lub nie jeść słodczy (p = n.i.)	Niskie (100%)	29	32	19	15	5
	Wysokie (100%)	26	34	22	14	4
Ograniczyć jedzenie tłustych potraw (p = n.i.)	Niskie (100%)	30	32	22	11	5
	Wysokie (100%)	25	36	25	11	3
Biegać, pływać, ćwiczyć (p = 0,000)	Niskie (100%)	29	24	31	12	4
	Wysokie (100%)	18	26	41	12	3
Regularnie robić sobie badania, np. krwi, moczu, prześwietlenia (p = 0,000)	Niskie (100%)	35	34	19	9	3
	Wysokie (100%)	29	36	26	8	1
Zażywać witaminy, suplementy (p = 0,01)	Niskie (100%)	27	43	17	9	4
	Wysokie (100%)	26	44	21	6	3
Chodzić na kursy dotyczące dbania o zdrowie (p = 0,05)	Niskie (100%)	39	34	17	6	4
	Wysokie (100%)	40	33	19	6	2
Zmieniać sposób pracy na bardziej bezpieczny, zdrowy (p = 0,01)	Niskie (100%)	33	29	22	13	3
	Wysokie (100%)	32	24	29	13	2

Reakcje współpracowników na prozdrowotne zachowania ich kolegów przedstawiają się nieco różnie przy różnych działaniach. Najczęściej wsparcia doświadczają osoby podejmujące aktywność ruchową, rzucające palenie tytoniu i odchudzające się (choć w przypadku dwóch ostatnich zachowań najczęściej doświadczają także przeszkód). Natomiast najrzadziej wsparcie udzielane jest tym osobom, które chodzą na kursy dotyczące spraw zdrowia, zażywają suplementy diety, a także wykonują regularnie badania profilaktyczne.

Osobnym zagadnieniem jest wsparcie otrzymywane już nie od kolegów w pracy, ale ze strony osób bliskich. Wśród respondentów realizujących działania prozdrowotne ok. 70% zadeklarowało, że doświadcza zrozumienia ze strony swoich bliskich dla takiego sposobu postępowania. Osoby nisko i wysoko wykształcone nie różniły się w tej kwestii.

Warto teraz jeszcze przyjrzeć się, jak wyglądają wzory prozdrowotnych zachowań i wsparcie dla nich w środowisku pracy wśród nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach (Tab. 17).

Badanie pokazało, że z wzorami prozdrowotnego postępowania wśród swoich współpracowników najrzadziej spotykają się nisko wykształceni reprezentanci Łotwy. Średnio co drugi z nich nie zauważa, by koledzy z pracy podejmowali któreś z uwzględnionych w badaniu zachowań. Z kolei najczęściej wzory większości takich zachowań obserwują pracownicy ze Słowenii, a tylko nieco rzadziej od nich respondenci z Hiszpanii i Polski. W każdym z tych trzech państw średnio 1/5-1/3 nie dostrzega prozdrowotnych zachowań wśród swoich współpracowników.

Prowadzący zdrowy styl życia Polacy najczęściej na tle innych krajów, przy każdym z analizowanych zachowań, spotykają się z obojętnością swoich kolegów. Natomiast nisko wykształceni pracownicy z Hiszpanii i Słowenii relatywnie najczęściej, na tle pozostałych państw, spotykają się z ofertą pomocy ze strony współpracowników. Z kolei pochwały za zdrowe postępowanie rozkładają się różnie w poszczególnych krajach przy każdym z zachowań.

Tab. 17: Obserwowane wzory zachowań prozdrowotnych i wsparcie społeczne dla takich zachowań w środowisku pracy – dane dla grupy nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach (w %)

„Jak zazwyczaj reagują P. koledzy z pracy, gdy ktoś stara się...?”	Państwo	nie było ostatnio takich sytuacji	Reakcja kolegów/koleżanek z pracy			
			nie interesują się	chwala, podziwiają	chcą pomóc	przeszkadzają
Rzucić lub ograniczyć palenie tytoniu (p = 0,000)	ES	32	22	21	19	6
	LV	38	15	27	4	16
	PL	21	26	35	12	6
	SI	25	15	35	20	5
Schudnąć (p = 0,000)	ES	25	23	23	19	10
	LV	37	21	25	4	13
	PL	23	32	32	8	5
	SI	19	19	32	22	8
Ograniczyć lub nie jeść słodczy (p = 0,000)	ES	23	29	10	29	9
	LV	41	30	18	5	6
	PL	26	40	24	8	2
	SI	25	28	23	20	4
Ograniczyć jedzenie tłustych potraw (p = 0,000)	ES	31	29	18	20	2
	LV	40	28	23	3	6
	PL	28	40	22	5	4
	SI	21	30	27	17	5
Biegać, pływać, ćwiczyć (p = 0,000)	ES	21	26	25	23	5
	LV	43	18	28	7	4
	PL	31	28	32	6	3
	SI	19	23	39	14	5
Regularnie robić sobie badania (np. krwi, moczu), prześwietlenia (p = 0,000)	ES	32	29	22	16	1
	LV	58	25	9	1	7
	PL	28	52	15	5	0
	SI	21	31	32	13	3
Zażywać witaminy, suplementy (p = 0,000)	ES	25	41	22	10	2
	LV	41	41	8	4	6
	PL	24	50	14	7	5
	SI	17	42	23	14	4
Chodzić na kursy dotyczące dbania o zdrowie (p = 0,000)	ES	30	30	26	10	4
	LV	58	31	5	2	4
	PL	38	41	13	4	4
	SI	29	33	24	8	6
Zmieniać sposób pracy na bardziej bezpieczny, zdrowy (p = 0,000)	ES	20	28	24	27	1
	LV	49	25	19	4	3
	PL	36	38	17	6	3
	SI	26	23	29	17	5

Nieco inaczej wygląda wsparcie psychiczne (rozumiane jako akceptacja, zrozumienie) udzielane tym, którzy usiłują zdrowo żyć, przez ich najbliższych (Tab. 18).



Tab. 18: Wsparcie ze strony najbliższych, doświadczane przez osoby prowadzące zdrowy styl życia – dane dla grupy nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach (% odpowiedzi twierdzących)

„Czy spotyka się to ze zrozumieniem P. bliskich, gdy stara się P. ...?”	Państwo			
	ES	LV	PL	SI
Ograniczać spożycie cukru, słodocy (p = 0,000)	54	57	87	74
Ograniczać spożycie tłuszczu (p = 0,000)	44	68	89	81
Dbać o swoją sprawność fizyczną, gimnastykować się, uprawiać sport (p = 0,000)	52	93	90	71
Nie pić alkoholu lub pić tylko niewiele (p = 0,000)	43	83	90	79
Regularnie poddawać się badaniom wykluczającym chorobę (p = 0,000)	60	79	98	87
Pracować tak, by jak najmniej szkodzić swojemu zdrowiu (p = 0,000)	47	84	89	80

Tutaj okazało się, że takiego wsparcia najczęściej (średnio ok. 90%) doświadczają nisko wykształceni Polacy (a oni nie byli często wspierani przez swoich współpracowników). Najrzadziej (średnio nieco powyżej 50%) wsparcie od najbliższych uzyskują Hiszpanie.

### 13. Samoocena stanu zdrowia

Aktywność prozdrowotna i jej ukierunkowanie może być efektem samooceny stanu zdrowia, przy czym zależności te są wielostronne.

Badanie, ogólnie rzecz biorąc, potwierdziło znaną prawidłowość, że niżej wykształceni gorzej oceniają stan swojego zdrowia (Tab. 19). Osoby z grupy o najniższym poziomie edukacji dwukrotnie częściej niż z grupy najwyższej wykształconych deklarują, że mają słabe zdrowie – ale takiej oceny średnio dokonuje zaledwie ok. 6% ogółu populacji. Słabiej wykształceni częściej także narzekają na dolegliwości, natomiast rzadziej przyznają, że mają dobre zdrowie. Średnio w całej populacji ponad 60% uznaje siebie za osobę o dobrym zdrowiu.

Tab. 19: Samoocena stanu zdrowia a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

„Jak P. ocenia swoje zdrowie?”	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Jestem osobą o dobrym zdrowiu	55	59	61	67
Często coś mi dolega, ale nie są to poważne dolegliwości	37	35	34	29
Mam słabe zdrowie	8	6	5	4
<b>N (p = 0,005)</b>	<b>369</b>	<b>448</b>	<b>433</b>	<b>441</b>

Niżej wykształceni także istotnie częściej deklarują, że w minionym roku stan zdrowia (choroba, dolegliwość, uraz) znacznie utrudniał im lub uniemożliwiał wykonywanie pracy zawodowej bądź innych ważnych zadań.

Porównanie ogólnej samooceny zdrowia, dokonywanej już tylko przez nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach pokazuje, że najrzadziej dobrym zdrowiem cieszą się obywatele Łotwy, natomiast najczęściej Słowenii (Tab. 20).

Ciekawe, że Hiszpanie, którzy na tle innych państw relatywnie dobrze ocenili swoje zdrowie, dwukrotnie częściej (36%) niż w innych krajach (ok. 17%) uznają się za chorujących przewlekłe, co obliguje ich do stałych kontaktów z medycyną, brania leków, regularnych badań. Z drugiej strony Hiszpanie blisko dwukrotnie rzadziej (9%) niż w pozostałych państwach (ok. 17%) przyznają, że w minionym roku choroba znacząco utrudniała im wypełnianie ról społecznych, w tym zawodowych.

Tab. 20: Samoocena stanu zdrowia nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach (w %)

„Jak P. ocenia swoje zdrowie?”	Państwo			
	ES	LV	PL	SI
Jestem osobą o dobrym zdrowiu	60	45	52	72
Często coś mi dolega, ale nie są to poważne dolegliwości	37	42	41	23
Mam słabe zdrowie	3	13	7	5
<b>N (p = 0,000)</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>203</b>	<b>200</b>

#### 14. Samoocena statusu materialnego

Ostatnią kwestią wymagającą tu przedstawienia – bo także silnie wpływającą na świadomość zdrowotną, zachowania związane ze zdrowiem i sam stan zdrowia – jest status materialny, określany poprzez jego subiektywną ocenę.

Średnio około 5% ogółu badanej populacji ocenia, że żyje dostatnio, niespełna 60%, że na przeciętnym poziomie, natomiast ponad 1/3 przyznaje, że musi żyć raczej skromnie.

Im niższe wykształcenie, tym częściej (dwukrotna różnica pomiędzy skrajnymi grupami) deklarowana jest konieczność skromnego życia. Rzadziej natomiast pojawiają się wskazania na przeciętny poziom życia. Rzadziej też osoby nisko wykształcone deklarują życie dostatnie – im niższe wykształcenie, tym rzadziej (Tab. 21).

Tab. 21: Samoocena sytuacji materialnej a poziom wykształcenia – dane dla całej populacji (w %)

„Jak P. ocenia swoją sytuację materialną?”	Wykształcenie			
	podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe
Żyję raczej dostatnio	3	5	6	7
Żyję na przeciętnym poziomie	48	54	61	68
Muszę żyć raczej skromnie	49	41	33	25
<b>N (p = 0,000)</b>	<b>369</b>	<b>448</b>	<b>433</b>	<b>440</b>

Różnice w ocenie poziomu życia pomiędzy nisko wykształconymi reprezentantami poszczególnych państw przedstawia Tab. 22.

Tab. 22: Samoocena sytuacji materialnej – dane dla grupy nisko wykształconych pracowników w poszczególnych krajach (w %)

„Jak P. ocenia swoją sytuację materialną?”	Państwo			
	ES	LV	PL	SI
Żyję raczej dostatnio	4	2	7	2
Żyję na przeciętnym poziomie	40	53	52	61
Muszę żyć raczej skromnie	56	45	41	37
<b>N (p = 0,000)</b>	<b>202</b>	<b>212</b>	<b>203</b>	<b>200</b>

Wśród pracowników gorzej wykształconych niski status materialny (konieczność skromnego życia) najczęściej deklarowany jest w Hiszpanii, natomiast najrzadziej w Słowenii. Przeciętny poziom życia wskazywany jest odwrotnie – najczęściej w Słowenii, najrzadziej w Hiszpanii. Oceny dokonywane na Łotwie i w Polsce nieco bliższe są takim, jak w Słowenii. W Polsce zwraca uwagę relatywnie duża grupa nisko wykształconych pracowników (co 13 osoba), deklarujących dostatnie życie (Tab. 22).

## 15. Podsumowanie

Przedstawione wyżej ustalenia z badań pokazały, że pracownicy o niższym statusie wykształcenia (w relacji do lepiej wykształconych) kumulują wiele cech, które negatywnie określają ich potencjał zdrowotny – zarówno w sensie wskaźników tego potencjału, jak jego uwarunkowań. Nisko wykształceni m.in. gorzej oceniają stan swojego zdrowia, ale także ogólnie rzadziej realizują sprzyjający zdrowiu styl życia, rzadziej też myślą i odczuwają w taki sposób, który mógłby skłaniać ich do korekt swojego postępowania z korzyścią dla zdrowia. Ponadto rzadziej wyposażeni są w kompetencje, które pomogły by im lepiej zadbać o swoje zdrowie poprzez zdrowy styl życia. Pracownicy z niskim wykształceniem zazwyczaj rzadziej też spotykają w swoim otoczeniu takie czynniki, które ułatwiają realizację zdrowego życia – od prozdrowotnych wzorów zachowań, przez społeczne wsparcie dla ich realizacji, po obiektywne możliwości, wynikające choćby ze statusu materialnego. Chociaż w niektórych sytuacjach różnice pomiędzy wyżej i niżej wykształconymi nie były duże, to jednak statystycznie istotne i wyraźnie ukierunkowane. Ponadto sam fakt kumulacji wśród nisko wykształconych tak wielu wskazanych negatywnych cech sprawia, że ich ogólny status zdrowotny wymaga zwrócenia szczególnej uwagi.

Nisko wykształceni pracownicy nie są jednak jednorodną grupą z punktu widzenia różnic międzykulturowych. Reprezentanci państw uczestniczących w projekcie często wyraźnie odróżniali się między sobą pod względem stopnia rozpowszechnienia wśród nich wspomnianych wyżej negatywnych aspektów potencjału zdrowotnego. To wymaga uwzględnienia wymiaru społeczno-kulturowego przy próbach generalizowania wyników badań i płynących z nich wniosków.

## Bibliografia

1. Federacja Konsumentów: Rozumienie znakowania żywności przez konsumentów europejskich. 2007. [cytowany 12 października 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=440>
2. Korzeniowska E., Puchalski K., Pyżalski J., Wojtaszczyk P., Iwanowicz E.: Opracowanie i upowszechnienie metod promocji zdrowia, dostosowanych do specyficznych potrzeb pracujących o niskim poziomie wykształcenia [niepublikowany raport przygotowany na zlecenie Ministerstwa Zdrowia]. IMP, Łódź 2007
3. Puchalski K.: Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw. Med. Pr. 2004; 55(5):417-424
4. Puchalski K., Korzeniowska E.: Dlaczego nie dbamy o własne zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu zachowań zdrowotnych. W: Piątkowski W. [red.]. Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny. Wyd. UMCS, Lublin 2004, s. 107-126

## **7. Preferencje w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia gorzej wykształconych pracowników**

*Elżbieta Korzeniowska*

### **1. Wstęp**

W poprzednich rozdziałach omówione zostały wybrane sposoby myślenia o zdrowiu i jego uwarunkowaniach oraz działania na jego rzecz wśród pracowników, w tym przede wszystkim tych o niskim poziomie wykształcenia. Ustalenia te z jednej strony mogą być traktowane jako obiektywny wskaźnik zapotrzebowania na działania z zakresu edukacji zdrowotnej czy promocji zdrowia, z drugiej jako szeroka baza, w ramach której krystalizują się subiektywne oczekiwania wobec przedsięwzięć tego rodzaju.

Na wstępie przedstawione zostaną preferencje pracowników w zakresie rozwiązań, stosowanych w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Początek stanowić będzie ranking popularności sposobów dostarczania wiedzy i doskonalenia prozdrowotnych umiejętności. Następnie zaprezentowane będą treści, które zdaniem badanych powinny być dostarczane członkom ich społeczności w ramach przekazów prozdrowotnych. Kolejny fragment koncentrować się będzie na prezentacji opinii i przekonań pracowników, dotyczących szkoleń na temat zdrowia. Najpierw omówione zostaną ich ogólne postawy wobec tego typu przedsięwzięć, warunkujące potencjalną gotowość do wzięcia w nich udziału. Dalej rozważana będzie kwestia tego, jakimi sposobami zwiększać wśród pracowników zainteresowanie szkoleniami, w szczególności tych nisko wykształconych oraz jakich sytuacji unikać, aby nie zniechęcić ich do brania w nich udziału. Dyskutowany będzie też problem kto byłby najlepszym kandydatem, prowadzącym takie kursy. Na zakończenie zaprezentowane będą oczekiwania w stosunku do zakładu pracy jako instytucji, która może angażować się w działania na rzecz zachowania i doskonalenia zdrowia swojego personelu.

Analiza omówionych powyżej preferencji prowadzona będzie w dwóch wymiarach. Pierwszy, podstawowy, to porównanie lepiej i gorzej wykształconych pracowników z wszystkich badanych krajów dla wskazania specyficznych potrzeb pierwszej z wymienionych zbiorowości, jako istotnego adresata działań z zakresu edukacji i promocji zdrowia. Dane dotyczyć będą zatem 817 respondentów, posiadających wykształcenie niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne i zasadnicze zawodowe (poziomy 0-2 oraz 3C wg ISCED 1997) oraz 874 absolwentów szkół średnich lub wyższych (poziom 3A-B oraz 4-6 wg ISCED 1997).

Drugi, to porównanie nisko wykształconych pracowników z poszczególnych krajów (analizowane grupy to 202 Hiszpanów, 212 Łotyszy, 203 Polaków i 200 Słoweńców), traktowane jako sposób określenia roli czynników społeczno-kulturowych w obszarze ich oczekiwań dotyczących przedsięwzięć edukacyjno-promocyjnych w sferze zdrowia.

Jeśli idzie o implikacje praktyczne z tych analiz, czyli zalecenia dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, to należy pamiętać o ich uogólnionym charakterze. Oznacza to, iż każdorazowo preferencje nisko wykształconych pracowników mogą być modyfikowane przez specyfikę głównego problemu, rozwiązanie którego ma na celu konkretny projekt (np. to, czy dotyczy on zdrowego odżywiania czy aktywności fizycznej).

## 2. Preferowane źródła informacji

Kluczowym problemem dla autorów projektów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jest wybór najlepszych sposobów, za pośrednictwem których można dostarczać grupom docelowym wiedzę i umiejętności niezbędne do racjonalnych zachowań w sferze zdrowia. Istnieje cała gama możliwości tego rodzaju. Zamieszczona poniżej tabela pokazuje, które z często stosowanych przedsięwzięć tego rodzaju odpowiadały (w tym bardzo) lepiej i gorzej wykształconym pracownikom.

W rankingu popularności sposobów zdobywania wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia wśród nisko wykształconych pracowników trzy pierwsze miejsca zajęły:

- a) radio i TV,
- b) indywidualne spotkania ze specjalistami radzącymi jak prozdrowotnie postępować,
- c) festyny.

Wśród lepiej wyedukowanych odpowiednio: artykuły w gazetach i czasopismach, audycje w TV lub radio oraz indywidualne porady.

Zatem mass media – radio, telewizja, prasa oraz porady „w cztery oczy” znalazły się w grupie najbardziej oczekiwanych źródeł wiedzy o zdrowiu w obu grupach badanych. Ponadto wybierane były w ich obrębie podobnie często – pierwsze przez niespełna trzy czwarte, drugie przez dwie trzecie wszystkich ankietowanych. Jeśli idzie o prasę, to zdecydowanie częściej za odpowiedni dla siebie sposób uznawali ją lepiej wyedukowani (72% z nich) niż ci gorzej wykształceni (55%). Festyny były akceptowane przez 61% pracowników bez względu na poziom wykształcenia, ale o ile w grupie mniej wyedukowanych oznaczało to dobrą trzecią pozycję w rankingu, o tyle w kontrolnej dopiero piątą. Ulotki i plakaty, konkursy i akcje oraz warsztaty nabywania korzystnych dla zdrowia zachowań wybierane były średnio często w obu badanych grupach i na podobnym poziomie – przez co około drugiego pracownika<sup>1</sup> (Tab. 1).

Tab. 1: Preferowane źródła zdobywania wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem wśród pracowników o różnym poziomie wykształcenia z czterech badanych krajów (w %)

Rodzaj źródła	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni	df = 4
Audycje w TV lub radio	72	70	-
Porada specjalisty ds. dbania o zdrowie	63	68	-
Festyny	61	61	-
Artykuły w gazetach i czasopismach	55	72	p < 0,0001 $\chi^2 = 60,1$
Ulotki, plakaty	55	58	-
Konkursy, akcje	53	45	p < 0,0001 $\chi^2 = 24,4$
Warsztaty	50	56	p < 0,01 $\chi^2 = 13,5$
Wykłady	43	57	p < 0,0001 $\chi^2 = 27,7$
Internet	41	66	p < 0,0001 $\chi^2 = 112,8$
Poradniki	41	51	p < 0,0001 $\chi^2 = 33,0$

Nisko wyedukowani respondenci rzadziej niż ci lepiej wykształceni wybierali Internet (różnica 25%), poradniki (różnica 10%) i wykłady (różnica 14%). Zatem źródła te okazały się być najmniej dostosowanymi do ich preferencji sposobami dostarczania informacji na temat zdrowia (odpowiadającymi około 40% z nich). Stanowi to o specyfice tej grupy na tle tych lepiej wykształconych (o odmienności dotyczącej gazet i czasopism, wspomniano już powyżej).

<sup>1</sup> Wprawdzie w przypadku konkursów, akcji oraz warsztatów wystąpiła statystycznie istotna zależność od poziomu wykształcenia, ale była ona słaba.



Poglądy na temat sposobów przekazywania informacji na temat zdrowia różniły się w sposób statystycznie istotny wśród pracowników o niskim poziomie wykształcenia z poszczególnych krajów, co ilustruje Tab.2.

Tab. 2: Preferowane źródła zdobywania wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem przez nisko wykształconych pracowników z poszczególnych krajów (w %)

Rodzaj źródła	Państwo				df = 12
	ES	LV	PL	SI	
Radio, TV	75	65	74	76	p < 0,0001 $\chi^2 = 56,7$
Indywidualna porada	69	70	55	58	p < 0,0001 $\chi^2 = 87,9$
Festyny	71	72	40	59	p < 0,0001 $\chi^2 = 124,5$
Gazety, czasopisma	67	31	51	71	p < 0,0001 $\chi^2 = 131,1$
Ulotki, plakaty	64	41	56	59	p < 0,0001 $\chi^2 = 87,2$
Akcje, konkursy	52	75	40	43	p < 0,0001 $\chi^2 = 152,8$
Warsztat	69	51	37	48	p < 0,0001 $\chi^2 = 140,9$
Wykład	66	34	27	53	p < 0,0001 $\chi^2 = 114,0$
Internet	53	23	37	49	p < 0,0001 $\chi^2 = 93,9$
Poradniki	52	18	44	50	p < 0,0001 $\chi^2 = 114,4$

Jak widać, najbardziej otwarci na różnego typu sposoby informowania na temat zdrowia okazali się Hiszpanie, a najbardziej „kapryśni” – Polacy. Łotysze z kolei byli najbardziej spolaryzowani, występowały tam sposoby akceptowane powszechnie, ale i takie, które odpowiadały tylko co piątemu z nich. W Słowenii w większości przypadków dane źródło wybierał co drugi nisko wykształcony pracownik.

W Hiszpanii najczęściej (trzy czwarte takich pracowników) wybierano radio i TV oraz festyny, a najrzadziej poradniki, akcje i konkursy, Internet (około połowa). Łotysze powszechnie (trzech na czterech) akceptowali akcje i konkursy, festyny oraz indywidualne porady, a najmniej cieszyły się ich zainteresowaniem poradniki oraz Internet (tylko u co około czwartego). Polscy nisko wykształceni pracownicy w 75% za dogodne źródło uznawali radio i TV – i ten środek przekazu był wyraźnie faworyzowany, bo kolejne w rankingu popularności miały o 20% mniej wskazań (np. ulotki, plakaty, indywidualne porady). Najmniej odpowiadały im wykłady (tylko co około czwartemu) oraz warsztaty i Internet (mniej więcej co trzeciemu). Słoweńscy pracownicy o niskich kwalifikacjach chętnie (trzech z czterech) widzieli informacje o zdrowiu w radio i TV oraz w gazetach i czasopismach – i były to wyraźnie preferowane źródła, bo inne wybierane były już tylko przez co około drugiego respondenta, w tym najrzadziej akcje i konkursy.

Tak więc o ile np. na Łotwie można liczyć się z szerokim odbiorem, rozpisując konkursy czy prowadząc akcje nakierowane na rozwiązywanie jakiegoś problemu zdrowotnego w społeczeństwie, to takie działanie nie sprawdzi się w Słowenii. O ile w odniesieniu do wszystkich nisko wykształconych pracowników gazety i czasopisma mają 50% szans na to, by zwrócić uwagę adresatów na zawarte w nich informacje o zdrowiu, to np. w Słowenii wzrasta ona do ponad 70%, a na Łotwie – spada do 31%. Wykłady zadowolą dwóch z trzech hiszpańskich nisko wykształconych pracowników i tylko co czwartego Polaka. Co ciekawe, polscy nisko wykształceni pracownicy mają najsilniejszą awersję do wykładów w porównaniu do obywateli innych krajów. Podobnie będzie z warsztatami, na których można uczyć grupy osób zachowań

korzystnych dla zdrowia (dobrze ustosunkowanych było do nich 69% badanych Hiszpanów, ale tylko 37% Polaków), czy z festynami (odpowiednio 71% i 40%). Poradniki przeczyta połowa hiszpańskich i słoweńskich pracowników i tylko co niespełna piąty Łotysz.

Trudno zatem o jednoznaczne wskazówki na temat preferowanych źródeł przekazu informacji o zdrowiu przez nisko wykształconych pracowników w UE, jeśli za wskaźnik przyjąć wyniki z czterech krajów, uczestników projektu. Można jedynie uznać iż najmniejsze prawdopodobieństwo błędu dotyczy radia i telewizji. W przypadku innych sposobów, w tym szczególnie wykładów, warsztatów, Internetu, a nawet gazet i czasopism (które czasami uzyskiwały akceptację zaledwie co trzeciego nisko wykształconego pracownika) warto prowadzić dodatkowe analizy.

### 3. Istotne treści prozdrowotnych kampanii społecznych

Jeśli idzie o treści, których – zdaniem badanych – powinno się uczyć obywatele w ich krajach, to gorzej i lepiej wykształceni pracownicy mieli podobne opinie. W sposób statystycznie istotny różnili się tylko w sprawie zachęcania do aktywności fizycznej i minimalizowania konsumpcji alkoholu<sup>2</sup>. Lepiej wykształceni pracownicy częściej byli zdania, że powinno się uczyć ludzi by więcej ćwiczyli, gimnastykowali się. Z kolei mniej wykształceni uważali, że edukacja powinna dotyczyć negatywnego wpływu alkoholu. Najczęściej wskazywane tematy w obu grupach to: palenie tytoniu, kwestie zdrowego odżywiania (na poziomie około 40% respondentów), konsumpcja alkoholu i radzenie sobie ze stresem oraz wykonywania badań profilaktycznych (rząd 30%). Zdecydowanie najrzadziej badani pracownicy dostrzegali potrzebę edukowania swoich współobywateli w zakresie ochrony zdrowia w miejscu pracy. Szczegółowy rozkład wyników prezentuje Tab. 3.

Tab. 3: Preferencje pracowników o różnym poziomie wykształcenia z czterech badanych krajów w zakresie treści, które powinna przekazywać społeczeństwu edukacja zdrowotna (w %)

Rodzaj treści	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
Antynikotynowe	45	42
O zdrowym odżywianiu	38	41
Antyalkoholowe	36	27
Jak się mniej denerwować	30	35
Popularyzujące badania profilaktyczne	30	35
O prawach pacjenta	28	25
Popularyzujące aktywność fizyczną	26	37
Związane z dbaniem o środowisko naturalne	21	16
Stosowania się do zaleceń lekarza w chorobie	21	19
Dbania o zdrowie w czasie pracy zawodowej	13	11
Inne	3	1

Opinie nisko wykształconych pracowników w zakresie treści, które powinna przekazywać obywatelom, edukacja zdrowotna i promocja zdrowia były odmienne w poszczególnych badanych krajach. Ponadto różnice te dotyczyły przede wszystkim tematów dość powszechnie uznawanych za ważne, co ilustruje Tab. 4. Podobieństwa wystąpiły tylko w dwóch kwestiach: ochrony środowiska naturalnego i stosowania się do zaleceń lekarza w chorobie. W każdym kraju wskazywał na nie co około czwarty respondent, więc podobieństwa dotyczyły mało popularnych problematyk.

<sup>2</sup> Odpowiednio  $p < 0,0001$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 25,1$ ;  $p < 0,001$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 14,6$ .

Tab. 4: Preferencje pracowników o niskim poziomie wykształcenia z poszczególnych badanych krajów w zakresie treści, które powinna przekazywać społeczzeństwu edukacja zdrowotna (w %)

Rodzaj problematyki	Państwo				df = 3
	ES	LV	PL	SI	
Antynikotynowa	63	40	43	34	p < 0,0001 $\chi^2 = 40,9$
O zdrowym odżywianiu	41	31	46	33	p < 0,001 $\chi^2 = 13,7$
Antyalkoholowa	40	45	36	23	p < 0,0001 $\chi^2 = 23,2$
Jak się mniej denerwować	29	21	29	42	p < 0,0001 $\chi^2 = 22,6$
Popularyzująca badania profilaktyczne	20	30	31	38	p < 0,01 $\chi^2 = 16,1$
O prawach pacjenta	12	48	31	21	p < 0,0001 $\chi^2 = 74,8$
Popularyzująca aktywność fizyczną	36	13	16	40	p < 0,0001 $\chi^2 = 58,9$
Związana z dbaniem o środowisko naturalne	22	17	20	27	-
Stosowania się do zaleceń lekarza w chorobie	21	23	22	19	-
Dbania o zdrowie w czasie pracy zawodowej	11	22	8	9	p < 0,0001 $\chi^2 = 24,5$
Inna	2	7	1	3	p < 0,001 $\chi^2 = 28,8$

Zaobserwowano też, że w trzech badanych krajach (Łotwie, Polsce, Słowenii) nie było problemu dominującego, dostrzeganego przez większość nisko wykształconych pracowników; wybierali oni wiele, ich zdaniem istotnych tematów. Najczęściej, gdy idzie o Polskę (na poziomie co drugiego badanego), wskazywano problematykę zdrowego odżywiania i palenia tytoniu, na Łotwie informowania współobywateli o ich prawach jako pacjentów oraz potrzebie ograniczania picia alkoholu, 40% respondentów ze Słowenii wybrało stres i palenie tytoniu.

Hiszpania stanowiła wyjątek pod tym względem. Priorytetowym obszarem okazała się kwestia edukowania społeczeństwa na temat palenia tytoniu (63% wyborów), a kolejny ważny temat uzyskał aż o 20% mniej wskazań, a chodziło o sprawy zdrowego odżywiania i picia alkoholu.

Palenie tytoniu, aktywność fizyczna i prawa pacjenta to problemy, znaczenie których najsilniej różnicowało badanych z poszczególnych krajów. Walka z uzależnieniem od nikotyny wydała się istotną kwestią do upowszechnienia wśród obywateli ich kraju dwóm trzecim Hiszpańskich pracowników o niskim poziomie wykształcenia, podczas gdy tylko co trzeciemu słoweńskiemu. Z kolei 40% słoweńskich zatrudnionych chciało popularyzowania aktywności fizycznej, a tylko 13% łotewskich, czy wreszcie blisko połowa łotewskich opowiadała się za informowaniem o prawach pacjentów, podczas gdy tylko co ósmy hiszpański.

W sumie jednak przykład badanych krajów sugeruje, iż problematyka antynikotynowa i zagadnienie zdrowego odżywiania wydają się ważne dla znacznej części nisko wykształconych pracowników, bez względu na kraj, w którym żyją.

#### 4. Postawy wobec szkoleń poświęconych dbaniu o zdrowie

Przedsięwzięcia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia są często realizowane z uwzględnieniem różnego typu szkoleń. Ich znaczenie trudno przecenić w sytuacji, gdy chce się dostarczyć wiedzę wykraczającą poza poziom haseł lub podstawowych informacji albo udoskonalić jakieś

konkretne umiejętności grupy docelowej. Wyzwaniem dla organizatorów jest jednak to, jak spowodować by ludzie w nich uczestniczyli. W referowanym tu badaniu ustalono, jakie jest ogólne nastawienie do takich szkoleń, co zwiększa, a co minimalizuje gotowość do wzięcia w nich udziału i jakie są preferencje gdy idzie o prowadzących takie szkolenia wśród nisko wykształconych pracowników.

Gdy idzie o ogólne postawy wobec szkoleń (Tab. 5), to okazało się, że najbardziej rozpowszechnione (bo wyznawane przez co około drugiego badanego i to właściwie bez względu na poziom wykształcenia – zależność jest wprawdzie istotna statystycznie, ale słaba) były dwa niechętnie im przekonania, że szkoda na nie czasu oraz że są one jedynie pretekstem do sprzedaży jakiś towarów. Ponadto wielu nisko wykształconych pracowników (bo na poziomie 43%) i przy tym prawie dwukrotnie częściej niż wśród lepiej wyedukowanych było zdania, że lepiej mniej wiedzieć o swoim zdrowiu.

Tab. 5: Przekonania na temat szkoleń dotyczących zdrowia wśród pracowników z czterech badanych krajów o różnym poziomie wykształcenia (w %)

Rodzaj nastawienia	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni	df = 2
Brakuje mi czasu na takie szkolenia	57	49	p < 0,001 $\chi^2 = 17,3$
Na takich szkoleniach zazwyczaj chcą coś sprzedać, udając że mówią o zdrowiu	52	41	p < 0,0001 $\chi^2 = 22,4$
Czasem lepiej mniej wiedzieć własnym zdrowiu	43	25	p < 0,0001 $\chi^2 = 61,1$
Takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, raz mówią na nich tak, innym razem inaczej	36	23	p < 0,0001 $\chi^2 = 37,9$
Bez szkoleń sam najlepiej wiem jak zadbać o swoje zdrowie	30	20	p < 0,0001 $\chi^2 = 25,4$
Dopóki jestem zdrowy, to mało mnie interesują takie szkolenia	34	22	p < 0,0001 $\chi^2 = 41,1$
Udział w takich szkoleniach ośmieszałby mnie wśród moich znajomych	11	5	p < 0,0001 $\chi^2 = 26,2$

Ponadto mniej więcej co trzeci pracownik o niższym wykształceniu nie miał zaufania do przekazywanych na szkoleniach informacji (wśród tych o wyższym poziomie edukacji co około czwarty), negował ich potrzebę, twierdząc że sam wie najlepiej jak dbać o własne zdrowie albo ich sens, w sytuacji gdy ze zdrowiem nic złego się nie dzieje. Takiego zdania był tylko co około piąty z grupy lepiej wykształconych.

Na szczęście uczestniczenie w tego typu przedsięwzięciach nie kojarzyło się na ogół badanym ze złymi reakcjami znajomych (właściwie w obu grupach wykształcenia, gdyż zależność jest słaba).

Tym samym przeprowadzona diagnoza wykazała istnienie poważnego problemu u pracowników nisko wykształconych w sposobie myślenia na temat szkoleń poświęconych problematyce zdrowia. Podobnie często jak lepiej wykształceni nie chcą poświęcać na nie czasu i podejrzewają, że są one tylko formą kamuflażu dla robienia interesów. Częściej natomiast wolą mniej wiedzieć o własnym zdrowiu, zarzucają, że na kursach tego rodzaju podawane są sprzeczne informacje, albo negują ich sens odwołując się do już posiadanej przez siebie wiedzy lub dobrego stanu zdrowia.

W Tab. 6 znajduje się rozkład odpowiedzi z uwzględnieniem kraju, w którym mieszkają nisko wykwalifikowani pracownicy.

Jak widać negatywne przekonania na temat szkoleń poświęconych problematyce zdrowia były najbardziej rozpowszechnione wśród nisko wykształconych pracowników z Polski. Największa część z nich (ponad trzy czwarte) uważała, iż nie ma na nie czasu, co oznacza zazwyczaj brak zainteresowania (w innych krajach tylko około połowa), co drugi nie miał zaufania do przekazywanych tam treści (podobnie sadił np. tylko co szósty ze Słowenii czy co czwarty z Hiszpanii) lub nie chciał wiedzieć więcej, gdyż obawiał się, że nie przyniesie to nic dobrego (takie obawy miał np. tylko co piąty pracownik słoweński).

Na drugim miejscu w tym specyficznym rankingu malkontentów znaleźli się Łotysze. Nawet nieco częściej od polskich nisko wykształconych pracowników podejrzewali, że takie szkolenia to tylko fasada

dla sprzedaży jakichś produktów, a podobnie często wyrażali brak zaufania co do treści takich szkoleń i potrzeby rozwijania wiedzy, z którą później nie bardzo jest co zrobić, jak ją zastosować.

Tab. 6: Przekonania na temat szkoleń dotyczących zdrowia wśród nisko wykształconych pracowników z poszczególnych, badanych krajów (w %)

Rodzaj nastawienia	ES	LV	PL	SI	df = 6
Brakuje mi czasu na takie szkolenia	41	58	79	49	p < 0,0001 $\chi^2 = 84,2$
Na takich szkoleniach zazwyczaj chcą coś sprzedać, udając że mówią o zdrowiu	45	61	58	44	p < 0,0001 $\chi^2 = 34,6$
Czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu	38	54	56	23	p < 0,0001 $\chi^2 = 68,2$
Takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, raz mówią na nich tak, innym razem inaczej	26	49	51	18	p < 0,0001 $\chi^2 = 82,8$
Bez szkoleń sam najlepiej wiem, jak zadbać o swoje zdrowie	29	24	42	24	p < 0,0001 $\chi^2 = 52,6$
Dopóki jestem zdrowy to mało mnie interesują takie szkolenia	26	31	53	25	p < 0,0001 $\chi^2 = 59,1$
Udział w takich szkoleniach ośmieszałby mnie wśród moich znajomych	15	12	10	5	p < 0,0001 $\chi^2 = 31,5$

Ogólnie rzecz biorąc organizatorzy szkoleń dotyczących zdrowia muszą się liczyć z poważną barierą popytu na nie, wśród nisko wykształconych pracowników sięgającą rzędu 50% potencjalnych adresatów. Powodują ją następujące przekonania:

- w Hiszpanii – że szkolenia poświęcone zdrowiu są jedynie pretekstem (sposobem promocji) sprzedaży jakiś towarów;
- na Łotwie występuje podobna opinia jak w Hiszpanii, a dodatkowo obywatele wolą mniej wiedzieć na temat zdrowia i nie tracić na nie czasu;
- w Polsce brakuje zainteresowania, dominuje przeświadczenie, że ktoś chce zrobić interes po pretekstem zdrowia, a dodatkowo obawa, że wiedza tego rodzaju może powodować problemy; równoległe nie ma zaufania do treści szkoleń;
- w Słowenii – nie ma zainteresowania takimi szkoleniami, uczestnictwa w nich uważa się za stratę czasu (dodatkowe informacje tego rodzaju w końcowych rozdziałach książki).

Reasumując, uzyskane dane sugerują, iż ogólne postawy wobec szkoleń nie są jednorodne gdy idzie o nisko wykształconych pracowników z poszczególnych krajów. Należy zatem liczyć się z koniecznością ich analizowania, jeśli zamierza się tę metodę uczenia wdrażać na szeroką skalę.

## 5. Czynniki zwiększające i zmniejszające prawdopodobieństwo uczestniczenia w szkoleniach o zdrowiu

Grupami docelowymi w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia najczęściej są osoby, które nie chcą albo nie potrafią rozwijać swojej wiedzy i umiejętności dbania o zdrowie. Oznacza to przede wszystkim konieczność opracowania najlepiej dostosowanych do ich potrzeb i możliwości form i treści programów czy kampanii tego rodzaju. Bardzo ważną kwestią staje się też przeprowadzenie takich przedsięwzięć, które mogą skutecznie zachęcić potencjalnych adresatów do zainteresowania się nimi. Unikać należy natomiast wszystkich tych sytuacji, które mogłyby ich zdemobilizować, odstraszyć od zaangażowania się w proponowane działania.

Poniżej zaprezentowano opinie badanych na temat często spotykanych w praktyce czynników, mogących modyfikować ich uczestnictwo w prozdrowotnych szkoleniach. W Tab. 7 zamieszczono działania, które mogą stymulować zainteresowanie takimi kursami.



Tab. 7: Czynniki motywujące do udziału w szkoleniach na temat zdrowia pracowników o różnym poziomie wykształcenia z czterech badanych krajów (w %)

Rodzaj motywatora	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
Wstęp bez opłaty	78	79
Możliwość uzyskania odpowiedzi na własne pytania	73	80
Honorarium dla uczestnika	70	63
Zabieg dla zdrowia w trakcie	69	74
Badanie stanu zdrowia w trakcie	69	73
Przeprowadzenie w godzinach pracy	63	66
Przećwiczenie czegoś przy pomocy eksperta	63	73
Drobny upominek	61	53
Zaświadczenie, dyplom ukończenia szkolenia	59	60
Możliwość wymiany opinii, doświadczeń z uczestnikami	54	60
Udział w losowaniu nagród	53	43
Ulotki, broszury dla uczestników	46	43
Poczęstunek	44	35
Możliwość wystąpienia w mediach jako uczestnik szkolenia	26	19

Okazało się, że co najmniej co drugi pracownik, bez względu na poziom wykształcenia, zainteresowany był wieloma tego rodzaju działaniami. Najłatwiejszą zachętą była możliwość zaistnienia w mediach przy okazji uczestniczenia w szkoleniu (był nią zainteresowany tylko co piąty badany). Nieco mniej niż połowa wskazała, że taką rolę spełniłyby w ich przypadku poczęstunek oraz ulotki czy broszury, które mogłyby otrzymać.

Niewątpliwie najważniejsze (bo dla około trzech czwartych badanych) były kwestie finansowe. Pracownicy nie chcieli płacić za szkolenia na temat zdrowia, a nawet oczekiwali, że organizatorzy zapłacą im za to, że będą w nich uczestniczyć (tego rodzaju opinie nawet nieco częściej wypowiadali nisko wykształceni). Porównywalną zachętą stanowiła możliwość uzyskania od prowadzącego szkolenie odpowiedzi na własne pytania. Istotne zalety, zdaniem badanych, to też możliwość skorzystania w ramach szkolenia z jakiejś usługi prozdrowotnej (np. masażu) lub kontroli stanu zdrowia (np. badania poziomu cukru we krwi czy ciśnienia), organizowanie ich w czasie pracy, oraz w taki sposób by można było skorzystać z profesjonalnych uwag w trakcie uczenia się nowych umiejętności ważnych dla zdrowia.

Nisko wykształceni pracownicy z poszczególnych krajów charakteryzowali się odmiennymi preferencjami do stosowanych w praktyce czynników zachęcających do udziału w szkoleniach (Tab. 8). W niektórych przypadkach były to bardzo wyraźne różnice. Na przykład poczęstunek byłby mile widziany przez dwukrotnie większą część Łotyszy, Polaków i Hiszpanów niż Słoweńców. Słoweńcy i Polacy z kolei dwukrotnie rzadziej w stosunku do Hiszpanów cenili sobie dyplomy i zaświadczenia potwierdzające ich udział w kursach. Hiszpanie i Słoweńcy w takiej samej proporcji częściej preferowali zajęcia, na których można podyskutować z innymi uczestnikami niż Łotysze. Słoweńcy dwukrotnie rzadziej niż Łotysze i Hiszpanie uważali, że uczestnikom należy płacić za udział w szkoleniach o zdrowiu. Różnice na poziomie jednej piątej wskazań występowały też w przypadku badań, upominków, ulotek i broszur oferowanych w ramach szkoleń, czy ich organizacji w czasie pracy.

Reasumując, organizatorzy szkoleń poświęconych problematyce zdrowia muszą liczyć się z odmiennymi preferencjami nisko wykształconych pracowników. To, co w jednym kraju może stanowić zachętę do uczestniczenia w nich, w innym może zupełnie nie działać, albo nawet powodować konsekwencje odmienne do zamierzonych.

Tab. 8: Czynniki motywujące do udziału w szkoleniach na temat zdrowia nisko wykształconych pracowników z poszczególnych badanych krajów (w %)

Rodzaj motywatora	Państwo				df = 6
	ES	LV	PL	SI	
Wstęp bez opłaty	89	74	73	76	p < 0,0001 $\chi^2 = 31,3$
Możliwość uzyskania odpowiedzi na własne pytania	80	70	65	77	p < 0,0001 $\chi^2 = 51,0$
Honorarium dla uczestnika	84	80	73	41	p < 0,0001 $\chi^2 = 132,2$
Zabieg dla zdrowia w trakcie	70	73	71	61	
Badanie stanu zdrowia w trakcie	76	59	70	72	p < 0,0001 $\chi^2 = 27,7$
Przeprowadzenie w godzinach pracy	66	57	71	60	p < 0,0001 $\chi^2 = 44,1$
Przećwiczenie czegoś przy pomocy eksperta	61	59	64	69	p < 0,0001 $\chi^2 = 48,0$
Drobny upominek	71	61	65	49	p < 0,0001 $\chi^2 = 52,9$
Zaświadczenie, dyplom ukończenia szkolenia	85	64	48	40	p < 0,0001 $\chi^2 = 133,6$
Możliwość wymiany opinii, doświadczeń uczestnikami	69	37	48	61	p < 0,0001 $\chi^2 = 85,9$
Udział w losowaniu nagród	55	55	58	50	p < 0,0001 $\chi^2 = 36,4$
Ulotki, broszury dla uczestników	51	37	44	50	p < 0,0001 $\chi^2 = 32,2$
Poczęstunek	49	56	51	20	p < 0,0001 $\chi^2 = 95,3$
Możliwość wystąpienia w mediach jako uczestnik szkolenia	29	27	31	16	p < 0,0001 $\chi^2 = 29,0$

W przypadku zbadanych krajów prawdopodobieństwo dotarcia do około trzech czwartych nisko wykształconych pracowników zwiększają:

1. w Hiszpanii:

- wolny wstęp, a nawet zapłata za udział w szkoleniu oraz dyplom / poświadczenie uczestnictwa,
- taki sposób ich prowadzenia, w ramach którego istnieje możliwość zadawania pytań prowadzącemu oraz skorzystania z zabiegów lub badań stanu zdrowia,
- dobrze przyjęty będzie też drobny upominek.

2. na Łotwie:

- honorarium za udział w szkoleniu albo wolny wstęp,
- możliwość skorzystania z zabiegów korzystnych dla zdrowia,
- zadawania pytań wykładowcom.

3. w Polsce:

- brak opłat za udział, a nawet wynagrodzenie dla uczestników,
- zorganizowanie szkolenia w czasie pracy wraz z ofertą badań i zabiegów dla zdrowia.

4. w Słowenii:

- formuła, w ramach której prowadzący odpowie na przygotowane przez uczestników pytania,
- brak zapłaty za udział,
- skorzystanie z badania stanu zdrowia (zobacz także informacje w końcowych rozdziałach książki).

W Tab. 9 zilustrowane zostały czynniki, uznane przez badane grupy za zniechęcające do uczestnictwa w szkoleniach na tematy zdrowia.

Tab. 9: Czynniki demotywujące do uczestniczenia w szkoleniach o zdrowiu pracowników o różnym poziomie wykształcenia z czterech badanych krajów (w %)

Rodzaj demotywnika	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni	df = 2
Opłata za udział, wstęp	75	67	p < 0,0001 $\chi^2 = 16,1$
Czas trwania dłuższy niż 2 godz.	53	42	p < 0,0001 $\chi^2 = 20,0$
Konieczność publicznego zabierania głosu	50	33	p < 0,0001 $\chi^2 = 55,5$
Udział w teście sprawdzającym wiedzę	46	28	p < 0,0001 $\chi^2 = 69,5$
Treść zawierająca zakazy, straszenie	45	24	p < 0,0001 $\chi^2 = 33,3$
Treść trudna do praktycznego zastosowania	35	23	p < 0,0001 $\chi^2 = 33,7$
Treści trudne do zrozumienia	32	17	p < 0,0001 $\chi^2 = 52,6$
Obawa, że pracodawca zostanie poinformowany o stanie zdrowia uczestnika	31	24	p < 0,0001 $\chi^2 = 31,5$
Badanie stanu zdrowia przy okazji kursu	24	14	p < 0,0001 $\chi^2 = 30,1$

W świetle zgromadzonych danych nisko wykształconych pracowników nieco łatwiej zachęcić niż zniechęcić do brania udziału w szkoleniach na temat zdrowia, co jest dobrą informacją dla organizatorów programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Tym razem jednak przedstawiciele badanej grupy o wiele bardziej różnili się od grupy kontrolnej, niż wówczas, gdy eksplorowano czynniki zachęcające. Cechy wspólne nisko i lepiej wykształconych pracowników to po raz kolejny kwestie finansowe – największa część nie wzięłaby udziału w szkoleniu, za które musiałaby zapłacić<sup>3</sup> – oraz ich długi czas trwania. Największe odmienności wystąpiły w odniesieniu do: konieczności odpowiadania na pytania testów, udzielania publicznych wypowiedzi oraz obaw, że przekazywane treści będą trudne do zrozumienia. W przypadku gdyby szkolenie zawierało takie elementy, zdecydowanie więcej nisko wykształconych pracowników nie wzięłoby w nich udziału niż wśród lepiej wykształconych. Pod tym względem okazali się więc być grupą bardziej wymagającą.

W Tab. 10 pokazano, jak przedstawiała się sytuacja w tym zakresie w poszczególnych krajach, uczestniczących w projekcie LEECH.

Kraj pochodzenia badanych pracowników o niskim poziomie wykształcenia silnie różnicował znaczenie analizowanych czynników. Jedynie publiczne zabieranie głosu wskazywane było jako niedogodna sytuacja podobnie często (przez co około drugiego respondenta) bez względu na miejsce zamieszkania.

W świetle uzyskanych danych istnieje większe prawdopodobieństwo zniechęcenia się do szkoleń na temat zdrowia polskich i hiszpańskich pracowników (co najmniej co trzeci z nich odbierał negatywnie każdy analizowany czynnik) niż słoweńskich i łotewskich.

Szczególnie duże różnice w nastawieniu wystąpiły w przypadku:

- podważenia, że za pośrednictwem kursu jakieś informacje na temat stanu zdrowia mogą dotrzeć do pracodawcy (ok. 40% Łotyszy i Polaków nie poszłoby wówczas na kurs, podczas gdy niepokoiło to tylko co około dziesiątego Słoweńca);
- obawy, że przekazywane informacje mogą budzić lęk, niepokój (wówczas zrezygnowałaby około połowa polskich i hiszpańskich pracowników i tylko co szósty słoweński);
- założenia, iż treści kursu będą trudne do zrozumienia (wyklucza to udział co drugiego Hiszpana i tylko co ósmego Słoweńca).

<sup>3</sup> Zależność pomiędzy zmiennymi jest wprawdzie istotna statystycznie, ale słaba.

Tab. 10: Czynniki demotywuujące do uczestniczenia w szkoleniach o zdrowiu nisko wykształconych pracowników z poszczególnych badanych krajów (w %)

Rodzaj demotywatora	Państwo				df = 6
	ES	LV	PL	SI	
Opłata za udział, wstęp	65	74	90	71	p < 0,0001 $\chi^2 = 44,5$
Czas trwania dłuższy niż 2 godz.	46	51	72	41	P < 0,0001 $\chi^2 = 59,5$
Konieczność publicznego zabierania głosu	51	47	52	49	-
Udział w teście sprawdzającym wiedzę	45	39	58	42	p < 0,0001 $\chi^2 = 36,5$
Treść zawierająca zakazy, straszenie	52	20	51	16	p < 0,0001 $\chi^2 = 108,3$
Treść trudna do praktycznego zastosowania	44	31	45	20	p < 0,0001 $\chi^2 = 41,7$
Treści trudne do zrozumienia	51	25	38	13	p < 0,0001 $\chi^2 = 90,5$
Obawa, że pracodawca zostanie poinformowany o stanie zdrowia uczestnika	30	41	39	12	p < 0,0001 $\chi^2 = 143,5$
Badanie stanu zdrowia przy okazji kursu	30	26	31	8	p < 0,0001 $\chi^2 = 54,8$

Planujący tego rodzaju szkolenia powinni liczyć się z ewentualnością odmowy uczestnictwa co drugiego pracownika o niskim poziomie wykształcenia jeśli, nie będą starali się unikać:

1. w Hiszpanii:
  - a) opłat za udział,
  - b) treści trudnych do zrozumienia, zawierających zakazy lub budzących lęk,
  - c) wymagania wypowiedzi na forum uczestników.
2. na Łotwie:
  - a) opłat za wstęp,
  - b) długiego czasu trwania szkolenia.
3. w Polsce:
  - a) opłat za wstęp,
  - b) kursów trwających dłużej niż dwie godziny,
  - c) przeprowadzania w ich ramach testów,
  - d) oraz straszenia i namawiania do publicznych wypowiedzi uczestników.
4. w Słowenii:
  - a) opłat za udział,
  - b) publicznego zabierania głosu (zobacz też informacje w końcowych rozdziałach książki).

Zatem organizatorzy edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia mogą spodziewać się –sądząc na przykładzie krajów uczestniczących w projekcie – odmiennych reakcji na szkolenia w zakresie zdrowia wśród nisko wykształconych pracowników. Pomimo tych różnic jednak bez względu na kraj, najbardziej ryzykowne jest pobieranie opłat za szkolenia i długi ich czas trwania. Ponadto w przypadku co drugiego nisko wykształconego pracownika zniechęcająco oddziaływać będzie też konieczność zabierania głosu na forum uczestników.

## 6. Preferowani nadawcy przekazów

Istotna dla efektywności oddziaływań prozdrowotnych jest akceptacja, a tym bardziej zaufanie adresatów do nadawców komunikatów. W Tab. 11 przedstawiono preferencje w tym zakresie wśród pracowników różniących się poziomem wykształcenia.

Tab. 11: Preferowani nadawcy informacji o zdrowiu wśród pracowników o różnym poziomie wykształcenia z czterech badanych krajów (w %)

Rodzaj nadawcy	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
Lekarz, pielęgniarka, położna	42	42
Inny specjalista ds. zdrowia	41	48
Praktyk, który poradził sobie z problemem	32	35
Ekspert o znanym nazwisku	29	28
Uzdrowiacz (np. zielarz, bioenergoterapeuta)	16	13
Celebryta (np. aktor, polityk, piosenkarz)	14	10
Osoba duchowna	2	1
Ktoś inny	5	3
Nikt	7	3

Jak widać nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy analizowanymi grupami. Nisko wykształceni pracownicy nie mieli odmiennych oczekiwań w stosunku do tych lepiej wykształconych, w kwestii tego, kto zwraca się do nich w ramach szkoleń z informacjami na temat zdrowia, sprawności, zgrabnej sylwetki itp. Blisko połowa badanych najchętniej widziała w tej roli lekarzy lub pielęgniarki oraz innych specjalistów zajmujących się zdrowiem, np. psychologa czy dietetyka. Badani chcieli zatem czerpać wiedzę od profesjonalistów, ale co ciekawe niekoniecznie od ekspertów o znanym nazwisku. Większym zaufaniem obdarzeni zostali nawet zwykli ludzie, którzy sami poradzieli sobie z jakimś problemem i mogli dzielić się swoimi doświadczeniami. Zupełnie nie byli postrzegani w takiej roli duchowni ani przedstawiciele medycyny alternatywnej, a bardzo rzadko osoby znane, popularne. Być może bardziej kojarzyli się oni z mediami niż z prowadzeniem szkoleń.

Uzyskany rozkład odpowiedzi pokazuje, że znalezienie właściwej osoby do prowadzenia szkoleń o zdrowiu nie jest sprawą prostą. Typowi wykonawcy takiego zadania zadowolają w najlepszym wypadku niespełna co drugiego pracownika. Nie pojawił się również inny prowadzący, który zaspokajałaby oczekiwania większości.

Narodowość także komplikuje problem doboru najlepszych osób do prowadzenia szkoleń na temat zdrowia dla nisko wykształconych pracowników (Tab. 12).

Tab. 12: Preferencje pracowników o niskim poziomie wykształcenia dotyczące nadawców przekazów prozdrowotnych w poszczególnych krajach (w %)

Rodzaj nadawcy	Państwo				df = 3
	ES	LV	PL	SI	
Lekarz, pielęgniarka, położna	42	35	49	44	-
Inny specjalista ds. zdrowia	51	27	48	40	p < 0,0001 $\chi^2 = 28,6$
Praktyk, który poradził sobie z problemem	31	31	23	43	p < 0,001 $\chi^2 = 18,7$
Ekspert o znanym nazwisku	17	37	28	33	p < 0,0001 $\chi^2 = 22,5$
Uzdrowiacz (np. zielarz, bioenergoterapeuta)	17	17	9	19	-
Celebryta (np. aktor, polityk, piosenkarz)	10	27	12	6	p < 0,0001 $\chi^2 = 42,9$
Osoba duchowna	2	6	1	0	p < 0,001 $\chi^2 = 16,7$
Ktoś inny	6	11	0	1	p < 0,0001 $\chi^2 = 37,7$
Nikt	6	11	10	2	p < 0,001 $\chi^2 = 18,1$



Po raz kolejny odnotowano odmienne preferencje, jeśli idzie o większość z wyróżnionych typów nadawców treści prozdrowotnych, z wyjątkiem: a) lekarzy, pielęgniarek, położnych; b) przedstawicieli medycyny alternatywnej. Tych wybierało odpowiednio około 40% i 20% badanych w każdym kraju. Jeśli idzie o:

- a) celebrytów – to interesowali oni co czwartego Łotysza i co siedemnastego Słoweńca;
- b) innych specjalistów ds. zdrowia – to wybierał ich co czwarty Łotysz i co drugi Hiszpan;
- c) ekspertów o znanym nazwisku – odpowiadali oni oczekiwaniom co trzeciego Słoweńca i tylko co szóstego Hiszpana;
- d) osoby, które dzielą się własnymi doświadczeniami związanymi z dbaniem o zdrowie – cieszyły się uznaniem 43% Słoweńców i tylko 23% Polaków.

Podsumowując – najlepsi nadawcy przekazów prozdrowotnych, bo preferowani przez około co trzeciego nisko wykształconego pracownika, to:

- a) w Hiszpanii: profesjonaliści medyczni i inni specjaliści zajmujący się zdrowiem;
- b) na Łotwie: eksperci o znanych nazwiskach, lekarze, pielęgniarki oraz osoby uczące w oparciu o własne przeżycia i doświadczenia;
- c) w Polsce: profesjonaliści medyczni i specjaliści innych dyscyplin, działający w sferze zdrowia;
- d) w Słowenii: lekarze, pielęgniarki i inni specjaliści, praktycy oraz znani eksperci.

Zatem najszerszy wachlarz dobrych (tzn. dość powszechnie akceptowanych nadawców przekazów prozdrowotnych) występuje w Słowenii, gdzie oprócz wybieranych najczęściej, także w innych krajach, lekarzy, pielęgniarek i innych specjalistów zajmujących się zdrowiem, można wykorzystać także praktyków i znanych ekspertów, a najmniejsze pole manewru w tym względzie obserwuje się w Polsce i Hiszpanii, gdzie należy ograniczyć się tylko do nich.

Opierając się na przykładzie uczestniczących w projekcie krajów można więc zakładać, iż nisko wykształceni pracownicy bez względu na przynależność narodową i kulturową jako prowadzących szkolenia o zdrowiu dobrze odbierają będą profesjonalistów medycznych, a stosunkowo niewielu z nich będzie zadowolonych, gdy w takiej roli wystąpią różnego typu uzdrowiacze, nie mający za sobą autorytetu medycyny akademickiej.

## **7. Oczekiwane działania prozdrowotne ze strony zakładów pracy**

Bardzo dogodnym terenem dla projektów prozdrowotnych, adresowanych do populacji pracujących, są zakłady pracy. Ich atutem jest to, że często dysponują kadrami, która może prowadzić, albo przynajmniej wspierać programy tego rodzaju, zaplecze techniczne i socjalne, a przede wszystkim niezwykle ułatwiony jest w tym przypadku kontakt z grupą docelową. Jeśli firmy potrafią zaplanować i wdrożyć adekwatne do potrzeb załogi przedsięwzięcia tego rodzaju jest to dobra inwestycja zarówno w zdrowie zatrudnionych, jak i w rozwój oraz budowanie pozytywnego image przedsiębiorstwa (Korzeniowska, 1998; Ylikoski i wsp., 2006; Hamalainen, 2007).

W referowanym tu badaniu sprawdzono czy i jakie oczekiwania miałoby pracownicy, gdyby zatrudniła ich firma zainteresowana działaniami na rzecz zdrowia personelu. Ich odpowiedzi ilustruje Tab. 13.

Co się tyczy programów prozdrowotnych organizowanych, przez zakłady pracy, to mniej i lepiej wykształceni pracownicy mieli bardzo podobne oczekiwania<sup>4</sup>. Tylko szczepienia ochronne spotkały się z wyraźnie większym zainteresowaniem nisko wyedukowanych. Najczęściej, bo co około drugi pracownik, chciał, by firma sponsorowała badania stanu jego zdrowia i leczenie. Niewiele mniejszy odsetek wolał, by troszczyła się o bezpieczeństwo i wygodę na stanowisku pracy (w większym zakresie niż wymaga tego prawo), a dodatkowo co piąty miał podobne życzenie w kwestii estetyki i wygody w pomieszczeniach. Co około trzeci, czwarty oczekiwał szczepień ochronnych czy dofinansowania swojego wypoczynku. Tylko co około dziesiąty wskazał, że zakład mógłby organizować pogadanki i rozdawać ulotki na temat tego jak dbać o zdrowie, jeszcze mniej chciało by organizować zajęcia na temat picia alkoholu czy walki z nałogiem palenia papierosów. Zatem pracownicy oczekiwali przede wszystkim, by firmy partycypowały w badaniu i leczeniu ich zdrowia oraz bardziej dbały o warunki pracy. Rzadko natomiast spodziewali się podejmowania działań wspierających prozdrowotne zmiany w ich stylach życia.

<sup>4</sup> Stwierdzone zależności były istotne statystycznie, ale raczej słabe.

Tab. 13: Oczekiwane przez pracowników o różnym poziomie wykształcenia z czterech badanych krajów działania prozdrowotne ze strony zakładu pracy (w %)

Rodzaj działań	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni	df = 1
Badania stanu zdrowia i leczenie na koszt firmy	53	54	-
Ponadobligatoryjna dbałość o wygodę i bhp na stanowisku pracy	41	38	-
Szczepienia ochronne np. przeciw grypie	37	25	p < 0,0001 $\chi^2 = 26,4$
Dofinansowanie wypoczynku pracowników	27	24	-
Dbłość o ładny wygląd i wygodę w pomieszczeniach firmy	23	22	-
Ograniczenie sytuacji generujących stres	22	28	-
Organizacja zajęć sportowych	19	24	-
Szkolenia na temat radzenia sobie ze stresem	15	17	-
Podaż zdrowej żywności w bufecie, stołówce zakładowej	15	21	p < 0,001 $\chi^2 = 11,1$
Ochrona niepalących przed biernym paleniem	12	12	-
Pogadanki i ulotki jak dbać o zdrowie	10	8	-
Pomoc w zerwaniu z nałogiem palenia	8	9	-
Zajęcia na temat konsumpcji alkoholu	8	4	p < 0,001 $\chi^2 = 11,8$
Żadnych działań	0	0	-

Pracownicy o niskim poziomie wykształcenia z poszczególnych krajów, jak widać w tabeli powyżej, różnili się oczekiwaniami w stosunku do pracodawców, którzy chcieliby zadbać o ich zdrowie. Największe różnice obserwujemy w kwestii estetyki i wygody pomieszczeń firmy (chciało tego 44% hiszpańskich i tylko 7% polskich), sponsorowania badań stanu zdrowia i leczenia (69% łotewskich i 40% hiszpańskich), szkoleń dotyczących radzenia sobie ze stresem (26% hiszpańskich i 5% łotewskich) oraz wykraczającą ponad wymagania prawa jakość stanowisk pracy (49% słoweńskich i 25% łotewskich). Byli podobni, gdy idzie o relatywnie rzadziej oczekiwane działania takie jak: organizacja zajęć sportowych, ochrona niepalących przed biernym paleniem czy dofinansowanie wypoczynku.

Najczęściej oczekiwanymi działaniami dla zdrowia (na poziomie minimum 40% badanych nisko wykształconych pracowników) ze strony firm były:

- a) w Hiszpanii: kwestie wygody, bezpieczeństwa, estetyki w miejscu i na stanowisku pracy oraz szczepienia ochronne,
- b) na Łotwie: sponsorowanie badań stanu zdrowia, szczepień i leczenia przez pracodawcę,
- c) w Polsce i w Słowenii: badania i leczenie oraz zapewnienie bezpieczeństwa i wygody na stanowisku pracy (dodatkowe informacje w końcowych rozdziałach książki).

Zatem planując projekty na rzecz zdrowia w sferze pracy, sadząc na przykładzie krajów, uczestniczących w projekcie LEECH, najmniejsze ryzyko popełnienia błędu, gdy idzie o nisko wykształconych pracowników, wiąże się ze sponsorowaniem badań stanu ich zdrowia i kosztów leczenia. Zapotrzebowanie na inne działania warto rozpoznawać w każdym konkretnym przypadku.

Potrzeby tego rodzaju z punktu widzenia miejsca zamieszkania zostały przedstawione w Tab. 14.

Tab. 14: Oczekiwane przez nisko wykształconych pracowników z poszczególnych krajów działania prozdrowotne ze strony zakładu pracy (w %)

Rodzaj działań	Państwo				df = 3
	ES	LV	PL	SI	
Dbłość o ładny wygląd i wygodę w pomieszczeniach firmy	44	29	7	12	p < 0,0001 $\chi^2 = 95,8$
Szczepienia ochronne (np. przeciw grypie)	44	49	30	25	p < 0,0001 $\chi^2 = 34,8$
Ponadobligatoryjna dbłość o wygodę i bhp na stanowisku pracy	44	25	48	49	p < 0,0001 $\chi^2 = 31,5$
Badania stanu zdrowia i leczenie na koszt firmy	40	69	59	44	p < 0,0001 $\chi^2 = 47,6$
Pogadanki i ulotki jak dbać o zdrowie	5	11	13	10	
Szkolenia na temat radzenia sobie ze stresem	26	5	15	16	p < 0,0001 $\chi^2 = 33,6$
Zajęcia na temat konsumpcji alkoholu	11	12	5	3	p < 0,01 $\chi^2 = 16,2$
Organizacja zajęć sportowych	17	18	14	26	-
Ochrona niepalących przed biernym paleniem	10	16	15	7	-
Pomoc w zerwaniu z nałogiem palenia	14	6	5	6	p < 0,01 $\chi^2 = 15,7$
Podaż zdrowej żywności w bufecie, stołówce zakładowej	16	15	6	23	p < 0,0001 $\chi^2 = 22,3$
Ograniczenie sytuacji generujących stres	17	18	21	31	p < 0,01 $\chi^2 = 14,3$
Dofinansowanie wypoczynku pracowników	31	24	32	22	-
Żadnych działań	1	5	3	6	-

## 8. Podsumowanie

W świetle uzyskanych danych nisko wykształceni pracownicy jawią się jako trudny adresat projektów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, a przy tym preferencje tej grupy docelowej są wyraźnie uzależnione od warunków społeczno-kulturowych, związanych z miejscem zamieszkania. Jeśli idzie o ich specyfikę w stosunku do lepiej wyedukowanych to przejawia się ona w odmienności:

- a) akceptowanych źródeł informowania o zdrowiu;
- b) ogólnych przekonań o szkoleniach poświęconych tej problematyce;
- c) faktem, że inne sytuacje i czynniki mogą oddziaływać negatywnie na ich decyzje o uczestniczeniu w tego rodzaju przedsięwzięciach.

Jeśli idzie o źródła, za pośrednictwem których chcą być informowani o sprawach związanych z dbłością o zdrowie, to są klientami nastawionymi z jednej strony na bierny odbiór informacji, nadawanych przez radio czy TV, ewentualnie na uczestniczenie w imprezach łączących zabawę z ofertą prozdrowotną, z drugiej strony oczekują, że ktoś doradzi, jak w ich przypadku, lepiej dbać o zdrowie. Taki sposób myślenia może być prostą konsekwencją doświadczeń badanych osób, gdyż jak wiadomo – edukację zdrowotną realizuje się najczęściej za pośrednictwem środków masowego przekazu lub bezpośrednio (Gniazdowski, 2000; Woynarowska, 2008). Nie można jednak wykluczyć, iż jest to do pewnego stopnia świadomy wybór, by z jednej strony przy okazji zdobywać jakąś wiedzę o tym, co robić dla zdrowia, w prosty (np. niewymagający wyjścia z domu), a nawet przyjemny sposób (w trakcie zabawy), a z drugiej mieć możliwość indywidualnych konsultacji ze specjalistą, który po rozpoznaniu problemu czy potrzeby udzieli wskazówek, jak postępować.

Co się tyczy mass mediów, to ten rodzaj przekazu ma określone, znane ograniczenia (Minelli, Breckon, 2009), ale w przypadku nisko wykształconych pracowników pojawiają się też dodatkowe problemy. Zmniejsza się bowiem liczba takich osób, a zatem stają się oni coraz mniej znaczącą grupą odbiorców. Trudniej zatem (a zapewne drożej) będzie wykorzystywać ten kanał oddziaływania w ramach programów i strategii, tym bardziej, że uwzględniać trzeba specyfikę ich świadomości zdrowotnej (która została omówiona wcześniej) i mniejsze zdolności percepcyjne.

Znaczny poziom akceptacji działań, w ramach których bawiąc się można zrobić coś dla własnego zdrowia (wskaźnikiem których były festyny) może natomiast stanowić dobry prognostyk skuteczności programów nakierowanych na nisko wyedukowanych pracowników. Udowodniona skuteczność rozrywki jako metody zmiany postaw i zachowań może być wykorzystana w odniesieniu do tego rodzaju grupy docelowej w ramach projektów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (Pratkanis, Aronson, 2004).

Dla realizatorów projektów prozdrowotnych dużym wyzwaniem (logistycznym i finansowym) może być powszechne zainteresowanie nisko wykształconych pracowników indywidualnymi poradami. Wydaje się jednak, iż warto je podjąć. Duże kampanie edukacji zdrowotnej bardzo często koncentrują się na przeciwdziałaniu chorobom cywilizacyjnym, w tym uświadamianiu jak nie szkodzić zdrowiu. To z kolei powoduje, że często wzbudzają niepokój, strach, co nie sprzyja podejmowaniu zalecanych działań, szczególnie u osób, które nie mają pozytywnej opinii o sobie i dostatecznej wiedzy jak tego dokonać. Szczegółowe instrukcje, dostosowane do sytuacji osobistej uznaje się wówczas za najlepsze rozwiązanie tego problemu (np. eksperymenty Howarda Leventhala dotyczące odzwyczajania od palenia). Dzięki nim takie osoby mogą zmierzyć się ze swoimi obawami i podjąć racjonalne działania (tamże).

Uzyskane wyniki zachęcają też do ostrożności w używaniu Internetu, poradników, a także wykładów lub warsztatów w prozdrowotnych oddziaływaniach na nisko wykształconych pracowników. Istnieje wtedy ryzyko, że za ich pośrednictwem dotrze się tylko do co około drugiego adresata. Stosunek do tego rodzaju źródeł wyraźnie różni też takiego odbiorcę in minus od lepiej wykształconego, podobnie zresztą, gdy idzie o gazety i poradniki. Mało wyedukowany adresat będzie natomiast nieco lepiej reagował na ofertę uczestniczenia w akcjach prozdrowotnych i konkursach niż bardziej wyedukowany.

Niechęć do wykładów czy warsztatów można tłumaczyć skojarzeniami ze szkołą, lekcjami, które mogą nie być satysfakcjonujące, sądząc po wcześniej przerwanej nauce. Jeśli idzie o Internet, to wiadomo, że korzystają z niego przede wszystkim młode osoby uczące się oraz lepiej wykształcone<sup>5</sup> (Batorski, 2009; Finnegan, Viswanath, 2002; Owen i wsp., 2002) zatem uzyskane dane potwierdziły tylko, że nadal występuje taka tendencja i to w obszarze zdrowia. Podobnie jest z gazetami i czasopismami – nisko wykształcone osoby rzadziej są czytelnikami prasy i problemy zdrowotne nie są problemem, który zmieniałby ten stan rzeczy.

Jeśli idzie o wybór skutecznych źródeł w działaniach edukacyjnych, nakierowanych na omawianą grupę docelową w skali konkretnego kraju, to opierając się na przykładzie Hiszpanii, Łotwy, Polski i Słowenii warto pamiętać, iż może on odbiegać od modelu przedstawionego powyżej. Nawet wysoka użyteczność radia i TV jako źródeł informacji o zdrowiu nie powinna być przyjmowana jako pewnik, może się bowiem zdarzyć, iż nie będzie to dobry sposób na dotarcie do największej liczby nisko wykształconych pracowników (taką sytuację zaobserwowano np. w odniesieniu do Łotwy). Analogicznie nie można do końca jednoznacznie zdeprecjonować przydatności np. wykładów w oddziaływaniu na tego rodzaju adresatów. Mogą bowiem cieszyć się one znaczną popularnością (jak miało to miejsce w Hiszpanii).

W przypadku krajów uczestniczących w Projekcie LEECH, hiszpańscy organizatorzy programów edukacji zdrowotnej czy promocji zdrowia mogą wybierać z szerokiej gamy źródeł, przy dużym prawdopodobieństwie dotarcia do znacznej części adresatów. Wyraźnie ograniczone są natomiast możliwości organizatorów z Polski. Wybory łotewskich organizatorów powinny być szczególnie przemyślane, mogą bowiem zastosować bardzo skuteczny, ale i całkiem nietrafiony sposób. Z kolei Słoweńcy powinni sięgać po różne źródła, gdyż ich nisko wykształceni pracownicy mają wyraźnie zdychotomizowany stosunek do sposobu przekazywania wiedzy o zdrowiu.

Co się tyczy przekonań na temat szkoleń poświęconych zdrowiu, to przeprowadzona diagnoza udowodniła, iż stanowią one poważną barierę upowszechniania tej formy oddziaływania na pracowników,

<sup>5</sup> W Polsce 94% uczniów i studentów oraz 83% osób z wyższym wykształceniem korzysta z Internetu, a tylko 7% z wykształceniem podstawowym (Diagnoza Społeczna, 2009).

w tym szczególnie nisko wykształconych. Częściej zgadzali się oni z każdą z analizowanych, negatywnych opinii na temat szkoleń. Najbardziej różnili się od lepiej wykształconych przeświadczeniem, że lepiej jest mniej wiedzieć o swoim zdrowiu, że szkolenia takie nie są potrzebne, dopóki ze zdrowiem nic złego się nie dzieje. Ta pierwsza opinia oznacza znaczne rozpowszechnienie poczucia bezradności (Schwarzer, 1997; Sęk, 2000). Oznacza ono potrzebę takiego profilowania przekazów o zdrowiu, by nie potęgowały one przekonania, że trudno poradzić sobie z wyzwaniami czy zagrożeniami. Postulować raczej należy podejście koncentrujące się na jasnych, szczegółowych i optymistycznych wskazówkach, budujących poczucie własnej skuteczności (Pratkanis, Aronson, 2004). Poważnym problemem jest też opinia, że dbać o zdrowie (w tym dowiadywać się jak to robić) warto dopiero w przypadku choroby. Jej rozpowszechnienie (na poziomie co trzeciego nisko wykształconego) oznacza subiektywną negację sensu przedsięwzięć prozdrowotnych.

Nisko wykształceni pracownicy bardziej wierzyli ponadto, że sami najlepiej wiedzą, jak dbać o swoje zdrowie i mieli mniejsze zaufanie do przekazywanych na szkoleniach informacji. Od czasu eksperymentu Lance Canona wiadomo, że gdy jesteśmy pewni własnego zdania nie chcemy słuchać innych opinii i argumentów. Zatem teza „Sam wiem najlepiej” stanowi poważne wyzwanie dla kampanii edukacyjnych, kierowanych do tak myślących osób (Batorski, 2009). Zastrzeżenia co do jakości przekazywanych treści oznaczają natomiast, że trudno przecenić rolę jasnych i jednoznacznych w wymowie komunikatów. Nieco częściej liczyć się też trzeba w przypadku tego typu adresatów, że szkoda im czasu na szkolenia oraz z obawami, że są one tylko pretekstem do sprzedaży jakiś towarów. Takie opinie to niestety dość silne komunikaty: „To nie dla mnie”, „Nie dam się nabrać”. Mogą one oznaczać nie tylko brak zainteresowania szkoleniami, ale nawet pewien sprzeciw wobec nich.

Poczynione ustalenia sugerują też możliwość znaczącego zróżnicowania w postawach wobec szkoleń poświęconych zdrowiu nisko wykształconych pracowników, w poszczególnych krajach. Edukatorzy i promotorzy zdrowia mogą liczyć się ze znacznym rozpowszechnieniem wielu negatywnych przekonań na ich temat (czego przykładem jest Polska), jak i mają szansę, że tylko pojedyncze tego typu opinie będą napotykać często, a inne sporadycznie (jak w Słowenii). Jeszcze raz warto zatem podkreślić, że taki stan przekonań o szkoleniach poświęconych zdrowiu to bardzo poważny problem i wyzwanie. W wielu sytuacjach nie można bowiem osiągnąć założonych celów programów prozdrowotnych, po prostu rezygnując z tej formy oddziaływania. Istnieje zatem potrzeba zintensyfikowania przedsięwzięć, zmieniających opinie na jej temat.

Nisko wykształceni pracownicy okazali się też być grupą, którą łatwiej zniechęcić, przygotowując ofertę szkoleń na temat tego, jak dbać o zdrowie. Należy na pewno unikać pobierania opłat za udział oraz ograniczać czas ich trwania (w tym wypadku jednak to samo zalecenie odnosi się też do lepiej wykształconych). Szczególnie warto zwracać uwagę na to, by w ich ramach nie przeprowadzać testów ani innych form sprawdzania wiedzy oraz eliminować sytuacje, w których uczący musieliby zabierać głos na forum grupy.

Nisko wykształceni pracownicy mogą być natomiast podobnie traktowani jak wysoko wykształceni jeśli idzie o:

- a) treści, na których ich zdaniem powinny się koncentrować społeczne kampanie edukacji zdrowotnej;
- b) sposoby, które można stosować, by zwiększyć uczestnictwo w szkoleniach prozdrowotnych;
- c) dobór prowadzących takie szkolenia;
- d) działania podejmowane na rzecz zdrowia w zakładach pracy.

Jeśli idzie o problematykę, która powinna być podejmowana w ramach edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, to obie wyróżnione grupy za szczególnie istotne tematy uznały palenie tytoniu oraz kwestie zdrowego odżywiania. Zdecydowanie najrzadziej dostrzegały potrzebę edukowania współobywateli na temat ochrony zdrowia w miejscu pracy.

Jedyną cechą specyficzną zbiorowości nisko wykształconych stanowiło przywiązywanie większej wagi do działań antyalkoholowych, a mniejszej do popularyzowania aktywności fizycznej, niż wśród absolwentów szkół średnich i wyższych. Można domniemywać, że jednym z powodów tego stanu rzeczy może być to, że częściej wykonują oni pracę wymagającą ruchu, wysiłku fizycznego, więc nie doświadczają na co dzień tak silnie negatywnych skutków braku aktywności. Jeśli idzie o problem nadużywania alkoholu, to być może częściej mają z nim do czynienia w środowisku, w którym funkcjonują.



Zamieszkiwanie w konkretnym kraju wywierało wpływ na to, jakie tematy wydawały się nisko wykształconym pracownikom ważne, gdy idzie o ich społeczeństwa. Najbardziej zróżnicowani byli w odniesieniu do kwestii palenia tytoniu, aktywności fizycznej i praw pacjenta. Podobne znaczenie przywiązywali do potrzeby edukowania w zakresie ochrony środowiska oraz stosowania się do zaleceń lekarza w chorobie, ale były to problematyki rzadko wybierane jako znaczące.

Zgromadzone dane pokazały też, iż możliwe są różne scenariusze, jeśli idzie o ilość uznawanych za ważne społecznie tematów w dziedzinie zdrowia. I tak np. można się spodziewać zarówno sytuacji, w której nisko wykształceni pracownicy zainteresowani są wieloma kwestiami (tak jak zdarzyło się na Łotwie, w Polsce, Słowenii), jak i takiej, w której pojawia się jakaś dominująca problematyka czy wręcz konkretne zagadnienie (jak w Słowenii).

Jeśli idzie o czynniki motywujące do uczestniczenia w szkoleniach poświęconych zdrowiu, to w kontekście ogólnych, negatywnych postaw wobec tej formy oddziaływania za szczególnie dobrą informację można uznać fakt, że nawet 3/4 pracowników jest gotowych zmienić zdanie, jeśli spełnione zostaną pewne warunki. Idzie tu przede wszystkim o wolny wstęp na takie szkolenia oraz możliwość skorzystania przy okazji z badań stanu zdrowia czy zabiegów prozdrowotnych. Co ciekawe – aż 70% pracowników czułoby się zachęconych do uczestniczenia w szkoleniu, gdyby im zapłacono za obecność. Motywujące dla 2/3 może też być organizowanie ich w godzinach pracy, obdarowywanie drobnymi upominkami oraz taki sposób ich prowadzenia, który zapewnia możliwość uzyskania odpowiedzi na własne pytania. Ponadto każdorazowo warto rozpoznawać czynniki bezpośrednio wpływające na decyzje o uczestniczeniu w takich szkoleniach ponieważ mogą różnić się one w zależności od kraju, z którego pochodzą pracownicy. Najostrożniej należy oferować dyplomy czy zaświadczenia o ukończeniu szkolenia, honoraria za uczestnictwo oraz poczęstunki.

Największe prawdopodobieństwo trafnego wyboru kandydata prowadzącego kursy nt. zdrowia (choć tylko na poziomie 0,5), gwarantuje powierzenie tej roli profesjonalistom medycznym. Okazało się, że lekarz, pielęgniarka lub położna wciąż najlepiej kojarzą się pracownikom, bez względu na poziom wykształcenia, ze szkoleniem o zdrowiu. Może też być inny specjalista, taki jak np. psycholog, dietetyk, fizjoterapeuta, przy czym wybór lekarza lub pielęgniarki obarczony jest najmniejszym ryzykiem, biorąc pod uwagę czynniki kulturowe. Wyraźnie nie warto natomiast zlecać takiego zadania duchownym oraz popularnym osobom (aktorom, piosenkarzom, politykom) lub przedstawicielom medycyny alternatywnej.

Dbająca o zdrowie firma kojarzy się pracownikom, w tym nisko wykształconym, głównie ze sponsorowaniem badań stanu zdrowia i leczeniem chorób oraz wygodą, i bezpieczeństwem na stanowisku pracy. Tego rodzaju postawa może wynikać po prostu z doświadczeń pracowników, najczęściej bowiem na tym polu obserwują aktywność zakładów pracy w dziedzinie zdrowia. Nie oczekują oni natomiast tego, by pracodawcy angażowali się w działania związane z wprowadzaniem prozdrowotnych zmian w stylu życia personelu. Można zatem interpretować to jako nieumiejętność wychodzenia poza schematy. Wówczas w ramach realizowanych w zakładach pracy programów warto uwzględnić działania rozbudzające nowe potrzeby pracowników związane z dbaniem o zdrowie w sferze pracy.

Prawdopodobne jest też inne wyjaśnienie oczekiwań pracowników wobec firmy, która chce zadbać o zdrowie personelu, stanowiące większe wyzwanie dla specjalistów od edukacji zdrowotnej, a szczególnie promocji zdrowia w miejscu pracy. Być może są one skutkiem działania mechanizmu, polegającego na wybieraniu takich rozwiązań, które pomagają osiągnąć rezultat bez podejmowania wysiłku (Winn, 2003). Pracownicy wolą zatem, by firma zdejmowała z nich część odpowiedzialności za własne zdrowie, oferując usługi medyczne i zdrowe miejsce pracy, niż zachęcała ich do prowadzenia zdrowszego stylu życia. Taka interpretacja wydaje się bardzo prawdopodobna, jeśli wziąć pod uwagę to, że badani pracownicy częściej oczekiwali, by kierownictwo troszczyło się o ograniczanie czynników generujących stres w pracy, niż szkoleń uczących jak radzić sobie ze stresem. Na jej rzecz przemawiają także dane na temat podejmowanych zachowań prozdrowotnych, prezentowane we wcześniejszym fragmencie tej książki.

## Bibliografia

1. Batorski D.: Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych. W: Czapiński J., Panek T. [red.]. *Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2009
2. Finnegan J.R., Viswanath K.: *Communication theory and health behavior change. The media studies Framework*. W: Glanz K., Lewis F.M., Rimer B.K [red.]. *Health behavior and health education, Theory, research and practice*. Jossey-Bass, San Francisco 2002
3. Gniazdowski A.: Działania edukacyjno-promocyjne w zdrowiu publicznym. W: Indulski J.A., Jethon Z., Dawydzik L.T. [red.]. *Zdrowie publiczne*. IMP, Łódź; 2000.
4. Jethon Z., Dawydzik L.T.: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. IMP, Łódź 2000
5. Hamalainen R.M.: *Workplace Health Promotion in Europe - the role of national health policies and strategies*. FIOH, Helsinki 2007
6. Korzeniowska E.: *Organizowanie i realizacja programów promocji zdrowia w miejscu pracy*. IMP, Łódź 1998
7. Minelli M., Breckon D.J.: *Community Health Education, Settings, Roles and Skills*. Jones and Bartlett Publishers, Sudbery 2009
8. Owen N, Fotheringham M., Marcus B.: *Communication technology and health behavior change*. W: Glanz K., Lewis F.M., Rimer B.K [red.]. *Health behavior and health education, Theory, research and practice*. Jossey-Bass, San Francisco 2002
9. Pratkanis A., Aronson E.: *Wiek propagandy*. PWN, Warszawa 2004
10. Schwarzer R.: *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia i nowy model*. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. [red.]. *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 1997
11. Sęk H.: *Zdrowie behawioralne*. W: Strelau J. [red.]. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. GWP, Gdańsk 2000
12. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. PWN, Warszawa 2008
13. Ylikoski M., Lamberg M., Yrjanheikki E., Ilmarinen J., Partinen R., Jokiuluoma H. i wsp. *Health In the World of Work: Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life*. FIOH, Helsinki 2006
14. Zimbardo P.G., Leippe M.R.: *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*. Zysk i S-ka, Poznań 2004

## **8. Kształtowanie zdrowego stylu życia nisko wykształconych pracowników – rekomendacje**

*Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski*

Przeprowadzone w projekcie badania, poparte innymi wcześniej zgromadzonymi ustaleniami udokumentowały, że grupa nisko wykształconych pracowników jest w wielu sytuacjach specyficznym i trudnym adresatem projektów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Ponadto – chociaż jest ona pod wieloma względami spójna oraz odróżniająca się od grupy lepiej wykształconych – jest jednocześnie zróżnicowana, gdy porównuje się jej członków w odmiennych krajach.

Planując działania z obszaru edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, adresowane do nisko wykształconych, warto uwzględniać nie tylko cechy charakterystyczne dla całej tej grupy, ale także specyficzne czynniki społeczno-kulturowe, właściwe dla danego kraju. Część danych ukazujących odmienności charakterystyczne dla państw uczestniczących w projekcie przedstawiono już (w oparciu o przeprowadzone badania) w niniejszej publikacji, ale oczywiście warto pogłębić tego rodzaju analizy w oparciu o jeszcze inne ustalenia, gromadzone w każdym kraju. Dobrze byłoby, żeby reprezentanci państw nie uczestniczących w projekcie, kierując się przedstawionymi dalej sugestiami odniesionymi do ogółu nisko wykształconych, odwoływali się również do własnych badań, analiz i doświadczeń. Warto, by dostosowali oni te dalsze sugestie do własnej specyfiki społeczno-kulturowej – nie tylko do treści i sposobów myślenia oraz zachowań pracowników swojego kraju, ale także do tradycji ochrony i promocji zdrowia, struktur organizacyjnych i ról profesjonalnych w tym obszarze, przepisów prawnych itd.

W dalszej części tego rozdziału omówione zostaną główne ustalenia i wypływające z nich wnioski dla działań praktycznych, odniesione do całej grupy nisko wykształconych pracowników z czterech krajów uczestniczących w projekcie. Pominięte zostaną kwestie ewentualnego zróżnicowania tychże zaleceń dla poszczególnych państw.

Głównym wyzwaniem jest fakt, że grupa nisko wykształconych pracowników znajduje się w niespójnej i ambiwalentnej sytuacji, gdy idzie o zestawienie obiektywnych cech jej położenia z ich subiektywnym odbiorem. Z jednej strony istnieją silne obiektywne przesłanki uzasadniające potrzebę zintensyfikowania działań edukacyjno-promocyjnych, bo grupa ta charakteryzuje się gorszym stanem zdrowia, rzadziej podejmuje działania prozdrowotne oraz posiada mniejszą wiedzę i inne kompetencje w zakresie troski o zdrowie. Z drugiej strony, w świadomości nisko wykształconych pracowników występuje trudna do przewyciężenia subiektywna bariera, ograniczająca możliwości dotarcia do nich z przekazami edukacji zdrowotnej. Nie wiąże się ona tylko z kompetencjami uwarunkowanymi ich ogólnie niskim poziomem wykształcenia, ale dotyczy specyfiki ich myślenia o sprawach zdrowia, kształtowanego w codziennych sytuacjach życia społecznego, także poza kontekstem formalnej edukacji. W omawianej grupie rozpowszechnione jest subiektywne przekonanie, że posiadana wiedza o zdrowiu, choć nie jest być może najlepsza, to jednak wystarcza dla potrzeb życia codziennego większości tych osób. Jednocześnie osoby te nie chcą dowiadywać się więcej, niż już wiedzą na temat dbania o własne zdrowie.

Sytuacja ta skłania do wniosku, że nisko wykształceni są grupą, która wymaga zintensyfikowanych i jednocześnie dobrze przygotowanych działań w zakresie ich edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Tymczasem omawiana grupa przejawia opór wobec rozwijania swojej wiedzy w obszarze dbania o zdrowie. Wynikać to może m.in. ze złych skojarzeń związanych z sytuacjami nabywania wiedzy w minionych okresach, z braku wiary w możliwości wykorzystania wiedzy teoretycznej w codziennym życiu lub z ograniczonego treningu w posługiwaniu się taką wiedzą, a także uaktywnienia psychologicznych mechanizmów broniących przed uświadomieniem sobie niedostatków własnej wiedzy i potrzeb dotyczących jej pogłębiania. Intensyfikowanie oddziaływań ma na celu osłabienie wspomnianego oporu przed wzbogacaniem wiedzy i budowanie otwartości na komunikaty o zdrowiu. Tymczasem – paradoksalnie – warto w tym kontekście ograniczać działania kojarzone w grupie docelowej z przekazywaniem wiedzy. W to miejsce istnieje potrzeba rozwijania tych wszystkich metod i strategii edukacyjnych, które kształtują pozytywne postawy wobec zdrowego stylu życia od drugiej strony, to jest bardziej poprzez zmianę zachowania niż przez intelekt (zob. np. Zimbardo, Leippe, 2004). Zamiast opierać się na przekazywaniu teoretycznych treści na szkoleniach, wykładach, w ulotkach itp., lepiej aranżować takie sytuacje i wydarzenia, podczas których – np. przy okazji zabawy, udostępniania różnych prozdrowotnych usług – pracownicy rozbudzają swoje zainteresowania zdrowiem, nabywają wiedzę i różne umiejętności niejako przy okazji, nie uświadamiając sobie tego, że się uczą, nie definiując tych sytuacji w kategoriach uczenia się.

Intensyfikowanie działań adresowanych do nisko wykształconych może prowadzić do sytuacji, że poczują się oni w jakiś sposób manipulowani lub nawet napiętnowani. Stąd ważne jest, także w kontekście ich oporu przed nabywaniem wiedzy, aby działania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia adresowane były także do pracowników z innych grup wykształcenia. Trzeba jednak przy tym zwrócić uwagę, by lepiej wykształceni poprzez swoją większą aktywność nie blokowali dostępu niżej wykształconym do przygotowanej oferty – zwłaszcza tych jej elementów, które zostały wprowadzone ze względu na specyfikę omawianej grupy – i aby nie narzucali własnych potrzeb i preferencji w toku jej realizacji.

Kolejne wyzwanie – szczególnie istotne w kontekście skuteczności interwencji edukacyjnych – wynika z faktu, że problematyka troski o zdrowie rzadko pojawia się w polu uwagi nisko wykształconych pracowników. Na co dzień nie myślą oni o zdrowiu, nie zwracają uwagi, jak ich zachowania wpływają na zdrowie. Natomiast jeżeli już zastanawiają się nad tą sprawą, to później zupełnie lekceważą swoje przemyślenia.

Powyższe ustalenia przemawiają na rzecz uznania, że człowiek nie jest aż tak bardzo racjonalną istotą, jak uważało się często w środowiskach profesjonalistów edukacji zdrowotnej (Puchalski, Korzeniowska, 2004). Nawet tak istotna wartość, jaką jest zdrowie, nie skłania go do codziennej refleksji na jego temat. Stąd nie można oczekiwać, że na co dzień będzie on robił użytek ze swojej wiedzy o sprawach zdrowia, że będzie wyciągał z niej wnioski dla swojego postępowania. Mimo to część zachowań zdrowotnych to zachowania refleksyjne, podejmowane na skutek racjonalnych motywów i przemyśleń – stąd nie można negować roli świadomości zdrowotnej (wiedzy, przekonań, interpretacji, ocen itd.) w generowaniu tych zachowań. Dlatego też w pierwszej kolejności istnieje potrzeba stymulowania owego rzadko pojawiającego się myślenia o zdrowiu i sprzyjających mu zachowaniach. W tym miejscu zalecić można różnorodne działania wynikające z przyjęcia strategii marketingowych – uaktywnianie takich bodźców (różnorodnych, atrakcyjnych i zmiennych), które zwracają uwagę na sprawy związane ze zdrowiem, przypominają o zdrowiu, skłaniają do chwilowego choćby zastanowienia się, a także zapadają w pamięć. Jednakże po drugie, z uwagi na to, że nisko wykształceni pracownicy rzadko myślą o zdrowiu, warto kreować inne jeszcze, pozaintelektualne pobudki oraz ułatwienia dla podejmowania oraz kontynuacji prozdrowotnego działania (m.in. wzory i normy społeczne, rozwiązania organizacyjne i infrastrukturalne) (zob. np. Jacennik, 2008).

Omawiana wyżej specyfika nisko edukowanych pracowników wyraźnie ujawnia się w sytuacji pracy. Grupa ta częściej lekceważy swoje zdrowie przy wykonywaniu czynności zawodowych. Nie tylko rzadziej stara się pracować tak, by jak najmniej szkodzić zdrowiu, ale także w ogóle rzadziej widzi potrzebę bardziej bezpiecznej pracy. Symptomatyczne jest rozpowszechnienie przekonania, że warto przestrzegać tylko tych przepisów bezpieczeństwa pracy, za łamanie których grozi kara.

Z ustaleń tych wynika, że nie należy rezygnować z tej metody, jaką jest zagrożenie sankcjami karnymi za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa w pracy (i konsekwentne karanie za łamanie

prawa). Jednakże nie można poprzestawać tylko na takiej negatywnej stymulacji. Równocześnie warto wprowadzać bodźce pozytywne, polegające na nagradzaniu osób pracujących w sposób bezpieczny dla zdrowia. Jakkolwiek tego typu mechanizmy stymulowania pożądanych zachowań wydają się tu szczególnie istotne, nie można rezygnować z prób uświadamiania pracownikom związków pomiędzy wykonywaną pracą a ich zdrowiem – zarówno wpływu negatywnego, jak i pozytywnego. Idzie także o czytelne pokazywanie, że funkcją przepisów dotyczących ochrony zdrowia w pracy jest nie tyle dyscyplinowanie pracowników, ale przede wszystkim mają one na celu ograniczenie ryzyka zdrowotnego. Informacje te powinny odnosić się nie tyle do ogólnie pojętej pracy i zdrowia, ile do konkretnej sytuacji poszczególnych osób – adresatów przekazu edukacyjnego (do ich stanowiska i warunków pracy, a także do stanu ich zdrowia, potencjału i ryzyka zdrowotnego). Ponadto istnieje potrzeba pokazywania, że troska o zdrowie w pracy nie może ograniczać się tylko do spraw ujmowanych w przepisach bezpieczeństwa pracy. Wielu kwestii dotyczących kluczowych obecnie problemów zdrowotnych przepisy te nie regulują lub ujmują w bardzo nieprecyzyjny sposób, a pracownik może mieć duży wpływ właśnie na te nie objęte regulacjami prawnymi uwarunkowania swojego zdrowia. Są to m.in. niedoceniane przez pracowników problemy zachowań autodestrukcyjnych, odżywiania się, ergonomii, stresu (czy szerzej: zdrowia psychicznego).

Kolejnym problemem do rozwiązania dla edukacji i promocji zdrowia omawianej grupy jest to, że zainteresowanie sprawami zdrowia pojawia się wśród jej reprezentantów głównie wtedy, gdy doświadczają oni dolegliwości lub choroby, natomiast rzadko widzą sens prowadzenia zdrowego życia wtedy, gdy czują się zdrowi. Podważa to niejako ogólne założenia nowoczesnej edukacji i promocji zdrowia, koncentrującej się na wzmacnianiu potencjałów zdrowotnych, a nie tylko na zapobieganiu chorobie (Woynarowska, 2007).

Nisko wykształceni częściej prezentują przekonanie, że lepiej jest mniej wiedzieć o własnym zdrowiu i konsekwentnie rzadziej starają się wykonywać regularne badania profilaktyczne. Jednocześnie częściej spodziewają się różnych trudności, gdyby przyszło im korzystać z takich badań. Z drugiej strony okazują zainteresowanie prostymi badaniami (wykonywanymi przy okazji szkoleń czy innych działań promocji zdrowia), które raczej mogą potwierdzić ich względnie dobry stan zdrowia, niż wykazać obecność istotnych problemów zdrowotnych i potrzebę zajęcia się tymi problemami.

W tym kontekście można wnosić o prowadzenie takich interwencji, które połączą przekaz wiedzy o zdrowiu z łatwo dostępnymi dla edukowanych pracowników badaniami stanu ich zdrowia – ale tutaj takimi, które nie tyle mają za zadanie wczesne wykrycie jakiejś choroby (czego obawiają się nisko wykształceni pracownicy), ile ukazanie wybranych parametrów funkcjonowania organizmu (np. parametrów ciśnienia, poziomu cholesterolu, pojemności życiowej płuc, BMI, poziomu glukozy), w oparciu o które można rekomendować pracownikowi określone zmiany w stylu życia oraz wyzwalać jego osobistą motywację do wprowadzenia tych zmian. Dokładniej mówiąc, postulować można takie formy działania, gdzie pierwszym etapem jest wykonanie prostych testów, natomiast drugim, zasadniczym – w oparciu o wyniki wspomnianych badań – kreowanie subiektywnych uzasadnień i motywacji do dbania o własne zdrowie. Tego typu działanie ma również taki walor, że odnosi się nie do zdrowia pojętego w jakiś abstrakcyjny sposób, ale do konkretnej sytuacji zdrowotnej indywidualnego pracownika, w stosunku do którego prowadzone są działania edukacyjno-promocyjne.

Badania przeprowadzone w projekcie pokazały, że omawiana grupa częściej niż przeciwstawna charakteryzuje się poczuciem bezradności, polegającym na niedostatkach wiary w możliwość radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Takie osoby obawiają się, że nie będą w stanie zastosować w swoim życiu zaleceń dotyczących dbania o zdrowie. Ponadto, jeżeli już podejmują niektóre takie działania, to na ogół rzadziej są wytrwali w ich realizacji (Heszen, Sęk, 2007).

W kontekście powyższych ustaleń można rekomendować przynajmniej trzy kluczowe kierunki interwencji edukacyjno-promocyjnych.

Pierwszy polega na wzmacnianiu zasobów psychicznych nisko wykształconych pracowników: pomocy im w budowaniu lepszej samooceny, wewnętrznego poczucia skuteczności, przekonani o indywidualnej kontroli biegu wydarzeń, itp. Tego typu dyspozycje można kształtować nie tylko w kontekście zdrowia (jego promocji i edukacji zdrowotnej), ale także w szerszych celach oraz przy każdej innej okazji nie związanej ze zdrowiem (np. w czasie różnego typu kursów doskonalenia zawodowego).

Drugi kierunek – który pomoże wzmacniać efekty działań pierwszego typu – polega na kreowaniu konkretnych umiejętności, zwłaszcza w oparciu o dostarczanie pracownikom prostych algorytmów



postępowania sprzyjającego zdrowiu. Idzie o takie algorytmy, których wykorzystanie pozwoli uzyskać szybkie, zauważalne efekty w realizacji nowego zachowania (lub zmianie negatywnego zachowania na prozdrowotne) – tak, by pracownik widział, że osiąga sukces, że radzi sobie w dziedzinie troski o zdrowie.

Trzeci kierunek interwencji ma za zadanie budowanie różnego typu ułatwień dla pożądanego zachowania (m.in. tych realizowanych w oparciu o wspomniane algorytmy) w otoczeniu zewnętrznym, zwłaszcza środowisku pracy. Idzie tu zarówno o ułatwienia w postaci różnych regulacji formalnych sprzyjających prozdrowotnym zachowaniom (np. premie za niepalenie tytoniu w pracy, edukacja zdrowotna w godzinach pracy), budowanie i wzmacnianie wsparcia społecznego (np. rozwijanie grup wspólnie realizujących interesujące pracowników działania prozdrowotne, kreowanie mód na zdrowe zachowania, angażowanie kierownictwa firmy do wspólnego uczestnictwa w takich działaniach), infrastruktury (np. poprawa warunków dla odpoczynku, udostępnianie dogodnych obiektów do konsumpcji, higieny osobistej) itd.

Badania pokazały, że wspomniana wcześniej bezradność (czy raczej jej poczucie) wzmacniana bywa podzielanym częściej przez nisko wykształconych przekonaniem, że ich sytuacja wymusza potrzebę skromnego życia. Rzadziej deklarują oni, że żyją dostatnio, a nawet przeciętnie. Inne badania pokazują, że np. zdrowe życie kojarzone jest w świadomości pracowników z koniecznością ponoszenia dużych nakładów finansowych. Ponadto brak aktywności na rzecz zdrowia tłumaczona bywa często właśnie brakiem pieniędzy. Stąd można rekomendować dwa kierunki uwagi w interwencjach edukacyjno-promocyjnych. Pierwszy polega na tym, by oferta kierowana do nisko wykształconych była rzeczywiście adekwatna do ich sytuacji materialnej (np. ćwiczenia sportowo-rekreacyjne nie wymagające użycia kosztownych sprzętów lub korzystania z drogich obiektów). Drugi to bezpośredni przekaz, mówiący, że zdrowe postępowanie nie musi być drogie – wsparty ponadto konkretnymi przykładami działań i wyborów, których pracownicy o niskim statusie społecznym często dokonują w swym codziennym życiu.

Pracownicy o niskim wykształceniu, co było już sygnalizowane, wydają się pozostawać pod znaczącym wpływem negatywnych doświadczeń, związanych z wcześniejszą edukacją, zwłaszcza szkolną. Zapewne stąd źle im się kojarzą takie formy działań, które nawiązują do tamtych doświadczeń. Obawiają się testów sprawdzających wiedzę, publicznych wypowiedzi, konieczności opanowania tematów uważanych za trudne. W tym kontekście warto przychylić się do zgłaszanych obaw i unikać w działaniach edukacyjnych tego rodzaju źle kojarzących się metod oddziaływania. Co więcej, warto w czytelny sposób pokazywać, że tego typu metody nie będą stosowane. W to miejsce można wprowadzać diametralnie odmienne interwencje, opierające się na wykorzystaniu nauczania poprzez działanie, wspólnego rozwiązywania zadań, pokazów itp.

Obawy, że wystąpią trudności ze zrozumieniem przekazów edukacyjnych mają swoje obiektywne uzasadnienie. Omawiana grupa częściej nie rozumie ogólnego znaczenia wielu powszechnie używanych terminów, związanych ze zdrowiem i zdrowym życiem, gorzej także radzi sobie z prostymi obliczeniami (dotyczącymi np. dawkowania leków), ponadto nie potrafi określić wpływu wielu czynników na stan zdrowia. Tutaj mają swoje uzasadnienie wszystkie ogólne zalecenia dotyczące edukacji (nie tylko zdrowotnej) osób dorosłych o niskim poziomie wykształcenia – postulujące prostotę przekazu, dzielenia materiału na mniejsze części, prostego wyjaśniania itp. (Minelli, Breckon, 2009). Ponadto ogromne znaczenie ma tu samo przygotowanie osób prowadzących edukację zdrowotną. Ważne jest, by wyzbyły się one często przyjmowanego założenia, że wszyscy znają znaczenie słów (nawet tych uważanych powszechnie za oczywiste) związanych ze zdrowiem, często powtarzanych np. w mediach. Innym założeniem, zazwyczaj podzielanym przez profesjonalistów, a wymagającym u nich zmiany jest to, że większość „zwykłych ludzi” jest przekonanych o istnieniu ogólnie pojętego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy ich własnymi zachowaniami a zdrowiem oraz – co więcej – że ludzie ci rozumieją, na czym konkretnie polega wpływ danego działania na stan ich zdrowia.

Pracownicy z niskim wykształceniem rzadziej zauważają wokół siebie prozdrowotnie postępujących kolegów – albo rzeczywiście funkcjonują w takim środowisku, albo działania realizowane na rzecz zdrowia i prozdrowotny styl życia po prostu nie przykuwają ich uwagi. Rzadziej też zauważają, by w ich otoczeniu interesowano się tymi osobami, które postępują prozdrowotnie – zwłaszcza nie dostrzegają tego, że inni chwalą i podziwiają takie zachowania.

Tego typu obserwacja ukazuje sygnalizowaną już potrzebę budowania społecznego wsparcia dla zachowań prozdrowotnych oraz wzmacniania już istniejących, a także kreowania nowych społecznych wzorów postępowania sprzyjającego zdrowiu. Idzie o to, by nagłaśniać publicznie wszelkie ciekawe

inicjatywy, zarówno te planowane, jak i realizowane przez pracowników (indywidualne oraz grupowe), związane z dbaniem o zdrowie – by były one zauważane przez ogół zatrudnionych, a także wzbudzały ich zaciekawienie. Jest ważne również to, by działania prozdrowotne stawały się w powszechnym odbiorze czymś „normalnym”, realizowanym przez wiele osób w bliskim otoczeniu (Korzeniowska, 2005). Tu także warto zadbać o publiczne dyskutowanie sukcesów (nawet drobnych), osiągniętych w takich działaniach, nagradzanie osób i grup odnoszących te sukcesy (lub choćby tylko angażujących się w prozdrowotne inicjatywy). Ogólnie dobrze będzie kreować w tym celu psychospołeczny klimat (m.in. jako element kultury organizacyjnej zakładu pracy), w którym warto i wypada troszczyć się o zdrowie (także w formie wspólnych działań) i że to nie jest sprawa wstydliva. Elementem tego klimatu powinno być też przekonanie, że lekceważenie zdrowia to nie jest rzecz godna uznania oraz dobry sposób okazywania swojej niezależności, siły, odwagi.

Kolejną sprawą, którą warto tu podjąć jest fakt, że nisko wykształceni pracownicy charakteryzują się specyficznym podejściem do niektórych przedsięwzięć, realizowanych w ramach edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. W pierwszej kolejności warto omówić kwestię szkoleń jako jednej z najczęściej stosowanych w praktyce form kreowania zachowań prozdrowotnych.

Nisko edukowani prezentują ambiwalentny stosunek do szkoleń. Z jednej strony ujawniają negatywne nastawienia; dyskredytują tę formę oddziaływań, uważając swoje uczestnictwo w niej za stratę czasu. Podejrzewają, że szkolenia są często organizowane dla zupełnie innych, ukrytych celów. Z uczestnictwem w szkoleniach wiążą szereg obaw, eksponują swój brak zaufania do tej formy przekazu i przekazywanych tam treści. Wśród preferowanych form przekazu wiedzy o zdrowiu szkolenia umieszczają na odległej pozycji. Natomiast z drugiej strony nisko wykształcone osoby powszechnie wykazują otwartość na różnorodne zachęty, pod wpływem których byłyby gotowe uczestniczyć w szkoleniach. Ujawniają również swoje preferencje dotyczące form i charakterystyki tych oddziaływań.

Chociaż szkolenia w dużej mierze zostały odrzucone przez nisko wykształcone osoby, to z drugiej strony obserwuje się w tej grupie, nie zawsze wyrażane wprost, aspiracje do podniesienia swojego statusu społecznego, nieznacznego choćby nadrobienia zaległości edukacyjnych, zbliżenia się do tych, którzy nieustannie się uczą. Stąd istnieje podatny grunt by omawianym pracownikom, mimo ich uogólnionej niechęci do szkoleń, zaoferować tę formę edukacji – pod warunkiem, że będą one przygotowane w odpowiedni sposób. Oznacza to potrzebę stopniowego przyzwyczajania tej grupy do uczestnictwa w takich formach zdobywania wiedzy, by przełamać istniejącą niechęć. W szkoleniach, które miałyby być akceptowane przez nisko wykształconych należy, przede wszystkim – zgodnie z ich preferencjami – unikać opłat za uczestnictwo, długiego czasu trwania, konieczności publicznego zabierania głosu, sprawdzania nabytej wiedzy, straszenia i zakazywania. Natomiast warto oferować w ich ramach różnego typu gratyfikacje: losowanie nagród, upominki, poczęstunki, a nawet rozważyć drobne nagrody pieniężne.

Nisko wykształceni pracownicy relatywnie rzadziej otwarci są nie tylko na tradycyjne szkolenia, ale na wszelkie formy przekazu wiedzy – szczególnie rzadziej skłonni są korzystać z takich, które wymagają dodatkowego zaangażowania z ich strony: samodzielnego poszukiwania informacji w Internecie, czytania poradników i artykułów w gazetach oraz czasopismach. Natomiast częściej gotowi są brać udział w konkursach, czyli mniej angażującej aktywności. Oznacza to, że raczej nie warto oczekiwać, że omawiana grupa będzie gotowa samodzielnie rozwijać swą wiedzę w oparciu o wspomniane media i że zna treści powszechnie popularyzowane w tych właśnie formach przekazu.

Jakkolwiek omawiana grupa nie jest tu specyficzna (nie odróżnia się od lepiej wykształconych), to bardzo często skłonna jest korzystać z radia i telewizji jako źródła informacji o zdrowiu – a przynajmniej to medium jawi im się jako oczywiste w takiej funkcji, nawet gdyby nie było świadomie preferowane. Równie często grupa ta oczekuje bezpośrednich kontaktów z profesjonalistami: lekarzami, pielęgniarkami, innymi specjalistami do spraw zdrowia. Chcą mieć możliwość indywidualnych konsultacji, zadawania pytań dotyczących własnego zdrowia w ramach szerszych spotkań. Jak pokazują inne badania, oczekiwanie tego typu kontaktów może wiązać się bardziej z potrzebą konsultowania doświadczanych już problemów zdrowotnych, niż rozmów na tematy ogólnie pojętego zdrowego stylu życia.

W tym miejscu warto wyrazić wątpliwość, czy można byłoby zaufać sile przekazu radiowo-telewizyjnego jako medium w edukacji zdrowotnej nisko wykształconych. Wiadomo, że nie będą oni w stanie w pełni skorzystać z takich komunikatów, gdy będą one konstruowane pod kątem masowego odbiorcy, a nie tej specyficznej grupy. Stąd zdecydowanie bardziej skuteczną i efektywną formą oddziaływań mogą

być oczekiwane przez nisko wykształconych bezpośrednio kontakty z profesjonalistami do spraw zdrowia. Tu jednak pojawia się potrzeba dobrego przygotowania owych specjalistów do prowadzenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, zwłaszcza wśród reprezentantów omawianej grupy. Nie będzie tu wystarczającą sama ich profesjonalna wiedza o zdrowiu. Większe znaczenie dla skuteczności tej bezpośredniej formy edukacji będzie miało posiadanie przez ekspertów do spraw zdrowia równie profesjonalnych umiejętności dotyczących rozumienia i wywierania wpływu na nisko wykształconych pracowników. Z innych badań (np. Korzeniowska, 2003; Słońska i wsp., 2007; Puchalski i wsp., 2007) wiadomo, że personel medyczny zazwyczaj nie czuje się dobrze przygotowany do takich zadań. Ponadto indywidualne formy edukacji mogą być dużym wyzwaniem logistycznym dla organizatorów takich interwencji. Jednak pomimo wspomnianych trudności wydaje się, że ta bezpośrednia edukacja, prowadzona przez profesjonalistów do spraw zdrowia (najlepiej tych, którzy mają poszerzone kompetencje), może okazać się szczególnie godną uwagi.

Nisko i wysoko wykształceni nie różnią się także, jeśli idzie o takie działania na rzecz ich zdrowia, których oczekują oni od swoich pracodawców. Wszyscy pracownicy zgodnie najczęściej oczekują badań stanu zdrowia i leczenia na koszt firmy, a także większej niż wymagają tego przepisy dbałości o wygodę i bezpieczeństwo na stanowisku pracy. Nisko wykształceni częściej niż przeciwna grupa oczekują jedynie szczepień ochronnych. W kontekście powyższych ustaleń warto zaakcentować dwie sprawy.

Pierwsza to fakt, że pracownicy przede wszystkim liczą na to, że ktoś inny zadba o nich i o ich zdrowie oraz że w związku z tym otrzymają od firmy coś, co będzie wiązało się z korzyścią dla ich zdrowia. Oczekują tego bardziej, niż byli by skłonni coś zrobić dla swojego zdrowia i dać coś z siebie w tym celu. W kontekście zdrowia widzą swój zakład pracy głównie w roli czegoś, co funduje im usługi medyczne oraz dogodne, ponadstandardowe fizyczne warunki pracy – a nie kogoś, kto oczekuje od nich i wymaga poprawnych zachowań. Stąd warto zadbać, by w ramach planowanych interwencji edukacyjno-promocyjnych, zwłaszcza w pierwszej ich fazie, uczestniczący pracownicy raczej otrzymywali znaczące dla nich bonusy, niż sami musieliby ponosić istotne dla nich koszty (związane choćby z samą zmianą przyzwyczajzeń, zainwestowaniem własnego czasu, koniecznością zweryfikowania dotychczas podzielanych przekonań itp.).

Po drugie, warto zdyskontować to powszechne oczekiwanie usług medycznych i troski o warunki pracy. Jeżeli planuje się zaoferowanie pracownikom tego typu działań, to byłoby wskazane, by wykorzystać je nie tylko jako inwestycję, podarunek czy rodzaj zapłaty, ale także w roli stymulatorów dla prozdrowotnych zmian ich stylu życia. Usługi medyczne (badania, szczepienia, konsultacje itd.) można łączyć ze wspomnianą (i sugerowaną do realizacji) bezpośrednią edukacją, prowadzoną w gabinecie lekarza czy innego specjalisty – ukazującą związku diagnozowanego stanu zdrowia z postępowaniem pacjenta, nakłaniającą go do zmian w zachowaniach dla uzyskania poprawy stanu zdrowia. Podobnie, oczekiwane modernizacje stanowisk pracy i infrastruktury socjalnej można uzupełniać działaniami edukacyjnymi dotyczącymi m.in. bezpiecznej pracy (przy modyfikacji wyposażenia stanowisk), zdrowego odżywiania (przy modernizacji stołówek), relaksu i radzenia sobie ze stresem (przy remontach pomieszczeń do wypoczynku) itp.

Ważnym wnioskiem z tego, co powiedziano wyżej jest potrzeba nie tyle realizowania różnych odrębnych interwencji prozdrowotnych (także edukacyjnych), ile przygotowania i wdrażania kompleksowych programów promocji zdrowia. Te ostatnie łączą edukację z kreowaniem warunków środowiskowych, stymulujących do podejmowania zachowań korzystnych dla zdrowia i ułatwiających ich realizację. Scalają działania, skierowane na profilaktykę wypadków i chorób z oddziaływaniami, ukierunkowanymi na wzmacnianie pozytywnie pojętego zdrowia pracowników.

W podsumowaniu tego rozdziału jeszcze raz, już w syntetycznej formie, przedstawione zostaną najważniejsze rekomendacje dla działań edukacyjno-promocyjnych, ukierunkowanych na stymulację zachowań prozdrowotnych nisko wykształconych pracowników – oparte o wyniki badań przeprowadzonych w projekcie, inne zebrane ustalenia, a także doświadczenia z bezpośredniego wdrażania interwencji prozdrowotnych. Godne polecenia są następujące rozwiązania:

1. Przewartościowanie w poglądach profesjonalistów, zajmujących się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia, polegające na uznaniu, że człowiek w swoich działaniach nie musi zawsze kierować się racjonalnym myśleniem (i ma do tego pełne prawo), że może kierować się własną racjonalnością odmienną i „nielogiczną” z punktu widzenia zewnętrznego obserwatora przyjmującego poglądy medycyny. Ponadto większe uwzględnienie oczywistego (a przez to pomijanego) faktu, że zdrowie nie musi być dla niego zawsze najważniejszą wartością, że często w swych działaniach kieruje się emocjami, a także podlega

silnym wpływem środowisk społecznych, w których funkcjonuje, choć niechętnie się do tego przyznaje. Dodatkowo rzeczywiste uwzględnianie w działaniach edukacyjno-promocyjnych prawidłowości, że poszczególne grupy społeczne odróżniają się wzajemnie swoim zdrowiem, zachowaniami, obiektywnymi możliwościami działania, sposobami myślenia, umiejętnościami rozumienia pojęć i komunikatów o zdrowiu – co np. w sytuacji nisko wykształconych pracowników oznacza potrzebę dostosowania działań (w fazie ich planowania, wdrażania i ewaluacji) do ujawnionej specyfiki grupy docelowej, a nie tylko schematyczne upraszczanie przekazów informacyjnych.

2. O ile w sytuacji wyżej wykształconych pracowników mogą być skuteczne pojedyncze działania czy akcje edukacyjne, o tyle pracownicy nisko wykształceni częściej wymagają całościowo zorganizowanych form oddziaływań. Interwencje edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia powinny obejmować nie tylko dostarczanie informacji o sprawach zdrowia, ale także budowanie pozytywnych emocji z tym związanych, kształtowanie umiejętności i potencjałów psychicznych służących zdrowemu życiu, a przede wszystkim tworzenie takich warunków w otaczającym środowisku, by łatwiej było podejmować działania sprzyjające zdrowiu. Interwencje te powinny być realizowane jako długotrwałe, skoordynowane procesy, tak by umożliwiały nie tylko zainicjowanie prozdrowotnych zmian w zachowaniach (i w otoczeniu), ale także ich utrwalenie, utrzymywanie w dłuższej perspektywie czasowej.

3. Warto by przedsięwzięcia prozdrowotne realizowane były nie tylko pod szyldem zdrowia, ale także w takich kontekstach, które nie kojarzą się bezpośrednio ze zdrowiem (np. pod hasłem dbania o dobry wygląd, rekreację i sprawność, przygotowań do zdobycia lepszej pracy), a które mogą wzbudzać zainteresowanie pracowników. Ponadto rekomendować można takie profilowanie innych przedsięwzięć, realizowanych w otoczeniu omawianej grupy, zwłaszcza w zakładach pracy (np. programów zmian w organizacji pracy, remontów infrastruktury, kursów kształtowania kompetencji zawodowych), by w większym zakresie uwzględniały interes zdrowia – kształtowały sprzyjające mu warunki, kompetencje mające zastosowanie także w działaniach prozdrowotnych.

4. W związku z rozpowszechnieniem niskiego poczucia skuteczności w omawianej grupie warto realizować kompleksowe i zintegrowane działania skierowane na:

- a) rozwój ich potencjałów psychicznych, zwłaszcza podnoszenie samooceny tych osób (w ramach interwencji prozdrowotnych lub przy innych, wspomnianych wyżej okazjach niezwiązanych ze zdrowiem),
- b) nauczanie prostych i gwarantujących szybki sukces algorytmów zmiany zachowania,
- c) tworzenie ułatwień i wsparcia społeczno-organizacyjnego dla realizacji prozdrowotnych zachowań.

5. Warto kierować się zasadą, by zanim zaczniesz się oczekiwać od nisko wykształconych pracowników wprowadzenia zmian w ich postępowaniu wobec zdrowia (także pośrednio wymagać od nich związanych z tym inwestycji, m.in. rezygnacji z przyjemności, przyzwyczajzeń, poświęcenia czasu), najpierw oferować im coś, co może być dla nich nagrodą, co spełnia ich oczekiwania.

6. W interwencjach polegających głównie na dostarczaniu wiedzy, adresowanych do nisko wykształconych pracowników, wskazane jest zwiększanie ilości i częstotliwości oddziaływań (bodźców), stymulujących zainteresowanie tej grupy sprawami dotyczącymi zdrowia, refleksję na jego temat. Idzie tu o systematyczne, a przy tym nie nachalne nakierowywanie świadomości na kwestie związane ze zdrowiem i zdrowym stylem życia. Szczególnie użyteczne mogą tu być omówione wcześniej strategie i metody marketingu.

7. Dostarczanie wiedzy o zdrowiu takimi metodami, które jak najmniej kojarzą się z edukacją szkolną i formalnym systemem kształcenia. Oznacza to, że w pierwszej kolejności warto stosować inne formy kształtowania kompetencji i zachowań zdrowotnych, niż wykłady, pogadanki, dłuższe teksty (poradniki) do samodzielnego czytania. W sytuacjach, gdy trzeba posłużyć się kursami i szkoleniami, warto szczególnie nacisk położyć na respektowanie ogólnych zasad edukacji dorosłych. Ponadto unikać opłat za uczestnictwo, długiego czasu trwania, konieczności publicznego zabierania głosu, sprawdzania nabytej wiedzy, straszenia i zakazywania. Natomiast warto oferować w ich ramach różnego typu gratyfikacje: losowanie nagród, upominki, poczęstunki, a nawet rozważyć drobne nagrody pieniężne.

8. Kierując różnorodne przekazy z informacjami do nisko wykształconych pracowników nie należy zakładać, że dobrze znają wszystkie terminy powszechnie używane w edukacji zdrowotnej oraz właściwie rozumieją ich znaczenie. Nie należy zatem obawiać się wyjaśniania tych terminów, tym bardziej że oni sami przyznają się często do ich niezajomości.



9. Cennym sposobem oddziaływania na nisko wykształconych pracowników jest przejście od przekazu na temat ogólnie pojętego zdrowia i przeciętnego człowieka, do komunikatu adresowanego indywidualnie, przeznaczonego dla konkretnej osoby. Można to osiągnąć poprzez oferowanie im możliwości wykonania prostych badań stanu zdrowia. Celem takich badań jest inicjowanie zainteresowania własnym zdrowiem i budowanie motywacji do zmiany zachowań. Dzięki nim można formułować takie zalecenia odnośnie do zdrowego życia, które mają zastosowanie, ale i szczególne uzasadnienie w przypadku konkretnej jednostki – z racji na parametry stanu jej zdrowia. Z tym wiąże się potrzeba angażowania profesjonalistów medycznych (wyposażonych w kompetencje dotyczące wywierania wpływu społecznego) do współpracy w takich zindywidualizowanych interwencjach edukacyjno-promocyjnych. Tu także jest miejsce na organizowanie indywidualnych konsultacji z innymi profesjonalistami (np. psychologami, dietetykami, trenerami) do spraw zdrowia.

10. Przeciwdziałania wymagają zjawiska marginalizacji i stygmatyzacji nisko wykształconych pracowników, szczególnie w projektach siedliskowych (realizowanych w zakładach pracy). Polegać to może na:

- a) nieekspozowaniu faktu, że oferta prozdrowotna de facto przygotowana pod kątem potrzeb osób nisko wykształconych jest adresowana specjalnie do nich,
- b) uzupełnieniu jej o działania kierowane do wszystkich grup wykształcenia, przy równoczesnym zapewnieniu nisko wykształconym pracownikom ułatwień dla skorzystania z przygotowanej oferty.

## Bibliografia

1. Cyłkowska-Nowak M. [red.]: Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2008
2. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007
3. Jacennik B.: Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko. Wyd. Wizja Press&IT, Warszawa 2008
4. Korzeniowska E.: Rozumienie przez lekarzy medycyny pracy koncepcji promocji zdrowia zatrudnionych i własnej roli w programach tego typu. Med. Pr. 2003; 54(6):495–501
5. Korzeniowska E.: Grupy odniesienia jako subiektywne determinanty działań w sferze zdrowia. W: Piątkowski W., Brodnyak W.A. [red.]. Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna. Wyd. Wyższej Szkoły Społeczno-Gospodarczej, Tyczyn 2005, s. 119-133
6. Minelli M.J., Breckon D.J.: Community Health Education. Settings, Roles and Skills. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury 2009
7. Puchalski K., Korzeniowska E.: Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej. W: Piątkowski W. [red.]. Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny. Wyd. UMCS, Lublin 2004, s. 107-126
8. Puchalski K., Korzeniowska E., Iwanowicz E.: Postawy pielęgniarek służby medycyny pracy wobec promocji zdrowia zatrudnionych. Med. Pr. 2007; 58(6):485-499
9. Słońska Z., Borowiec A., Makowska M.: Wiedza i postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie porad z zakresu wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Pol. Przegl. Kardiol. 2007; 9(1):15-19
10. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007
11. Zimbardo P.G., Leippe M.R.: Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego. Wyd. Zysk i S-ka, Warszawa 2004



## 9. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład hiszpański

*Jose Gil, Dolores García, Manuel López*

### 1. Podstawowe informacje na temat sytuacji zdrowotnej w Hiszpanii

Według danych Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej (ang. European Observatory on Health Systems and Policies), sytuacja zdrowotna w Hiszpanii jest następująca:

- a) średnia oczekiwana długość życia w Hiszpanii jest jedną z najwyższych na świecie i wynosi 84,3 lat dla kobiet oraz 77,8 lat dla mężczyzn,
- b) ruch drogowy oraz wypadki przy pracy są istotnymi problemami, związanymi ze zdrowiem publicznym w Hiszpanii,
- c) AIDS i HIV są ważnymi problemami zdrowotnymi w Hiszpanii,
- d) narkomania w Hiszpanii (głównie uzależnienie od kokainy) jest ważnym problemem społecznym i zdrowia publicznego,
- e) Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że odsetek ludzi palących codziennie tytoń wyniósł w 2007 r. w Hiszpanii 27% (europejska baza danych programu „Zdrowie dla wszystkich”, ang. European Health for All Database, styczeń 2009),
- f) od lat 80. XX w. notuje się w Hiszpanii spadek spożycia alkoholu oraz liczby zgonów spowodowanych jego nadmierną konsumpcją,
- g) wzrasta w Hiszpanii odsetek ludności z nadwagą i otyłością (INE 2008),
- h) odnotowano znaczne nierówności dotyczące kwestii zdrowotnych w Hiszpanii (SESPAS, 2000; Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumentów, 2003). Pomimo wyższej średniej oczekiwanej długości życia, kobiety postrzegają własny stan zdrowia gorzej niż mężczyźni,
- i) Ministerstwo Zdrowia uważa, że nadal istnieją **nierówności w postrzeganiu własnego stanu zdrowia w zależności od przynależności do klasy społecznej.**

### 2. Źródła niekorzystnej sytuacji pracowników o niskim poziomie wykształcenia – edukacja zdrowotna i kondycja finansowa

Krajowy Plan Działań na rzecz integracji społecznej w Królestwie Hiszpanii (2008-2010) (ang. *The National Action Plan on Social Inclusion of the Kingdom of Spain*) bierze pod uwagę następujące czynniki, związane z analizą ogólnej sytuacji pracowników o niskim poziomie wykształcenia:

- a) **zatrudnienie** - uznawane za główne źródło dochodu i utrzymania,
- b) **ubóstwo** - odsetek osób dorosłych narażonych na ryzyko względnego ubóstwa waha się w zależności od ich statusu i uwarunkowań aktywności ekonomicznej,
- c) **pleć i długość życia** - odsetek ludności zagrożonej ubóstwem jest wyższy wśród kobiet (21,2%) niż wśród mężczyzn (18,5%),

- d) **Skład gospodarstw domowych** - osoba lub grupa osób, które zajmują to samo mieszkanie,
- e) **Solidarne wsparcie rodziny** - rodzina jest ważna dla wyjaśnienia sytuacji społecznej i zawodowej poszczególnych osób,
- f) **Dostęp do nowych technologii** ma obecnie kluczowe znaczenie dla gospodarczego i społecznego rozwoju,
- g) **Poziom wykształcenia i ochrony zdrowia.**

Wykształcenie jest podstawowym czynnikiem, który oddziałuje na życie kobiet i mężczyzn. Ma ono wpływ na dostęp do rynku pracy, awans zawodowy, przyszłe dochody oraz uczestnictwo w życiu gospodarczym i społecznym. Poniżej przedstawiono dane i tabele, które pomogą w zrozumieniu sytuacji w Hiszpanii (Tab. 1)

Tab. 1: Odsetek ludności poniżej progu zagrożenia ubóstwem w zależności od poziomu wykształcenia (w %)

Wykształcenie	2004	2005	2006
Podstawowe lub niepełne podstawowe	32,2	28,3	29,9
Zasadnicze zawodowe	21,1	20,2	20,7
Średnie lub pomaturalne	15,6	13,3	12,4
Wyższe	7,9	7,4	7,2

Źródło: Badanie warunków życia. Narodowy Instytut Statystyki.

Biorąc pod uwagę wiek osób z wyższym poziomem wykształcenia, stawki zarobków netto spadają wraz ze wzrostem wieku. Odsetek osób między 25 a 64 rokiem życia, które się kształcą i uczestniczą w szkoleniach, wynosi w Hiszpanii 10,4% (9,3% dla mężczyzn i 11,5% dla kobiet).

Nawiązując do wszystkich powyższych informacji, w ramach projektu LEECH przebadano w Hiszpanii próbę składającą się z 458 pracowników. Badania przyczyniły się do zebrania nowych danych na temat poziomu wykształcenia pracowników oraz ich sytuacji finansowej i zdrowotnej:

- a) ogółem 55,7% badanych pracowników o niskim poziomie wykształcenia twierdzi, że żyje skromnie, podczas gdy podobnego zdania jest 34,6% pracowników z grupy z wyższym poziomem wykształcenia;
- b) wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia spada liczba chorób przewlekłych i wypadków, wymagających regularnego kontaktu z przedstawicielami usług medycznych: 36% osób o niskim poziomie wykształcenia twierdzi, że ucierpiało w wyniku wypadku lub choroby, podczas gdy odsetek ten maleje do 24,3% w przypadku osób z wyższym poziomem wykształcenia;
- c) podobne zjawisko, chociaż nie na taką skalę, zaobserwować można, gdy ankietowani pytani są o wypadki lub choroby z ostatniego roku. Wśród pracowników o niskim poziomie wykształcenia 9,4% ucierpiało w tym czasie w wyniku wypadków lub chorób, podczas gdy wśród pracowników z wyższym wykształceniem z wyżej wymienionych powodów ucierpiało tylko 4,2%;
- d) w żadnym z trzech analizowanych przypadków w wynikach badań uzyskanych dla obu płci nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic.

### Wnioski i zalecenia

Czynnikiemami wpływającymi na ogólną sytuację pracowników w Hiszpanii są: zatrudnienie, ubóstwo, płeć, wiek, struktura i wsparcie rodziny, dostęp do nowych technologii, poziom wykształcenia oraz stan zdrowia.

Badania przeprowadzone na próbie składającej się z 458 pracowników potwierdziły, że:

- a) poziom wykształcenia jest bezpośrednio związany z sytuacją ekonomiczną,
- b) pracownicy o niskim poziomie wykształcenia są w większym stopniu narażeni na choroby oraz wypadki,
- c) istnieje wyraźny związek między poziomem wykształcenia, a ryzykiem popadnięcia w ubóstwo,
- d) nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między wynikami, uzyskanymi dla obu płci.

### **3. Wiedza i umiejętności dotyczące sposobów dbania o zdrowie – aspekty subiektywne i obiektywne**

#### **Samoocena dotycząca sposobów dbania o zdrowie**

Pracownicy o niskim poziomie wykształcenia postrzegają swój stan zdrowia w sposób bardzo zbliżony do pracowników z wyższym wykształceniem. Ogółem 63,4% osób z wyższym wykształceniem uważa się za zdrowe, w porównaniu do 60% pracowników z przeciwnej grupy.

Jednocześnie 71,4% pracowników o niskim poziomie wykształcenia oraz 78% osób z wyższym poziomem wykształcenia deklaruje chęć wzbogacenia swojej wiedzy na temat zdrowia. Tylko 17,4% pracowników z niskim wykształceniem sądzi, że wie wystarczająco dużo na ten temat. W tym przypadku wystąpiły istotne różnice w odpowiedziach w zależności od płci ankietowanych. Podczas gdy 80,2% kobiet chce wiedzieć więcej o tym, jak poprawić swój stan zdrowia, tylko 68,5% mężczyzn wykazuje podobne zainteresowanie tym zagadnieniem.

#### **Wiedza i alfabetyzacja zdrowotna pracowników o niskim poziomie wykształcenia**

Pracownicy nisko wykształceni wykazują duże zainteresowanie wzbogacaniem swojej ogólnej wiedzy: 30% z nich bierze udział w różnego rodzaju szkoleniach, podczas gdy w grupie osób z wyższym poziomem wykształcenia podobnie zachowuje się 24% pracowników. Ponadto 31% osób o niskim poziomie wykształcenia uważa, że wie więcej niż wynika to z posiadanych przez nie dyplomów i/lub świadectw.

W odniesieniu do zwyczajów oraz podstawowej wiedzy z zakresu czytania, obsługi komputerów i władania językiem obcym wyniki były dobre, chociaż wystąpiły znaczne zróżnicowania między grupami. Istnieje różnica w odsetku pracowników, którzy znają język obcy (95% pracowników z wyższym poziomem wykształcenia i 36,8% pracowników o niskim poziomie wykształcenia) oraz mają nawyk czytania (79% pracowników z wyższym poziomem wykształcenia i 47,2% pracowników o niskim poziomie wykształcenia). Wszyscy pracownicy wykazują się natomiast dobrą lub bardzo dobrą znajomością obsługi komputerów bądź umiejętnością korzystania z Internetu.

Biorąc pod uwagę kwestię zdrowia, wszyscy ankietowani twierdzą, że są dobrze zorientowani w tym temacie. Zdrowie nie jest przedmiotem rozmów czy debat. Większość ankietowanych myśli o tym jak zdrowiej żyć lub słucha informacji o tym, co jest dobre dla ich zdrowia. Z drugiej strony należy jednak zauważyć, że na co dzień 31% pracowników o niskim poziomie wykształcenia nie myśli lub nie zwraca uwagi na swoje zdrowie w ogóle.

Analizując poziom konkretnej wiedzy posiadanej na temat zdrowia przez przedstawicieli obu grup, stwierdzono istotne statystycznie różnice we wszystkich badanych aspektach. Więcej pracowników z grupy z wyższym wykształceniem udzieliło poprawnych odpowiedzi na wszystkie zadane w kwestionariuszu pytania: zawsze uzyskiwali oni ponad 70% dobrych wskazań, podczas gdy tylko 22,89% spośród pracowników o niskim poziomie wykształcenia udało się odpowiedzieć poprawnie na niektóre z pytań, takie jak np. znaczenie pojęcia „wolny rodnik”.

Aspekty, w których pracownicy o niskim poziomie wykształcenia mieli większy odsetek prawidłowych odpowiedzi to:

- a) znaczenie terminu „bierne palenie” (78,6%),
- b) znaczenie terminu „profilaktyka choroby” (73,2%),
- c) świadomość, że umiarkowany wysiłek fizyczny jest dobry dla zdrowia (70%).

Z drugiej strony, pracownicy o niskim poziomie wykształcenia mieli poważne trudności ze zrozumieniem znaczenia następujących pojęć:

- a) „wolne rodniki” – tylko 22,89% wie, że są one szkodliwe dla zdrowia. W tym przypadku tylko 35% osób z grupy z wyższym poziomem wykształcenia udało się poprawnie odpowiedzieć na to pytanie,
- b) „cholesterol” (58,3%),
- c) „piramida żywieniowa” (53,73%).

### Wnioski i zalecenia

Pierwszy aspekt, o którym należy wspomnieć, to częstszy udział pracowników o niskim poziomie wykształcenia w szkoleniach. Sądzymy, że jest to z jednej strony metoda radzenia sobie niewykwalifikowanych pracowników na złą sytuację gospodarczą w Hiszpanii, a z drugiej wynik wysiłków podejmowanych przez firmy w celu szkolenia pracowników, szczególnie tych niżej wykształconych.

Pracownicy mają zazwyczaj dobrą opinią na temat swojego zdrowia. Nie stwierdzono tu różnic w odpowiedziach w zależności od płci bądź poziomu wykształcenia respondentów.

Zdrowie to zagadnienie, którym ludzie się przejmują i na temat którego chcą wiedzieć więcej. Koniecznie należy wpływać na mentalność 31% spośród badanych pracowników z niskim wykształceniem, którzy nie zwracają uwagi na swój stan zdrowia.

W badanej próbie pracownicy o niskim poziomie wykształcenia wyrazili stosunkowo duże zainteresowanie szkoleniami (71,4% z nich chce wiedzieć więcej na temat swojego zdrowia) oraz znaczne zainteresowanie czytaniem. Wykazali się oni także dobrą znajomością Internetu i obsługą komputerów. Umiejętności te mogą się bardzo przydać przy realizacji przyszłych działań szkoleniowych, ukierunkowanych na zdrowie.

W zależności od poziomu wykształcenia badanych, zaobserwowano znaczne różnice w ilości wiedzy posiadanej na temat znaczenia kluczowych dla zdrowia aspektów.

### 4. Zachowania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia

Odnośnie do zachowań zdrowotnych pracowników, Ministerstwo Zdrowia i Spraw Konsumentów sporządza roczne sprawozdania, które zawierają odpowiednio podzielone i sklasyfikowane informacje na ten temat. W niniejszym podrozdziale omówione zostaną: wskaźnik masy ciała (BMI) i dieta, aktywność fizyczna, palenie tytoniu oraz spożycie alkoholu.

**Wskaźnik masy ciała (BMI) i dieta:** zagadnienie nieprawidłowej masy ciała w większym stopniu dotyczy niewykwalifikowanych pracowników (16,9%) niż wykwalifikowanych (10%). Dane dotyczące liczby osób na diecie można prześledzić w Tab. 2.

Tab. 2: Odsetek pracowników na diecie

Kwalifikacje	Tak	Nie	Brak odpowiedzi
Robotnicy niewykwalifikowani	9,6	89,3	1,1
Robotnicy wykwalifikowani	12,5	86,2	1,3

Źródło: Narodowy Instytut Statystyki, 2009.

**Aktywność fizyczna:** 51,9% pracowników niewykwalifikowanych wykonuje w czasie wolnym ćwiczenia fizyczne. Wśród pracowników wykwalifikowanych odsetek ten sięga 66%. Powody, dla których osoby nie ćwiczą, przedstawione są w Tab. 3.

Tab. 3: Przyczyny niewykonywania ćwiczeń fizycznych (w %)

Kwalifikacje	Problemy zdrowotne	Inne preferencje	Brak czasu	Brak silnej woli	Inne powody
Robotnicy niewykwalifikowani	19,6	10,9	36	22	8,7
Robotnicy wykwalifikowani	10,8	9,2	48,2	25	5,6

Źródło: Narodowy Instytut Statystyki, 2009.

**Palenie:** 50% ludności Hiszpanii twierdzi, że nigdy nie paliło, 20,5% twierdzi, że rzuciło palenie, a 26,4% populacji w wieku 16 lat i powyżej twierdzi, że pali codziennie. Biorąc pod uwagę płeć: 31,6% mężczyzn i 21,5% kobiet to osoby palące. Tab. 4. przedstawia zwyczaje dotyczące palenia wśród pracowników z wyższym poziomem wykształcenia i ich mniej wykwalifikowanych kolegów.

Tab. 4: Częstość palenia tytoniu (w %)

Kwalifikacje	Codziennie	Okazyjnie	Rzuciłem/am	Nigdy
Robotnicy niewykwalifikowani	36	3,5	27,2	32
Robotnicy wykwalifikowani	27,2	3,1	23,1	46,4

Źródło: Narodowy Instytut Statystyki, 2009.

**Spożycie alkoholu:** odnośnie do spożycia alkoholu, 26% ludności Hiszpanii w wieku 16 lat i powyżej twierdzi, że nigdy nie pije, 5,8% twierdzi, że przestało pić, podczas gdy 19,8% pije od czasu do czasu, a 48,4% spożywa napoje alkoholowe regularnie. W sumie 7% mężczyzn i 3% kobiet spożywa alkohol w ilościach uważanych za niebezpieczne.

Wyniki uzyskane z próby przebadanej w ramach projektu LEECH pokazały, że 59% pracowników o niskim poziomie wykształcenia ćwiczy i uprawia sport codziennie, a 75% pije niewielkie ilości alkoholu lub nie pije alkoholu wcale. Znaczną różnicę zaobserwowano w odniesieniu do ilości spożywanego tłuszczu: 75% spośród grupy osób z wyższym poziomem wykształcenia twierdzi, że stara się ograniczyć spożycie tłuszczów, w przeciwieństwie do 59% spośród grupy osób o niskim poziomie wykształcenia.

### Wnioski i zalecenia

Istnieją ważne zagadnienia, które należy brać pod uwagę mówiąc o zwyczajach zdrowotnych, mających wpływ na pracowników o niskim poziomie wykształcenia. Są to m.in. palenie tytoniu, otyłość, spożycie alkoholu i narkotyków oraz aktywność fizyczna.

Zauważono, że niekorzystne zachowania i wskaźniki zdrowotne, w szczególności otyłość i spożycie alkoholu, częściej występują u pracowników słabiej wykwalifikowanych.

## 5. Przekonania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia

W sumie 31,9% badanych pracowników o niskim poziomie wykształcenia wykazało się słabą wytrzymałością przy podejmowaniu działań mających na celu poprawę zdrowia. Z zaproponowanych w ankiecie wariantów działania najbardziej preferowane przez obie grupy są przedstawione w Tab. 5.

Tab. 5: Odsetek osób podejmujących działania mające na celu poprawę zdrowia

Grupa lepiej wykształcona	%	Grupa gorzej wykształcona	%
1. Praca w sposób mniej szkodliwy dla zdrowia	80	1. Praca w sposób mniej szkodliwy dla zdrowia	79
2. Spożywanie małej ilości alkoholu	73	2. Spożywanie małej ilości alkoholu	75
3. Ograniczenie spożycia tłuszczów	75	3. Wykonywanie ćwiczeń/utrzymywanie kondycji	59
4. Ograniczenie spożycia cukru	61	4. Ograniczenie spożycia tłuszczów	59
5. Wykonywanie ćwiczeń/utrzymywanie kondycji	58	5. Ograniczenie spożycia cukru	53
6. Chodzenie na badania kontrolne	47	6. Chodzenie na badania kontrolne	48

W zależności od poziomu wykształcenia zaobserwowano istotne statystycznie różnice w wynikach badań dotyczących spożycia tłuszczów: tylko 59% pracowników o niskim poziomie wykształcenia twierdzi, że starało się ograniczyć ich konsumpcję. Przedstawiciele obu grup twierdzą ponadto, że podejmowanie niektórych działań przyszło im stosunkowo łatwo. W szczególności mowa tu o:

- staraniach dotyczących wykonywania pracy w sposób mniej szkodliwy dla zdrowia (82%),
- chodzeniu na badania kontrolne (78%),
- zmniejszeniu spożycia alkoholu (76%).

Z drugiej strony, ograniczenie spożycia tłuszczów uznano za najtrudniejsze do osiągnięcia.



Wreszcie, liczba pracowników o niskim poziomie wykształcenia, która czuje się rozumiana przez swoich bliskich, jest o 12 punktów wyższa, niż osób z wyższym poziomem wykształcenia.

### **Wnioski i zalecenia**

Działania, które pracownicy o niskim poziomie wykształcenia określają jako najłatwiejsze do realizacji to:

- a) praca w sposób mniej szkodliwy dla zdrowia (82%),
- b) chodzenie na badania kontrolne (78%),
- c) spożywanie małej ilości alkoholu (76%),
- d) wykonywanie ćwiczeń fizycznych (73,4%).

Należy jednak pamiętać, że 31,9% badanych pracowników o niskim poziomie wykształcenia wykazało się słabą wytrzymałością przy podejmowaniu działań mających na celu poprawę zdrowia.

Należy uwzględnić i wykorzystać dobre porozumienie między pracownikami o niskim poziomie wykształcenia a ich rodzinami. Na wszystkie pytania, dotyczące zrozumienia ze strony członków rodziny, odpowiadano twierdząco w więcej niż połowie przypadków.

## **6. Zachowania i przekonania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia w dziedzinie zdrowia w sferze pracy**

W zakresie związku pomiędzy warunkami pracy a zdrowiem nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic między wynikami uzyskanymi dla obu grup pracowników. Pomimo, iż Hiszpania jest jednym z krajów europejskich o najwyższym współczynniku wypadków, tylko 21,3% badanych pracowników o niskim poziomie wykształcenia uważa, że ich warunki pracy są szkodliwe dla zdrowia. W przypadku grupy z wyższym poziomem wykształcenia, odsetek ten spada do 19,8%.

Biorąc pod uwagę kwestię obaw dotyczących ochrony zdrowia pracujących, wystąpiły pewne różnice w odpowiedziach udzielonych przez obie grupy. Połowa pracowników o niskim poziomie wykształcenia jest nieświadoma lub w niewielkim stopniu świadoma tego, jak praca może wpływać na zdrowie.

Przy pytaniu o preferencje w zapobieganiu chorobom, bólowi lub wypadkom w miejscu pracy obie grupy wykazały duże zainteresowanie możliwością zdobycia wiedzy na temat tego, jak takim sytuacjom zapobiegać. Ogółem 71% pracowników o niskim poziomie wykształcenia jest bardzo lub umiarkowanie zainteresowanych tą kwestią.

Z drugiej strony okazało się, że dla 16% pracowników z niskim wykształceniem jedynym powodem przestrzegania przepisów BHP w pracy jest uniknięcie kary. Inne wyniki zaobserwowano w grupie wyżej wykształconych, w której tylko 6% respondentów podziela tę opinię.

Nie stwierdzono natomiast różnic w odpowiedziach na pytania, dotyczące środków ochrony i promocji zdrowia, które powinny być wprowadzone przez firmy. Wszyscy pracownicy wyrażają nadzieję, że przedsiębiorstwa podejmą następujące działania:

- a) umożliwią leczenie oraz odbywanie wizyt kontrolnych u różnych specjalistów na koszt pracodawcy,
- b) wykażą troskę o ładny wygląd i wygodę pomieszczeń,
- c) wykażą większą niż wymagają to przepisy troskę o bezpieczeństwo i wygodę w miejscu pracy.

### **Wnioski i zalecenia**

Pracownicy o niskim poziomie wykształcenia nie są wystarczająco zainteresowani kwestią zdrowia w miejscu pracy, a połowa z nich jest nieświadoma lub w niewielkim stopniu świadoma tego, że praca wpływa na stan zdrowia. Fakt ten oraz przekonanie niektórych pracowników, że jedynym powodem, dla którego należy przestrzegać przepisów BHP, jest uniknięcie kary, mogą być dwoma z podstawowych czynników, które sprawiają, iż w Hiszpanii zdarza się tak dużo wypadków przy pracy, zwłaszcza wśród osób o niskim poziomie wykształcenia.

## **7. Stosunek do edukacji zdrowotnej i jej preferowane formy**

### **Opinia na temat różnych narzędzi edukacji zdrowotnej**

Odnośnie preferencji badanych osób dotyczących odpowiadającej im formy szkolenia z zakresu zdrowia, wszyscy respondenci wybrali następujące warianty:

- a) uczestnictwo w spotkaniach w cztery oczy ze specjalistą,
- b) słuchanie radia i oglądanie telewizji,
- c) udział w spotkaniach grupy uczestników, którzy pod nadzorem specjalisty ćwiczą umiejętności pomocne dla zachowania dla zdrowia.

Z drugiej strony, odpowiedź „Czytanie fachowych poradników na temat zdrowia” była najrzadziej wybieraną ze wszystkich propozycji.

Tematy, które wedle wskazań respondentów powinny zostać uwzględnione w szkoleniach są następujące: palenie, odżywianie, sport i ćwiczenia fizyczne, alkohol (zwłaszcza wśród pracowników o niskim poziomie wykształcenia) oraz radzenie sobie ze stresem.

### **Preferencje dotyczące trenerów prowadzących zajęcia z edukacji zdrowotnej**

W tej kwestii nie stwierdzono różnic w wynikach w zależności od poziomu wykształcenia respondentów. Ogółem 52% badanych pracowników o niskim poziomie wykształcenia chce posłuchać w trakcie szkoleń „innych specjalistów od zdrowia, jak: psycholog, dietetyk i fizjoterapeuta”. Jednocześnie 41% chce wtedy słuchać „lekarza, pielęgniarek i położnych”. Niewiele osób interesuje medycyna alternatywna i prawie nikt nie chce, by tego typu szkolenia prowadziła osoba duchowna.

### **Czynniki zwiększające motywację do korzystania z oferty edukacji zdrowotnej**

W odniesieniu do czynników, które zachęcają do udziału w szkoleniach nie zaobserwowano różnic pomiędzy odpowiedziami osób z obu grup. Jedyne wyjątki stanowią odpowiedzi „Drobny upominek za uczestnictwo”, która została wybrana przez 71% pracowników o niskim poziomie wykształcenia i tylko 48% osób z grupy o wyższym poziomie wykształcenia.

Dla badanych pracowników z niższym wykształceniem głównymi czynnikami motywującymi do udziału w szkoleniu są: „To, że nie trzeba płacić za uczestnictwo” (89%), „To, że zapłacą za udział” (84%), „Możliwość uzyskania dyplomu” (80%) oraz „Uzyskanie odpowiedzi na własne pytania” (80%). Niewielkie znaczenie przywiązano do poczęstunku w czasie szkolenia lub możliwości zaistnienia w prasie.

### **Czynniki zmniejszające zainteresowanie edukacją zdrowotną**

W tym przypadku wystąpiły znaczne różnice w odpowiedziach w zależności od poziomu wykształcenia respondentów.

Spośród pracowników o niskim poziomie wykształcenia, 51,3% uważa, że konieczność publicznego przemawiania jest czynnikiem zniechęcającym do udziału w szkoleniach. W grupie wyżej wykształconej publiczne wystąpienie zraża w 36% przypadków. To samo dotyczy trudności ze zrozumieniem trenera: 50% badanych pracowników o niskim poziomie wykształcenia odpowiedziało, że jest to czynnik demotywujący, podczas gdy tylko 30,2% osób z drugiej grupy zgodziło się z tym zdaniem.

Obie grupy potwierdziły, że opłata za szkolenie jest decydującym czynnikiem wpływającym na udział w tego typu przedsięwzięciach (64% badanych).

### **Wnioski i zalecenia**

Odnośnie stosunku i preferencji pracowników, które dotyczą szkoleń zdrowotnych, nie stwierdzono istotnych różnic w odpowiedziach w zależności od poziomu wykształcenia ankietowanych osób.

Najbardziej odpowiednie dla pracowników o niskim poziomie wykształcenia są bezpłatne spotkania w cztery oczy lub spotkania z udziałem dużej liczby uczestników, poświęcone takim zagadnieniom, jak: palenie, odżywianie, sport, ćwiczenia fizyczne i alkohol, a kończące się wydaniem dyplomu.

## 8. Podsumowanie

Badania przeprowadzone w Hiszpanii wyraźnie wskazują na istnienie związku między wykształceniem, zdrowiem a sytuacją finansową ludzi (pracowników). Również wiek, płeć, struktura i wsparcie rodziny oraz dostęp do nowych technologii są decydującymi czynnikami, które należy brać pod uwagę podczas społecznej, zawodowej i szkoleniowej integracji osób (lub pracowników).

Według wspomnianych badań podstawowymi problemami, które należy rozwiązać są: AIDS, narkotyki (głównie uzależnienie od kokainy), spożycie alkoholu, wypadki drogowe, otyłość i palenie. Faktem jest, że większość osób dotkniętych tymi problemami są pracownicy o niskim poziomie wykształcenia.

Próba przebadana w ramach programu LEECH obejmowała 458 pracowników. Okazuje się, że 24% pracowników z wyższym poziomem wykształcenia cierpi z powodu chorób przewlekłych lub uległo wypadkowi i wymaga regularnego kontaktu ze służbami medycznymi. Odsetek ten jednak wzrasta do 36% wśród pracowników o niskim poziomie wykształcenia. Z drugiej strony, to właśnie pracownicy niższej wykształcenia słabiej rozumieją zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia.

Odnosnie do kwestii edukacji zdrowotnej, należy wziąć pod uwagę kilka pozytywnych aspektów rozpoznanych w trakcie ankietowania osób z niższym wykształceniem, jak fakt, że 71,4% z nich interesuje się zdrowiem i chce dowiedzieć się więcej na jego temat. Odnotowano także odpowiednie zrozumienie i wsparcie ze strony członków rodzin (ponad 50%) oraz współpracowników. Ponadto, dla osób o niskim poziomie wykształcenia następujące działania są stosunkowo łatwe do realizacji: wykonywanie pracy w sposób mniej szkodliwy dla zdrowia, wykonywanie badań kontrolnych i ograniczenie spożycia alkoholu. Również ćwiczenia fizyczne i sport są najbardziej popularne wśród tej właśnie grupy osób.

Szczególnie działania mające na celu podnoszenie świadomości powinny być uwzględniane w przypadku 31% pracowników, którzy nie zwracają uwagi na zdrowie, 31,9% mających problemy z utrzymaniem działań zmierzających do poprawy zdrowia i tych, którzy napotykają na trudności w utrzymaniu beztłuszczowej diety bądź nie myślą o swoim zdrowiu podczas pracy (50%).

Wreszcie, szkolenia dotyczące problematyki zdrowia pracowników o niskim poziomie wykształcenia powinny posiadać następujące cechy:

- a) powinny być ukierunkowane na spotkania w cztery oczy o charakterze praktycznym, gdzie ekspert (psycholog, dietetyk, fizjoterapeuta, lekarz, pielęgniarka itd.) rozwiązuje problemy uczestników w łatwy i zrozumiały sposób,
- b) powinny być bezpłatne, a za udział w nich powinny być przyznawane dotacje i dyplomy,
- c) nie powinno być w trakcie ich trwania konieczności publicznego zabierania głosu,
- d) głównymi tematami programu nauczania powinny być: palenie, odżywianie, sport i ćwiczenia fizyczne, alkohol oraz radzenie sobie ze stresem,
- e) Internet i telewizja powinny być wykorzystywane w trakcie szkoleń jako narzędzia przekazywania wiedzy.

## Bibliografia

1. CSDH: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva 2008
2. Durán A., Lara J.L., van Waveren M.: Spain: Health system review, Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies 2006;8(4):8-15. Dostępny na stronie: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/hsis/hsis\\_13\\_nhs\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_13_nhs_en.htm)
3. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte: National Action Plan on Social Inclusion of the Kingdom of Spain 2008-2010. Diagnosis of poverty and social exclusion in Spain. Dostępny na stronie: <http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-3-nap-inclusion-2008-2010-annex-iii-contributions-esf.pdf?documentId=0901e72b8003c916>
4. National Statistics Institute (INE). Dostępny pod adresem: <http://www.ine.es>
5. Spanish National Health System: 2007 Annual Report. Monitoring the health conditions of the population. Dostępny pod adresem: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/monitoring.pdf>

## 10. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład łotewski

*Ivars Vanadžiņš, Maija Eglīte, Inese Mārtiņšone,  
Dagmāra Sprūdža, Mārīte Baķe, Mairita Zellāne, Šarlote Konova*

### 1. Wstęp

W ciągu ostatnich 20 lat społeczeństwo łotewskie przechodziło istotne zmiany w obszarze ekonomii, edukacji i kultury, które niestety ukazały poważne problemy w sferze wykształcenia i zdrowia. Szybki rozwój został przerwany przez kryzys ekonomiczny w latach 2008-2009, przez co środki przeznaczane na zdrowie i edukację były niewystarczające (o czym świadczy chociażby fakt, iż najmniejszą w UE część PKB przeznaczano na systemy zdrowotny i edukacyjny, które dodatkowo podlegają ciągłemu, niekończącemu się procesowi reform). Rezultatem tego są pewne niezadowalające dane epidemiologiczne. Przykładowo Łotwa jest jednym z krajów, które przodują, jeśli chodzi o liczbę zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca – 1214 zgonów na 100 000 mieszkańców (wśród kobiet w wieku 65-84, dane Eurostat z 2006 roku) i posiada jeden z najwyższych w UE wskaźnik samobójstw (Niederlander, 2006). Dane te nie zaskakują, jeśli zestawimy je z wynikami badania weryfikującego podejście do zdrowego stylu życia, według których 49% Łotyszy przyznaje, że nie uprawia żadnego sportu (SKDS, 2007).

Taka sytuacja wyraźnie wymaga podjęcia działań w zakresie edukacji zdrowotnej społeczeństwa, w tym osób pracujących. W sytuacji, gdy środki finansowe są ograniczone, najważniejszym jest, aby pieniądze były wydawane przy wykorzystaniu najlepszych źródeł i wiedzy, a także były kierowane do tych, którzy znajdują się w grupie najwyższego ryzyka, czyli do osób najgorzej wykształconych. Toteż celem niniejszej analizy jest znalezienie odpowiedzi na pytanie – jak najlepiej postępować z pracownikami o niskim poziomie wykształcenia, aby wpływać na ich wybory zdrowotne?

### 2. Informacje ogólne

W trakcie badania zrealizowanego w ramach projektu LEECH przeprowadzono 426 wywiadów z pracownikami zamieszkującymi różne regiony Łotwy i zatrudnionymi w różnych gałęziach przemysłu. Na kwestionariusz wywiadu odpowiedziało 212 nisko wykształconych pracowników i grupa kontrolna 214 pracowników z wykształceniem minimum średnim. Wywiady przeprowadzono głównie w:

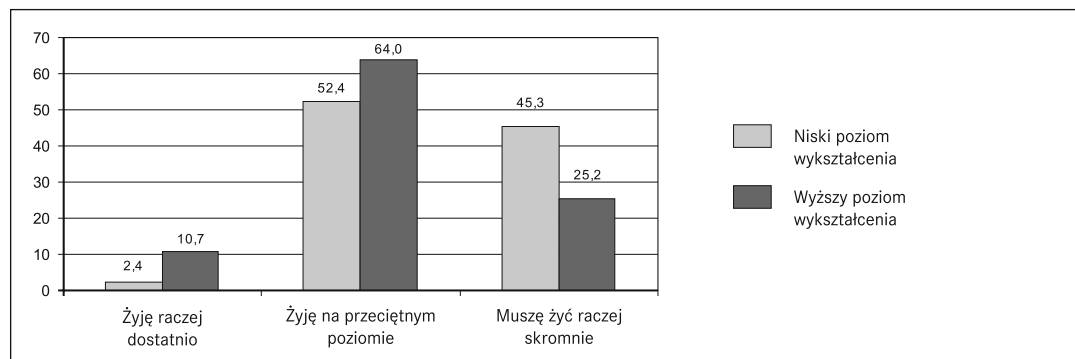
- a) Centrum Medycyny Pracy, odwiedzanym przez pacjentów z chorobami zawodowymi (głównie nisko wykształceni pracownicy) oraz na Oddziale Szpitalnym Medycyny Pracy Klinicznego Szpitala Uniwersyteckiego w Rydze (około 20 wywiadów);
- b) w firmach (zazwyczaj zatrudniających 20 pracowników lub więcej), które dobrowolnie zgodziły się wziąć udział w badaniu.

Badanie objęło kobiety i mężczyzn w różnych grupach wiekowych. Wśród 212 pracowników o niskim poziomie wykształcenia znalazło się 42,9% kobiet i 57,1% mężczyzn, podczas gdy wśród dobrze wykształconych osób było 54,7% kobiet i 45,3% mężczyzn. Analizując tendencje edukacyjne na Łotwie

można stwierdzić, że znacznie więcej kobiet niż mężczyzn posiada wyższe wykształcenie. Rozkład na grupy wiekowe jest raczej równy pomiędzy trzema grupami pracowników w wieku 25-34, 35-44 i 45-54 lata.

Ankieta przeprowadzona wśród osób o różnej sytuacji materialnej. Większość respondentów określiło swój status finansowy jako przeciętny (52,4% nisko wykształconych pracowników i 64% lepiej wykształconych – zob. Ryc. 1).

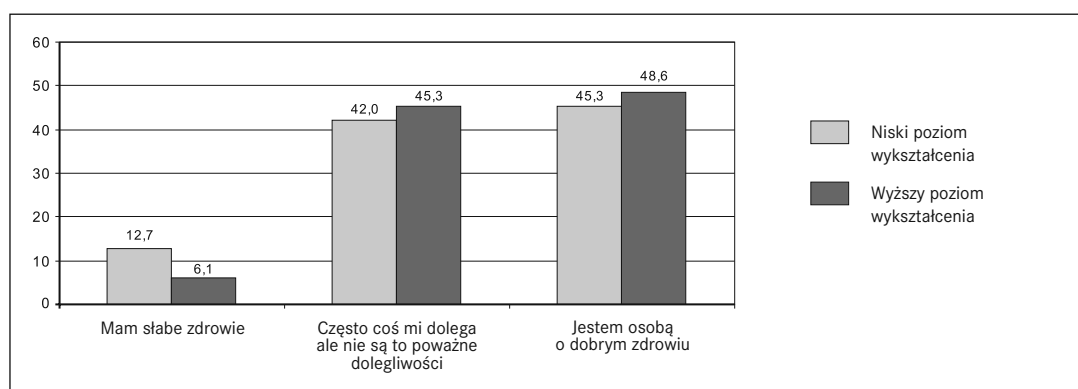
Ryc. 1: Jak Pan(i) ocenia swoją sytuację materialną? (w %)



### 3. Ogólny stan zdrowia ankietowanych pracowników

Ogólnie rzecz biorąc, większość badanych grup ocenia swoje zdrowie jako dobre (45,3% osób o niskim poziomie wykształcenia i 48,6% o wyższym poziomie wykształcenia) lub stwierdza, że dolega im coś, ale nie są to poważne problemy zdrowotne (42% gorzej wykształconych i 45,3% lepiej wykształconych) (zob. Ryc. 2). Dane te odpowiadają wynikom ankiety przeprowadzonej w 2008 r. w ramach europejskiego sondażu dotyczącego zdrowia mieszkańców Łotwy (Central Bureau of Statistics, 2008), gdzie 49,2% osób stwierdziło, że cieszy się dobrym zdrowiem. Niemniej jednak w innym badaniu (Pudule i wsp., 2008), dotyczącym różnych aspektów zdrowia mieszkańców Łotwy, już tylko nieco ponad 20% Łotyszy oceniło swoje zdrowie jako dobre. Rozbieżności te można wytłumaczyć różną metodologią badań (to ostatnie przeprowadzono w postaci ankiety pocztowej, gdzie zwrotność wynosiła około 50%).

Ryc. 2: Jak Pan(i) ocenia swoje zdrowie? (w %)

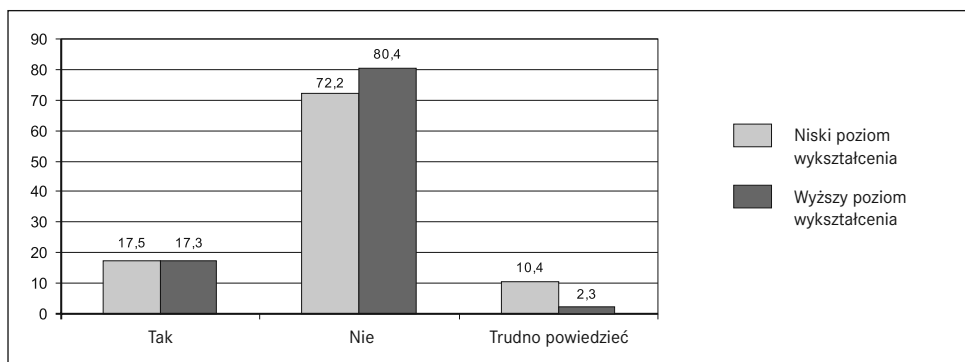


U większości pracowników z obu grup, tj. nisko i wysoko wykształconych, nie wystąpiła choroba, uraz lub inna dolegliwość, która znacząco utrudniała bądź uniemożliwiała wykonywanie codziennych czynności (72,2% nisko wykształconych osób i 80,4% lepiej wykształconych), ale prawie jedna piąta (odpowiednio 17,5% i 17,3%) przyznała, że była w takiej sytuacji (zob. Ryc. 3). Wyniki wyglądają podobnie w przypadku pytania o przewlekłe schorzenie, które wymaga regularnych kontaktów ze służbą zdrowia – 18,4% osób z niskim poziomem wykształcenia i 23,8% z wyższym odpowiedziało na nie twierdząco (zob. Ryc. 4). Można więc założyć, że 40% wszystkich ankietowanych miało bliski kontakt ze

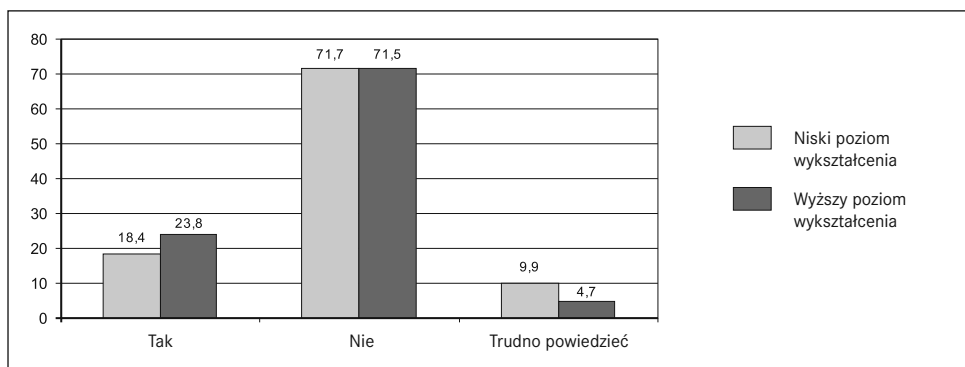


służbą zdrowia i prawdopodobnie powinno posiadać więcej informacji na temat swojego stanu zdrowia. Dane te są zbliżone z wynikami sondażu dotyczącego zdrowia mieszkańców Łotwy (Central Bureau of Statistics, 2008), w którym 40,4% respondentów stwierdziło, że cierpi na poważne i przewlekłe schorzenia.

Ryc. 3: Czy jakaś choroba, uraz lub inna dolegliwość znacząco utrudniały bądź uniemożliwiały Panu(i) wykonywanie codziennych czynności? (w %)



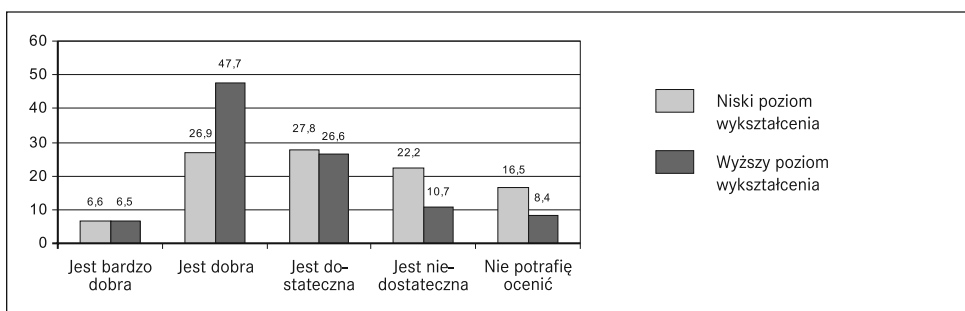
Ryc. 4: Czy cierpi Pan(i) na jakies przewlekłe schorzenie, które wymaga regularnych kontaktów ze służbą zdrowia, robienia badań, regularnego brania leków? (w %)



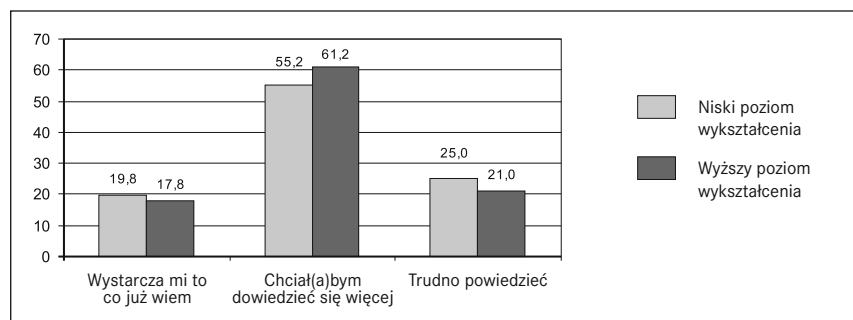
#### 4. Świadomość i zachowania zdrowotne

Ponad połowa wyżej wykształconych pracowników stwierdziła, że ich wiedza na temat tego, jak dbać o zdrowie, jest bardzo dobra lub dobra (54,7%), podczas gdy wśród nisko wykształconych tylko 33,5% wyraziło takie przekonanie (Ryc. 5). Zapytani, czy chcieliby dowiedzieć się więcej na temat zdrowia, mniej niż 20% badanych odpowiedziało, że ich wiedza jest wystarczająca (19,8% nisko wykształconych osób i 17,8% lepiej wykształconych), niemniej jednak większość przyznała, że chciałaby wiedzieć więcej (55,2% gorzej wykształconych i 61,2% lepiej – zob. Ryc. 6).

Ryc. 5: Jak ocenia Pan(i) swoją wiedzę na temat tego jak dbać o zdrowie? (w %)

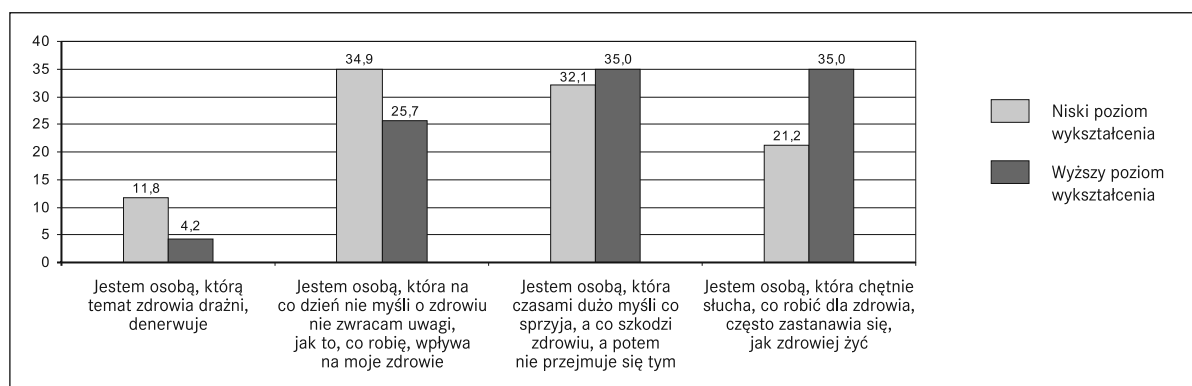


Ryc. 6: Czy chciał(a)by Pan(i) dowiedzieć się więcej na temat tego, jak dbać o zdrowie? (w %)



Jeśli chodzi o otwartość na tematy dotyczące zdrowia to w badaniu ustalono, że jedynie 21,2% pracowników o niskim poziomie wykształcenia chętnie słucha, co robić dla zdrowia i często zastanawia się, jak zdrowiej żyć w przeciwieństwie do grupy osób dobrze wykształconych, w której 35% ankietowanych odpowiedź deklaruje taką postawę (Ryc. 7). W porównaniu z pracownikami o wysokim statusie edukacyjnym znacznie więcej nisko wykształconych wyraża pogląd, że temat zdrowia ich drażni lub denerwuje (46,7%) oraz że generalnie na co dzień nie myślą o swoim zdrowiu (Ryc. 7).

Ryc. 7: Czy i jak często zastanawia się Pan(i), czy Pana(i) sposób postępowania wpływa na Pana(i) zdrowie? (w %)

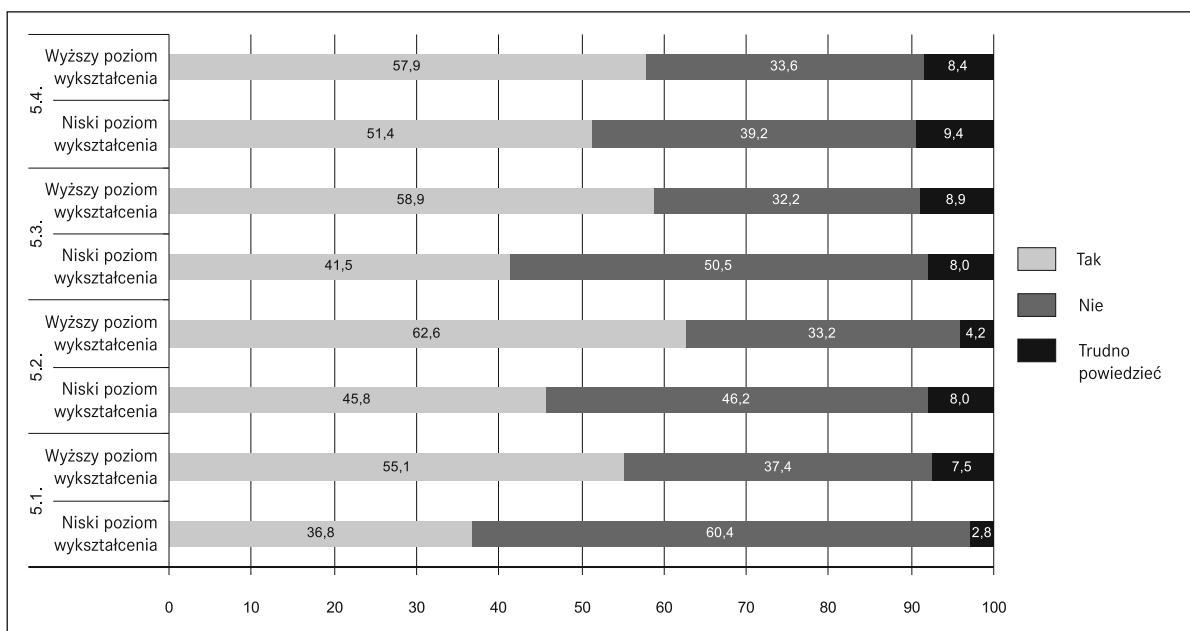


Podobną tendencję zaobserwowano analizując zwyczaje zdobywania wiedzy i informacji. Na pytanie, czy respondenci rozwijają swoją znajomość języków obcych, czytają codzienną prasę, czasopisma lub doskonałą inne umiejętności, znacznie więcej osób z lepszym wykształceniem odpowiedziało twierdząco (np. na pytanie: „Czy jest Pan(i) osobą, która czyta codzienną prasę, czasopisma?” 62,4% lepiej wykształconych osób udzieliło odpowiedzi „tak” w porównaniu do 45,8% pracowników o niskim poziomie wykształcenia – Ryc. 8).

Analizując odpowiedzi respondentów na pytania o ich wytrwałość w działaniach mających na celu poprawę zdrowia zauważono, że w obydwu grupach, wyróżnionych ze względu na poziom wykształcenia, najczęściej wybieranymi kategoriami były „raczej nie” bądź „zdecydowanie nie” (46,2% wśród lepiej wykształconych i 43,4% wykształconych tych o niskim statusie edukacyjnym). Jeśli zaś chodzi o tych, którzy deklarują wytrwałość w tym obszarze, to dotyczy to wyraźnie częściej dobrze wykształconych (40,7%) w porównaniu z tymi o niskim statusie edukacyjnym (25%) (Ryc. 9).

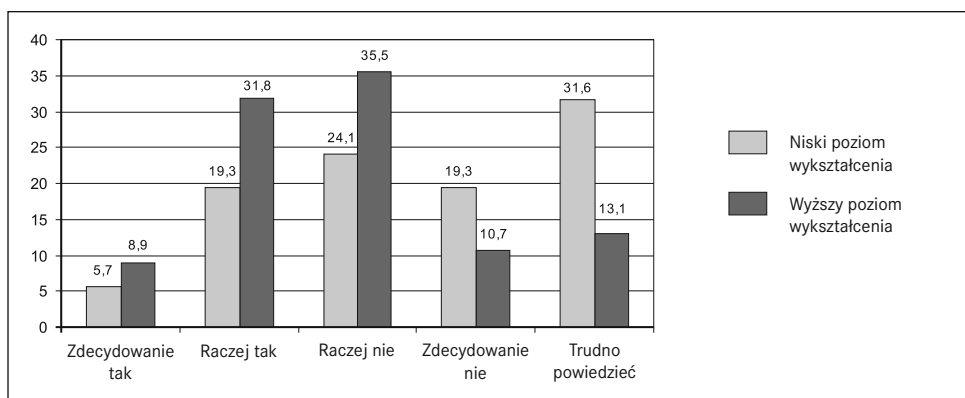
W przypadku pytań dotyczących rzeczywistego poziomu wiedzy na temat różnych zagadnień związanych ze zdrowym stylem życia zauważono, że jest on niejednorodny. Jest on dość dobry w przypadku względnie prostych pytań, np. tych dotyczących biernego palenia czy profilaktyki. Na pytanie czym jest bierne palenie ponad 70% respondentów udzieliło prawidłowej odpowiedzi (71,7% pracowników o niskim poziomie wykształcenia i 88,3% lepiej wykształconych – zob. Ryc.10). W przypadku pytania o to, czym jest profilaktyka choroby, różnica w odpowiedziach lepiej i gorzej wykształconych osób jest już większa – 92,5% pracowników o wyższym poziomie wykształcenia odpowiedziało poprawnie w porównaniu z 55,7% słabiej wykształconych (Ryc. 11). Różnica w znajomości pojęć jest też widoczna w przypadku pytania o zdrowy styl życia – 93,5% dobrze wykształconych osób odpowiedziało prawidłowo w porównaniu z 75% gorzej wykształconych (Ryc. 12).

Ryc. 8: Czy jest Pan(i) osobą, która...? (w %)



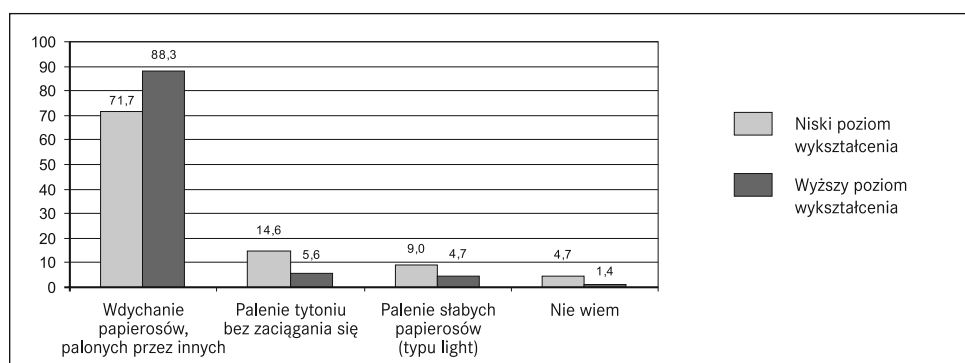
\* 5.1 - ...rozwijają swoją znajomość języków obcych, 5.2 - ...czyta codzienną prasę, czasopisma, 5.3 - ...rozwijają swoje umiejętności posługiwania się komputerem, korzystania z Internetu, 5.4 - ...doskonali swoje kwalifikacje zawodowe lub inne zainteresowania poprzez kursy, studia wydawnictwa fachowe, Internet.

Ryc. 9: Gdy zaczyna Pan(i) coś robić dla lepszego zdrowia, sprawności, wyglądu sylwetki (np. stosować dietę, ćwiczyć), to czy jest P. wytrwały(a) w takim postępowaniu? (w %)

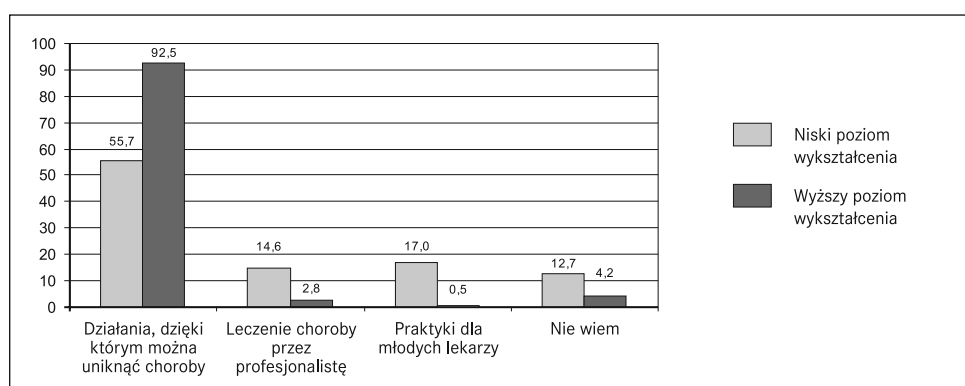


Opisane powyżej zróżnicowanie znajomości różnych pojęć z obszaru zdrowia obserwuje się także w przypadku pytań o piramidę zdrowego żywienia, wskaźnik masy ciała i cholesterol. Znamienne tutaj jest jednak to, że respondenci stosunkowo często przyznawali się do niewiedzy, przy czym częściej dotyczyło to pracowników o niskim poziomie wykształcenia. W przypadku pytania o piramidę zdrowego żywienia 32,5% nisko wykształconych osób i 12,6% tych lepiej wykształconych wybrało odpowiedź „nie wiem” (Ryc. 13). Podobnie wygląda sytuacja, gdy pytamy o to, co należy zrobić chcąc sprawdzić BMI (wskaźnik masy ciała) – tu także 34,9% pracowników o niskim poziomie wykształcenia i 14,5% z wyższym wykształceniem odpowiedziało, że nie wie (Ryc. 14). Problem stanowiło także pytanie, czym jest cholesterol. Do niewiedzy w tym zakresie przyznało się 27,8% tych o niskim statusie edukacyjnym i 8,9% z wykształceniem średnim lub wyższym (Ryc. 15).

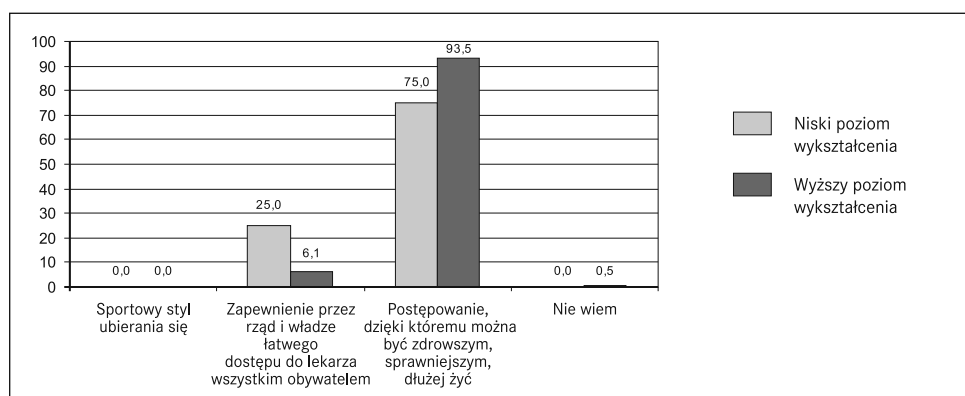
Ryc. 10: Czy bierne palenie to...? (w %)



Ryc. 11: Czy profilaktyka choroby to...? (w %)

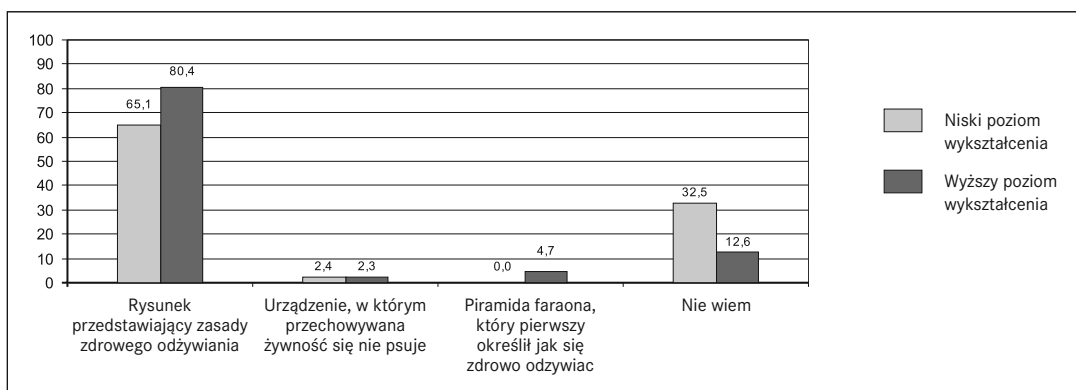


Ryc. 12: Czy zdrowy styl życia to...? (w %)

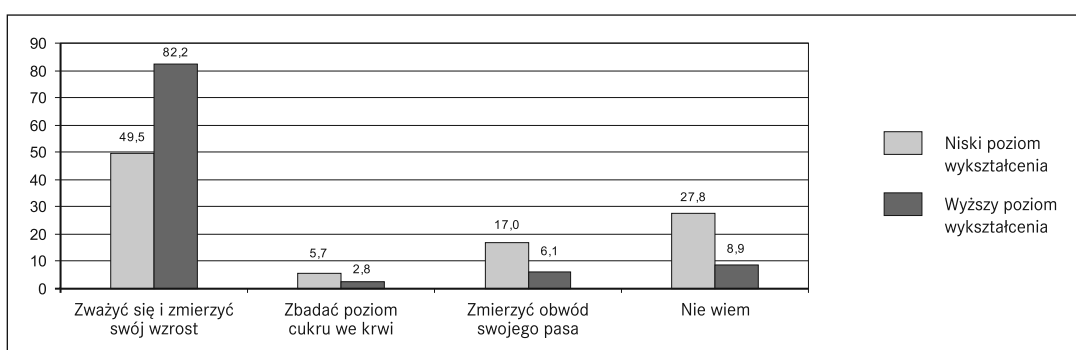


Jeśli chodzi o pytania o zdrowe i niezdrowe czynniki, respondenci dobrze radzili sobie w przypadku powszechnie znanych zagadnień, takich jak pozytywne efekty umiarkowanego wysiłku fizycznego i obecność błonnika w diecie (ponad 93% pracowników w obydwu grupach odpowiedziało, że wysiłek fizyczny jest dobry dla zdrowia, a 66,5% nisko wykształconych i 79,4% lepiej wykształconych stwierdziło, że błonnik jest zdrowy – zob. Ryc.16). Pytania o cholesterol LDL, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, antyoksydanty i wolne rodniki nie były już takie proste. Tu niektóre odpowiedzi pokazały, że wiedza dotycząca tych zagadnień nie jest wystarczająca, na przykład tylko 47,2% pracowników o niskim poziomie wykształcenia i 61,2% o lepszym statusie edukacyjnym zaznaczyło, że antyoksydanty są zdrowe (Ryc. 16). Co więcej, na pytania o działanie cholesterolu LDL i wolnych rodników znaczna liczba pracowników przyznała, że nie zna odpowiedzi (np. 56,6% nisko wykształconych i 38,8% dobrze wykształconych osób przyznało, że nie wie, czy cholesterol LDL jest zdrowy, a 63,7% osób z pierwszej z wymienionych tu grup i 52,3% z drugiej nie wiedziało, jaki wpływ na zdrowie mają wolne rodniki – zob. Ryc. 16).

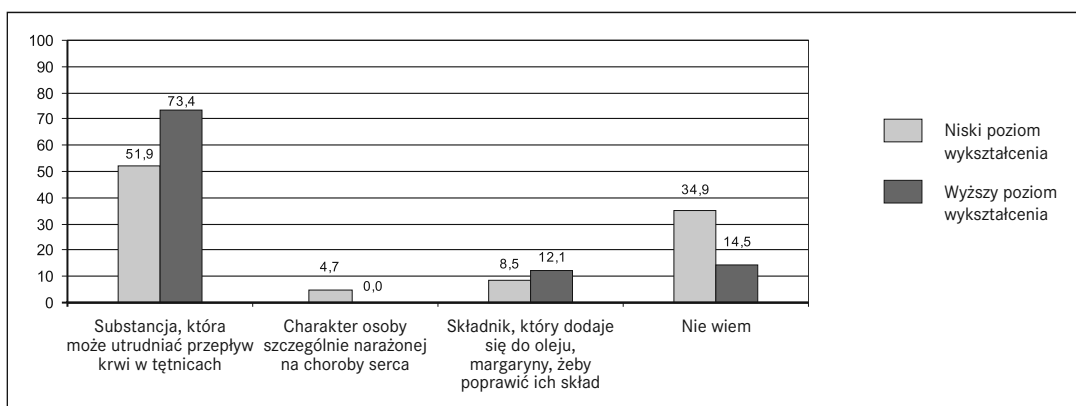
Ryc. 13: Czy piramida zdrowego żywienia to...? (w %)



Ryc. 14: Czy osoba, która chce sprawdzić BMI (wskaźnik masy ciała), powinna...? (w %)



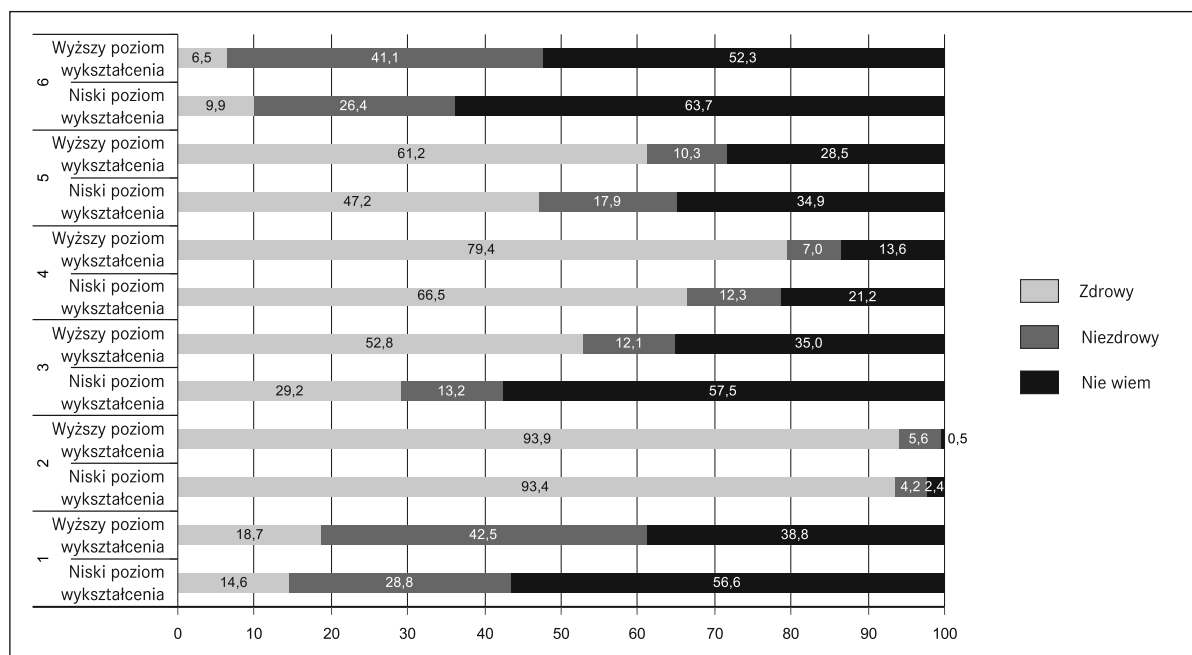
Ryc. 15: Czy cholesterol to...? (w %)



Analizując odpowiedzi na pytania sprawdzające zdolność pracowników do przeliczania właściwych ilości zażywanych tabletek czy też alkoholu można zauważyć, że sytuacja wygląda podobnie, jak przy pytaniach omówionych wcześniej – około 75% słabo wykształconych pracowników potrafi obliczyć prawidłowe ilości. Dobrze wykształcone osoby radziły sobie lepiej z tym pytaniem – 93,5% respondentów podało poprawne odpowiedzi (Ryc. 17). Pytanie o prawidłową ilość alkoholu sprawiło więcej problemów i jedynie 34,4% pracowników o niskim poziomie wykształcenia i 60,7% z wyższym wykształceniem zaznaczyło dobre odpowiedzi. W tym przypadku znaczna liczba nisko wykształconych osób stwierdziła, że „trudno powiedzieć” (41,5%) i dość duża część wybrała złą odpowiedź (24% – zob. Ryc. 18). Wśród dobrze wykształconych pracowników 15,4% udzieliło złej odpowiedzi, a 23,8% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”.

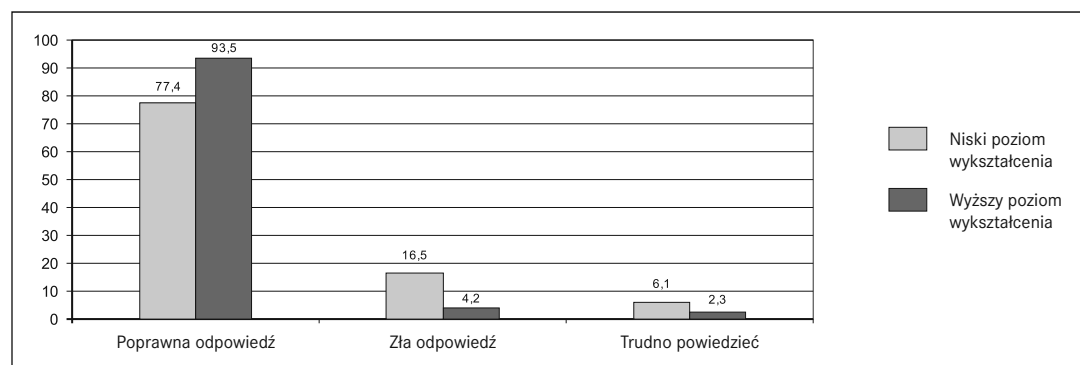


Ryc. 16: Czy powyższe czynniki są zdrowe czy niezdrowe dla człowieka? (w %)

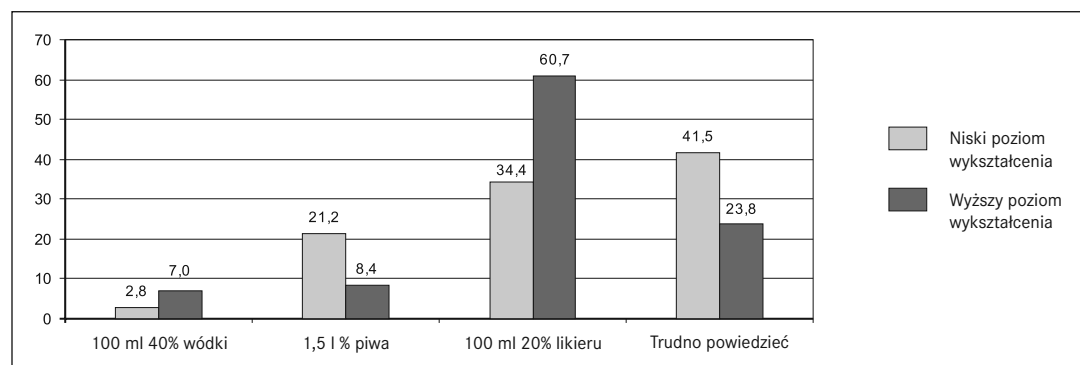


\* 1 - cholesterol LDL, 2 - umiarkowany wysiłek fizyczny, 3 - wielonienasycone kwasy tłuszczowe, 4 - błonnik, 5 - antyoksydanty, 6 - wolne rodniki.

Ryc. 17: Jeśli lekarz zaleci, by wziął/wzięła Pan(i) trzy razy dziennie po półorej tabletki lekarstwa, to ile tabletek powinien/powinna Pan(i) zażyć w ciągu jednego dnia? (w %)



Ryc. 18: Lekarze zalecają, by jednego dnia raczej nie pić więcej alkoholu, niż zawiera kieliszek 200 ml wina o mocy 10%. Jaką dawkę innego alkoholu można wypić w zamian? Proszę wskazać jedną, poprawną odpowiedź (w %)



## 5. Preferencje w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia nisko wykształconych pracowników

Istnieje wiele różnych sposobów zdobywania wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia jednak zdania są podzielone, jeśli chodzi o wybór najlepszej metody. W omawianym badaniu zapytano pracowników o niskim i wysokim poziomie wykształcenia o ich zdanie na temat najbardziej typowych i popularnych sposobów zdobywania wiedzy na temat zdrowia. Analiza danych pokazała (zob. Ryc. 19), że do najbardziej pożądanym metod zdaniem nisko wykształconych pracowników należą:

- a) branie udziału w akcjach, konkursach, w których robiąc coś dla zdrowia mogą przy okazji coś dostać lub wygrać (75% osób wybrało m.in. tę odpowiedź),
- b) uczestniczenie w festynach propagujących zdrowy styl życia, na których można się zabawić, a jednocześnie coś zrobić dla swojego zdrowia (71,7%),
- c) spotkanie się w cztery oczy ze specjalistą, np. z trenerem, dietetykiem, psychologiem, który po rozpoznaniu mojego problemu czy potrzeby doradzi mi jak dbać o zdrowie (70,8%).

Dobrze wykształceni pracownicy wybrali:

- a) spotkanie się w cztery oczy ze specjalistą, np. z trenerem, dietetykiem, psychologiem, który po rozpoznaniu mojego problemu czy potrzeby doradzi mi jak dbać o zdrowie (70,1%),
- b) uczestniczenie w festynach propagujących zdrowy styl życia, na których można się zabawić, a jednocześnie coś zrobić dla swojego zdrowia (65,9%),
- c) oglądanie w TV, słuchanie w radio audycji o zdrowiu (57%) i czytanie artykułów oraz informacji na tematy zdrowia w gazetach lub czasopismach (57,1%).

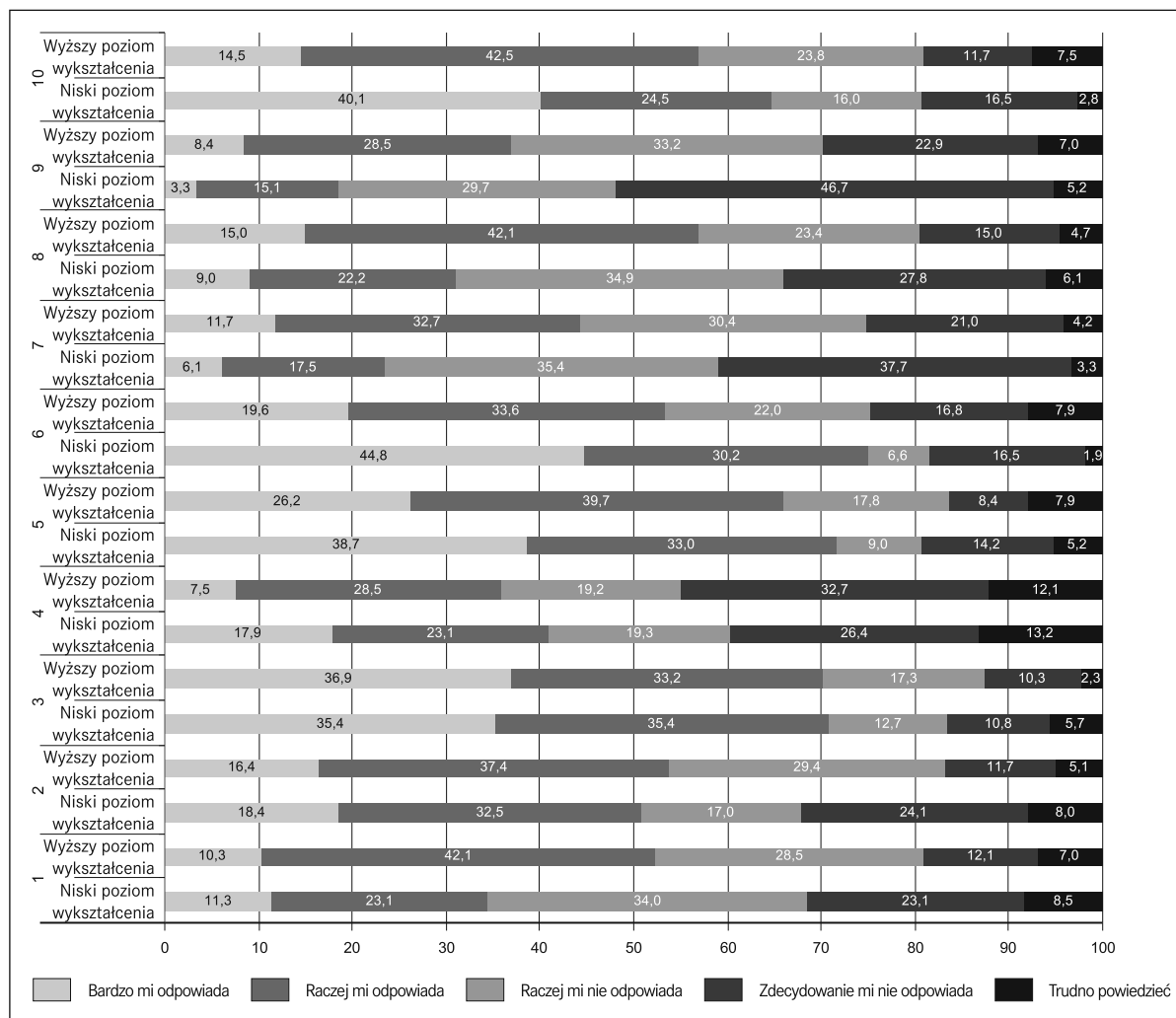
Jak widać, wybrane najpopularniejsze sposoby poszukiwania wiedzy o zdrowiu są bardzo podobne i niewiele różnią się w obu grupach. Największą różnicę pomiędzy pracownikami można zauważyć w przypadku poszukiwania w Internecie ważnych informacji na temat zdrowia, co wybrało jedynie 23,6% osób o niskim poziomie wykształcenia w przeciwieństwie do 44,4% tych dobrze wykształconych. Największą liczbę negatywnych odpowiedzi u nisko wykształconych osób zanotowano w przypadku czytania fachowych poradników na temat zdrowia (51,9%).

Biorąc pod uwagę skuteczność dotarcia do odbiorcy, nie tylko rodzaj szkolenia jest ważny, ale także zrozumienie czynników, które mogłyby zwiększyć wskaźnik uczestnictwa. W czasie badania zapytano o takie czynniki i okazało się, że nie ma istotnych różnic między badanymi edukacyjnymi grup o różnym poziomie wykształcenia. Pracownicy z obu grup uznali za najbardziej zachęcające: wstęp wolny na szkolenie, otrzymanie zapłaty za uczestnictwo w szkoleniu i możliwość udziału w czasie szkolenia w zabiegach dla zdrowia np. w masażu (około 75% respondentów wybrało te trzy główne czynniki). Do najmniej zachęcających czynników należą: możliwość pojawienia się w mediach, otrzymanie ulotki na temat tego jak dbać o zdrowie a także możliwość wymiany opinii, doświadczeń z innymi uczestnikami szkolenia. Wyraźnie widać, że tradycyjne szkolenie, podczas którego można podzielić się doświadczeniami przy udziale mediów, po którym następuje rozdanie ulotek z informacjami prawdopodobnie nie jest skuteczne w przypadku pracowników lotewskich.

Do innych zachęcających czynników należy autorytet – osoba, której się słucha i którą się naśladuje. Na pytanie, kogo chcieliby posłuchać na szkoleniu, dotyczącym tego jak dbać o zdrowie, pracownicy o niskim poziomie wykształcenia wybrali znanego eksperta, podczas gdy lepiej wykształcone osoby wolałyby posłuchać lekarza lub pielęgniarki. Do innych popularnych odpowiedzi należały: inny ekspert od zdrowia i osoba, która skutecznie poradziła sobie z danym problemem.

Z drugiej strony, jeśli chodzi o czynniki najbardziej zniechęcające do uczestnictwa w szkoleniu na tematy zdrowia, okazało się, że najczęściej wybierane przez pracowników z obu grup były konieczność zapłacenia za udział – ponad 60% ankietowanych wybrało tę odpowiedź na pierwszym miejscu – oraz czas trwania dłuższy niż 2 godziny. Co ciekawe, pojawiły się dość duże różnice w wyborach pracowników z różnych grup edukacyjnych – osoby z niższym wykształceniem obawiały się konieczności rozwiązania testu sprawdzającego wiedzę, zabrania głosu w obecności grupy osób i bały się że to, co mówi prowadzący, będzie trudne do zrozumienia. W przypadku tych czynników obawa i zniechęcenie ze strony osób z wyższym wykształceniem były mniejsze.

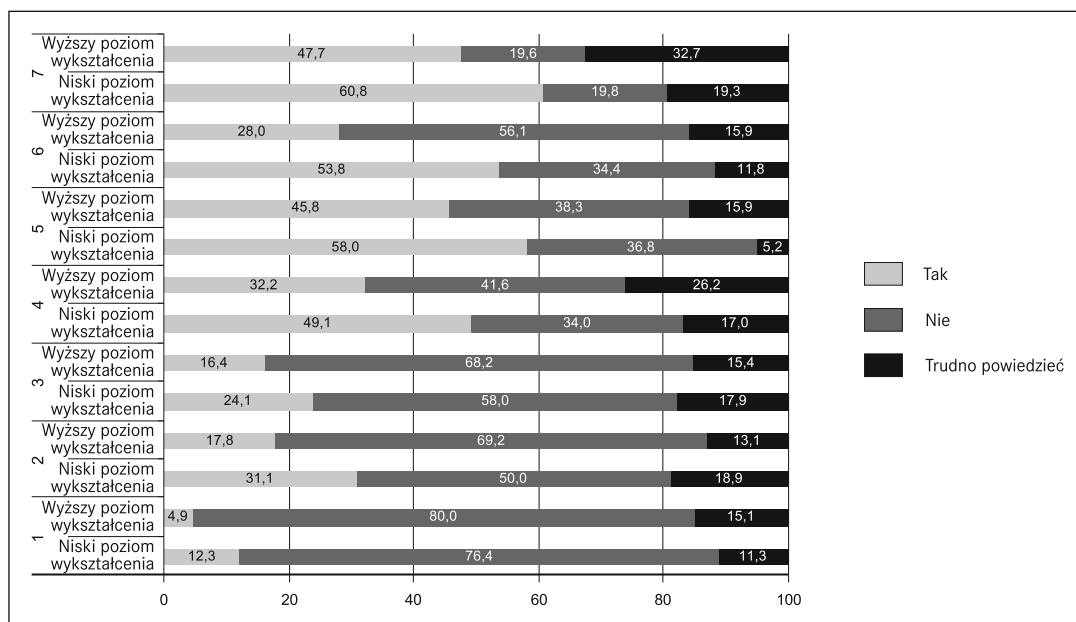
Ryc. 19: Pożądane sposoby zdobywania wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia (w %)



\* 1 – Udział w wykładzie, pogadance, na której jakiś specjalista mówi zebranej grupie słuchaczy jak dbać o zdrowie lub radzić sobie z chorobami, 2 – Udział, w spotkaniach grupy osób, które pod okiem specjalisty uczą się, ćwiczą jakieś zachowania dobre dla zdrowia, np. pomagające radzić sobie ze stresem, rzucić palenie, 3 – Spotkanie się w cztery oczy ze specjalistą, np. z trenerem, dietetykiem, psychologiem, który po rozpoznaniu mojego problemu czy potrzeby doradzi mi jak dbać o zdrowie, 4 – Czytanie ulotek, oglądanie plakatów dotyczących dbania o zdrowie, 5 – Uczestniczenie w festynach propagujących zdrowy styl życia, na których można się zabawić, a jednocześnie coś zrobić dla swojego zdrowia, 6 – Branie udziału w akcjach, konkursach, w których robiąc coś dla zdrowia mogą przy okazji coś dostać lub wygrać, 7 – Poszukiwanie w Internecie ważnych dla mnie informacji na temat zdrowia, 8 – Czytanie artykułów i informacji na tematy zdrowia w gazetach lub czasopismach, 9 – Czytanie fachowych poradników na temat zdrowia, 10 – Oglądanie w TV, słuchanie w radio audycji o zdrowiu.

Szkolenia dotyczące zdrowia spotykają się z różnym przyjęciem, co ilustruje Ryc. 20. W przypadku łotewskiego podejścia do takich szkoleń obie grupy pracowników są przyzwyczajone do tego, że „Na takich szkoleniach organizatorzy chcą coś sprzedać, udając że mówią o zdrowiu” (typową sytuacją na Łotwie jest sprzedaż witamin, suplementów diety, przyrządów do ćwiczeń itd.). Raczej niewielu respondentów przyznało, że brakuje im czasu na szkolenia (58% dobrze wykształconych i 45,8% gorzej wykształconych pracowników). Często wybierano także stwierdzenie, że takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, raz mówią na nich tak, innym razem inaczej (zob. Ryc. 20). Niewiele osób wybrało możliwość ośmieszenia się jako czynnik zniechęcający.

Ryc. 20: Zgadzam się z następującymi stwierdzeniami na temat szkoleń dotyczących zdrowia (w %)



\* 1 - Udział w takich szkoleniach ośmieszzałby mnie wśród moich znajomych, 2 - Dopóki jestem zdrowy, to mało mnie interesują takie szkolenia, 3 - Bez szkoleń sam najlepiej wiem, jak zadbać o swoje zdrowie, 4 - Takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, raz mówią na nich tak, innym razem inaczej, 5 - Brakuje mi czasu na takie szkolenia, 6 - Czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu, 7 - Na takich szkoleniach zazwyczaj chcą coś sprzedać, udając że mówią o zdrowiu.

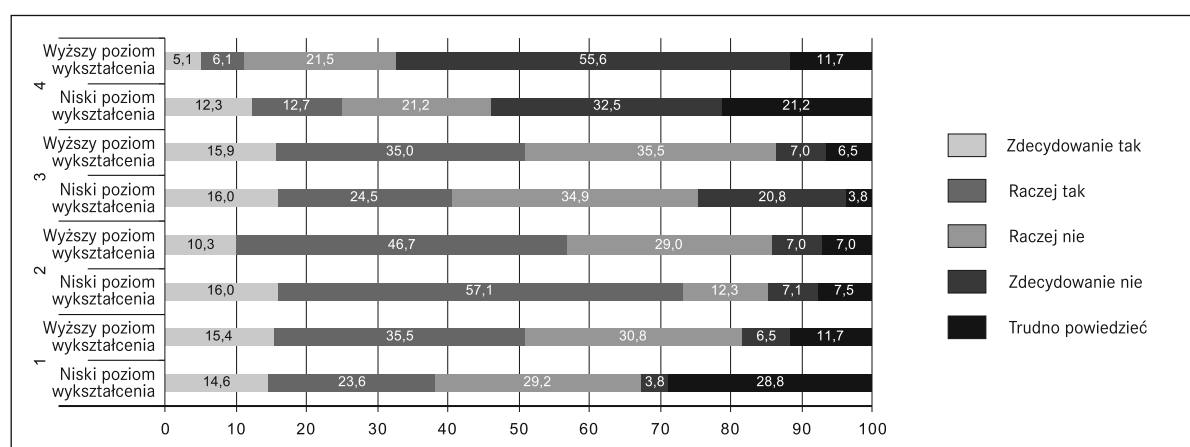
Co ciekawe i raczej zaskakujące, pracownicy łotewscy nie byli zbyt chętni do wskazania, czego powinno się uczyć ludzi, jeśli chodzi o zdrowie. Do najbardziej popularnych sugestii należą te bardzo tradycyjne tematy, jak picie mniejszej ilości alkoholu, palenie papierosów, a zaraz po nich uczestnictwo w badaniach i informowanie, co przysługuje osobom, gdy chcą się zbadać lub leczyć. Ciekawą różnicą w odpowiedziach było sugerowanie przez lepiej wykształcone osoby nauczania tego, jak radzić sobie ze stresem i by wykonywać częściej ćwiczenia fizyczne, na co osoby z niższym wykształceniem nie zwracały raczej uwagi.

Na Łotwie szczególnie typowe jest zachowanie ludzi, którzy w pracy nie przejmują się swoim stanem zdrowia, dopóki nie sprawia im ono poważnych problemów. Wielu pracowników nie widzi związku pomiędzy wykonywaną przez nich pracą a stanem zdrowia. Taką sytuację wyraźnie pokazuje Ryc. 21, w której widać, że 73,1% pracowników o niskim poziomie wykształcenia wybrało stwierdzenie - „Na co dzień często lekceważę zdrowie wykonując swoją pracę zawodową”. Taka opinia jest typowa dla nisko wykształconych osób, podczas gdy mniej (57%), osób z wyższym wykształceniem zgodziło się z tym zdaniem. Lepiej wykształceni pracownicy przyznali także, że są świadomi szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na zdrowie, w przeciwieństwie do nisko wykształconych pracowników (50,9% dobrze wykształconych i 38,2% gorzej wykształconych). Niestety, tylko około połowa dobrze wykształconych osób i mniej niż 40% pracowników o niskim poziomie wykształcenia stara się dowiadywać, w jaki sposób pracować, by uniknąć choroby, dolegliwości i wypadku.

Wyniki kwestionariusza zadają kłam powszechnej opinii, że w wielu przypadkach, szczególnie wśród słabiej wykształconych osób, współpracownicy nie są zbyt pomocni, gdy ktoś chce zmienić swój sposób postępowania na sprzyjający zdrowiu (np. chce rzucić palenie, stara się schudnąć lub wykonywać ćwiczenia fizyczne) - we wszystkich przypadkach pojawiło się bardzo niewiele odpowiedzi mówiących, że koledzy i koleżanki z pracy wyśmiewają takie próby i w większości dominowała odpowiedź (jeśli taka sytuacja ostatnio zaistniała), że raczej chcą oni pomóc.

Biorąc pod uwagę oczekiwania pracowników w stosunku do firmy, w której pracują, dotyczące poprawy warunków pracy i zdrowia, najczęściej wybierane odpowiedzi obejmowały bardzo znane na Łotwie popularne świadczenia, takie jak: darmowe szczepienia ochronne i możliwość korzystania z badań stanu zdrowia i leczenia. Dofinansowanie wypoczynku pracowników było też często wybieraną odpowiedzią. Dobrze wykształceni pracownicy wymienili również organizowanie zajęć sportowych i stwarzanie mniej stresujących warunków pracy.

Ryc. 21: Zgadzam się z powyższym stwierdzeniem (w %)



\* 1 - Wykonywana przeze mnie praca zawodowa i warunki w jakich się odbywa szkodzi mojemu zdrowiu, 2 - Na co dzień często lekceważę zdrowie, wykonując swoją pracę zawodową, 3 - Staram się dowiadywać jak najwięcej, w jaki sposób pracować, by uniknąć dolegliwości, choroby, wypadku, 4 - Warto przestrzegać tylko tych przepisów BHP, za łamanie których można zostać ukaranym.

## 6. Podsumowanie

Zgodnie z badaniem krajowym około 45% wszystkich respondentów uważa, że ich sytuacja zdrowotna jest dobra, co koresponduje z danymi pochodzącymi z innych badań. Jednak blisko 20% osób cierpi na przewlekłe schorzenia bądź doznało urazów prowadzących do problemów zdrowotnych; tu nie ma istotnych różnic pomiędzy pracownikami z różnych grup edukacyjnych.

Stosunkowo niewielki procent (około połowa dobrze wykształconych i tylko jedna trzecia słabiej wykształconych) respondentów uważa, że ich wiedza na temat zdrowia jest dobra; większość z nich chciałoby wiedzieć więcej. Znajduje to potwierdzenie w badaniu, w którym ankietowani potrafili odpowiedzieć poprawnie na stosunkowo proste pytania mające na celu sprawdzenie ich wiedzy o zdrowiu, lecz już z trudniejszymi pytaniami nie radzili sobie tak dobrze.

Tradycyjne sposoby szkolenia, takie jak uczestnictwo w konkursach czy festynach promujących zdrowy styl życia, wydają się być skuteczne w przypadku osób o niskim poziomie wykształcenia, podczas gdy spotkania w cztery oczy, czytanie i oglądanie w TV albo słuchanie w radio audycji o zdrowiu przemawia raczej do lepiej wykształconych osób.

Nieodpłatny wstęp i możliwość otrzymania czegoś za darmo (np. masażu) to czynniki, które najbardziej zachęcają ludzi do wzięcia udziału w szkoleniach, a tradycyjne ulotki straciły już popularność, jeśli chodzi o społeczeństwo łotewskie.

Dla populacji zbadanej konieczność zapłaty za udział w szkoleniu albo jego zbyt długi czas trwania należą do najbardziej zniechęcających czynników. Dla nisko wykształconych pracowników szczególnie odstraszało zainteresowanie prowadzących poziomem wiedzy uczestników i obawa przed koniecznością zabrania głosu w obecności grupy osób.

Wygląda także na to, że pracownicy łotewscy są raczej sceptyczni, jeśli chodzi o szkolenia dotyczące zdrowia, gdyż prawdopodobnie spotkali się z sytuacją, gdy podczas szkolenia organizatorzy próbowali coś sprzedać, udając że mówią o zdrowiu.

Ponadto, współpracownicy powinni być zaangażowani w interwencje pomagające w zmianie przyzwyczajeń zdrowotnych, gdyż zaskakująco wielu respondentów wskazało na ich pomocną rolę.

Palenie i picie alkoholu należą do najbardziej popularnych tematów, które pracownicy sami zaproponowaliby na szkoleniu, podobnie jak ćwiczenia mające na celu poprawę badań zdrowotnych. Stres nie jest tematem zainteresowań pracowników o niskim poziomie wykształcenia, w przeciwieństwie do osób dobrze wykształconych.



Jeśli chodzi o zdrowie w miejscu pracy, bardzo niewiele osób jest zainteresowanych poznaniem sposobów jak pracować bezpieczniej i raczej wielu z nich jest przyzwyczajonych do tego, iż nie dbają o swoje zdrowie, wykonując pracę zawodową.

Darmowe szczepienia oraz świadczenia medyczne prawdopodobnie wciąż są najbardziej oczekiwanym przez pracowników działaniem na rzecz zdrowia realizowanym z inicjatywy danej firmy i mogą zachęcić do udziału w szkoleniach na temat tego, jak zdrowo żyć.

## **Bibliografia**

1. Central Bureau of Statistics: Survey of health of Latvian inhabitants, Riga 2008. Dostępny na stronie w języku łotewskim: [http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc\\_cat=471&id=10914](http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc_cat=471&id=10914)
2. Niederlander E.: Causes of death in the EU. Statistics in focus. Population and Social Conditions. Eurostat 2006. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF)
3. Pudule I., Villeruša A., Grīnberga D., Velika B., Tilgale N., Dzērve V. i wsp.: Health Behaviour among Latvian Adult Population. Veselības Ekonomikas Centrs, Riga 2008. . Dostępny na stronie: [http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt\\_1\\_dala.pdf](http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt_1_dala.pdf)
4. SKDS: Sport habits of Latvian inhabitants, Riga 2007. Dostępny na stronie w języku łotewskim: [http://izm.izm.gov.lv/upload\\_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf](http://izm.izm.gov.lv/upload_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf)

# 11. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład polski

*Elżbieta Korzeniowska*

## 1. Wstęp

Analizując okres ostatnich dwudziestu lat obserwujemy w Polsce gruntowne przemiany struktury wykształcenia społeczeństwa, w tym w populacji pracujących. Na podobnym poziomie utrzymuje się ilość osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (rząd ok. 30%), istotne zmiany nastąpiły natomiast w skrajnych poziomach wykształcenia polskich pracowników. Polegają one na zmniejszeniu się odsetka osób z wykształceniem niższym niż zasadnicze – z 33% do 10% oraz zwiększeniu tych z wykształceniem wyższym – z 10% do 22%. Ponadto niewielki wzrost nastąpił, jeśli idzie o średni poziom, bo z 30% do 38% (Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, 1993; Rocznik Demograficzny, 2006; Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, 2008). Zatem aktualnie mamy o wiele lepiej wykształconą zbiorowość pracowników, gdyż 60% ma co najmniej średnie wykształcenie, a tylko 40% nie osiąga tego poziomu, podczas gdy 20 lat temu ta proporcja była dokładnie odwrotna. Jest to jakościowo zupełnie nowa sytuacja, ogólnie rzecz biorąc wysoce pozytywna, tym niemniej może pociągać za sobą spadek znaczenia zbiorowości mniej wyedukowanej w działaniach polityki państwa, w tym w sferze zdrowia i pracy. Groźba ta jest szczególnie realna gdy idzie o osoby z podstawowym wykształceniem, które stanowią już tylko 10% populacji pracowników i tym samym stają się marginalną grupą docelową (grupą interesu).

Od pojawienia się tzw. The Black Report (1980) niski poziom wykształcenia (oraz dochodów) powszechnie uznawany jest za predyktor niedostatecznej znajomości problematyki zdrowia, mniejszej dbałości o nie, a w konsekwencji gorszego stanu zdrowia osób należących do tego rodzaju kategorii socjologicznej. Jeśli idzie o społeczeństwo polskie relacje pomiędzy poziomem wykształcenia a zdrowiem i jego determinantami analizowane są dopiero właściwie od lat 90.<sup>1</sup> Przeprowadzona w ich połowie diagnoza powiązań pomiędzy wykształceniem a zachowaniami zdrowotnymi (w oparciu o dane CBOS, IFiS PAN, GUS oraz PBS) wykazała, że wyższy poziom wykształcenia przekładał się m.in. na zdrowszy sposób odżywiania, częstsze podejmowanie aktywności fizycznej, spadek odsetka osób palących i wzrost tych, które palenie rzuciły (Ostrowska, 1999). Późniejsze (prowadzone od 2002 roku) reprezentatywne ogólnopolskie badania w ramach programów dotyczących chorób układu krążenia (NATPOL PLUS, WOBASZ), stwierdzały np. gorsze parametry stanu zdrowia wśród niżej wykształconych (np. częstszą otyłość oraz nadwagę), niższy poziom wiedzy na temat możliwości zapobiegania nadciśnieniu czy jego powikłaniom oraz mniej zdrowy sposób odżywiania (Kwaśniewska i wsp., 2007)<sup>2</sup>. Wyniki tzw. Diagnozy Społecznej, prowadzonej na reprezentatywnej próbie Polaków w 2000, 2003, 2005 i 2007 r. wskazują, że niższe wykształcenie powiązane jest z częstszym korzystaniem z opieki zdrowotnej, paleniem tytoniu, spożywaniem alkoholu ([www.diagnoza.com](http://www.diagnoza.com)). Jeśli idzie o pracowników, to podobne tendencje potwierdzają cykliczne badania IMP w Łodzi m.in. z 1988, 2002 i 2007 r. Ich rezultaty dowodzą, że gorsze wykształcenie wiąże się z mniejszą aktywnością fizyczną, częstszym paleniem

<sup>1</sup> Wcześniej tego rodzaju analizy dotyczyły np. tylko zachowań medycznych (Titkow, 1976) czy mieszkańców Warszawy (POL-MONICA-1983).

<sup>2</sup> Zbiór artykułów na temat wyników WOBASZ znajduje się też w *Kardiologii Polskiej* 2005; 63.

tytoniu i pić alkoholu oraz gorszym sposobem odżywiania (Gniazdowski, 1990; Korzeniowska, 2004; Korzeniowska, 2008). Ponadto osoby takie poświęcają mniej uwagi sprawom zdrowia w ramach swojej refleksji, są mniej zadowolone ze swojej kondycji zdrowotnej i rzadziej wiążą przyszłe zmiany w zakresie zdrowia z tym, czy o nie dbają. Niższy poziom wykształcenia koreluje też częściej z brakiem zainteresowania zamieszczanymi w mediach informacjami o tym jak unikać chorób lub lepiej dbać o zdrowie oraz poczuciem, że przekazy tego rodzaju są trudne do zrozumienia (Korzeniowska, 2008).

Zilustrowane powyżej zjawiska świadczą o tym, iż polscy pracownicy o niskim poziomie wykształcenia są zbiorowością zagrożoną zjawiskiem wykluczenia społecznego w sferze zdrowia, a w konsekwencji tego mogą mieć gorszą pozycję na rynku pracy, co wskazuje na pilną potrzebę rozszerzania zasięgu działań mających na celu wyrównywanie ich szans. Jednym ze sposobów osiągnięcia tak zarysowanego celu może być właściwie prowadzona edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, a to z kolei oznacza uwzględnienie w o wiele większym zakresie niż dotychczas specyficznych sposobów myślenia i postępowania względem zdrowia tej grupy, jako bazy do tworzenia efektywnych projektów tego rodzaju.

Tymczasem mamy do czynienia z sytuacją, w której przedsięwzięcia prozdrowotne adresowane są do wszystkich (co powoduje ryzyko, że w gruncie rzeczy nie będą skierowane do nikogo) lub do zbiorowości wyżej usytuowanych w strukturze społecznej. Na przykład wg danych Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy (KCPZwMP IMP) w Łodzi z 2002 r. szereg działań w ramach programów prozdrowotnych w przedsiębiorstwach w Polsce adresowanych jest np. do kadry kierowniczej (Korzeniowska, 2004). Masowe kampanie edukacyjne prowadzone są w sposób wymagający odbiorcy sprawnie posługującego się tekstami pisanymi i dobrym rozumieniem przekazów informacyjnych. Nawet informacje dotyczące produktów leczniczych nie są dostosowane do możliwości percepcyjnych mało wykształconego klienta (Cianciara, 2006). Promocja zdrowia krytykowana jest jako strategia petryfikująca lub nawet zwiększająca nierówności w zdrowiu (Słońska, 2005).

Celem niniejszego rozdziału jest charakterystyka polskich pracowników o niskim poziomie wykształcenia jako grupy docelowej oddziaływań edukacji i promocji zdrowia, w tym ich wymiarze, który dotyczy kształtowania prozdrowotnych zachowań (także na tle innych krajów, uczestników projektu, opisywanego w tym opracowaniu). Przedstawione zostaną zatem wybrane ich potrzeby, które warunkują odbiór i akceptację bądź odrzucenie propozycji zawartych w projektach tego rodzaju, identyfikowane w oparciu o dane subiektywne i obiektywne. Prezentowany „portret” takiego adresata zawiera następujące elementy: autoocenę stanu zdrowia, poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, sposób postępowania względem zdrowia, subiektywną ocenę posiadanej wiedzy nt. tego jak dbać o zdrowie i gotowość do jej doskonalenia w kontekście obiektywnego poziomu znajomości wybranych treści edukacji zdrowotnej (tzw. health literacy) oraz preferencje dotyczące działań prozdrowotnych (w tym w miejscu pracy).

Podstawą do opracowania takiej charakterystyki są dane zgromadzone za pośrednictwem wywiadu kwestionariuszowego przeprowadzonego z 405 pracownikami, urodzonymi pomiędzy 1955 a 1984 r., reprezentującymi w równych częściach cztery grupy wykształcenia: podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie lub pomaturalne i wyższe. Połowę badanych stanowiły kobiety, połowę mężczyźni. Specyfiki osób nisko wykształconych, do których zaliczono absolwentów szkół podstawowych i zasadniczych zawodowych, poszukiwano porównując ich do tych z co najmniej średnim wykształceniem.

## **2. Zdrowie w codziennej refleksji nisko wykształconych pracujących w Polsce**

Wcześniejsze badania KCPZwMP IMP w Łodzi wykazały, że nisko wykształceni pracownicy w Polsce nie zastanawiają się czym jest zdrowie, jaki jest jego stan, ani co robić, jeśli nic złego się z nim nie dzieje (zjawisko określane przez C. Herzlich jako tzw. zdrowie w próżni). W referowanej tu diagnozie zwrócono zatem uwagę na subiektywną ocenę stanu zdrowia. Okazało się, że tylko co około drugi gorzej wykształcony pracownik uważał, że jest dobrego zdrowia, podczas gdy sądziło tak o sobie 73% wśród lepiej wykształconych. Dwa razy więcej badanych z niższym wykształceniem (41% do 22%) było zdania, że często im coś dokucza, chociaż nie są to poważne dolegliwości<sup>3</sup>. Z tego punktu widzenia można zakładać,

<sup>3</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 2$ ,  $\chi^2$  (Chi-kwadrat Pearsona) = 20,4.

iż znaczna część pracowników o niskim poziomie wykształcenia może być potencjalnie otwarta na przedsięwzięcia prozdrowotne.

Istotnym zjawiskiem, które określa stosunek do zdrowia jednostki, w tym predeterminuje jej zainteresowanie rozwijaniem wiedzy czy kompetencji w tym zakresie jest również obecność w stylu myślenia refleksji na temat tego jaki jest jej osobisty wpływ na zdrowie – w tym specjalnie przekonanie, że jest on istotny. Okazało się, że nisko wykształceni pracownicy różnią się w tym względzie od tych, którzy są lepiej wyedukowani. Aż 45% z nich uważało się za osobę, która na co dzień nie myśli o zdrowiu, nie zwraca uwagi jak to, co robi, na nie wpływa (tak postrzegało siebie tylko 28% badanych z drugiej grupy). Ponadto tylko co około piąty uznał się za osobę, która chętnie słucha o tym, co robić dla zdrowia i często zastanawia się jak zdrowo żyć (w grupie kontrolnej co trzeci)<sup>4</sup>. Stwierdzono zatem wyraźną barierę w docieraniu do nisko wykształconych pracowników, gdyż znaczna część nie biorąc odpowiedzialności za stan własnego zdrowia może nie czuć się adresatem przekazów czy działań mających na celu prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. Sytuacja wśród polskich nisko wykształconych pracowników była ponadto gorsza pod tym względem niż wśród Łotyszy, Słoweńców czy Hiszpanów, gdzie co około trzeci na co dzień nie zastanawiał się nad wpływem własnego postępowania na zdrowie i nieco większy odsetek ankietowanych często myślał o tym, co robić, aby poprawić swój stan zdrowia (odpowiednio 21%, 32%, 31%, podczas gdy w Polsce 18%)<sup>5</sup>.

### 3. Sposób postępowania względem zdrowia

Ostatecznym celem edukacji i promocji zdrowia jest upowszechnianie prozdrowotnych zachowań wśród adresatów ich działań. Z tego punktu widzenia diagnoza sposobu, w jaki dana grupa docelowa traktuje własne zdrowie jest podstawową przesłanką planowania działań w ramach programów i strategii tego rodzaju. Okazało się, że niżej wykształceni pracownicy w sposób statystycznie istotny rzadziej realizowali cztery z pięciu analizowanych prozdrowotnych zachowań niż ci lepiej wykształceni, co widać w Tab.1. Pracownicy o podstawowym i zasadniczym zawodowym wykształceniu okazali się zatem zbiorowością mniej dbającą o własne zdrowie niż wyżej wykształceni, co oznacza iż szczególnie na nich powinny być nakierowane działania z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Tab. 1: Podejmowanie działań na rzecz zdrowia pracowników o różnym poziomie wykształcenia (w %)

Rodzaj podejmowanych działań	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
Unikanie lub ograniczanie spożywania tłuszczu	35	62
Codzienna dbałość o sprawność fizyczną	21	49
Systematyczne wykonywanie badań profilaktycznych	23	39
Starania by w najmniej szkodliwy sposób wypełniać obowiązki zawodowe	59	67
Próby picia wyłącznie małych ilości alkoholu lub zachowywania abstynencji	68	66

### 4. Poziom wiedzy na tematy zdrowia – aspekt subiektywny i obiektywny

Ważnym warunkiem wstępnym, wpływającym na zainteresowanie ofertą działań prozdrowotnych, jest subiektywna ocena posiadanej wiedzy w tym zakresie i potrzeba jej rozwijania. Okazało się, że wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia wyraźnie malał odsetek badanych, którzy uważali, iż bardzo dobrze lub dobrze wiedzą jak dbać o zdrowie (odpowiednio 79%, 61%, 40%, 29%)<sup>6</sup>, by w interesującej nas grupie

<sup>4</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 3$ ,  $\chi^2 = 28,0$ .

<sup>5</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 12$ ,  $\chi^2 = 113,7$ .

<sup>6</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 4$ ,  $\chi^2 = 41,7$ .

osiągnąć średni poziom około co trzeciej osoby. Ponadto tylko co trzeci taki respondent (36%) zadeklarował chęć doskonalenia takiej wiedzy, podczas gdy w grupie kontrolnej co drugi<sup>7</sup>. Zatem nisko wykształceni pracownicy wprawdzie krytyczniej oceniali zakres tego, co wiedzą na temat dbania o zdrowie, ale też rzadziej dostrzegali sens pogłębiania takiej wiedzy. Lepiej wykształceni pracownicy w większości byli zadowoleni ze swojej wiedzy, tym niemniej połowa z nich nadal chciała ją doskonalić. Co się tyczy sytuacji polskich nisko wykształconych pracowników na tle innych krajów, to krytycznie stan swojej wiedzy ocenił podobny odsetek badanych na Łotwie, za to Hiszpanie i Słoweńcy dwukrotnie częściej uważali, że jest ona na bardzo dobrym lub dobrym poziomie<sup>8</sup>. U nas też zaobserwowano najniższy wskaźnik potrzeby doskonalenia takiej wiedzy w odniesieniu do 48,5% na Słowenii, 55% na Łotwie i 71% w Hiszpanii<sup>9</sup>.

Próba zobiektywizowania potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej nisko wykształconych pracowników było sprawdzenie na ile poprawnie rozumieją oni terminy często wykorzystywane w przekazach tego rodzaju, czyli poziom tzw. health literacy (Iwanowicz, 2009). Ich zestaw obejmował: bierne palenie, profilaktykę, zdrowy styl życia, piramidę zdrowego żywienia, BMI (wskaźnik masy ciała), cholesterol. Respondenci wybierali jedno spośród trzech określeń, z którym kojarzył im się ten termin. W odniesieniu do: cholesterolu LDL, umiarkowanego wysiłku fizycznego, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, błonnika, wolnych rodników, antyoksydantów mieli za zadanie określić czy mają one pozytywny czy negatywny wpływ na zdrowie (Tab. 2).

Tab. 2: Prawidłowe odpowiedzi na temat pojęć używanych w przekazach edukacji zdrowotnej pracowników o różnym poziomie wykształcenia (w %)

Rodzaj pojęcia	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
Profilaktyka	90	95
Bierne palenie	93	96
Umiarkowany wysiłek fizyczny	88	90
Zdrowy styl życia	80	89
Cholesterol	74	91
Błonnik	69	91
BMI	65	88
Piramida zdrowego żywienia	65	89
Antyoksydanty	18	31
Wolne rodniki	23	49
Wielonienasycone kwasy tłuszczowe	25	46
Cholesterol LDL	43	52

Powszechnie poprawnie identyfikowane było w obu grupach wykształcenia znaczenie określeń takich jak: profilaktyka, bierne palenie, umiarkowany wysiłek fizyczny, zdrowy styl życia. W pozostałych analizowanych przypadkach nisko wykształceni pracownicy wypadli gorzej w tym swoistym teście wiedzy niż ci lepiej wyedukowani. Co piąty absolwent szkoły podstawowej lub zasadniczej nie miał świadomości czym jest cholesterol, a co około trzeci nie znał terminu „piramida zdrowego żywienia” ani nie słyszał o wskaźniku, dzięki któremu można sprawdzić czy ma się korzystną dla zdrowia wagę ciała. Podobnie wyglądała sytuacja, gdy przyszło im ocenić jak błonnik wpływa na zdrowie, a jeszcze gorzej, gdy mieli określić charakter wpływu na zdrowie cholesterolu LDL, antyoksydantów, wolnych rodników i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Zatem te często przywoływane w przekazach edukacyjnych terminy są praktycznie „nieczytelne” dla nisko wykształconych pracowników (na marginesie warto dodać, że także polska inteligencja legitymuje się słabą znajomością konsekwencji zdrowotnych, związanych z tymi terminami).

<sup>7</sup>  $p < 0,01$ ,  $df = 2$ ,  $\chi^2 = 13,3$ .

<sup>8</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 12$ ,  $\chi^2 = 113,6$ .

<sup>9</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 6$ ,  $\chi^2 = 69,5$ .

## 5. Postawy wobec edukacji zdrowotnej i preferowane jej formy

Kolejne z pytań, które stoją przed autorami przedsięwzięć z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dotyczy problemu za pomocą jakich źródeł dostarczać grupom docelowym wiedzę i umiejętności niezbędne do racjonalnego traktowania własnego zdrowia, a czasem i zdrowia innych. W Tab. 3 pokazano rozkład odpowiedzi na ten temat wśród lepiej i gorzej wykształconych pracowników.

Tab. 3: Preferowane źródła zdobywania wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem wśród pracowników o różnym poziomie wykształcenia (w %)

Rodzaj źródła	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
TV, radio	74	81
Ulotki, plakaty	56	58
Indywidualna porada	55	68
Artykuły w prasie	51	72
Poradniki	44	66
Festyny	40	47
Konkursy, akcje	40	40
Internet	37	76
Warsztaty	37	53
Wykłady	27	44

Najczęściej uznawanym (bo przez ponad trzy czwarte wszystkich badanych) sposobem zdobywania wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia, było oglądanie telewizji i słuchanie radia. Podobny poziom zainteresowania (choć już mniejszy) u osób o różnym poziomie wykształcenia wystąpił też w przypadku: ulotek i plakatów, organizowaniu akcji, konkursów z nagrodami i festynów oraz indywidualnych spotkań ze specjalistami radzącymi jak dbać o zdrowie<sup>10</sup>. Zatem te sposoby przekazywania informacji na temat zdrowia mają podobną skuteczność w przypadku lepiej i gorzej wykształconych pracowników. Gdy idzie o nisko wyedukowanych, gorszą skuteczność mają: artykuły w prasie, poradniki, Internet, wykłady i warsztaty<sup>11</sup> (szczególnie te trzy ostatnie, gdyż za ich pośrednictwem można dotrzeć tylko do co około trzeciego tego rodzaju odbiorcy). Zresztą polscy nisko wykształceni pracownicy mają najsilniejszą awersję do wykładów w porównaniu do innych krajów, uczestniczących w projekcie (np. Słoweńcy i Hiszpanie prawie dwukrotnie mniejszą)<sup>12</sup>.

Jeśli idzie o treści, których – zdaniem badanych – powinno się uczyć ludzi w naszym kraju, to obie grupy pracowników – lepiej i gorzej wykształcona – miały podobną opinię. Najczęściej wskazywali kwestie: zdrowego odżywiania, palenia tytoniu (na poziomie około 40% respondentów), konsumpcji alkoholu i radzenia sobie ze stresem (około 30%).

Co się tyczy programów prozdrowotnych, organizowanych przez zakłady pracy, to gorzej i lepiej wykształceni pracownicy mieli w zasadzie takie same oczekiwania. Najczęściej – bo co około drugi – chciał, by firma sponsorowała badania stanu jego zdrowia i leczenie. Tylko nieco mniejszy odsetek, by troszczyła się o bezpieczeństwo i wygodę na stanowisku pracy, w większym zakresie niż wymaga tego prawo. Co niespełna trzeci oczekiwał dofinansowania swojego wypoczynku i szczepień ochronnych, a co około piąty – troski ze strony kierownictwa, by praca była mniej stresująca. Tylko mniej niż co dziesiąty wskazał, że zakład mógłby organizować pogadanki i rozdawać ulotki na temat tego, jak dbać o zdrowie, zapraszać na zajęcia na temat picia alkoholu czy pomagać w zrywaniu z nałogiem palenia papierosów.

<sup>10</sup> Brak istotnych statystycznie zależności pomiędzy poziomem wykształcenia a preferowanym źródłem.

<sup>11</sup> Odpowiednio:  $p < 0,01$ ,  $df = 4$ ,  $\chi^2 = 18,1$ ;  $p < 0,001$ ,  $df = 4$ ,  $\chi^2 = 21,7$ ;  $p < 0,0001$ ,  $df = 4$ ,  $\chi^2 = 67,6$ ;  $p < 0,001$ ,  $df = 4$ ,  $\chi^2 = 19,3$ ;  $p < 0,01$ ,  $df = 4$ ,  $\chi^2 = 16,5$ .

<sup>12</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 12$ ,  $\chi^2 = 113,9$ .



Przedsięwzięcia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia są często realizowane z uwzględnieniem różnego typu szkoleń. Ich znaczenie trudno przecenić w sytuacji, gdy chce się dostarczyć wiedzę, wykraczającą poza poziom haseł lub podstawowych informacji albo udoskonalić jakieś konkretne umiejętności grupy docelowej. Wyzwaniem dla twórców programów edukacji i promocji zdrowia jest jednak to, jak spowodować by ludzie w nich uczestniczyli. W referowanym tu badaniu ustalono jakie jest ogólne nastawienie do takich szkoleń, co zachęca, a co odstrasza od wzięcia w nich udziału i jakie są preferencje co do prowadzących takie szkolenia.

Okazało się, że 42% nisko i 31% lepiej wykształconych pracowników było zdania<sup>13</sup>, że bez szkoleń sami wiedzą jak zadbać o własne zdrowie, co sugeruje że negują sensowność tego rodzaju przedsięwzięć. Natomiast z tezą, że „dopóki jestem zdrowy to mało mnie interesują takie szkolenia” zgodził się co około drugi gorzej wykształcony i co około trzeci lepiej (odpowiednio 53% i 35%)<sup>14</sup>. Tym samym przeprowadzona diagnoza wykazała istnienie poważnego problemu w sposobie myślenia pracowników nisko wykształconych o szkoleniach poświęconych tematyce zdrowia, jakim jest negowanie przez ponad 40% badanych sensu takich szkoleń bądź niebranie pod uwagę uczestnictwa w nich (u ok. co drugiego badanego) do momentu, gdy z ich zdrowiem będzie się działo coś złego. Ponadto obie te opinie występowały wśród nisko wykształconych pracowników w Polsce w największym nasileniu, w porównaniu do innych badanych krajów<sup>15</sup>.

Co się tyczy rozpowszechnienia różnego typu obaw dotyczących szkoleń, to przeświadczenie, że lepiej mniej wiedzieć na temat swojego zdrowia w sposób statystycznie istotny częściej towarzyszyło gorzej wykształconym pracownikom (56%) – bo co około drugiemu – niż lepiej wykształconym, gdzie występowało u co trzeciego (33%)<sup>16</sup>. Podobna sytuacja wystąpiła w kwestii opinii, iż szkolenia te wprowadzają zamęt w głowie, bo podawane tam są sprzeczne informacje. Znowu ponad połowa badanych gorzej wykształconych i co około trzeci lepiej miała takie zdanie<sup>17</sup>. Gorzej wykształceni respondenci częściej także podejrzewali, że pod hasłem zdrowia organizowane są spotkania, których prawdziwym celem jest sprzedaż jakichś produktów. Takie obawy wyraziło 58% z nich, podczas gdy z grupy kontrolnej 42%<sup>18</sup>. Poziom edukacji nie różnicował natomiast dużego rozpowszechnienia narzekania na brak czasu na takie szkolenia, które zadeklarowało około trzy czwarte wszystkich badanych. Warto też zaznaczyć, że jeśli idzie o wyłącznie nisko wykształconych, to ci z Polski najczęściej zgłaszali ten problem (79% z nich). Wśród Łotyszy stanowiło to 58%, Słoweńców – 49%, Hiszpanów – 41%. Zatem to przede wszystkim naszym absolwentom szkół podstawowych i zasadniczych zawodowych brakuje czasu na szkolenia dotyczące zdrowia<sup>19</sup>.

Reasumując – pracownicy z podstawowym i zasadniczym zawodowym wykształceniem wykazali gorsze nastawienie do szkoleń dotyczących zdrowia niż absolwenci szkół średnich i wyższych. Częściej byli zdania, że: bez szkoleń sami najlepiej wiedzą jak dbać o zdrowie, że lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu albo nie zajmować się tymi kwestiami, póki ze zdrowiem nic złego się nie dzieje, nie mieli zaufania do propagowanych tam treści, a nawet podejrzewali, że w gruncie rzeczy idzie o sprzedaż jakichś produktów. Zatem nie tylko badana grupa okazała się mniej przekonana co do sensu takich szkoleń, ale także jej członkowie żywili więcej obaw z nimi związanych.

Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jest nakierowana przede wszystkim na takich ludzi, którzy sami nie odczuwają potrzeby albo nie potrafią rozwijać swojej wiedzy i umiejętności dbania o zdrowie. Oznacza to często konieczność nie tylko przygotowania najlepszych jakościowo form i treści programów czy kampanii tego rodzaju, ale również zaprojektowania i przeprowadzenia przedsięwzięć, które mają zachęcić potencjalnych adresatów do zainteresowania się nimi, przyciągnąć ich uwagę albo/i unikać takich, które mogłyby ich zdemobilizować, odstraszyć. W Tab. 4 przedstawiono opinie badanych na temat tego rodzaju działań, często stosowanych w praktyce.

<sup>13</sup> Nie wystąpiła tu zależność statystycznie istotna.

<sup>14</sup>  $p < 0,001$ ,  $df = 2$ ,  $\chi^2 = 17,9$ .

<sup>15</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 6$ ,  $\chi^2 = 52,6$ ;  $p < 0,0001$ ,  $df = 6$ ,  $\chi^2 = 59,1$ .

<sup>16</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 2$ ,  $\chi^2 = 22,8$ .

<sup>17</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 2$ ,  $\chi^2 = 23,1$ .

<sup>18</sup>  $p < 0,01$ ,  $df = 2$ ,  $\chi^2 = 10,4$ .

<sup>19</sup>  $p < 0,0001$ ,  $df = 6$ ,  $\chi^2 = 84,2$ .

Tab. 4: Czynniki motywujące do udziału w szkoleniach na temat zdrowia pracowników o różnym poziomie wykształcenia (w %)

Rodzaj motywatora	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
Wstęp bez opłaty	73	78
Honorarium dla uczestnika	73	65
Zabieg dla zdrowia w trakcie	71	83
Przeprowadzone godzinach pracy	72	64
Badanie stanu zdrowia w trakcie	70	80
Drobny upominek	65	61
Możliwość uzyskania odpowiedzi na własne pytania	65	78
Przećwiczenie czegoś przy pomocy eksperta	64	75
Udział w losowaniu nagród	58	51
Poczęstunek	51	45
Możliwość wymiany opinii, doświadczeń	48	59
Zaświadczenie, dyplom ukończenia szkolenia	48	57
Ulotki, broszury dla uczestników	44	48
Możliwość wystąpienia w mediach jako uczestnik szkolenia	31	25

Okazało się, że pracownicy o niskim poziomie wykształcenia nie różnili się od tych lepiej wykształconych<sup>20</sup>. Najsilniejszą funkcję motywującą spełniał wolny wstęp na szkolenia. Co ciekawe badani często optowali też by im płać za uczestnictwo. Istotną zachętę stanowiła również możliwość skorzystania w ramach szkolenia z jakiejś usługi prozdrowotnej, np. masażu lub kontroli stanu zdrowia (np. badanie poziomu cukru we krwi czy ciśnienia), a także organizowanie ich w czasie pracy, przez zakład pracy.

W Tab. 5 zilustrowane są czynniki, które uznane zostały przez badane grupy za zniechęcające do uczestnictwa w szkoleniach na tematy zdrowia.

Tab. 5: Czynniki demotywujące do uczestniczenia w szkoleniach o zdrowiu (w %)

Rodzaj demotyatora	Pracownicy nisko wykształceni	Pracownicy lepiej wykształceni
Opłata za udział, wstęp	90	85
Czas trwania dłuższy niż 2. godz.	72	66
Udział w teście sprawdzającym wiedzę	58	33
Konieczność publicznego zabierania głosu	52	33
Treść zawierająca zakazy, straszenie	51	29
Treść trudna do praktycznego zastosowania	45	23
Obawa, że pracodawca zostanie poinformowany o stanie zdrowia uczestnika	39	22
Treści trudne do zrozumienia	38	22
Badanie stanu zdrowia przy okazji kursu	31	19

Okazało się, że przedstawiciele badanej grupy o wiele bardziej różnili się od grupy kontrolnej niż wówczas gdy, eksplorowano czynniki zachęcające. Tylko konieczność zapłacenia za uczestnictwo w takim kursie i zbyt długie jego trwanie, a także obawa, że przy okazji zbadany będzie stan zdrowia, wybierane były przez lepiej i gorzej wykształconych pracowników podobnie często – przy czym dwie

<sup>20</sup> Statystycznie istotna, ale słaba różnica wystąpiła tylko w wypadku zaświadczeń i dyplomów ukończenia szkolenia.

wymienione jako pierwsze sytuacje były prawie powszechnie wskazywanymi barierami, a trzecia należała do najrzadziej wybieranych.

Absolwenci szkół podstawowych i zasadniczych zawodowych statystycznie istotnie częściej deklarowali, że nie wzięliby udziału w szkoleniu, na którym musieliby wypełniać test, zabierać publicznie głos oraz gdyby spodziewali się, że treści szkolenia zawierać będą jakieś zakazy albo wywoływać lęk. Obawiała się tego około połowa z nich, podczas gdy w grupie kontrolnej tylko mniej więcej co trzeci. Blisko połowa gorzej wykształconych pracowników nie wzięłaby też udziału w szkoleniu, które dostarczałoby wiedzy trudnej do zastosowania w życiu, a tylko nieznacznie mniej w takim, który porusza kwestie trudne do zrozumienia (w takiej sytuacji zrezygnowałby tylko co około piąty lepiej wykształcony). Niższy poziom edukacji sprzyjał też obawom, że za pomocą szkoleń dane na temat stanu zdrowia mogą docierać do pracodawcy<sup>21</sup>.

Preferencje dotyczące nadawcy przekazów na szkoleniach dotyczących zdrowia były podobne wśród obu grup pracowników. Jedyna istotna statystycznie różnica dotyczyła gotowości uczenia się od kogoś, kto skutecznie poradził sobie z jakimś problemem w sferze zdrowia, nie była ona jednak znacząca. Tego typu nadawcę częściej akceptowali lepiej wykształceni (bo około co trzeci), podczas gdy wśród gorzej wykształconych tylko co niespełna czwarty<sup>22</sup>. Ogólnie rzecz biorąc okazało się, że największa część pracowników (bo około co drugi) oczekuje, by w takiej roli występowały osoby o przygotowaniu zawodowym w zakresie problematyki zdrowia – lekarze, pielęgniarki, psychologowie. Inni potencjalni nadawcy (ekspert o znanym nazwisku, celebryta, przedstawiciel medycyny alternatywnej, osoba duchowna) uzyskali znacząco mniej wskazań.

## **6. Podsumowanie uzyskanych wyników i wnioski dla edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia**

Okazało się, a właściwie po raz kolejny potwierdziło<sup>23</sup>, że polscy pracownicy o podstawowym i zasadniczym wykształceniu różnią się in minus swoim ogólnym nastawieniem do zdrowia, a właściwie do kwestii dbania o nie, w stosunku do tych, którzy dalej kontynuowali naukę. Rzadziej wprowadzają prozdrowotne zmiany np. w sposób odżywiania, mniej troszczą się na co dzień o sprawność fizyczną, w większej ilości przypadków nie kontrolują systematycznie swojego stanu zdrowia. Ponadto aż połowa z nich na co dzień nie myśli o tym, jak sposób, w jaki postępują, wpływa na ich zdrowie, a tylko co piąty chętnie słucha co robić i zastanawia się nad tym, jak zdrowiej żyć. Kwestie tego rodzaju są zatem rzadko obecne w polu ich świadomości. Dla około co drugiego z nich dopiero choroba wyzwala np. zainteresowanie szkoleniami dotyczącymi zdrowia.

Jeśli idzie o ocenę własnej wiedzy na temat tego jak dbać o zdrowie, dość powszechnie, bo trzech z czterech tego typu badanych, przyznaje, że jest ona zaledwie dostateczna, a nawet niedostateczna i równocześnie tylko co około trzeci odczuwa potrzebę jej rozwijania. Postawę tę można wyrazić słowami: „Nie wiem dużo na temat tego jak troszczyć się o swoje zdrowie, ale wystarcza mi to co wiem” (wśród lepiej wykształconych: „Moja wiedza jest dobra i chcę ją rozwijać”). Prawdziwym wyzwaniem jest interpretacja takiego nastawienia. Nie można go uznać po prostu (albo wyłącznie) za przejaw lekceważenia zdrowia. Wydaje się bowiem, że dość krytyczna (i trafna w świetle ustaleń poziomu tzw. health literacy badanych<sup>24</sup>) ocena stanu własnej wiedzy może wskazywać, że zdrowie ma znaczenie (o czym zresztą zdają się świadczyć ustalenia innych badań na temat wartości zdrowia w społeczeństwie polskim; Puchalski, 2009). Pogłębionej analizy wymaga też zrozumienie dlaczego chcą poprzestać na tym co wiedzą, jeśli nie oceniają tego dobrze. W ponad 40% przypadków przyczyną przekonania „Wystarczy mi to, co wiem” może być pogląd „Sam najlepiej wiem, jak zadbać o swoje zdrowie” i tu sytuacja jest dość jasna. Natomiast pojawia się pytanie czy w pozostałych przypadkach nie mamy do czynienia z opinią typu „Musi mi wystarczyć”. Za taką interpretacją przemawiają stwierdzone przejawy:

<sup>21</sup> We wszystkich przypadkach  $p < 0,0001$ ,  $df = 2$ , a  $\chi^2$  odpowiednio 32,7; 22,1; 22,7; 28,9; 14,2; 28,5.

<sup>22</sup>  $p < 0,01$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 8,2$ .

<sup>23</sup> O ustaleniach z wcześniejszych badań KCPZwMP IMP w Łodzi była mowa wcześniej.

<sup>24</sup> Wystąpiły statystycznie istotne zależności przy  $p < 0,0001$  pomiędzy autooceną stanu zdrowia a wiedzą na temat tego czym jest np. piramida zdrowego żywienia, cholesterol, czy znajomością wpływu na zdrowie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, cholesterolu LDL, wolnych rodników.

- a) lęku,
- b) uogólnionej nieufności wobec tego, czego się naucza,
- c) wycofania czy braku wiary w możliwość udoskonalenia własnej wiedzy.

Jeśli idzie o lęk, to ponad połowa badanych o niskim poziomie wykształcenia wyrażała przekonanie, że czasem lepiej mniej wiedzieć o swoim zdrowiu. Może on mieć swe źródło przede wszystkim w krytycznej ocenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym możliwości uzyskania pomocy, w przypadku choroby<sup>25</sup>. Co do zgeneralizowanej nieufności/podejrzliwości, to jej wskaźnikiem jest np. obawa blisko 60% respondentów z podstawowym i zasadniczym wykształceniem o to, że szkolenia na temat zdrowia to tylko pretekst do sprzedaży jakichś produktów. Krytyczny stosunek do edukacji zdrowotnej ilustrują opinie co około drugiego pracownika o niskim poziomie wykształcenia, że w ramach szkoleń tego rodzaju podawane są sprzeczne informacje („Raz mówią tak, raz inaczej”), treści trudne do praktycznego zastosowania oraz takie, które budzą niepokój albo stanowią formę zakazów. U co trzeciego wystąpił też niepokój, że będą trudne do zrozumienia. Taki stosunek do szkoleń na temat zdrowia może oczywiście po części być przenoszony z wcześniejszych doświadczeń nauki w szkole, a nie wywodzić się z krytycznej oceny przedsięwzięć prozdrowotnych, tym niemniej trzeba brać go pod uwagę. Reasumując – można domniemywać, że nie wszyscy z grupy trzech czwartych nisko wykształconych pracowników deklarujących, że wystarcza im posiadana wiedza, są tak jednoznacznie przeciwko pogłębianiu swojej znajomości tego tematu.

Analiza szczegółowych preferencji, dotyczących źródeł, za pośrednictwem których nisko wykształceni pracownicy chcą być informowani w kwestiach związanych z dbałością o zdrowie wykazała, że trzy czwarte z nich optuje za programami tego rodzaju w radio i TV, a ponad połowa za tym, by miały one postać plakatów, ulotek, artykułów w prasie lub indywidualnych porad udzielanych przez specjalistów. Zatem przede wszystkim widzą się oni w roli adresatów przekazów medialnych i kampanii edukacyjnych. Drugie źródło wiedzy postrzegają w poradach „w cztery oczy”, np. udzielanych przez dietetyków, psychologów. Można więc uznać, że pracownicy z badanej grupy wydają się być w stosunku do tych z grupy kontrolnej (którzy oprócz mediów najczęściej wskazywali Internet, prasę, poradniki) nastawieni bardziej na bierny odbiór, „przy okazji” słuchania radia, oglądania telewizji, billboardów, plakatów oraz porady „w cztery oczy”, być może kojarzone jakoś z wizytami u lekarza. Obie zbiorowości natomiast podobnie i bardzo rzadko postrzegają zakłady pracy w roli nadawców wiedzy czy kreatora umiejętności dbania o zdrowie. Widzą w nich natomiast organizatora ponadstandardowych działań na rzecz bezpieczeństwa i wygody, minimalizowania stresu na stanowiskach pracy oraz sponsora usług medycznych (badań i leczenia) i rekreacyjnych.

Zachętą do uczestniczenia w szkoleniach poświęconych problematyce dbania o zdrowie jest przede wszystkim (bo dla około trzech czwartych nisko wykształconych pracowników) ich nieodpłatność, odbywanie się w czasie godzin pracy oraz możliwość skorzystania z jakiegoś zabiegu dla zdrowia lub badania jego stanu, przy okazji uczestniczenia w takich przedsięwzięciach. Co dość zaskakujące na podobnie wysokim poziomie pojawiła się gotowość przyjmowania pieniędzy za fakt, że jest się ich uczestnikiem.

Czynnikami zniechęcającymi do udziału w szkoleniach tego rodzaju dla co około drugiego absolwenta szkoły podstawowej lub zasadniczej zawodowej jest konieczność udzielania odpowiedzi na pytania jakiegoś testu czy zabierania publicznie głosu. Niższy poziom edukacji sprzyjał też obawom, że za pomocą szkoleń dane na temat ich stanu zdrowia mogą docierać do pracodawcy.

Jeśli idzie o nadawców przekazów prozdrowotnych to najczęściej pracownicy o niskim poziomie wykształcenia w Polsce (ok. 40% z nich) wybierali specjalistów, tzn. lekarzy, pielęgniarki, położne, ewentualnie innych kojarzonych ze zdrowiem tj. np. psychologa, dietetyka, fizjoterapeutę. Czterokrotnie rzadziej widzieli w tej roli np. celebrytów, pięciokrotnie – przedstawicieli medycyny alternatywnej. Zatem subiektywnie prawo, a pewnie i kompetencje do prowadzenia tego rodzaju działalności przyznawane były przede wszystkim przedstawicielom zawodów medycznych (lub kojarzonych z medycyną).

Organizatorzy przedsięwzięć z zakresu edukacji zdrowotnej, adresowanych do nisko wykształconych pracowników stoją zatem przed bardzo trudnym wyzwaniem. Po pierwsze – powinni kreować większe zainteresowanie zdrowiem i poczucie odpowiedzialności za jego stan u tego rodzaju osób. Oznacza to konieczność zmiany przekonań typu „nie ma sensu zajmować się zdrowiem póki nic złego się z nim nie dzieje” czy założenia, że każdy człowiek umie troszczyć się o swoje zdrowie, gdyż życie go tego nauczyło.

<sup>25</sup> Stwierdzono to zjawisko m.in. w ramach badania 50 pracowników o niskim poziomie wykształcenia, przeprowadzonego w 2009 r. przez KCPZwMP IMP w Łodzi metodą wywiadu swobodnego.



W tym sensie edukacja zdrowotna napotyka na istotną barierę, jaką jest właściwie brak zapotrzebowania na jej przekazy, a nie poczucie ich niedostatku czy problem lepszej jakości.

Następnie pojawia się potrzeba minimalizowania niechęci do uczenia się, rozwijania wiedzy na temat tego jak racjonalnie się zachowywać, by nie szkodzić swemu zdrowiu, a nawet je umacniać, która występuje u dwóch trzecich pracowników o niskim poziomie wykształcenia. Na szczęście są oni przyzwyczajeni, że o zdrowiu mówi się w mass mediach, że spotykają w swoim otoczeniu plakaty (billboardy) czy ulotki o tej problematyce. Są to zatem jakieś kanały docierania do nich. W przypadku mass-mediów pojawia się jednak problem, że są oni liczebnie niedużą grupą (mniejszością), a przekazy tego rodzaju mają docierać do najszerszego odbiorcy (większości), więc media mogą nie być zainteresowane lub przynajmniej limitować przekazy nakierowane na nich. Z drugiej strony badania jakościowe prowadzone przez KCPZwMP IMP w Łodzi pokazują, że programy poświęcone zdrowiu w TV czy radio łatwo przegrywają w konkurencji z równocześnie nadawanymi filmami czy transmisjami zawodów sportowych w wyborach tego typu osób (Percepcja przekazów..., 2009). Pozostają zatem właściwie plakaty i ulotki kolportowane w miejscach ich funkcjonowania, ale raczej nie w zakładach pracy. Od pracodawców bowiem oczekują tradycyjnych działań związanych z BHP, badaniami czy leczeniem. Jako ewentualny sposób przekazywania informacji nisko wykształconym pracownikom można też uznać krótkie artykuły w prasie, ale – co wykazało wyżej przywołane badanie jakościowe – pojawiające się przede wszystkim w miejscach do których zaglądną, zaspokajając inne potrzeby np. rozrywki, informacji (np. o programie w telewizji), czyli w takich, gdzie o zdrowiu czyta się przy okazji.

Kolejny poważny problem pojawia się, gdy chce się rozwijać ich wiedzę czy umiejętności w szerszym zakresie niż umożliwiają to audycje w radio, telewizji, ulotki itp., czyli gdy konieczne są szkolenia (a jak dowiodła prowadzona diagnoza istnieje taka potrzeba, bo znajomość zjawisk czy pojęć często używanych w przekazach z zakresu edukacji zdrowotnej nie jest zadowalająca). Wówczas u co około drugiego pracownika, którzy ukończył jedynie szkołę podstawową lub zasadniczą zawodową, uruchamia się szereg negatywnych skojarzeń. Nie chcą znowu „zasiąść w ławce” (tylko co trzeci godzi się na swój udział w wykładzie, warsztacie), obawiają się, że zrozumienie treści takich szkoleń może być dla nich trudne, a wiedza nie będzie się nadawała do praktycznego zastosowania, niepokoi ich też wizja sprawdzianów wiedzy czy konieczność zabierania głosu. Ponadto gotowi są tylko na nie więcej niż dwie godziny takiego wysiłku i to najlepiej w czasie godzin opłacanych przez pracodawcę, a nawet większości wydaje się, że w ogóle nie mają czasu na takie kursy. Trzy czwarte tej zbiorowości oczekuje też, iż takie szkolenia będą nieodpłatne, a nawet chętnie przyjmie honorarium za uczestniczenie w nich; oczekuje też, że w ich ramach będzie mogła poddać się badaniu lub zabiegowi dla zdrowia, a dwie trzecie chce być obdarowywanych upominkami. Połowa nie pogardzi poczęstunkiem czy nagrodami. Wszystko to oznacza dla organizatorów przede wszystkim znaczne koszty, ale i trudności logistyczne. Na szczęście dwie trzecie tej zbiorowości zmotywować można ofertą zadawania pytań i uzyskiwania na nie odpowiedzi czy przećwiczenia pod okiem eksperta jakiś korzystnych dla zdrowia zachowań.

Z przedstawionego stanu rzeczy wynika, iż edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w przypadku nisko wykształconych pracowników w Polsce ma rzeczywiście „gordyjski węzeł” do rozwiązania. Ewidentnie widać, iż taki adresat wymaga szczególnie przemyślanych działań. Wydaje się, że komercyjne media – TV, radio – nastawione na masowego odbiorcę raczej nie spełnią roli kanału wyrównującego jego braki w wiedzy czy zmieniającego niekorzystne dla zdrowia przekonania. Pewne możliwości daje prasa (głównie codzienna), ale jeśli artykuły poświęcone zdrowiu będą niejako „wpadały w oczy” przy okazji czytania artykułów/informacji na inne tematy. Muszą one zatem spełniać bardzo wygórowane kryteria: przykuwać uwagę (np. poprzez wybór tematu), być bardzo krótkie i łatwe do zrozumienia. Oznacza to, że tą drogą można docierać tylko z bardzo ograniczoną co do treści ofertą. Podobne wyzwania i ograniczenia dotyczą plakatów i ulotek.

Z przeprowadzonej diagnozy wynika jednak przede wszystkim, że nisko wykształceni pracownicy mają potrzebę osobistego kontaktu ze specjalistami do spraw zdrowia, najchętniej z lekarzem, że chcieliby mieć szanse zadawania im pytań i uzyskiwania na nie odpowiedzi, a nawet nabywania jakiś konkretnych umiejętności pod ich nadzorem. To jest chyba najbardziej preferowany przez tego rodzaju osoby sposób „uczenia się” jak dbać o zdrowie. Oczywiście nie jest to dobra informacja dla organizatorów projektów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Jest to bowiem czasochłonna i kosztowna metoda. Nie można chyba jednak rezygnować z tego kanału docierania do nisko wykształconych pracowników. Wydaje się,

że warto taki sposób oddziaływania uwzględniać w kampaniach edukacyjnych adresowanych do populacji pracujących, oczywiście uwzględniając problem niskiej zgłaszalności (obserwowany na przykładzie prowadzonych w ich ramach badań scriningowych), co oznacza po raz kolejny bardzo przemyślaną strategię reklamującą taką formę oddziaływania. Wydaje się, że dobrym rozwiązaniem tego problemu, a także innych zidentyfikowanych wyzwań może być organizowanie tego rodzaju indywidualnych konsultacji za pośrednictwem zakładów pracy, zatrudniających nisko wyedukowanych pracowników. Uzupełnienie o dobrze prowadzone porady prozdrowotne, np. dotyczące obowiązkowych badań wstępnych, okresowych czy kontrolnych, mogłoby skutecznie rozwiązać problem uczestnictwa. Przy założeniu, że pozostawiłyby one dobre wrażenie oraz uwzględniając fakt, że kolejne, już specjalnie organizowane spotkania tego rodzaju, odbywałyby się w godzinach pracy, czy były uzupełniane przez pracodawcę dodatkowymi (tj. nie wynikającymi z charakterystyk stanowisk pracy) badaniami czy zabiegami dla zdrowia, wzrasta prawdopodobieństwo sukcesu tego rodzaju projektów. Wydaje się zatem, że dobrym sposobem sprostania wyzwaniom wynikającym z charakterystyki sposobów postępowania i myślenia o zdrowiu nisko wykształconych pracowników mogą być zakładowe programy promocji zdrowia, uwzględniające indywidualnie prowadzoną edukację zdrowotną, ofertę dodatkowych badań profilaktycznych, ewentualnie zabiegów dla zdrowia (np. fizjoterapeutycznych), jakiegoś formy wspierania wypoczynku, działania zwiększające wygodę i estetykę stanowisk pracy, ograniczające występowanie stresu w miejscu pracy itp., w zależności od możliwości danej firmy.

## Bibliografia

1. Cianciara D.: Ocena struktury oraz użyteczności informacji zawartych w materiałach reklamujących produkty lecznicze dostępne bez recepty z perspektywy nowego zdrowia publicznego. PZH, Warszawa 2006
2. Gniazdowski A.: Zachowania zdrowotne poza pracą pracowników przemysłu. W: Gniazdowski A. [red.]. Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. IMP, Łódź 1990
3. Herzlich C.: Health and illness. A sociopsychological analysis. Academic Press, London 1973
4. Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. [cytowany 6 maja 2010]. Dostępny na stronie: <http://www.diagnoza.com>
5. Iwanowicz E.: „Health literacy” jako jedno z wyzwań zdrowia publicznego Med. Pr. 2009; 60(5):427-437
6. Korzeniowska E.: Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm. Med. Pr. 2004; 55(2):129-138
7. Korzeniowska E.: Świadomość zdrowotna aktywnych zawodowo o niskim poziomie wykształcenia jako wyzwanie dla edukacji zdrowotnej. W: Chrzanowska I., Jachimczak B. [red.]. Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Wyzwania praktyki. Wyd. UŁ, Łódź 2008
8. Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk-Hałas K., Pikala M., Drygas W.: Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego. Przegl. Lek. 2007; 64(2):61-64
9. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa 1999
10. Percepcja przekazów z zakresu edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia [niepublikowany raport z badań]. IMP, Łódź 2009
11. Puchalski K.: O wartości zdrowia na podstawie wyników badań sondażowych. W: Bak A., Kubisz-Muła Ł. [red.]. Metody, techniki i praktyka badań społecznych. Wyd. Nauk. ATH, Bielsko Biała 2009
12. GUS: Rocznik Statystyczny, Warszawa 1988.
13. GUS: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 1993.
14. GUS: Rocznik Demograficzny, Warszawa 2006.
15. GUS: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2008.
15. Słońska Z.: Socjologiczna krytyka promocji zdrowia. Wybrane problemy. W: Piątkowski W., Brodniak W. [red.]. Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna. WSSG, Tyczyn 2005



## **12. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład słoweński**

*Nataša Dernovšček Hafner, Tanja Urdih Lazar, Klavdija Besednjak*

### **1. Podstawy niekorzystnej sytuacji pracowników o niskim poziomie wykształcenia – stan zdrowia, poziom wykształcenia i status finansowy**

#### **Struktura edukacyjna populacji aktywnej ekonomicznie**

Krajowe statystyki dotyczące struktury edukacyjnej populacji aktywnej ekonomicznie w 2008 r. pokazują, że 14,8% pracowników nie posiada wykształcenia średniego, a 26,8% ukończyło gimnazjum lub szkołę zawodową (Statistical Office of the Republic of Slovenia, 2008a). Według danych z 2007 r. 41,6% pracowników w Słowenii nie ma wykształcenia średniego technicznego lub ogólnokształcącego, „które warunkuje kontynuowanie edukacji w szkołach wyższych i jest wskaźnikiem osiągnięć piśmiennych niezbędnych do radzenia sobie w nowoczesnych społeczeństwach informacyjnych” (Statistical Office of the Republic of Slovenia, 2008a, Ivancic i wsp., 2007). Ogólny zarys struktury edukacyjnej pracowników w przemyśle w 2007 r. wskazuje, iż ci z wykształceniem niższym niż średnie (pracownicy przyuczeni lub niewykwalifikowani) stanowią istotną część zatrudnionych w następujących sektorach: budownictwo (37%), rolnictwo, myślistwo i leśnictwo (30,6%), produkcja (29,4%) oraz gastronomia (24%) (Statistical Office of the Republic of Slovenia, 2008b). Niemniej jednak, w ciągu dwóch ostatnich dekad struktura edukacyjna pracowników ulegała poprawie wraz z zatrudnianiem bardziej wykształconej siły roboczej i odpływem mniej wykształconych pracowników w związku z restrukturyzacją ekonomiczną (Ivancic i wsp., 2007).

#### **Status finansowy**

Według badań prowadzonych poza Słowenią około połowa wszystkich pracowników o niskich umiejętnościach podstawowych posiada nisko płatną pracę. Okazuje się, że zdobycie funkcjonalnej literacy (tzn. umiejętności pisania i czytania) na średnim bądź wysokim poziomie jest niezmiernie istotnym czynnikiem w uniknięciu niskich zarobków. Spośród 65% pracowników, którzy uzyskali poziom 3 (kategoria środkowa) lub wyższy w badaniu tego typu umiejętności (National Health Literacy Survey) jedynie 3,5% mężczyzn i 6,5% kobiet miało niskie zarobki i żyło w rodzinach o dochodach nieprzekraczających 150% poziomu ubóstwa. Z drugiej strony, niski poziom funkcjonalnej literacy znacznie zwiększa prawdopodobieństwo nisko płatnej pracy. Na przykład występowanie takich zarobków u kobiet było o 30 punktów procentowych wyższe wśród tych, u których poziom literacy był najniższy w stosunku do tych, które uzyskały średni wynik (Lerman, Skidmore, 1999).

#### **Wyniki badania krajowego zrealizowanego w ramach projektu LEECH**

Dane z badania przeprowadzonego na Słowenii pokazują, że nie ma znaczących różnic pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia, a samooceną zdrowia. Ponad 70% respondentów stwierdziło,

że cieszy się dobrym zdrowiem, niemniej jednak osoby posiadające wykształcenie podstawowe prawdopodobnie mają poważne ograniczenia, trudności lub choroby przewlekłe niż inni respondenci.

Istnieją znaczące różnice statystyczne wśród grup o różnym poziomie wykształcenia, jeśli chodzi o ich samoocenę osiągniętego poziomu edukacji. Wyniki pokazują, że respondenci z niższym wykształceniem oceniają go wyżej niż oficjalnie osiągnięty.

Pod względem angażowania się w czynności rozwojowe można zauważyć istotne różnice pomiędzy pracownikami o niskim poziomie wykształcenia a respondentami z wyższym wykształceniem w przypadku wszystkich sytuacji, o które byli pytani (rozwijanie znajomości języka obcego, rozwijanie umiejętności posługiwania się komputerem i korzystania z Internetu, doskonalenie kwalifikacji zawodowych lub zainteresowań) z wyjątkiem „czytania codziennej prasy i czasopism”. Im wyższy poziom wykształcenia tym, bardziej ludzie rozwijają znajomość języków obcych, umiejętność posługiwania się komputerem i korzystania z Internetu, doskonałą kwalifikacje zawodowe, biorąc większy udział w kursach i czytając wydawnictwa fachowe.

Swoją sytuację materialną 70% respondentów ocenia jako przeciętną, jednak istnieją znaczące różnice statystyczne pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na poziom wykształcenia. Prawie połowa osób z wykształceniem podstawowym przyznaje, że musi żyć raczej skromnie, podczas gdy wśród osób posiadających wyższe wykształcenie tylko 10% respondentów odpowiedziało podobnie.

### **Wnioski i zalecenia**

Podsumowując, ponad 70% respondentów przyznało, że ich stan zdrowia jest dobry. Z drugiej strony, pracownicy o niskim poziomie wykształcenia wydają się być bardziej podatni na problemy zdrowotne niż ci lepiej wykształceni – mają więcej chorób przewlekłych i znajdują się w gorszej sytuacji materialnej w porównaniu do respondentów z wyższym wykształceniem.

## **2. Wiedza i umiejętności dotyczące sposobów dbania o zdrowie – aspekty subiektywne i obiektywne**

### ***Health literacy* populacji aktywnej ekonomicznie**

Według międzynarodowego badania *literacy*, przeprowadzonego przez OECD, pojęcie to jest definiowane jako „zdolność rozumienia i używania informacji w codziennych czynnościach w domu, w pracy, w społeczeństwie – aby realizować swoje cele życiowe, a także rozwijać umiejętności i potencjał”. Osiągnięcia w literacy są związane z czterema kluczowymi czynnikami: poziomem wykształcenia, wykształceniem rodziców, wiekiem i statusem zatrudnienia. W dziedzinie literacy wśród 20 krajów uczestniczących w badaniu opisywanym przez Ivancic i wsp. (2007) Słowenia znalazła się prawie na samym dole – gorszy wynik osiągnęły jedynie Polska, Portugalia i Chile. Lepszy wynik jeśli chodzi o literacy łączy się w istotny sposób z lepszym wykształceniem. Czynnikiem dzielącym pracowników, którzy zdobyli słaby wynik, od tych z lepszym wynikiem, są cztery lata edukacji w szkole średniej (Ivancic i wsp., 2007).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje *health literacy* jako „umiejętności poznawcze i społeczne, które warunkują motywację i zdolność jednostek do zdobywania, zrozumienia i używania informacji w sposób, który służy zdobywaniu i utrzymywaniu dobrego stanu zdrowia” i dodaje: „*health literacy* jest niezmiernie ważna dla ułatwiania dostępu do informacji zdrowotnych i poprawiania zdolności ludzi do ich efektywnego wykorzystywania”. NHC dodaje do swojego opisu *health literacy* także „gotowość otrzymywania informacji o zdrowiu” (Kempner, 2003).

Niski poziom *health literacy* wpływa na obniżoną zdolność człowieka do podejmowania uzasadnionych decyzji o jego zdrowiu i może prowadzić do nieskutecznego leczenia i rehabilitacji pacjenta. Niski poziom *health literacy* cechuje wszystkie kraje. Amerykańskie badanie z 1995 r. wykazało, że jedna trzecia anglojęzycznych pacjentów szpitalnych nie potrafiła odczytać lub zrozumieć podstawowych materiałów związanych ze zdrowiem. U osób w podeszłym wieku i ogólnie o słabym zdrowiu *health literacy* była najgorsza (*Health Literacy*, 2003).

Powszechnie wiadomo, że zdolność czytania ma wpływ na zdrowie. Z powodu niskiego poziomu ogólnej umiejętności czytania i pisanie pracowników, którzy posiadają wykształcenie niższe niż cztery lata szkoły średniej, możemy wywnioskować, że posiadają oni ograniczony dostęp do informacji o zdrowiu i słabą zdolność skutecznego ich wykorzystywania.

### **Samoocena wiedzy, jak dbać o zdrowie oraz otwartość na przekazy z zakresu edukacji zdrowotnej**

Wyniki badania krajowego pokazują, że 70% respondentów ocenia swoją wiedzę na temat tego jak dbać o zdrowie jako bardzo dobrą lub dobrą. Jednakże istnieją duże i statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia. Ponad 40% respondentów z wykształceniem podstawowym ocenia swoją wiedzę jako słabą lub niedostateczną, podczas gdy w grupie osób z wyższym wykształceniem znalazło się tylko 10% takich odpowiedzi.

Okolo 56% respondentów chciałoby dowiedzieć się więcej na temat tego, jak dbać o zdrowie, natomiast 30% uważa, że wystarczy im to, co już wiedzą. Istnieją w tym względzie znaczne różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na poziom wykształcenia (najczęściej to absolwenci zasadniczych szkół zawodowych uważają, że to, co już wiedzą na temat dbania o zdrowie, jest dla nich wystarczające).

### **Health literacy u pracowników o niskim poziomie wykształcenia**

Istnieją znaczące statystyczne różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia a ich *health literacy*. Respondenci posiadający wykształcenie średnie lub wyższe istotnie częściej wykazują się znajomością takich pojęć używanych w przekazach z zakresu edukacji zdrowotnej, jak bierne palenie, profilaktyka chorób, zdrowy styl życia i BMI. Nie zaobserwowano różnic w tym zakresie w przypadku takich pojęć, jak cholesterol czy piramida zdrowego żywienia.

Więcej niż jedna trzecia respondentów nie wie, czy cholesterol LDL jest zdrowy czy niezdrowy dla człowieka. Prawie wszyscy respondenci są świadomi korzystnego wpływu umiarkowanego wysiłku fizycznego. Istnieją natomiast znaczące statystyczne różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia. Prawie trzy czwarte osób z wyższym wykształceniem uznało, że wielonienasycone kwasy tłuszczowe są zdrowe dla człowieka, podczas gdy 38% osób z wykształceniem podstawowym nie znało odpowiedzi na to pytanie. Okolo 90% respondentów z wykształceniem wyższym bądź średnim odpowiedziało, że błonnik jest zdrowy, a jeśli chodzi o osoby z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym odpowiedź tę wybrało odpowiednio 67% i 77% zapytanych. Okolo 84% respondentów z grupy z wykształceniem wyższym uznało, że antyoksydanty są zdrowe, a jedynie 38% osób z podstawowym wykształceniem wybrało tę odpowiedź. Prawie połowa badanych nie wiedziała, czy wolne rodniki są zdrowe czy niezdrowe dla człowieka.

### **Dostrzegane potrzeby w edukacji zdrowotnej obywateli**

Jeśli chodzi o opinie respondentów na temat najbardziej wskazanych/potrzebnych tematów edukacji zdrowotnej Słoweńców, to badanie nie wykazało żadnych istotnych statystycznych różnic pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia. Najczęściej wybieraną tematyką było radzenie sobie ze stresem, dalej regularne ćwiczenia i systematyczne badania w celu wczesnego wykrycia chorób.

### **Wnioski i zalecenia**

Prawie 70% respondentów ocenia swoją wiedzę na temat tego, jak dbać o zdrowie jako bardzo dobrą lub dobrą. Istnieją duże różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia – nisko wykształceni pracownicy są świadomi, że ich wiedza jest słaba bądź niedostateczna, więc programy promocji zdrowia powinny być skierowane właśnie do nich, gdyż są oni zmotywowani.

Sprawdzona w badaniu podstawowa znajomość pojęć używanych w przekazach z zakresu edukacji czy promocji zdrowia wydaje się być dobra, jednak znów pojawiają się różnice między badanymi grupami – osoby o niższym poziomie wykształcenia posiadają mniejszą wiedzę i prawdopodobnie bardziej skorzystałyby na programach promujących zdrowie.

Wśród najbardziej pożądanых tematów w edukacji zdrowotnej najczęściej wybieraną odpowiedzią było radzenie sobie ze stresem. Natomiast dane literaturowe pokazują, że najlepsze efekty zdrowotne uzyskuje się w programach zarządzania stresem na stanowisku pracy (Maes, Van der Doef, 2004). Stąd szczególnie wskazane wydaje się organizowanie programów edukacji zdrowotnej związanych z zarządzaniem stresem.

### **3. Zachowania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia**

Istnieje dobrze dowiedziony związek pomiędzy niskim statusem społeczno-ekonomicznym i podwyższonym ryzykiem chorób serca wśród mężczyzn. Sugeruje się wiele przyczyn tego związku, w tym fakt, iż osoby biedniejsze, o niższym poziomie wykształcenia, prowadzą mniej zdrowy styl życia lub mają mniejszy dostęp do opieki zdrowotnej albo też napotykają większy stres w pracy. Jak pokazuje badanie ze Szwecji, kobiety z niższym wykształceniem są narażone na ryzyko rozwoju chorób serca. Naukowcy twierdzą, że jest to spowodowane w dużej mierze tym, iż prawdopodobnie kobiety o niższym statusie edukacyjnym mogą mieć choroby serca z powodu takich czynników, jak: palenie papierosów, siedzący tryb życia, wysoki wskaźnik masy ciała, wysokie ciśnienie krwi i cukrzyca (Kuper i wsp., 2006). Naukowcy ze Szwecji przeanalizowali dane z badania przeprowadzonego na grupie 49 259 kobiet w wieku od 30 do 50 lat, które rozpoczęło się w latach 1991-1992 i było kontynuowane średnio przez 11 lat. Odkryli oni, że u kobiet posiadających najniższe wykształcenie występowanie ataku serca było ponad trzykrotnie większe w dalszym okresie po badaniu w porównaniu do kobiet z największą liczbą lat nauki. Związek ten mógł być przypisany prawie wyłącznie częstszemu występowaniu wśród gorzej wykształconych kobiet takich czynników zwiększających ryzyko chorób serca, jak palenie i nadwaga (*Less educated women face greater heart risks*, 2006).

Szwedzki naukowiec R. Dahlberg zbadał zdrowie i warunki pracy kobiet o niskim poziomie wykształcenia. Jego badanie wyraźnie pokazało, że są one bardziej podatne na choroby fizyczne niż mężczyźni, co wynika z faktu, iż stanowiska pracy w przemyśle, gdzie zatrudnieni są głównie mężczyźni, często tworzone są z myślą o właśnie tej grupie populacji. Jednakże, nawet wśród osób o wysokim poziomie wykształcenia to kobiety miały wciąż słabsze zdrowie (*Low-educated women experience greater health risks than their male counterparts*, 2006).

Większość respondentów krajowego badania (78%) stara się pić tylko małe ilości alkoholu. Około połowa lub więcej zapytanych osób prezentuje także inne pozytywne zachowania zdrowotne takie jak: ograniczanie ilości spożywanego cukru, gimnastykowanie się, unikanie tłuszczu i pracowanie w taki sposób, by jak najmniej szkodzić swojemu zdrowiu.

#### **Wnioski i zalecenia**

Podstawowa edukacja zdrowotna powinna obejmować przynajmniej tematy związane z zarządzaniem stresem, aktywnością fizyczną, a także podkreślać znaczenie systematycznych badań mających na celu wczesne wykrycie choroby. Powinno się także poruszać temat dbania o zdrowie w pracy, gdyż wydaje się on być niedoceniany – jedynie 8% respondentów wybrało go jako jeden z 3 ulubionych.

### **4. Specyfika przekonań zdrowotnych pracowników o niskim poziomie wykształcenia**

Wyniki badania krajowego pokazują, że występują istotne różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia, a przekonaniami na temat wpływu własnych zachowań na zdrowie. Około jedna trzecia zapytanych z wykształceniem podstawowym bądź zasadniczym zawodowym twierdzi, że często zastanawia się, jak żyć zdrowiej. Natomiast w grupach z wykształceniem średnim lub wyższym dotyczyło to już połowy lub więcej osób.

Nie ma istotnych różnic pomiędzy uczestnikami badania, jeśli chodzi o wytrwałość w realizacji zachowań prozdrowotnych. Około dwie trzecie respondentów deklaruje, że jest zdecydowanie lub raczej wytrwała w tej kwestii. Najłatwiejszymi do przyjęcia zachowaniami zdrowotnymi dla respondentów są: picie małych ilości alkoholu i poddawanie się systematycznym badaniom. Większość zachowań zdrowotnych spotyka się ze zrozumieniem bliskich. Zachowaniami zdrowotnymi, które okazały się najtrudniejsze dla zapytanych osób były dbanie na co dzień o swoją sprawność fizyczną i pracowanie w sposób jak najmniej szkodzący zdrowiu. Większość potencjalnych zachowań zdrowotnych została oceniona jako korzystna dla zdrowia, w szczególności dotyczyło to uczestnictwa w regularnych ćwiczeniach fizycznych.

W charakteryzowanym badaniu nie wykazano istotnych różnic pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia a przekonaniem na temat reakcji kolegów i koleżanek z pracy na próby rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu. Tylko jedna trzecia współpracowników w grupie osób z wykształceniem podstawowym chwali takie próby, podczas gdy w grupie posiadającej wykształcenie średnie bądź wyższe – ponad połowa. Podobnie jest, jeśli chodzi o reakcję kolegów i koleżanek z pracy, gdy ktoś próbuje schudnąć: mniej niż jedna trzecia współpracowników z grupy o wykształceniu podstawowym chwali tę próbę, natomiast w grupie osób z wykształceniem średnim i wyższym odpowiedziało 52% i 42%. Natomiast badanie nie wykazało różnic pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na status edukacyjny, jeśli chodzi o ich przekonania na temat reakcji kolegów i koleżanek z pracy, gdy ktoś stara się ograniczyć lub nie jeść słodczy i cukru. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku starań o ograniczenie jedzenia tłuszczu i tłustych potraw oraz regularnego robienia badań lekarskich. Jedna trzecia współpracowników chwali takie postępowanie, a jedna trzecia nie zwraca na nie uwagi. W sytuacji, gdy ktoś zażywa witaminy i suplementy, reakcje są podobne w grupach o różnym poziomie wykształcenia: 40% współpracowników nie zwraca na to uwagi. Nie ma też istotnych różnic, jeśli chodzi o reakcje kolegów i koleżanek z pracy na to, gdy ktoś z własnej woli chodzi na kursy dotyczące zdrowia czy choroby: w 34% przypadków nie zwraca się na to uwagi, a jedna czwarta współpracowników chwali i podziwia takie postępowanie. W sytuacji, gdy ktoś zmienia sposób, w jaki pracuje na bardziej bezpieczny lub korzystny dla zdrowia, jedna trzecia współpracowników chwali i podziwia takie próby. Analizy nie wykazały tu znaczących różnic pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia.

### **Wnioski i zalecenia**

Ogólnie rzecz biorąc, ograniczanie ilości spożywanego alkoholu jest obecnie jedynym szeroko akceptowanym i praktykowanym pozytywnym zachowaniem zdrowotnym, więc pozostałe tematy (takie jak unikanie jedzenia cukru, stosowanie mniej tłustej diety, systematyczne ćwiczenia) powinno się uwzględnić, przygotowując nowy program promocji zdrowia. Motywacja wśród respondentów, którzy nie prowadzą zdrowego stylu życia wydaje się być wysoka – osoby te dostrzegają pozytywne aspekty podejmowania zachowań prozdrowotnych. Inną pozytywną kwestią jest to, że koledzy i koleżanki z pracy nie wpływają negatywnie na zmianę prozdrowotnego stylu życia (bardzo niewiele osób odpowiedziało, że współpracownicy wyśmiewaliby się ze zmian stylu życia na zdrowszy).

## **5. Zachowania i przekonania zdrowotne pracowników o niskim poziomie wykształcenia w sferze pracy**

Wyniki badania przeprowadzonego w kraju pokazują, że występują istotne różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia a oceną wpływu środowiska pracy na zdrowie. Respondenci z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym w większym stopniu niż osoby o wyższym statusie edukacyjnym oceniają warunki, w jakich pracują, jako szkodliwe dla ich zdrowia.

Nie zaobserwowano natomiast istotnych różnic między grupami o różnym wykształceniu a problemem ignorowania własnego zdrowia w czasie wykonywania pracy zawodowej. Generalnie w całej przebadanej populacji ponad 50% respondentów przyznaje się do takiego lekceważenia.

Nie istnieją także istotne różnice, jeśli chodzi o zwyczaj dowiadywania się, w jaki sposób pracować, by uniknąć dolegliwości, chorób czy wypadków. Ponad dwie trzecie zapytanych deklaruje staranie w zdobywaniu takiej wiedzy.

Znaczące różnice istnieją pomiędzy grupami osób o różnym poziomie wykształcenia, w kwestii przekonania, iż warto przestrzegać w pracy tylko tych przepisów BHP, za łamanie których można zostać ukaranym. Z twierdzeniem tym zgodziły się w dużo większym stopniu osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym niż lepiej wykształceni respondenci.

Co do oczekiwań od firmy odnośnie do organizowania działań na rzecz zdrowia pracowników, odpowiedzi nie różnią się znacząco w wyróżnionych grupach wykształcenia. Ogólnie rzecz biorąc, najczęściej wybierano troskę o bezpieczeństwo i wygodę na stanowisku pracy – większą niż wymagają tego przepisy – oraz możliwość korzystania z badań stanu zdrowia i leczenia, za które płaci firma.



## **Wnioski i zalecenia**

Wykonywana praca zawodowa i warunki, w jakich się odbywa, są szkodliwe dla zdrowia, szczególnie w opinii respondentów o niższym poziomie wykształcenia. Jeśli połączymy ten wniosek z twierdzeniem, że 50% respondentów lekceważy zdrowie wykonując swoją pracę zawodową, oczywiste jest to, że świadomość warunków pracy sprzyjających zdrowiu jest wciąż nie dość wysoka. Byłoby wskazane wyedukować lub wpłynąć także na pracodawców, gdyż oczekiwanie troski o bezpieczeństwo i wygodę na stanowisku pracy – większej niż wymagają tego przepisy – jest duże.

## **6. Stosunek do edukacji zdrowotnej i jej preferowane formy**

Według międzynarodowego badania dotyczącego jakości życia, w którym wzięło udział siedem krajów: Słowenia, Niemcy, Austria, Węgry, Szwecja, Szwajcaria i Hiszpania, respondenci uznali **zdrowie** za najważniejsze w życiu (Tos, 2004).

### **Opinie na temat różnych sposobów edukacji zdrowotnej**

W badaniu zrealizowanym w ramach projektu LEECH nie wykazano istotnych różnic pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia a oceną respondentów na temat przydatności wykładów dotyczących zdrowia. Pasują one ok. 55% badanych. Takie różnice istnieją natomiast w kwestii udziału w warsztatach praktycznych. Więcej osób z wykształceniem wyższym bądź średnim uznało, że to im odpowiada. Nie ma takich różnic, jeśli chodzi o spotkania w cztery oczy ze specjalistą. Odpowiada ono dwóm trzecim respondentów.

W przypadku czytania ulotek i oglądania plakatów dotyczących dbania o zdrowie, odpowiedzi w różnych grupach edukacyjnych nie różniły się znacznie. Takie narzędzie edukacji zdrowotnej odpowiada 63% wszystkich respondentów z przewagą osób z wyższym wykształceniem.

Zasadniczo różnią się odpowiedzi uczestniczenia w festynach propagujących zdrowy styl życia. Odpowiada to około 64% wszystkich osób biorących udział w badaniu (z przewagą osób posiadających wykształcenie średnie bądź wyższe).

Nie ma istotnej różnicy w kwestii stopnia, w jakim poszukiwanie w Internecie ważnych informacji na temat zdrowia odpowiada respondentom. Sposób ten podoba się bardziej osobom z wykształceniem średnim bądź wyższym.

Podobnie, odpowiedzi nie różniły się znacząco w przypadku czytania artykułów i informacji na temat zdrowia w gazetach lub czasopismach. Odpowiada to trzem czwartym respondentów.

W kwestii czytania fachowych poradników na temat zdrowia, odpowiedzi były podobne w grupach o różnym poziomie wykształcenia. Ogólnie rzecz biorąc sposób ten pasuje połowie zapytanych osób.

Odpowiedzi różniły się istotnie w przypadku stopnia, w jakim oglądanie w telewizji, słuchanie w radiu audycji o zdrowiu odpowiada osobom o różnym poziomie wykształcenia. Zasadniczo sposób ten wybrałoby  $\frac{3}{4}$  osób, jednak z przewagą osób z niższym wykształceniem.

### **Preferencje dotyczące edukatorów zdrowotnych**

Nie ma istotnych różnic w preferencjach dotyczących osób prowadzących szkolenie na temat zdrowia. Większość zapytanych chciałaby usłyszeć specjalistę od zdrowia (np. psychologa, dietetyka, fizjoterapeutę) albo kogoś, kto skutecznie poradził sobie z danym problemem i podzieli się własnym doświadczeniem.

### **Czynniki zwiększające motywację do wzięcia udziału w szkoleniu na temat zdrowia**

Jeśli chodzi o poczęstunek, jako zachętę do wzięcia udziału w szkoleniu na temat zdrowia, to badanie nie wykazało istotnych różnic w grupach wyróżnionych ze względu na poziom wykształcenia. Sposób ten, generalnie rzecz ujmując, nie zachęciłby pytanym do uczestnictwa. Różnic takich w zależności od statusu edukacyjnego nie obserwuje się także odnośnie do zabiegów dla zdrowia (np. masażu), zachęt w postaci możliwości skontrolowania własnego stanu zdrowia czy przećwiczenia czegoś w czasie szkolenia przy

pomocy eksperta (w całej przebadanej próbie były to czynniki zachęcające do uczestnictwa w szkoleniu z zakresu edukacji zdrowotnej według odpowiednio 60%, 70% i 70% respondentów).

Ogólnie rzecz biorąc 45% osób uznało za czynnik zwiększający motywację do wzięcia udziału w szkoleniu możliwość otrzymania ulotki, broszury na temat tego, jak dbać o zdrowie.

Odpowiedzi w poszczególnych grupach wykształcenia nie różnią się także znacząco, jeśli chodzi o zachętę do udziału w szkoleniu na temat zdrowia poprzez udział w losowaniu nagród dla uczestników. Nie zachęciłoby to więcej niż 50% wszystkich osób. Nie ma też istotnych różnic odnośnie do otrzymania upominków przez wszystkich uczestników szkolenia. Zachęciłoby to 47% zapytanych osób, a mniej niż 45% nie uznałoby tego za zachętę.

Jeśli chodzi o zachętę do wzięcia udziału w szkoleniu na temat zdrowia poprzez fakt, iż nie trzeba płacić za uczestnictwo (wstęp wolny), odpowiedzi były podobne we wszystkich grupach; ponad 75% osób uznałoby to za zachętę.

Zapewnienie o możliwości uzyskania odpowiedzi od prowadzącego szkolenie na własne pytania byłoby motywatorem dla ponad 79% wszystkich respondentów.

Nie ma znaczących różnic w odpowiedziach odnośnie do możliwości wzięcia udziału w programach dot. zdrowia, emitowanych w środkach masowego przekazu. Zasadniczo nie zachęciłoby to do udziału ponad 72% osób.

W przypadku możliwości wymiany opinii, doświadczeń z innymi uczestnikami szkolenia, odpowiedzi nie różniły się znacznie. Byłoby to zachętą dla ponad 65% wszystkich osób. Fakt, że szkolenie jest zorganizowane przez zatrudniającą firmę w godzinach pracy byłoby motywatorem dla ponad 65% wszystkich zapytanych osób.

Odpowiedzi nie różnią się w istotny sposób w przypadku, gdy uczestnicy szkolenia otrzymaliby za to zapłatę. Nie przyciągnęłoby to 45% respondentów.

Nie ma też różnic w odpowiedziach wszystkich osób odnośnie do możliwości uzyskania zaświadczenia, dyplomu ukończenia szkolenia. Ponad 44% zapytanych osób uznało to za zachętę.

### **Czynniki zniechęcające do udziału w szkoleniu na temat zdrowia**

W badaniu zrealizowanym na Słowenii najczęściej wskazywanymi czynnikami zniechęcającymi do uczestnictwa w szkoleniu z zakresu edukacji zdrowotnej są:

- a) konieczność zapłacenia za udział,
- b) konieczność zabrania głosu w obecności grupy osób,
- c) czas trwania dłuższy niż 2 godziny
- d) konieczność rozwiązania testu sprawdzającego wiedzę.

Zasadniczo udział w szkoleniach na temat zdrowia nie ośmieszyłby zapytanych osób wśród znajomych; ponad 20% wszystkich respondentów stwierdziło, że nie jest nimi zainteresowana; ponad 40% uznało, że brakuje im czasu na uczestnictwo w takich przedsięwzięciach i prawie taka sama liczba osób zaznaczyła, że obawiałaby się, iż na takich szkoleniach organizatorzy próbowaliby coś sprzedać, udając, że mówią o zdrowiu.

Istnieją poważne różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia, jeśli chodzi o twierdzenie: „bez szkoleń sam najlepiej wiem jak zadbać o swoje zdrowie” i „takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, raz mówią na nich tak, innym razem inaczej”.

### **Wnioski i zalecenia**

Rozważając różne formy edukacji zdrowotnej najchętniej wybierano: czytanie artykułów i informacji w gazetach lub czasopiśmie oraz oglądanie w telewizji i słuchanie w radio audycji o zdrowiu. Ponieważ czynności te są bierne i nie wymagają większej aktywności, od jej uczestników należałoby zachęcać do zdobywania wiedzy i podnoszenia kompetencji w obszarze zdrowia np. w trakcie kursów czy warsztatów, które chociażby poprzez dyskusję bardziej aktywizują uczestników.

Zdaniem zapytanych osób, tego typu warsztaty/kursy powinny być nieodpłatne, a ich uczestnicy powinni mieć możliwość uzyskania odpowiedzi na wszystkie pytania. Innymi ważnymi czynnikami, które miałyby zachęcić do wzięcia udziału w takich przedsięwzięciach z zakresu edukacji zdrowotnej, są: niezmuszanie uczestników do zabrania głosu na forum grupy i niedługi czas trwania spotkania.

## 7. Podsumowanie

Zgodnie z badaniem przeprowadzonym w Słowenii 70% wszystkich respondentów uważa, że ich stan zdrowia jest dobry. Z drugiej strony, pracownicy o niskim poziomie wykształcenia wydają się być bardziej podatni na problemy zdrowotne niż lepiej wykształcone osoby – mają więcej chorób przewlekłych i znajdują się w gorszej sytuacji materialnej w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym.

Prawie 70% wszystkich respondentów ocenia swoją wiedzę na temat zdrowia jako dobrą lub bardzo dobrą. Istnieją duże różnice pomiędzy grupami o różnym poziomie wykształcenia – pracownicy o niskim statusie edukacyjnym są świadomi tego, że ich wiedza jest słaba bądź niedostateczna, więc programy promocji zdrowia powinny być skierowane właśnie do nich, gdyż są oni zmotywowani. Podstawowa wiedza i umiejętności dotyczące zdrowia wydają się być dobre, jednak obserwuje się znaczne różnice wśród badanych grup – LEE posiadają mniejszą wiedzę i prawdopodobnie skorzystaliby więcej na programach zdrowotnych. Jeśli chodzi o najbardziej oczekiwany temat edukacji zdrowotnej, to najczęściej wybierano radzenie sobie ze stresem.

Podstawowa **edukacja zdrowotna** powinna obejmować przynajmniej tematy związane z zarządzaniem stresem, aktywnością fizyczną i podkreślać znaczenie systematycznych badań, mających na celu wczesne wykrycie choroby. Powinno się także odnosić do tematu dbania o zdrowie w pracy, gdyż wydaje się on być niedocenianym – jedynie 8% wszystkich zapytanych osób wybrało to zagadnienie jako jedno z 3 ulubionych.

Ogólnie rzecz biorąc, ograniczanie ilości spożywanego alkoholu jest obecnie jedynym szeroko akceptowanym i praktykowanym pozytywnym zachowaniem zdrowotnym, toteż pozostałe tematy (takie jak: unikanie cukru, mniej tłusta dieta, systematyczne ćwiczenia) powinny zostać uwzględnione przy przygotowywaniu nowego programu poświęconego zdrowiu.

Osoby, które nie prowadzą zdrowego stylu życia, dostrzegają jego pozytywne aspekty. Kolejną pozytywną rzeczą jest to, że koledzy i koleżanki z pracy nie wpływają negatywnie na zmianę stylu życia na zdrowszy (bardzo niewiele osób odpowiedziało, że współpracownicy wyśmiewaliby się z takiej zmiany).

W dziedzinie **zdrowia w miejscu pracy** pracownicy o niskim poziomie wykształcenia uważają, że wykonywana praca zawodowa i warunki, w jakich się odbywa, szkodzą ich zdrowiu. Dotyczy to w szczególności osób o niższym poziomie wykształcenia, gdyż oceniają oni, że warunki, w jakich pracują są szkodliwe dla ich zdrowia. Jeśli połączymy ten wniosek z twierdzeniem, że 50% respondentów lekceważy zdrowie, wykonując swoją pracę zawodową, oczywistym staje się, że świadomość warunków pracy sprzyjających zdrowiu jest wciąż nie dość wysoka. Byłoby wskazane wyedukować także pracodawców, gdyż oczekiwanie troski o bezpieczeństwo i wygodę na stanowisku pracy – większej niż wymagają tego przepisy – jest duże.

Rozważając różne formy **edukacji zdrowotnej** pracownicy o niskim poziomie wykształcenia najchętniej wybierali oglądanie w telewizji i słuchanie w radio audycji o zdrowiu. Czytanie artykułów i informacji w gazetach lub czasopismach znalazło się na drugim miejscu. Ponieważ czynności te są bierne i nie wymagają większego zaangażowania uczestników, należałoby zachęcać do zdobywania wiedzy i podnoszenia świadomości zdrowotnej poprzez bardziej aktywizujące formy edukacji zdrowotnej. Zdaniem pytanym, szkolenia na temat zdrowia powinny być nieodpłatne, a ich uczestnicy powinni mieć możliwość uzyskania odpowiedzi na wszystkie pytania. Innymi ważnymi czynnikami, o których należy pamiętać przy organizacji tego typu przedsięwzięć, są: niezmuszanie uczestników do zabierania głosu w obecności innych i niedługi czas trwania szkolenia.

## Bibliografia

1. Health Literacy. IAPO 2003. Dostępny na stronie: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372>
2. Ivancic A., Drofenik O., Mozina E.: Guidelines of development strategies of fundamental skills of employees: The proposal. Slovenian Institute for Adult Education, Ljubljana 2007
3. Kempner N.: Health Literacy in a Changing World. TPN 2003;18. [cytowany 14 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=70&n=339>
4. Kuper H., Adami H-O., Theorell T., Weiderpass E.: Psychosocial Determinants of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women: a Prospective Study in Sweden. *Am. J. Epidemiol.* 2006;164:349-357. DOI 10.1093/aje/kwj212
5. Lerman R.I., Skidmore F.: Helping Low Wage Workers: Policies for the Future. Urban Institute, Washington (DC) 1999. [cytowany 16 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.dol.gov/oasam/programs/history/herman/reports/futurework/conference/low-wage.htm>
6. Less educated women face greater heart risks. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: [http://www.redorbit.com/news/health/630637/less\\_educated\\_women\\_face\\_greater\\_heart\\_risks/index.html](http://www.redorbit.com/news/health/630637/less_educated_women_face_greater_heart_risks/index.html)
7. Low-educated women experience greater health risks than their male counterparts. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.epha.org/a/2014>
8. Maes S., Van der Doef M.: Worksite Health Promotioni. W: Kaptein A.A., Weinman J. Health Psychology. Wyd. 1. The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd, Oxford 2004. s. 358-383
9. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Rapid reports. Labour Force Survey Results. Ljubljana 2008 a. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny w języku słoweńskim na stronie: [http://www.stat.si/letopis/2008/12\\_08/12-06-08.htm](http://www.stat.si/letopis/2008/12_08/12-06-08.htm)
10. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Statistical Yearbook, 2008b. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny w języku słoweńskim na stronie: <http://www.stat.si/doc/statinf/07-si-008-0904.pdf>
11. Tos N. [red.]: Values in transition III. Slovenian Public Opinion 1999-2004. Faculty of Social Sciences, IDV – CJMMK, Ljubljana 2004, s. 81-118

## Bibliografia

1. American Medical Association: Health literacy introductory kit. AMA, Chicago 2000
2. Anderson P., Baumberg B.: Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego. PARPA Media, Warszawa 2007
3. Anderson R., Mikulić B., Vermeylen G., Lyly-Yrjanainen M., Zigante V.: Second European Quality of Life Survey – Overview. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, Luxemburg 2009. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>
4. Bardone L., Guio A.C.: In-Work Poverty – New commonly agreed indicators at the EU level. Statistics in focus. Eurostat 2005;5:[12 ss. ekranowych]. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF)
5. Batorski D.: Korzystanie z technologii informacyjno-komunikacyjnych. W: Czapiński J., Panek T. [red.]. Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2009
6. Batorski D.: Uwarunkowania i konsekwencje korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych. W: Czapiński J., Panek T., [red.]. Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków [raport]. Warszawa 2007. Dostępny na stronie: [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza\\_raport\\_2007.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf)
7. Central Bureau of Statistics: Survey of health of Latvian inhabitants, Riga 2008. Dostępny na stronie w języku łotewskim: [http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc\\_cat=471&id=10914](http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc_cat=471&id=10914)
8. Centrum Badań Opinii Społecznej: Aktualne problemy i wydarzenia. Raport z badań BS/138/2007 CBOS, Warszawa 2007. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K\\_138\\_07.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_138_07.PDF)
9. Centrum Badań Opinii Społecznej: Aspiracje i motywacje edukacyjne Polaków w latach 1993-2009. CBOS, Warszawa 2009. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K\\_070\\_09.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_070_09.PDF)
10. Centrum Badań Opinii Społecznej: Pracujący biedni. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2008a. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K\\_182\\_08.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_182_08.PDF)
11. Centrum Badań Opinii Społecznej: Życie zawodowe Polaków. Komunikat z badań. Warunki życiowe społeczeństwa polskiego: problemy i strategie. CBOS, Warszawa 2008b. Dostępny na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K\\_034\\_08.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_034_08.PDF)
12. Cianciara D.: Ocena struktury oraz użyteczności informacji zawartych w materiałach reklamujących produkty lecznicze dostępne bez recepty z perspektywy nowego zdrowia publicznego. PZH, Warszawa 2006
13. Co to jest klasyfikacja ISCED? [opracowanie na podstawie notatki przygotowanej przez MENiS, Departament Strategii Edukacyjnej I Funduszy Strukturalnych]. Dostępny na stronie: <http://europass.frse.org.pl/files/isced.pdf>
14. Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva 2008. Dostępny na stronie: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
15. CSDH: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva 2008
16. Cylkowska-Nowak M. [red.]: Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2008
17. Demetrio D.: Edukacja dorosłych. W: Śliwerski B. [red.]. Pedagogika. Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej. T.3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006
18. DG Edukacja i Kultura [serwis internetowy]. Dostępny na stronie: <http://www.llp.org.pl>
19. Diagnoza Społeczna. Warunki i jakość życia Polaków. [cytowany 6 maja 2010]. Dostępny na stronie: <http://www.diagnoza.com>
20. Dubas E.: Kategoria wiekowa 50+. Charakterystyka rozwojowa i aspekty edukacyjne. W: Dubas E., Pyżalski J., Muszyński M., Rapuš-Pavel J. [red.]. Wspieranie rozwoju bezrobotnych 50+. Doświadczenia projektu Adults Mentoring. Wyd. UŁ, Łódź 2008



21. Durán A., Lara J.L., van Waveren M.: Spain: Health system review, Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies 2006;8(4):8-15. Dostępny na stronie: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/hsis/hsis\\_13\\_nhs\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_13_nhs_en.htm)
22. European Commission: Combating poverty and social exclusion: a statistical portrait of the European Union 2010. Luxembourg, Eurostat 2010. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF)
23. European Commission: Eurobarometr survey on poverty and social exclusion. Publications Office of the European Union, Luxemburg 2009c. Dostępny na stronie: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_321\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf)
24. European Commission: Europe in figures. Eurostat yearbook. Luxembourg, Eurostat 2009b. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/publication?p\\_product\\_code=KS-CD-09-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-09-001)
25. European Commission: Sustainable development in the European Union. 2009 monitoring report of the EU sustainable development strategy. Luxembourg, Eurostat 2009a. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF)
26. European Commission: The Social Situation in the European Union 2007. Social Cohesion through Equal Opportunities. Luxembourg, Eurostat 2008. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KE-AG-08-001/EN/KE-AG-08-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KE-AG-08-001/EN/KE-AG-08-001-EN.PDF)
27. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Access to employment for vulnerable groups. Foundation paper NO. 2 JUNE 2002. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/44/en/1/ef0244en.pdf>
28. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Employment security and employability: A contribution to the flexicurity debate. Luxembourg, Publications Office of the European Union 2008. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/36/en/2/EF0836EN.pdf>
29. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Working poor - bringing them into the net [information sheet]. Dublin, Eurofund 2010. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/1094/en/1/EF091094EN.pdf>
30. Federacja Konsumentów: Rozumienie znakowania żywności przez konsumentów europejskich. 2007/2005. [cytowany 12 października 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=440>
31. Finnegan J.R., Viswanath K.: Communication theory and health behavior change. The media studies Framework. W: Glanz K., Lewis F.M., Rimer B.K [red.]. Health behavior and health education, Theory, research and practice. Jossey-Bass, San Francisco 2002
32. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F. M.: Health behavior and health education. Theory, research and practice. Wyd. 3. Jossey-Bass, San Francisco; 2002
33. Gniazdowski A.: Działania edukacyjno-promocyjne w zdrowiu publicznym. W: Indulski J.A., Jethon Z., Dawydzik L.T. [red.]. Zdrowie publiczne. IMP, Łódź 2000.
34. Gniazdowski A.: Zachowania zdrowotne poza pracą pracowników przemysłu. W: Gniazdowski A. [red.]. Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. IMP, Łódź 1990
35. Górowska-Fells M., Kolasińska E., Smoczyńska A.: Wychowanie przedszkolne i niezawodowe kształcenie dorosłych jako istotne etapy procesu uczenia się przez całe życie w Europie. FRSE, Warszawa 2007 [cytowany 3 marca 2010]. Dostępny pod adresem: <http://www.eurydice.org.pl/files/wpnk.pdf>
36. Grantham-McGregor S.M., Bun Cheung Y., Cueto S., Glewwe P., Richter L., Strupp B. i wsp.: Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet 2007;369:60-70
37. Grossmann R., Scala K.: Health promotion and organizational development. European Health Promotion Series no 2. IFF, Vienna 1993
38. GUS: Kształcenie dorosłych. Warszawa 2009. Dostępny na stronie: [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_WZ\\_ksztalcanie\\_doroslych.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_WZ_ksztalcanie_doroslych.pdf)
39. GUS: Rocznik Demograficzny. Warszawa 2006.
40. GUS: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 1993.
41. GUS: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 2008.
42. GUS: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 1988.
43. GUS, Urząd Statystyczny w Krakowie: Beneficjenci Pomocy Społecznej i Świadczeń Rodziny w 2008 r. Analizy statystyczne. Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków 2009. Dostępny na stronie: [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS\\_2009\\_Beneficjenci.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS_2009_Beneficjenci.pdf)
44. Hamalainen R.M.: Workplace Health Promotion in Europe - the role of national health policies and strategies. FIOH, Helsinki 2007

45. Health Literacy. IAPO 2003. Dostępny na stronie: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372>
46. Herzlich C.: Health and illness. A sociopsychological analysis. Academic Press, London 1973
47. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007
48. Ivancic A., Drofenik O., Mozina E.: Guidelines of development strategies of fundamental skills of employees: The proposal. Slovenian Institute for Adult Education, Ljubljana 2007
49. Iwanowicz E.: „Health literacy” jako jedno z wyzwań zdrowia publicznego. Med. Pr. 2009; 60(5):427-437
50. Jacennik B.: Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko. Wyd. Wizja Press & IT, Warszawa 2008
51. Jethon Z., Dawydzik L.T.: Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. IMP, Łódź 2000
52. Joling C, Kraan K.: Use of technology and working conditions in the European Union. Luxemburg, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions; 2008. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pub-docs/2008/63/en/1/EF0863EN.pdf>
53. Kempner N.: Health Literacy in a Changing Word. TPN 2003;18. [cytowany 14 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=70&n=339>
54. Komisja Europejska: Europejski Rok Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym – strategiczny dokument ramowy. Priorytety i wytyczne – dla działań w ramach Europejskiego Roku 2010. Bruksela 2008a
55. Komisja Europejska: Komunikat Komisji do Parlamentu europejskiego, Rady, Europejskiego komitetu ekonomiczno-społecznego oraz Komitetu regionów – Odnowiona Agenda społeczna: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku [dokument strategiczny ramowy]. Bruksela 2008b
56. Komisja Europejska: Komunikat Komisji Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu [wersja ostateczna]. Bruksela 2010
57. Korzeniowska E.: Grupy odniesienia jako subiektywne determinanty działań w sferze zdrowia. W: Piątkowski W., Brodnia W.A. [red.]. Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna. Wyd. Wyższej Szkoły Społeczno-Gospodarczej, Tyczyn 2005, s. 119-133
58. Korzeniowska E.: Organizowanie i realizacja programów promocji zdrowia w miejscu pracy. IMP, Łódź 1998
59. Korzeniowska E.: Rozumienie przez lekarzy medycyny pracy koncepcji promocji zdrowia zatrudnionych i własnej roli w programach tego typu. Med. Pr. 2003; 54(6):495-501
60. Korzeniowska E.: Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm. Med. Pr. 2004; 55(2):129-138
61. Korzeniowska E.: Świadomość zdrowotna aktywnych zawodowo o niskim poziomie wykształcenia jako wyzwanie dla edukacji zdrowotnej. W: Chrzanowska I., Jachimczak B.: Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Wyzwania praktyki. Wyd. UŁ, Łódź 2008
62. Korzeniowska E.: Wykształcenie w badaniach socjologii zdrowi – przemiany zjawiska i dylematy interpretacyjne. W: Bąk A., Kubisz-Muła Ł. [red.]. Metody, techniki i praktyka badań społecznych. Wyd. Naukowe ATH, Bielsko-Biała; 2009. s. 129-147
63. Korzeniowska E., Puchalski K., Pyżalski J., Wojtaszczyk P., Iwanowicz E.: Opracowanie i upowszechnienie metod promocji zdrowia, dostosowanych do specyficznych potrzeb pracujących o niskim poziomie wykształcenia [niepublikowany raport przygotowany na zlecenie Ministerstwa Zdrowia]. IMP, Łódź 2007
64. Kuper H., Adami H-O., Theorell T., Weiderpass E.: Psychosocial Determinants of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women: a Prospective Study in Sweden. Am. J. Epidemiol. 2006; 164:349-357. DOI 10.1093/aje/kwj212
65. Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk-Hałas K., Pikala M., Drygas W.: Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego. Przegl. Lek. 2007; 64(2):61-64
66. Lerman R.I., Skidmore F.: Helping Low Wage Workers: Policies for the Future. Urban Institute, Washington (DC) 1999. [cytowany 16 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.dol.gov/oasam/programs/history/herman/reports/future-work/conference/low-wage.htm>
67. Less educated women face greater heart risks. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: [http://www.redorbit.com/news/health/630637/less\\_educated\\_women\\_face\\_greater\\_heart\\_risks/index.html](http://www.redorbit.com/news/health/630637/less_educated_women_face_greater_heart_risks/index.html)
68. Low-educated women experience greater health risks than their male counterparts. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.eph.org/a/2014>
69. Maes S., Van der Doef M.: Worksite Health Promotioni. W: Kaptein A.A., Weinman J. Health Psychology. Wyd. 1. The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd, Oxford 2004, s. 358-383
70. Manning D.K., Kripalani S.: The Use of Standardized Patients to Teach Low-literacy Communication Skills. Am. J. Health Behav. 2007; 31:105-110
71. Minelli M., Breckon D.J.: Community Health Educatin, Settings, Roles and Skills. Jones and Bartlett, Sudbery 2009

72. Owen N, Fotheringham M., Marcus B.: Communication technology and health behavior change. W: Glanz K., Lewis F.M., Rimer B.K [red.]. Health behavior and health education, Theory, research and practice. Jossey-Bass, San Francisco 2002
73. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte: National Action Plan on Social Inclusion of the Kingdom of Spain 2008-2010. Diagnosis of poverty and social exclusion in Spain. Dostępny na stronie: <http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-3-nap-inclusion-2008-2010-annex-iii-contributions-esf.pdf?documentId=0901e72b8003c916>
74. Ministerstwo Gospodarki i Pracy: Uczenie się dorosłych – przegląd tematyczny. Notatka na temat kraju, Polska. MGiP, Warszawa 2006. Dostępny na stronie: [http://www.mpips.gov.pl/\\_download.php?f=userfiles2FFile2FDepartament+Rynku+Pracy2FNotatka+na+temat+kraju.pdf](http://www.mpips.gov.pl/_download.php?f=userfiles2FFile2FDepartament+Rynku+Pracy2FNotatka+na+temat+kraju.pdf)
75. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: Badanie OECD. Uczenie się dorosłych – przegląd tematyczny. MGiP, Warszawa 2005. Dostępny na stronie: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505>
76. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej: Polska 2007. Raport o rynku pracy oraz zabezpieczeniu społecznym, Warszawa 2007. Dostępny na stronie: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1061>
77. National Statistics Institute (INE). Dostępny pod adresem: <http://www.ine.es>
78. Niederlander E.: Causes of death in the EU. Statistics in focus. Population and Social Conditions. Eurostat 2006. Dostępny na stronie: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF)
79. O'Connell P.J.: Adults in training: an international comparison of continuing education and training. Centre for Educational Research and Innovation. OECD, Paris; 1999. Dostępny na stronie: [http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf](http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf)
80. OECD: Beyond Rhetoric: Adult Learning Policies and Practices. OECD, Paris 2003a
81. OECD: Education Policy Analysis 2003. OECD, Paris 2003b
82. OECD: Promoting Adult Learning, OECD, Paris 2005.
83. Ossowski S.: Z zagadnień psychologii społecznej. PWN, Warszawa 1967
84. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. IFiS PAN, Warszawa 1999
85. Parent-Thirion A., Fernández Macías E., Hurley J., Vermeulen G.: Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Eurofound, Luxemburg 2007. Dostępny na stronie: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
86. Parlament Europejski: Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008-2013. Dz.U. UE, L301/3 (20.11.2007)
87. Partnership for Clear Health Communication Works to Improve Health Literacy. Managed Care Outlook 2007;20(8).
88. Pentor: Zwyczaje żywieniowe Polaków. Raport Knorra. 2005. [cytowany 12 lutego 2009]. Dostępny na stronie: <http://www.pentor.pl/19963.xml?MEDIA=pop>
89. Percepcja przekazów z zakresu edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia [niepublikowany raport z badań]. IMP, Łódź 2009
90. Petrakva A., Sadana R.: Problems and progress in public health education. WHO Bull. 2007; 85:901--980
91. Pratkanis A., Aronson E.: Wiek propagandy. PWN, Warszawa 2004
92. Puchalski K.: O wartości zdrowia na podstawie wyników badań sondażowych. W: Bak A., Kubisz-Muła Ł. [red.]. Metody, techniki i praktyka badań społecznych. Wyd. Nauk. ATH, Bielsko Biała 2009
93. Puchalski K.: Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia – szkic socjologicznego modelu. W: Heszen I., Życińska J. [red.]. Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. SWPS Akademica, Warszawa 2008. s. 205-222
94. Puchalski K.: Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw. Med. Pr. 2004; 55(5):417-424
95. Puchalski K., Korzeniowska E.: Dlaczego nie dbamy o zdrowie. Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej. W: Piątkowski W. [red.]. Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny. Wyd. UMCS, Lublin 2004, ss. 107-126
96. Puchalski K., Korzeniowska E., Iwanowicz E.: Postawy pielęgniarek służby medycyny pracy wobec promocji zdrowia zatrudnionych. Med. Pr. 2007; 58(6):485-499
97. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowarska-Pościk L.: Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna. IMP, Łódź 1999.
98. Pudule I., Villeruša A., Grinberga D., Velika B., Tilgale N., Dzērve V., i wsp.: Health Behaviour among Latvian Adult Population. Veselibas Ekonomikas Centrs, Riga 2008. Dostępny na stronie: [http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt\\_1\\_dala.pdf](http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt_1_dala.pdf)
99. Rada Europejska: Konkluzje Rady Europejskiej. CO EUR 4, CONCL 1, EUCO 7/10. Bruksela 2010

100. Reeves M.J., Rafferty A.P.: Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States 2000. *Arch. Intern. Med.* 2005; 165:854-857.
101. Royuela-Mora V., Moreno R., Maya E.: Monitorowanie celów Strategii Lizbońskiej. W: Lenain P., Mogensen U.B., Royuela-Mora V. [red.]. *Strategia Lizbońska na półmetku: oczekiwania a rzeczywistość*. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2005
102. Schwartzberg J.G.: Low health literacy. What do your patients really understand? *Nurs. Economics.* 2002; 3:1-3
103. Schwartzberg J.G., Cowett A., VanGeest J., Wolf M. S.: Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am. J. Health Behav.* 2007; 31:96-104
104. Schwarzer R.: Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia i nowy model. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. [red.]. *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997
105. Schyve P.M., Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. *J. Gen. Intern. Med.* 2007; 22:360-361
106. Sęk H.: *Zdrowie behawioralne*. W: Strelau J. [red.]. *Psychologia*. Podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2000
107. SKDS: Sport habits of Latvian inhabitants, Riga 2007. Dostępny na stronie w języku łotewskim: [http://izm.izm.gov.lv/upload\\_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf](http://izm.izm.gov.lv/upload_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf)  
[http://izm.izm.gov.lv/upload\\_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf](http://izm.izm.gov.lv/upload_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf)
108. Stońska Z., Borowiec A., Makowska M.: Wiedza i postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie porad z zakresu wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2007; 9(1):15-19
109. Stońska Z.: Socjologiczna krytyka promocji zdrowia. Wybrane problemy. W: Piątkowski W. , Brodnyak W. [red.]. *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. WSSG, Tyczyn 2005
110. Spanish National Health System: 2007 Annual Report. Monitoring the health conditions of the population. Dostępny pod adresem: <http://www.mspes.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2007/monitoring.pdf>
111. Statistical Office of the Republic of Slovenia: Rapid reports. Labour Force Survey Results. Ljubljana 2008 a. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny w języku słoweńskim na stronie: [http://www.stat.si/letopis/2008/12\\_08/12-06-08.htm](http://www.stat.si/letopis/2008/12_08/12-06-08.htm)
112. Statistical Office of the Republic of Slovenia. Statistical Yearbook. 2008b. [cytowany 9 grudnia 2009]. Dostępny w języku słoweńskim na stronie: <http://www.stat.si/doc/statinf/07-si-008-0904.pdf>
113. Steinbrunn R.L.: Blue collar workers: what factors influence participation in health education programmes. *Benefit Q.* 1988;4:71-79
114. Szarfenberg R.: *Strategia antywykluczeniowa Unii Europejskiej*. IPS UW, Warszawa 2008
115. Szomburg J.: *Strategia Lizbońska szansą dla Europy*. W: Biała Księga 2003. Część I: Polska wobec Strategii Lizbońskiej. Seminarium Informacyjne Polskiego Forum Strategii Lizbońskiej, Gdańsk-Warszawa 2003
116. Tos N. [red.]: Values in transition III. Slovenian Public Opinion 1999-2004. Faculty of Social Sciences, IDV – CJMMK, Ljubljana 2004, s 81-118
117. UNESCO: International Standard Classification of Education, 1997. 2006. Dostępny na stronie: [http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED\\_A.pdf](http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf)
118. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Podręcznik akademicki. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007
119. Ylikoski M., Lamberg M., Yrjanheikki E., Ilmarinen J., Partinen R., Jokiuluoma H. i wsp. *Health In the World of Work: Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life*. FIOH, Helsinki 2006
120. Zimbardo P.G., Leippe M.R.: *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*. Zysk i S-ka, Poznań 2004

## Indeks autorów

**Baķe Mārīte,**

Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvija

**Besednjak Klavdija,**

Univerzitetni Klinični Center Ljubljana, Klinični Inštitut za Medicino Dela Prometa in Športa, Slovenia

**Dernovšček Hafner Nataša,**

Univerzitetni Klinični Center Ljubljana, Klinični Inštitut za Medicino Dela Prometa in Športa, Slovenia

**Eglīte Maija,**

Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvija

**García Dolores,**

Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Hiszpania

**Gil Jose,**

Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Hiszpania

**Goszczyńska Eliza,**

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Polska

**Konopa Šarlote,**

Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvija

**Korzeniowska Elżbieta,**

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Polska

**López Manuel,**

Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Hiszpania

**Mārtiņšone Inese,**

Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvija

**Puchalski Krzysztof,**

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Polska

**Pyżalski Jacek,**

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Polska

**Sprūdža Dagmāra,**

Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvija

**Urdih Lazar Tanja,**

Univerzitetni Klinični Center Ljubljana, Klinični Inštitut za Medicino Dela Prometa in Športa, Slovenia

**Vanadžiņš Ivars,**

Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvija

**Wojtaszczyk Patrycja,** Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Polska

**Zellāne Mairita,**

Rīgas Stradiņa universitātes Darba drošības un vides veselības institūts, Latvija





## INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi istnieje od 1954r. Jest placówką naukowo-badawczą, zajmującą się szeroko pojętą medycyną pracy (m.in.: diagnostyką, zapobieganiem i leczeniem chorób zawodowych, higieną pracy, epidemiologią, ochroną radiologiczną, toksykologią, fizjologią i psychologią pracy, organizacją służby medycyny pracy). Sukcesywnie poszerza swoją działalność o nowe dziedziny (m.in.: ocenę zdrowotnych skutków narażenia środowiskowego, bezpieczeństwo chemiczne, politykę zdrowia pracujących, promocję zdrowia). Stanowi zaplecze naukowe Ministra Zdrowia w tych dziedzinach, a także pełni funkcje usługowe (szkoleniowe, doradcze, badawcze) dla innych jednostek administracji państwowej, związków zawodowych i przedsiębiorstw na terenie całego kraju. Od 1975r. Instytut pełni funkcję ośrodka współpracującego z WHO w dziedzinie medycyny pracy, a od 2002r. posiada status WHO Leading Institution on Integrated Workplace Health Management.

W 1996r. w Instytucie powołane zostało Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Tworzy je interdyscyplinarny zespół badaczy i praktyków, który zainicjował swoją działalność dziesięć lat wcześniej w obszarze socjologii zdrowia i medycyny. Obecnie obszar ten został wzbogacony o zdrowie publiczne, nauki o polityce oraz o wychowaniu.

Centrum utworzyło i koordynuje (od 1995r.) Ogólnopolską Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, która skupia głównych partnerów działających na tym polu oraz upowszechnia idee i profesjonalną wiedzę z zakresu promocji zdrowia pracujących. W 2001r. polska sieć włączona została w struktury Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Pracy a Centrum podjęło obowiązki jej narodowego biura kontaktowego. Od tego czasu uczestniczy w kolejnych inicjatywach i projektach europejskiej sieci.

Główne obszary aktywności naukowo-badawczej Centrum to:

1. przekonania, postawy, działania i style życia związane ze zdrowiem – ich społeczne różnicowanie oraz uwarunkowania
2. rozwój i uwarunkowania (kulturowe, polityczne, społeczne, psychologiczne i in.) praktyki w obszarze promocji zdrowia, podejmowanej w różnych obszarach i na różnych poziomach systemu społecznego

Główne obszary aktywności wdrożeniowej Centrum to:

1. konsultowanie projektów promocji zdrowia w zakładach pracy (oraz innych organizacjach i środowiskach)
2. szkolenie profesjonalistów w zakresie know-how przygotowania, wdrażania i oceny projektów promocji zdrowia
3. budowanie społecznego i politycznego wsparcia dla promocji zdrowia pracujących oraz koordynacja działania struktur Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

W 2009r. decyzją Rady Wykonawczej Światowej Organizacji Zdrowia Centrum zostało uhonorowane nagrodą za wybitne osiągnięcia badawcze w dziedzinie promocji zdrowia. Została ona uroczystie wręczona w czasie obrad 62 sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Jury Nagrody doceniło, że Centrum jest jedyną instytucją badawczą i wdrożeniową, która od początku lat 90. minionego stulecia w sposób kompleksowy i systematyczny bada i analizuje stan oraz uwarunkowania promocji zdrowia populacji pracujących w Polsce oraz przekłada wyniki tych badań na potrzeby wdrożeń. Równocześnie uczestniczy w licznych międzynarodowych projektach badawczych i aplikacyjnych w tym zakresie.