

Krzysztof Puchalski, Elżbieta Korzeniowska

Zróźnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii

Słowa kluczowe: edukacja, nierówności, promocja, świadomość, wykształcenie, zdrowie

■ Wprowadzenie

Zróźnicowania i nierówności dotyczące zdrowia, występujące pomiędzy grupami o odmiennym statusie społecznym, stały się – przynajmniej od lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, po wydaniu słynnego raportu Douglasa Blacka – nie tylko istotnym problemem dla publicznych polityk zdrowotnych w skali makro, ale także coraz częściej wyzwaniem dla programów promocji zdrowia w organizacjach i małych społecznościach, jak również dla komunikowania o zdrowiu w interakcjach profesjonalistów z ich klientami (podopiecznymi, pacjentami). W tej pierwszej perspektywie uwagę zwraca się głównie na strukturalne przyczyny owych nierówności i ich konsekwencje dla ładu bądź rozwoju wspólnotowego (m.in. degradacji biologicznej, kolejnych rozwarstwień, konfliktów i marginalizacji społecznej, kosztów zabezpieczenia grup o gorszym statusie), na możliwości masowego przeciwdziałania im, a także na wartości wyborów, w imię których konstruowane są polityki. Natomiast w skali mikro zainteresowanie skupia się raczej na poszukiwaniu sposobów szybkiego, skutecznego oddziaływania na niekorzystną sytuację zdrowotną osób i grup uznanych za poszkodowane, możliwych do zastosowania w bezpośrednich kontaktach z nimi.

W wielu politykach zdrowia publicznego, a częściej w programach promocji zdrowia, sposobem niwelowania wspomnianych nierówności (poprzez poprawę sytuacji grup poszkodowanych) staje się szeroko pojęta edukacja zdrowotna, kierowana do przedstawicieli tych grup. Przyjmuje się bowiem, że edukacja pozwala na zmianę tych treści, sposobów i mechanizmów świadomości, które odpowiedzialne są za stosunek do zdrowia i szerzej rozumiany styl życia, co z kolei wpływa na jego stan. Jednocześnie zakłada się, że grupy o niskim statusie – zwłaszcza te znajdujące się na samych dołach

hierarchii społecznej i przez to marginalizowane, a nawet wykluczane – odróżniają się swoją świadomością, w tym zdrowotną, od reszty społeczeństwa, która charakteryzuje się lepszymi wskaźnikami stanu zdrowia. Zazwyczaj mówi się tu tylko o różnicach ilościowych (m.in. częstsze w grupach niskiego statusu niezrozumienie pojęć medycznych, mniejsze zasoby wiedzy o chorobach, rzadsza motywacja do zmiany zachowań zdrowotnych), ale wydaje się, że trafne mogą być też hipotezy o jakościowej odmienności ich stylu myślenia o zdrowiu.

Jednym z kluczowych elementów lub czynników statusu, różnicujących sytuację zdrowotną poszczególnych grup w strukturze społecznej, jest wykształcenie obywateli (określane m.in. poprzez lata pobierania nauki, typ ukończonej szkoły), powiązane z innymi aspektami pozycji społeczno-ekonomicznej (jak poziom zamożności lub dochodów, pozycja na rynku pracy lub zawodowa, miejsce lub warunki zamieszkania, kapitał społeczny lub kulturowy i inne). Niższy poziom wykształcenia, traktowany w badaniach jako wyznacznik niskiego statusu, wiąże się często z gorszym stanem wielu wskaźników zdrowia i niższą jego samooceną, a wśród uwarunkowań tego stanu rzeczy z gorszymi zazwyczaj warunkami bytu oraz pracy, licznymi ograniczeniami w korzystaniu z opieki medycznej (finansowymi, mentalnymi, komunikacyjnymi itd.), ogólnie mniej korzystnym dla zdrowia stylem życia (również stylem troski o zdrowie, niektórymi zachowaniami ryzykownymi, niedostatkiem działań prozdrowotnych), także rzadszym korzystaniem z badań profilaktycznych, mniejszymi zasobami wiedzy i umiejętności związanych z dbaniem o zdrowie, w tym częstszymi trudnościami w rozumieniu i wykorzystaniu komunikatów dotyczących zdrowia i choroby. Wśród innych uwarunkowań gorszego zdrowia tej grupy przywołać można rzadszą gotowość do prozdrowotnych zmian w dotychczasowych zachowaniach i psychiczną zdolność

do kontynuowania podjętej zmiany, ograniczone wsparcie społeczne dla niektórych zachowań prozdrowotnych i częstsze dla ryzykownych, mniejszą otwartość na przekazy edukacji zdrowotnej, jak również rozpowszechnienie innych przekonań, postaw i sposobów myślenia raczej niesprzyjających działaniom prozdrowotnym [1–7].

Wspomniane różnice, w relacji do wykształcenia diagnozowane głównie w populacyjnych badaniach sondażowych, szczególnie wyraźnie dają się zauważyć przy różnych aspektach oceny stanu zdrowia, a także w realizacji niektórych związanych z nim zachowań – palenia tytoniu, rekreacyjnej aktywności fizycznej, odżywiania, troski o higienę osobistą, postępowania w chorobie. Są nieco mniej wyraziste i nie zawsze jednoznacznie ukierunkowane w odniesieniu do innych zachowań związanych ze zdrowiem i do niektórych elementów świadomości zdrowotnej. Trzeba jednak zauważyć, że taki obraz zróżnicowań może nie tylko odzwierciedlać rzeczywiste relacje wykształcenia i przywołanych elementów sytuacji zdrowotnej, ale w jakimś stopniu wynikać z faktu, że one właśnie najczęściej czynione są przedmiotem badań. Są to zagadnienia z kręgu tradycyjnych zainteresowań nauk medycznych, dysponujących dużym potencjałem badawczym. Tak więc gromadzi się liczne ustalenia ukazujące wpływ wykształcenia na stan zdrowia i zachowania traktowane jako czynniki ryzyka, natomiast raczej pomija się dogłębne rozpoznanie zjawisk z obszaru potocznego myślenia o zdrowiu (do wyjątków można zaliczyć badania oceniające poprawność rozpowszechnionej w społeczeństwie wiedzy o chorobach). Potoczna świadomość jako przedmiot uwagi bardzo rzadko pojawia się w dużych projektach badawczych, a jedynie na marginesie przyczynkowych analiz, nie zawsze dopracowanych od strony warsztatowej. Stąd niedostatek ustaleń może być jednym z powodów utrudnień w zauważeniu międzygrupowych różnic, jak też w rzetelnej analizie przedmiotu uwagi. Innym powodem może być również metodologia badań (głównie oparta na standaryzowanych kwestionariuszach), która nie jest w stanie uchwycić wielu cech tych zjawisk, jakimi są przekonania, style myślenia, postawy i inne aspekty świadomości. Nie wiadomo też, czy i na ile wykształcenie sprzyja „poprawnym” odpowiedziom – w jakim stopniu odpowiedzi te oddają tylko społecznie aprobowane, w jakim natomiast rzeczywiste zachowania i sposoby myślenia. Na podstawie dostępnych danych często trudno też ocenić, z uwagi na stosowane procedury analiz statystycznych, na ile stwierdzane różnice lub ich brak pomiędzy grupami o różnym wykształceniu to właśnie jego wynik, czy może skutek innych powiązanych z nim cech (np. starszego wieku osób najniżej wykształconych). Na wszystkie te przyczyny nakładają się także kłopoty z jednoznaczną operacjonalizacją tej zmiennej, jaką jest wykształcenie [8], a także zjawisko silnej zależności efektów diagnozy świadomości potocznej od konstrukcji pytań w kwestionariuszach [9].

Zainteresowanie wpływem wykształcenia na myślenie o zdrowiu, a nie tylko na jego stan, wydaje się bardziej zaznaczone w społeczeństwach o dużych rozwarstwieniach, jak np. amerykańskie. Ale kontekst wykształcenia często zostaje tam przyćmiony przez prob-

lematykę wielokulturowości, marginalizacji czy statusu ekonomicznego. W Polsce, gdzie w populacji ogólnej różnice kulturowe wydają się relatywnie mniej znaczące, a grupy zmarginalizowane ze względu na swój status nie doczekały się osobnego miejsca w polityce zdrowotnej państwa, w badaniach populacyjnych większą uwagę zwraca się na różnice płci, wieku bądź miejsca zamieszkania. Ponadto można przypuszczać, że stopniowe zmniejszanie się liczby osób o wykształceniu poniżej średniego także w przyszłości może nie sprzyjać wzrostowi zainteresowania polityków zdrowotnych i promotorów zdrowia tą grupą.

Na podstawie uznanej dotąd wiedzy na temat związków wykształcenia i sytuacji zdrowotnej w niektórych krajach przyjmuje się, że edukacja omawianych grup powinna być specjalna [10] z kilku powodów. Po pierwsze, z uwagi na trudności w dotarciu do nich z komunikatami edukacyjnymi, także z tymi dotyczącymi spraw zdrowia, gdy wykorzystuje się powszechnie stosowane w tym obszarze kanały i metody komunikacji, bez różnicowania odbiorców (np. przekazy *via* rzadko dostępny dla nich Internet). Po drugie, ze względu na utrudnienia w percepcji (zrozumieniu, zapamiętywaniu) przekazywanych treści, częściej występujące wśród przedstawicieli nisko wykształconych grup – co opisuje eksponowane ostatnio pojęcie *low (health) literacy* [11]. Po trzecie, z powodu takich cech myślenia o zdrowiu, prawdopodobnie bardziej rozpowszechnionych wśród (lub właściwych dla) reprezentantów grup o niskim statusie, które w różny sposób zaburzają możliwości wykorzystania zdobytych informacji (jak np. niskie zaufanie do propagowanych treści). Wreszcie po czwarte, z uwagi na nieco odmienne priorytetowe problemy i potrzeby zdrowotne w omawianych grupach – określane czy to z podmiotowego, czy już z bardziej medycznego punktu widzenia. Oczywiście cały czas jest kwestią otwartą, na ile akcent w politykach zdrowia publicznego powinien zostać położony na podnoszenie ogólnego poziomu wykształcenia społeczeństwa, na ile natomiast na ukierunkowaną edukację zdrowotną nisko wykształconych grup [12].

■ Przedmiot analiz i metoda badań

Dalsze analizy, oparte głównie na materiale zgromadzonym podczas realizacji projektu LEECH, finansowanego z programu GRUNDTVIG, lokują się w obszarze badania nierówności dotyczących zdrowia, określonych przez wykształcenie, rozpatrywanych w aspekcie potrzeb związanych z doskonaleniem edukacji zdrowotnej osób dorosłych¹. Celem była próba ustalenia, czy osoby zatrudnione w zakładach pracy, odróżniające się poziomem wykształcenia, różnią się także szeroko pojętymi przekonaniami, postawami, ocenami, oczekiwaniami i preferencjami dotyczącymi wiedzy o zdrowiu i edukacji zdrowotnej, a jeżeli tak, to na czym polegają te różnice. Założono, że ów stosunek do wiedzy o zdrowiu może znacząco, na tle innych uwarunkowań, wpływać na korzystanie z niej w życiu codziennym i w konsekwencji oddziaływać na pożądane zachowania zdrowotne oraz stan zdrowia. Przyjęto też, że dokonane ustalenia mogą być przydatne m.in.

dla animatorów programów promocji zdrowia w zakładach pracy (lub szerzej – w populacji aktywnych zawodowo), chcących lepiej docierać ze swoimi przekazami do osób o niskim statusie wykształcenia [13].

Mówiąc bardziej precyzyjnie, interesowało nas empiryczne rozpoznanie kilku szczegółowych zagadnień z obszaru myślenia o sprawach dotyczących zdrowia. Po pierwsze, czy badane osoby korzystają w swym codziennym życiu z wiedzy o zdrowiu i jak często kwestie wpływu własnego postępowania na zdrowie czynią przedmiotem swej codziennej refleksji. Po drugie, jak sami oceniają własne kompetencje dotyczące dbania o zdrowie i czy wykazują chęć ich doskonalenia. Po trzecie, jakie preferują źródła i formy przekazu informacji dotyczących dbania o zdrowie (w zakresie działań do wykorzystania w ramach szkoleń różnego typu) oraz, po czwarte, jakie widzą zachęty i bariery związane z uczestnictwem w takich szkoleniach. We wszystkich tych obszarach kluczowe staje się pytanie o różnice, jakie występują pomiędzy pracownikami o odmiennym statusie edukacyjnym. Tak określony obszar uwagi inspirowany jest nie tyle którąś z teorii wykorzystywanych w edukacji zdrowotnej [14], ile jest próbą wstępnego rozpoznania tych zagadnień, które są raczej pomijane w badaniach i praktyce edukacyjnej. Obszar ten opiera się jedynie na uogólnionej tezie, że pozytywny stosunek adresatów do źródeł i treści przekazów, ich zgodność z preferencjami i przekonaniem odbiorców, a przede wszystkim sam fakt zainteresowania przedmiotem komunikatów to czynniki sprzyjające skuteczności działań edukacyjnych [15].

O ile wykształcenie jest tu kluczowym punktem uwagi, to drugim jest sprawdzenie, czy jego związek z myśleniem pracowników o informacjach dotyczących zdrowia jest taki sam w różnych krajach europejskich i czy ewentualne różnice kulturowe (określone poprzez przynależność państwową) pozwolą na formułowanie uogólnień dotyczących edukacji zdrowotnej bez względu na kraj, np. w Europie. Obok Polski, która jest tu terenem głównych poszukiwań, w projekcie LEECH uczestniczyły Hiszpania, Łotwa oraz Słowenia, i one będą punktem odniesienia dla poszukiwania różnicowań kulturowych.

Materiał analizowany w dalszej części artykułu pochodzi z badania zrealizowanego na przełomie lat 2009 i 2010 opartego na wywiadach kwestionariuszowych wśród 1691 celowo dobranych osób mających status pracownika – po około 400 w każdym z czterech krajów². Respondentów podzielono na dwie grupy: o niskim statusie edukacyjnym – z wykształceniem podstawowym, gimnazjalnym i zasadniczym zawodowym (poziomy 0–2 oraz 3C wg ISCED 1997)³ oraz o wysokim poziomie – z wykształceniem średnim (ogólnym, jak i zawodowym) i wyższym wszystkich typów (3A–B oraz 4–6 wg ISCED 1997). Zadbanie przy tym o możliwie równy rozkład poszczególnych typów/szczebli wykształcenia w ramach każdej z obu grup. W celu lepszego skonstruowania nisko i wysoko wykształconych postawiono warunek, by do pierwszej grupy nie włączać osób aktualnie kontynuujących naukę na poziomie szkoły średniej. Jeśli chodzi o wiek respondentów, by ograniczyć nieco wpływ tej zmiennej, zdecydowano się na przedział 25–54 lata (zarówno grupa nisko,

jak i wysoko wykształconych składała się po 1/3 z osób z przedziałów wiekowych: 25–34, 35–44 oraz 45–54 lata). Dążono również, by uzyskać równomierny rozkład płci i aby respondenci byli pracownikami możliwie wielu dziedzin działalności gospodarczej oraz mieszkańcami zarówno miast (małych i dużych), jak i wsi.

Uzupełnieniem danych pochodzących z projektu LEECH będą wyniki kilku wcześniejszych badań, przeprowadzonych w minionym dziesięcioleciu (głównie przez zespół Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy IMP im. prof. J. Nofera) w celowo dobieranych dużych zbiorowościach osób aktywnych zawodowo.

■ Stosunek do edukacji zdrowotnej a wykształcenie – dotychczasowe ustalenia

Opis ustaleń na temat zróżnicowania stosunku pracujących Polaków do edukacji zdrowotnej ze względu na wykształcenie warto poprzedzić szerszym spojrzeniem na ich motywacje realizacji działań związanych ze zdrowiem – zarówno prozdrowotnych, jak i ryzykownych [16]. Otóż pracownicy o niskim wykształceniu częściej, w porównaniu z innymi, deklarują, że ich postępowanie jest efektem wychowania w młodości oraz – zwłaszcza zachowania ryzykowne – powielania obecnie obserwowanych w otoczeniu wzorów społecznych i ich kompensacyjnej funkcji wobec stresu. Jest także, co w tym kontekście szczególnie ważne, związane z przekonaniem i postawami będącymi w konflikcie z edukacją zdrowotną – kwestionującymi, odrzucającymi i pomniejszającymi znaczenie przekazywanych w niej treści. Natomiast lepiej wykształceni wśród motywów swojego postępowania, zwłaszcza prozdrowotnego, częściej eksponują zainteresowanie sprawami zdrowia (ale także chęć przeciwdziałania chorobie, radzenie sobie z problemami dotyczącymi wyglądu bądź sprawności oraz spontaniczny charakter działań i wynikająca z nich przyjemność). Co ciekawe, gorzej wykształceni wskazują więcej powodów swoich ryzykownych zachowań oraz mniej motywów dla działań prozdrowotnych niż lepiej wyedukowani.

Pracownicy niżej wykształceni – ogólnie rzecz biorąc, bo dane uzyskane przez zastosowanie różnego typu pytań nie są jednoznaczne – stan swojego zdrowia częściej widzą jako zależny od biologii organizmu oraz opieki medycznej, rzadziej od własnych zachowań i wpływu środowiska [17]. Inne ustalenia mówią, że niski poziom wykształcenia sprzyja częstszemu uznawaniu dużego wpływu na ludzkie zdrowie takich czynników, jak: geny, sytuacja finansowa, warunki pogodowe, bakterie i wirusy w otoczeniu, korzystanie z opieki medycznej oraz odpowiednie ubieranie się, nie różnicuje natomiast częstości wskazań na rolę zachowań podkreślanych w koncepcji zdrowego stylu życia [18].

Niektóre badania pokazują [19], że niższe wykształcenie wiąże się z rzadszym myśleniem na temat wpływu własnego postępowania na zdrowie, ale inne dane [17] dla podobnej populacji nie potwierdziły wyraźnie takiej zależności.

Im niższe wykształcenie, tym częściej pracownicy twierdzą, że reagują złością na zalecenia i zakazy dotyczące działań ryzykownych dla zdrowia [19]. W innym populacyjnym sondażu na temat jednego z takich zachowań respondenci zgadzali się ze stwierdzeniem: „denerwuje mnie, że tyle mówi się o paleniu tytoniu” (istotna różnica pomiędzy grupą z wykształceniem nie wyższym niż zasadnicze i tą powyżej średniego wynosiła 34 punkty i znacznie przewyższała inne zróżnicowania, wynikające choćby z wieku czy faktu palenia)⁴. W badaniu mieszkańców jednej z dzielnic Warszawy⁵ paradoksalnie to wyżej wyedukowani częściej podzielali opinię, że za dużo mówi się i zaleca w kwestii zdrowia. Ale, co może wyjaśnić tę zależność, oni również częściej przyznawali, że są odbiorcami medialnych informacji o zdrowiu.

Niżej wykształceni rzadziej deklarują zainteresowanie przekazami dotyczącymi spraw zdrowia (zarówno chorób, jak i zdrowego stylu życia). Częściej je ignorują, a nawet starają się nie dopuszczać tej wiedzy do siebie. Częściej też uważają, że przekazy na temat zdrowego życia są niezrozumiałe i niejasne [17], choć to ostatnie raczej słabo potwierdzają wyniki badania warszawiaków. Nieco częściej według jednych ustaleń [7], a podobnie według innych [17] deklarują ograniczone zaufanie do przedstawianej społeczeństwu wiedzy eksperckiej („nie wiem, komu wierzyć, bo eksperci różnie mówią na temat tego, jak zdrowo żyć, np. masło czy margaryna”).

Słabo wykształceni pod wpływem przekazów edukacyjnych rzadziej skłonni są rezygnować dla zdrowia ze swoich niezdrowych przyzwyczajzeń i przyjemności. W ogóle rzadziej są chętni do zmiany zachowań [4, 16], zwłaszcza, gdy nie odczuwają problemów zdrowotnych [16].

Uogólniając – opierając się na jeszcze innych danych [20] – można przypuszczać, że niższy poziom wykształcenia odwraca uwagę od przekazów zachęcających do podjęcia lub zmiany działań ujętych w koncepcji zdrowego stylu życia, sprzyja natomiast nieco bardziej zachowawczym sposobom dbania o zdrowie (ograniczone zmiany, tradycyjne sposoby, aktywność wokół choroby itp.).

Wykształcenie a stosunek do edukacji zdrowotnej – ustalenia projektu LEECH

Przedstawiając dalej ustalenia pochodzące z projektu LEECH, podejmiemy próbę odpowiedzi na następujące pytania: Czy poziom wykształcenia różnicuje wybrane aspekty stosunku pracowników w Polsce do wiedzy i edukacji zdrowotnej? Czy analogiczna sytuacja występuje w pozostałych krajach? Czy – biorąc osobno pod uwagę odmienne grupy wykształcenia – obraz omawianych zjawisk w poszczególnych krajach jest podobny, czy może odmienny? Czy ewentualne różnice pomiędzy państwami stwierdzone w grupach wykształcenia są takie same wśród nisko i wysoko wykształconych? Jak wygląda Polska na tle pozostałych krajów w grupach o odmiennej edukacji? Skoncentrujemy się na prezentacji tych aspektów potocznego myślenia, które okazały się najsilniej zróżnicowane poprzez poziom wykształcenia pracowników w Polsce i spróbujemy odpowiedzieć, czy analogiczne zjawiska

występowały na Łotwie, w Słowenii i Hiszpanii. Tym samym będzie to próba ustalenia, czy i na ile wykształcenie, a może przynależność do grupy narodowej, bardziej różnicuje analizowane elementy świadomości⁶.

Lista uwzględnionych w badaniu aspektów obejmuje: skłonność do refleksji na temat roli własnego postępowania w dbaniu o zdrowie, samoocenę własnej wiedzy w tym zakresie oraz potrzebę jej doskonalenia, preferencje odnośnie do niektórych źródeł i form przekazów informacji o zdrowiu (wykładów, warsztatów, artykułów w gazetach i czasopismach oraz w fachowych poradnikach – pominięto Internet ze względu na zmienną interweniującą, jaką jest jego dostępność), rozpowszechnienie wybranych opinii o kursach na temat zdrowia („czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu”, „dopóki jestem zdrowy, to mało mnie interesują szkolenia na jego temat”, „takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, gdyż podawane są na nich sprzeczne informacje”, „na takich szkoleniach zazwyczaj chcą coś sprzedać, udając, że mówią o zdrowiu”) i obawy związane z uczestnictwem w nich (niechęć do metod odwołujących się do zakazów i straszenia, do potrzeby przyswajania trudnych do zrozumienia treści, do uczestniczenia w sprawdzianach wiedzy oraz do wypowiedzi na forum grupy).

Skłonność do refleksji na temat wpływu własnego postępowania na zdrowie

Niższy status edukacyjny w grupie polskich pracowników okazał się sprzyjać unikaniu myślenia o wpływie na zdrowie własnego sposobu postępowania (**Tabela I**).

Na podstawie uzyskanych deklaracji można zauważyć, że nisko wykształceni pracownicy w Polsce w ponad połowie nie zwracali uwagi, jak to, co robią, wpływa na ich zdrowie, przy czym niektórych nawet drażniła tego rodzaju kwestia. Druga połowa podejmowała refleksję tego rodzaju, ale – zgodnie z deklaracjami – raczej nie wpływała ona na postępowanie względem zdrowia. Wśród lepiej wykształconych tylko niespełna co trzecia osoba nie zastanawiała się nad tego rodzaju problemem. Tak więc nisko wykształceni Polacy częściej niż lepiej wyedukowani twierdzili, że na co dzień nie zwracają uwagi, jak oddziałują na swoje zdrowie, natomiast rzadziej uznawali, że chętnie słuchają i zastanawiają się jak zdrowo żyć. Nie różnili się natomiast postrzeganiem siebie jako osoby, która wprawdzie dużo myśli o tym, co szkodzi, a co sprzyja zdrowiu, ale następnie lekceważy tego typu kwestie.

Różnice pomiędzy lepiej i gorzej wykształconymi pracownikami w naszym kraju nie odbiegały znacząco od tych, które wystąpiły w innych państwach. Podobnie podchodzili do tej kwestii wszyscy nisko wykształceni, bez względu na kraj pochodzenia. Jednakże polscy pracownicy w tej grupie najczęściej twierdzili, że na co dzień nie zwracają uwagi na zdrowotną rolę swojego postępowania i najrzadziej uznawali się za osoby, które często zastanawiają się, jak zdrowiej żyć. Wśród lepiej wykształconych różnice pomiędzy krajami były nieco bardziej widoczne – zwłaszcza gdy chodzi o pracowników, którzy chętnie słuchają i rozważają, co robić dla zdrowia. W Polsce i na Łotwie twierdził tak co około trzeci, w Słowenii co około drugi badany.

Kraj	Pracownicy nisko wykształceni				Pracownicy wysoko wykształceni			
	Skłonność do refleksji na temat zdrowia				Skłonność do refleksji na temat zdrowia			
	Rozdrażnieni	Niemyślący	Zmienni	Refleksyjni	Rozdrażnieni	Niemyślący	Zmienni	Refleksyjni
PL	7	45	30	18	2	28	32	38
ES	5	31	34	30	4	21	32	43
LV	12	35	32	21	4	26	35	35
SI	4	32	32	32	1	20	26	53

Tabela I. Skłonność do refleksji na temat wpływu własnych zachowań na zdrowie w odmiennych grupach wykształcenia i krajach. W % – odsetki sumują się do 100% w wierszach poszczególnych państw, osobno w obu grupach wykształcenia. Na podstawie pytania: *Czy i jak często zastanawia się Pan/Pani, czy Pan/Pani sposób postępowania wpływa na Pana/Pani zdrowie?* Odpowiedzi (jedna do wyboru): a) *Jestem osobą, którą temat zdrowia drażni, denerwuje („rozdrażnieni”)*; b) *Jestem osobą, która na co dzień nie myśli o zdrowiu, nie zwracam uwagi, jak to, co robię, wpływa na moje zdrowie („niemyślący”)*; c) *Jestem osobą, która czasami dużo myśli, co szkodzi, a co sprzyja mojemu zdrowiu, a potem zupełnie to lekceważy, nie przejmuję się tym („zmienni”)*; d) *Jestem osobą, która chętnie słucha, co robić dla zdrowia, często zastanawia się, jak zdrowiej żyć („refleksyjni”)*.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach Projektu Nr 142222-1.1.P-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”, realizowanego przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera od grudnia 2008 do lutego 2011.

Samoocena wiedzy o zdrowiu

Opinie polskich pracowników na temat własnej wiedzy, jak dbać o zdrowie (**Tabela II**), zależały od poziomu wykształcenia. Blisko dwa razy mniej gorzej wykształconych niż lepiej wykształconych oceniło ją jako dobrą lub bardzo dobrą, natomiast dwa razy więcej jako niedostateczną. Uwzględniając łącznie oceny dobrą i bardzo dobrą, w Polsce na tle innych krajów wystąpiła największa różnica pomiędzy obiema grupami wykształcenia – wyniosła ona 30% (na Łotwie 21%, w Słowenii 11%, a w Hiszpanii praktycznie jej nie było).

Przynależność państwowa bardziej różnicowała oceny wśród nisko niż lepiej wykształconych, zatem lepsze wykształcenie niejako niwelowało tu odmienności społeczno-kulturowe. Gorzej wykształceni pracownicy z Polski byli bardzo podobni do łotewskich i w swoich ocenach wypadali gorzej niż hiszpańscy i słoweńscy.

Chęć doskonalenia własnej wiedzy o zdrowiu

W Polsce nisko wykształceni pracownicy rzadziej niż ci z dyplomem, przynajmniej szkoły średniej, deklarują potrzebę, aby dowiedzieć się więcej na temat tego, jak dbać o zdrowie (**Tabela III**). Różnice pomiędzy obiema grupami wykształcenia w innych krajach były dość podobne jak w Polsce.

Gotowość do pogłębiania wiedzy okazała się bardziej różnicowana przynależnością do określonego kraju niż poziomem wykształcenia. Było to szczególnie widoczne w zbiorowości gorzej wykształconych, gdzie różnica pomiędzy polskimi a hiszpańskimi pracownikami wynosiła 36%, a wśród dobrze wykształconych sięgała 26%. Co istotne, Polscy pracownicy – zarówno ci lepiej, jak i gorzej wykształceni – najrzadziej na tle innych krajów deklarowali potrzebę uczenia się o tym, jak dbać o własne zdrowie.

Kraj	Pracownicy nisko wykształceni					Pracownicy wysoko wykształceni				
	Samoocena wiedzy					Samoocena wiedzy				
	bdb	db	dst	ndst	trudno ocenić	bdb	db	dst	ndst	trudno ocenić
PL	4	31	49	7	9	11	54	30	3	2
ES	14	46	30	5	5	11	50	30	2	7
LV	7	27	28	22	17	7	48	27	11	7
SI	10	53	19	9	9	13	62	10	12	3

Tabela II. Samoocena własnej wiedzy na temat dbania o zdrowie w odmiennych grupach wykształcenia i krajach.

W % – odsetki sumują się do 100% w wierszach poszczególnych państw, osobno w obu grupach wykształcenia. Na podstawie pytania: *Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat tego, jak dbać o zdrowie?*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach Projektu Nr 142222-1.1.P-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”, realizowanego przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera od grudnia 2008 do lutego 2011.

Kraj	Pracownicy nisko wykształceni			Pracownicy wysoko wykształceni		
	Wystarczy mi to, co już wiem	Chcę dowiedzieć się więcej	Trudno ocenić	Wystarczy mi to, co już wiem	Chcę dowiedzieć się więcej	Trudno ocenić
PL	35	45	20	53	35	12
ES	71	17	12	79	14	7
LV	55	20	25	61	18	21
SI	49	34	17	63	23	14

Tabela III. Chęć doskonalenia własnej wiedzy na temat dbania o zdrowie w odmiennych grupach wykształcenia i krajach.

W % – odsetki sumują się do 100% w wierszach poszczególnych państw, osobno w obu grupach wykształcenia. Na podstawie pytania: *Czy chciał(a)by Pan/Pani dowiedzieć się więcej na temat tego, jak dbać o zdrowie?*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach Projektu Nr 142222-1.1.P-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”, realizowanego przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera od grudnia 2008 do lutego 2011.

Preferencje dotyczące form i źródeł zdobywania wiedzy o zdrowiu

Odpowiedź polskich pracowników na pytanie, jak dostarczać im wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia, okazała się zależna od poziomu wykształcenia w przypadku czterech na dziesięć analizowanych sposobów⁷, przy czym nie były to te najczęściej preferowane przez respondentów. Lepiej wykształceni dwa razy częściej wybierali do tego celu Internet (odpowiednio 76%

i 37%), także warsztaty (53% i 37%) oraz przedstawione niżej (Tabela IV) wykłady, prasę i fachowe poradniki.

Różnice pomiędzy lepiej i gorzej wykształconymi pracownikami w poszczególnych krajach, jeśli chodzi o ich stosunek do uczestniczenia w wykładach, były dość zbliżone (od kilku do kilkunastu procent), przy czym w Polsce i na Łotwie okazały się największe.

Biorąc pod uwagę osobne grupy wykształcenia, bardziej znaczące niż pomiędzy nimi okazały się różnice pomiędzy krajami, przy czym wśród niżej edukowanych

Kraj	Pracownicy nisko wykształceni			Pracownicy wysoko wykształceni		
	Zdecydowanie tak i raczej tak	Zdecydowanie nie i raczej nie	Trudno ocenić	Zdecydowanie tak i raczej tak	Zdecydowanie nie i raczej nie	Trudno ocenić
Udział w wykładzie, pogadance, gdzie specjalista mówi zebranej grupie słuchaczy jak dbać o zdrowie lub radzić sobie z chorobami						
PL	27	66	7	44	53	3
ES	65	33	2	68	28	4
LV	34	58	8	52	41	7
SI	53	38	9	58	34	8
Czytanie artykułów i informacji na temat zdrowia w gazetach lub czasopiśmie						
PL	52	46	2	72	26	2
ES	67	30	3	79	17	4
LV	31	63	6	57	38	5
SI	71	26	4	81	16	2
Czytanie fachowych poradników na temat zdrowia						
PL	44	52	4	66	30	4
ES	53	45	2	49	59	2
LV	18	77	5	37	56	7
SI	51	43	6	54	43	3

Tabela IV. Preferowane formy i źródła przekazu wiedzy o zdrowiu (wybrane przykłady) w odmiennych grupach wykształcenia i krajach.

W % – odsetki sumują się do 100% w wierszach poszczególnych państw, osobno w obu grupach wykształcenia. Na podstawie pytania: *Poniżej wymienione są różne sposoby zdobywania wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia. Proszę przy każdym określić na ile on Pan/Pani odpowiada.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach Projektu Nr 142222-1.1.P-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”, realizowanego przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera od grudnia 2008 do lutego 2011.

były one wyraźnie silniejsze. Polacy na tle pozostałych krajów okazali się narodem najbardziej krytycznie nastawionym do prowadzenia edukacji zdrowotnej za pomocą wykładów, przy czym szczególnie silnie w przypadku najniższej wykształconych.

Zróznicowania dotyczące preferowania artykułów prasowych jako dogodnego źródła informacji dotyczących zdrowia były podobne jak w przypadku wykładów – tak gdy chodzi o różnice pomiędzy grupami wykształcenia w poszczególnych krajach, jak i pomiędzy krajami w ramach odmiennych grup wykształcenia.

Różnice pomiędzy lepiej i gorzej wykształconymi w zakresie preferowania poradników jako sposobu rozwijania własnej wiedzy o zdrowiu przedstawiały się odmiennie w poszczególnych krajach. W Polsce i na Łotwie były znaczące i wynosiły około 20%, natomiast w Słowenii i Hiszpanii były nieznaczne.

Zależność omawianych preferencji od kraju ujawniła się w każdej z obu grup wykształcenia. Wśród nisko wykształconych różnice pomiędzy Łotyszami i Hiszpanami sięgały 35%. Nisko edukowani Polacy byli podobni w tym przypadku do Słowenców i Hiszpanów. W zbiorowości lepiej wykształconych duże różnice dotyczyły Łotyszy i Polaków. Ci ostatni okazali się największymi zwolennikami korzystania z takiej formy kształcenia na tle wysoko wykształconych pracowników wszystkich państw.

Przekonania na temat szkoleń o zdrowiu

Przedsięwzięcia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia są często realizowane z uwzględnieniem różnego typu szkoleń, które mają dać wiedzę wykraczającą poza hasła lub podstawowe informacje i rozwijać prozdrowotne umiejętności. Różne szkolenia, dotyczące innych zagadnień niż zdrowie, są na ogół elementem codziennych doświadczeń większości pracowników i z tego powodu także obiektem ich zróżnicowanych – aprobujących lub nieprzychylnych – postaw, które mogą przenosić się na kursy w obszarze promocji zdrowia.

Wśród Polaków ich poziom wykształcenia różnicował rozpowszechnienie czterech z siedmiu uwzględnionych w badaniu obiegowych opinii⁸, mogących zmniejszać zainteresowanie szkoleniami dotyczącymi zdrowia. Nisko wykształceni częściej negowali ogólny sens brania w nich udziału, twierdząc, że „czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu” oraz że „dopóki są zdrowi, to mało ich interesują szkolenia na jego temat”. Także częściej oceniali je krytycznie, wyrażając opinię, że „wprowadzają zamęt w głowie, gdyż podawane są na nich sprzeczne informacje” albo nawet podejrzewając, że „na takich szkoleniach zazwyczaj chcą coś sprzedać, udając, że mówią o zdrowiu”. Takie przekonania wyrażał mniej więcej co drugi nisko i co trzeci lepiej wykształcony Polak (**Tabela V**).

Analiza opinii „czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu” z perspektywy różnic wykształcenia w poszczególnych krajach wykazała, że odmienności pomiędzy obiema grupami były dość podobne i jednocześnie największe w Polsce i na Łotwie, natomiast najmniejsze w Słowenii i Hiszpanii. W osobno ujętej grupie nisko

wykształconych kraj wyraźnie różnicował wyznawanie takiego poglądu. Najczęściej nie chcieli za dużo wiedzieć Polacy (co drugi), najrzadziej Słowenicy (co około czwarty). Zbliżona sytuacja wystąpiła wśród lepiej wykształconych, choć w nieco mniejszym stopniu.

Przekonanie o braku sensu uczenia się o zdrowiu, gdy nie jest się chorym, w podobny sposób różnicowane było poziomem wykształcenia w każdym kraju. Zatem przynależność do danego społeczeństwa raczej nie modyfikowała wpływu wykształcenia (choć wpływ ten nie był duży). Natomiast zależność od kraju uwidoczniła się w osobno ujętej populacji nisko wykształconych pracowników (aż połowa Polaków wyrażała omawiane przekonanie i tylko co około czwarty Słoweniec i Hiszpan). W grupie lepiej wykształconych różnice były nieco słabsze. Tym niemniej w przypadku analizowanej opinii wyraźnie widać, że najczęściej uznawali ją Polacy, zarówno w grupie lepiej, jak i gorzej wykształconych pracowników.

W przypadku opinii o braku zaufania do treści przekazywanych na szkoleniach największe różnice pomiędzy grupami wykształcenia występowały na Łotwie i w Polsce, a lepiej i gorzej wykształceni hiszpańscy pracownicy właściwie nie różnili się między sobą. Trudno więc mówić o jednoznacznym w poszczególnych krajach wpływie wykształcenia na zaufanie do wiedzy przekazywanej na szkoleniach. Natomiast analiza różnic częstości podzielenia tej opinii w poszczególnych krajach w każdej z grup wykształcenia pokazała, że wśród nisko wykształconych miejsce zamieszkania jest znaczące. Zarzut, że na kursach raz mówią tak, raz inaczej, stawiał najczęściej co drugi Polak i niespełna co piąty Słoweniec. Z kolei lepsze wykształcenie nieco homogenizowało wpływy narodowe, ale nadal pozostały one znaczące.

Częstość podejrzeń, że szkolenia są tylko pretekstem do sprzedaży czegoś, w poszczególnych krajach była słabo różnicowana poziomem wykształcenia. W Polsce zróżnicowanie to było co prawda największe, ale ogólnie niewielkie (kilkunastoprocentowe), jak w innych społeczeństwach. W osobnych grupach nisko i lepiej wykształconych pracowników kraj także słabo różnicował skalę akceptacji omawianego przekonania.

Postrzegane bariery uczestnictwa w szkoleniach

Poziom wykształcenia w przypadku polskich pracowników miał znaczenie, w przypadku niektórych preferencji dotyczących sposobów realizacji szkoleń poświęconych zdrowiu⁹. Absolwenci szkół podstawowych i zasadniczych zawodowych około dwa razy częściej obawiali się kierowania do nich zakazów i straszenia ich oraz przekazywania treści trudnych do zrozumienia. Częściej też byli niechętni testom sprawdzającym ich wiedzę oraz konieczności publicznego zabierania głosu (**Tabela VI**).

W kwestii obaw, by na szkoleniach o zdrowiu nie straszono lub nie zakazywano czegoś, to różnice pomiędzy grupami wykształcenia w poszczególnych krajach były rzędu od kilku do kilkunastu procent i tylko w Polsce nieco bardziej różnili się ci słabo od lepiej wykształconych. Natomiast w grupie wszystkich nisko wykształ-

Kraj	Pracownicy nisko wykształceni			Pracownicy wysoko wykształceni		
	Tak	Nie	Trudno ocenić	Tak	Nie	Trudno ocenić
Dopóki jestem zdrowy, to mało mnie interesują takie szkolenia						
PL	53	38	9	35	59	6
ES	26	65	9	19	76	5
LV	31	50	19	18	69	13
SI	25	63	12	19	70	11
Takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, raz mówią na nich tak, innym razem inaczej						
PL	52	34	16	31	57	12
ES	26	58	16	21	66	13
LV	49	34	17	32	42	26
SI	18	67	15	8	78	14
Czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu						
PL	56	38	6	33	61	6
ES	37	55	7	25	70	5
LV	54	34	12	28	56	16
SI	23	68	10	14	75	11
Na takich szkoleniach zazwyczaj chcą coś sprzedać, udając, że mówią o zdrowiu						
PL	58	25	17	42	35	23
ES	45	43	12	41	43	16
LV	61	20	19	48	20	32
SI	44	37	19	33	48	19

Tabela V. Opinie na temat szkoleń dotyczących zdrowia w odmiennych grupach wykształcenia i krajach.

W % – odsetki sumują się do 100% w wierszach poszczególnych państw, osobno w obu grupach wykształcenia. Na podstawie pytania: *Proszę powiedzieć, czy zgadza się Pan/Pani z niżej podanymi stwierdzeniami na temat szkoleń dotyczących zdrowia.*

Źródło: *Opracowanie własne na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach Projektu Nr 142222-1.1.P-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”, realizowanego przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera od grudnia 2008 do lutego 2011.*

conych oraz lepiej wyedukowanych wystąpiły wyraźne różnice związane z krajem pochodzenia badanych. Około dwa razy więcej Polaków i Hiszpanów niż Łotyszy i Słowenów nie życzyło sobie takich oddziaływań. Podobna sytuacja wystąpiła, jeśli chodzi o obawy, że na kursach pojawią się zbyt trudne treści. Kraj wyraźniej różnicował tego typu opinie zarówno wśród nisko, jak i lepiej wykształconych. Obawiali się tego cztery razy bardziej Hiszpanie niż Słowenicy, relatywnie często także Polacy. W grupie lepiej wykształconych różnice nieco osłabły, ale nadal Hiszpanie i Polacy częściej wyrażali tego rodzaju niepokój.

Niechęć do testów sprawdzających wiedzę w trakcie szkoleń i do konieczności zabierania głosu na forum uczestników podobnie często pojawiała się pomiędzy obiema grupami wykształcenia w poszczególnych krajach. Miejsce zamieszkiwania nie modyfikowało więc wpływu wykształcenia na tego typu przekonania. Bycie obywatelem danego kraju nie powodowało też znaczących różnic w obrębie zarówno lepiej, jak i gorzej wykształconych. Zatem tego rodzaju obawy bardziej wydają się zależeć od poziomu wykształcenia niż narodowości badanych.

Przekonania niezależne od wykształcenia

Powyżej zostały przedstawione te spośród uwzględnionych w badaniu aspektów stosunku do edukacji zdrowotnej i wiedzy o zdrowiu, które okazały się zależne od poziomu wykształcenia w grupie polskich pracowników (i odniesione zostały do sytuacji występującej w innych krajach). Obecnie, w uzupełnieniu, zwrócimy uwagę na te zjawiska, których poziom wykształcenia bądź w ogóle nie różnicował, bądź bardzo słabo. Były to: oczekiwania co do treści przekazów edukacji zdrowotnej, nadawców takich komunikatów, opinii na temat zachęt do uczestniczenia w kursach/szkoleniach o tematyce zdrowia oraz zawartości programów tego rodzaju organizowanych przez zakłady pracy.

Niespełna co drugi lepiej i gorzej wykształcony polski pracownik był zdania, że ludzi w naszym kraju powinno się uczyć, by nie palili papierosów i zdrowo się odżywiali; co trzeci – by wiedzieli jak się mniej deenerwować, chodzili na badania pozwalające wcześniej wykryć chorobę i znali swoje prawa jako pacjenci; co piąty – by stosowali się do zaleceń lekarza w przypadku

Kraj	Pracownicy nisko wykształceni			Pracownicy wysoko wykształceni		
	Tak	Nie	Trudno ocenić	Tak	Nie	Trudno ocenić
Obawa, że to, co mówi prowadzący, będzie trudne do zrozumienia						
PL	38	55	7	22	76	2
ES	51	44	5	30	65	5
LV	25	61	14	7	79	14
SI	13	83	5	6	88	5
Obawa, że będą mi czegoś zabraniać, straszyć mnie						
PL	51	44	5	29	68	3
ES	52	41	7	38	56	6
LV	20	65	15	14	76	10
SI	16	75	9	13	83	4
Konieczność rozwiązania testu sprawdzającego wiedzę						
PL	58	34	8	33	63	4
ES	45	46	9	34	57	9
LV	39	42	19	18	68	14
SI	42	51	7	23	66	11
Konieczność zabrania głosu w obecności grupy osób						
PL	52	40	8	33	63	4
ES	51	45	4	37	59	4
LV	47	43	10	29	58	12
SI	49	40	11	31	58	11

Tabela VI. Bariery uczestnictwa w szkoleniach dotyczących zdrowia w odmiennych grupach wykształcenia i krajach.

W % – odsetki sumują się do 100% w wierszach poszczególnych państw, osobno w obu grupach wykształcenia. Na podstawie pytania: *Czy któraś z niżej wymienionych spraw może zniechęcać Pana/Panią do uczestniczenia w szkoleniach na tematy zdrowia? Proszę ocenić każdą sprawę.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach Projektu Nr 142222-1.1.P-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”, realizowanego przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera od grudnia 2008 do lutego 2011.

choroby i dbali o środowisko przyrodnicze; zdaniem co dziesiątego – że Polakom potrzebne jest uświadamianie, aby bardziej uważali na swoje zdrowie w pracy. Jedynie opinie dotyczące edukacji na temat alkoholu, a także aktywności fizycznej, nieznacznie różniły obie grupy.

Wykształcenie nie różnicowało preferencji dotyczących tego, kto powinien prowadzić szkolenia dotyczące utrzymania sprawności, poprawy sylwetki, zdrowia. Co drugi polski pracownik oczekiwał, aby w tej roli występowały osoby o odpowiednim przygotowaniu zawodowym – lekarze, pielęgniarki, psychologowie. Inni potencjalni nadawcy (ekspert o znanym nazwisku, celebryta, przedstawiciel medycyny alternatywnej, osoba duchowna) uzyskali znacząco mniej wskazań.

Gorzej i lepiej wykształceni takie same działania uznawali za zachęcające ich do udziału w szkoleniach o zdrowiu. Trzech na czterech pozytywnie zareagowałoby na ofertę wolnego wstępu (i, co ciekawe, na honorarium za uczestnictwo), odbycie szkolenia w godzinach pracy, zabieg lub badanie stanu zdrowia w trakcie kursu, możliwość uzyskania odpowiedzi na własne pytania, przećwiczenie czegoś za pomocą prowadzącego oraz drobny upominek. Co drugi poczułby się zmotywowany możliwością wymiany opinii z innymi, udziałem w lo-

sowaniu nagród, poczęstunkiem, ulotkami i broszurami przygotowanymi dla uczestników oraz tym, że uzyskałby zaświadczenie/dyplom ukończenia szkolenia. Szansa na zaistnienie w mediach przy okazji kursu interesowała co trzeciego pracownika.

Wszyscy mieli takie same oczekiwania odnośnie do programów prozdrowotnych w zakładach pracy. Co drugi chciał, aby firma sponsorowała badania stanu jego zdrowia i leczenie. Niewiele mniejszy odsetek, aby troszczyła się o bezpieczeństwo i wygodę na stanowisku pracy, w większym zakresie niż wymaga tego prawo. Co trzeci oczekiwał dofinansowania swojego wypoczynku i szczepień ochronnych. Co piąty troski ze strony kierownictwa, by praca była mniej stresująca. Ale 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.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych wyników trudno mówić o jednoznacznie dychotomicznym stosunku do wiedzy o zdrowiu i edukacji zdrowotnej pomiędzy gorzej

a lepiej wykształconymi pracownikami w Polsce. Okazało się, że obie grupy różnią się w niektórych aspektach tego stosunku, natomiast w innych nie.

Pomimo braku zasadniczej dychotomii wydaje się, że istnieją jednak pewne cechy specyficzne dla odmiennych grup wykształcenia w Polsce. Nisko wykształceni rzadziej zastanawiają się, na ile ich zdrowie zależy od stylu życia – bo ogólnie częściej nie wiążą go ze swoim zdrowiem. Gorzej oceniają swoją wiedzę na temat tego, jak dbać o zdrowie, a jednocześnie rzadziej chcą ją doskonalić. Trudniej docierać do nich z edukacją zdrowotną poprzez prasę, poradniki, wykłady. Gdy nie odczuwają dolegliwości, częściej nie widzą sensu zajmowania się zdrowiem i poszukiwania informacji na jego temat. Ogólnie częściej uważają, że nie jest im potrzebna wiedza o zdrowiu. Mają też więcej negatywnych postaw oraz przekonań dotyczących tej wiedzy i jej zdobywania – co być może ma swoje źródło w nie najlepszych skojarzeniach z nauką we wcześniejszych okresach życia. Z kolei lepiej wykształceni częściej zastanawiają się nad kwestią własnego wpływu na zdrowie i przypisują mu większe znaczenie, lepiej oceniają swoją wiedzę na temat tego, jak o nie dbać i są bardziej otwarci na jej pogłębianie. Są także zazwyczaj bardziej otwarci na zmiany w swym stylu życia.

Powyższe ustalenia zapewne nie są odkrywcze – potwierdzają dotychczasowe obserwacje dotyczące wpływu wykształcenia, poczynione na podstawie socjologii zdrowia oraz wypracowane w edukacji dorosłych [22]. Jednakże wydaje się, że takie prawidłowości stwierdzane na podstawie wyników badań ilościowych nie w pełni oddają, a czasami nawet ukrywają złożoność rzeczywistego stosunku do zdrowia i edukacji zdrowotnej, że nie ukazują całościowej logiki i racjonalności charakterystycznej dla poszczególnych segmentów społeczeństwa¹⁰. Teza o potrzebie badań jakościowych w tym obszarze również nie jest odkrywcza, jednakże badań takich, uwzględniających status wykształcenia, wciąż brakuje.

Ważnym ustaleniem wydaje się to, że zaobserwowano duże różnice w niektórych aspektach stosunku do wiedzy o zdrowiu i edukacji zdrowotnej pomiędzy reprezentantami poszczególnych krajów. Szczególnie dotyczy to osobno analizowanej grupy nisko wykształconych pracowników. Wśród lepiej wykształconych stosunek ten jest bardziej homogeniczny, co może świadczyć, że wyższy ogólny poziom wykształcenia sprzyja niwelowaniu różnic kulturowych. Oznacza to, że warto zachować większą ostrożność w interpretacjach różnic społecznych dotyczących zdrowia związanych z wykształceniem, a także w przenoszeniu ustaleń lokalnych na szersze populacje, zwłaszcza ponadnarodowe lub wielokulturowe. Szczególnie widoczne jest to we wnioskach dotyczących nisko wykształconych grup, gdzie zróżnicowania wynikające z przynależności państwowej okazały się najsilniej zaznaczone i dotyczyły szerszego zakresu badanych zjawisk. Ta konstatacja może mieć również duże znaczenie dla globalizującej się praktyki edukacji zdrowotnej, nie zawsze uwzględniającej różnorodność kulturową. Z kolei w obszarze działalności badawczej można postu-

lować nadanie większego znaczenia badaniom typu etnologicznego i dowartościowania ich w polityce społecznej.

W tym kontekście warto na zakończenie zarysować cechy charakterystyczne dla polskich pracowników na tle Hiszpanów, Łotyszy i Słowenów. W obu grupach wykształcenia Polacy najczęściej wyrażali niechęć do pogłębiania swej wiedzy o zdrowiu i byli najbardziej niechętni korzystaniu z wykładów, za to lepiej wykształceni przedstawiciele naszego kraju najczęściej ze wszystkich preferowali poradniki. W Polsce najczęściej występowały też negatywne przekonania dotyczące szkoleń (że lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu, zwłaszcza gdy jest się zdrowym). Ponadto nisko wykształceni Polacy najczęściej wyrażali brak zaufania do przekazywanych tam treści i obawiali się, że mogą być one zbyt trudne. W obu grupach wykształcenia najczęściej wystąpiła też niechęć do komunikacji odwołującej się do straszenia i zakazywania.

Przypisy

¹ Projekt nr 142222-LLP-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP „Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy”, zrealizowany przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej (umowa nr 2008-3466/001-001) w Polsce, Hiszpanii, Słowenii i Łotwie. Instytucja koordynująca: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (www.promocjazdrowiawpracy.pl).

² Próba liczyła w Polsce 403 osoby (201 nisko i 202 wysoko wykształcone), w Hiszpanii 458 osób (odpowiednio 253 i 205), na Łotwie – 426 osób (212 i 214), w Słowenii – 402 osoby (200 i 202). Ważną częścią projektu była kulturowa adaptacja kwestionariusza dla potrzeb poszczególnych państw. W Polsce część terenową badania dla IMP wykonało Biuro Badań Społecznych Obserwator.

³ Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Edukacji (*International Standard Classification of Education*), zaaprobowana przez UNESCO w 1997 roku. Wyróżnia siedem poziomów edukacyjnych, gdzie 0 oznacza *pre-primary education*, 1 – *primary education*, 2 – *lower secondary education*, 3 – (*upper*) *secondary education*, 4 – *post-secondary non-tertiary education*, 5 – *first stage of tertiary education*, 6 – *second stage of tertiary education*. W części z nich wyróżni się podpoziomy, np. poziom 3 jest podzielony na 3A (daje uprawnienia do nabywania kwalifikacji na poziomie 5A), 3B (umożliwia kształcenie na poziomie 5B) oraz 3C (nie daje bezpośredniej możliwości kontynuacji nauki, ale wiąże się z nabyciem podstawowych kwalifikacji zawodowych), http://www.uis.unesco.org/TEMP/PLATE/pdf/iscd/ISCED_A.pdf (dostęp 10.09.2011).

⁴ Niepublikowany sondaż omnibus, przeprowadzony pod koniec 2009 r. przez Instytut IQS & Quant Group wśród 500 osób reprezentujących mieszkańców Polski w wieku 15–70 lat, z uwzględnieniem struktury płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania (wywiad telefoniczny). Zleceniodawcą była firma Polski Lek S.A.

⁵ Niepublikowane dane zebrane wywiadem kwestionariuszowym wśród 305 celowo dobranych (ze względu na zróżnicowany poziom wykształcenia) dorosłych mieszkańców

warszawskiej dzielnicy Praga Południe, zrealizowany wiosną 2009 r. w ramach seminarium magisterskiego na kierunku socjologia (specjalizacja socjologia zdrowia) w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie.

⁶ Wszystkie opisywane dalej zależności są statystycznie istotne przynajmniej na poziomie $p < 0,01$, jednakże w zdecydowanej większości $p < 0,000$.

⁷ Poziom wykształcenia nie różnicował aprobaty dla radia i telewizji (które okazały się najpopularniejszymi źródłami, wskazanymi przez ponad trzy czwarte pracowników z obu grup), ulotek i plakatów, akcji i konkursów z nagrodami, festynów oraz indywidualnych spotkań ze specjalistami radzącymi, jak dbać o zdrowie [21].

⁸ Nie wystąpił związek pomiędzy poziomem wykształcenia a powszechnym sądem (wyrażanym przez ponad trzy czwarte badanych), że brakuje im czasu na takie szkolenia, jak również opinią, że każdy sam najlepiej wie, jak dbać o swoje zdrowie (uważał tak mniej więcej co trzeci pracownik) oraz rzadko rozpowszechnionym przekonaniem (bo tylko wśród niespełna 10% pracowników), że uczestniczenie w takim szkoleniu mogłoby być powodem ośmieszenia się wśród znajomych [21].

⁹ Bez względu na poziom wykształcenia polscy pracownicy powszechnie (bo na poziomie około 90%) nie akceptowali opłat za wstęp na tego rodzaju kursy oraz czasu ich trwania dłuższego niż dwie godziny (na poziomie około 70%) [21].

¹⁰ Mogą na to wskazywać m.in. aktualnie prowadzone przez autorów analizy jakościowe potocznej świadomości zdrowotnej (wywiady swobodne w grupie 50 nisko wykształconych pracowników oraz osobno wśród 100 osób o skonstrastowanym poziomie wykształcenia, przeprowadzone w 2010 roku).

Abstract

Diversification of the attitude towards health education according to the education status. Poles in relation to the employees in Spain, Latvia and Slovenia

Key words: education, inequalities, promotion, health awareness, health literacy, health

This article presents a problem of diversification of the attitudes towards health education of Polish employees in relation to those who work in Spain, Latvia and Slovenia.

The empirical base are the study conducted in 2009 (questionnaire interview) in sample of the employees population (1691 people: 400 respondents per country), ages 25–54. Analysis were conducted by comparison of low (primary, lower secondary, basic vocational) and higher educated (secondary or post secondary, tertiary) employees.

There is a lack of basic dichotomy between different educated employees in Poland according to the acquisition of knowledge about health, however at the same time it was diagnosed some detailed differences. There were also observed significant differences between employees from countries under the survey, especially in the group of the low educated employees. The attention was called on the need to take into account cultural differences in the international projects concerning health education.

Piśmiennictwo:

1. Marmot M., Wilkinson R.G. (red.), *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford 2005.
2. *Health and food*, Special Eurobarometr 246/64.3, European Commission, 2006.

3. *Sport and physical activity*, Special Eurobarometr 334/73.3, European Commission, 2010.
4. *Zdrowe życie w Polsce*, Raport TNS OBOP, Warszawa 2008.
5. Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, <http://www.diagnoza.com> (dostęp 22.05.2011).
6. Cianciara D., Miller M., Przewłocka T., *Zwyczaje higieniczne Polaków*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2001; 55: 159–168.
7. 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*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004, 107–126.
8. 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 Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała 2009: 127–145.
9. Puchalski K., *O wartości zdrowia na podstawie wyników badań sondażowych*, w: Bąk A., Kubisz-Muła Ł. (red.), *Metody, techniki i praktyka badań społecznych*, Wyd. Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej, Bielsko-Biała 2009, 149–163.
10. Pyżalski J., *Metodyka edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia – przegląd propozycji*, w: Korzeniowska E., Puchalski K. (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Stradins University, Ryga 2010, 44–50.
11. Schwartzberg J.G., *Low health literacy. What do your patients really understand?*, „Nurs Economics” 2002; 3: 1–3.
12. Ostrowska A., *Nierówności w sferze zdrowia*, „Kultura i Społeczeństwo” 1998; 2.
13. Korzeniowska E., Puchalski K. (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Stradins University, Ryga 2010.
14. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. (red.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, Jossey-Bass, San Francisco 2002.
15. Zimbardo P.G., Leippe M., R., *Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego*, Zysk i S-ka, Poznań 2004.
16. Puchalski K., *Social differences in motivation for health-related behaviours*, „Zdrowie Publiczne” 2006; 116, 4: 548–553.
17. 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*, Raport z badania przygotowany na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2007 (raport niepublikowany).
18. Lignowska I., Borowiec A., Makowska M., *The determinants of health in social consciousness – findings from Poland*, 2nd European Public Health Conference, „Human Ecology and Public Health”, 25–28 November 2009, Łódź, Poland (poster).
19. Puchalski K., *Zachowania antyzdrowotne i ich motywy w świadomości pracowników przedsiębiorstw*, „Medycyna Pracy” 2004; 55, 5: 417–424.

20. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, PWN, Warszawa 1999.
21. Korzeniowska E., *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład polski*, w: Korzeniowska E., Puchalski K. (red.), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*, Stradins University, Ryga 2010, 116–126.
22. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2008.

■ O autorach

Krzysztof Puchalski – dr, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera; Instytut Socjologii, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie.

Elżbieta Korzeniowska – dr, kierownik Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera.