

Elżbieta Korzeniowska

Krzysztof Puchalski

## EDUKACJA ZDROWOTNA PRACOWNIKÓW – WYZWANIA ZWIĄZANE Z POZIOMEM WYKSZTAŁCENIA

EMPLOYEES HEALTH EDUCATION – CHALLENGES ACCORDING TO THE EDUCATIONAL LEVEL

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź  
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Artykuł podejmuje problem zwiększania skuteczności edukacji zdrowotnej adresowanej do pracowników w Polsce, różniących się poziomem wykształcenia. **Materiał i metody:** Założono, że efektywnym sposobem opracowania zaleceń doskonalących oddziaływanie edukacji zdrowotnej będzie synteza naukowych ustaleń dotyczących metodyki jej prowadzenia z potrzebami dwóch grup polskich pracowników – z gorszym (najwyżej zasadniczym zawodowym) i lepszym (co najmniej średnim) wykształceniem. Rozwiązań dydaktycznych poszukiwano w publikacjach poświęconych edukacji zdrowotnej, a także z zakresu andragogiki, propagandy i marketingu bezpośredniego. Materiał do charakterystyki potrzeb ww. pracowników stanowiły wyniki czterech badań przeprowadzonych w latach 2007–2010 przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. **Wyniki:** Edukacja zdrowotna nisko wykształconych pracowników powinna koncentrować się na zwiększaniu ich poczucia odpowiedzialności za zdrowie i wiary w możliwość wprowadzania prozdrowotnych zmian w stylu życia. Należy więc budować u nich motywację do rozwijania wiedzy o tym, po co i jak dbać o zdrowie, a dostarczając takich informacji, unikać metod kojarzonych ze szkołą. Ponadto należy stwarzać warunki infrastrukturalne i organizacyjne ułatwiające zmianę szkodliwych zachowań np. w miejscu pracy czy zamieszkania. W przypadku dobrze wykształconych pracowników należy wspierać ich w podejmowaniu zachowań korzystnych dla zdrowia, bo choć są przekonani, że jest to ważne, sprawiają im one trudność i kojarzone są z ograniczaniem wolności. Potrzebne jest więc upowszechnianie technik zmiany zachowań, unikanie zakazów w treściach przekazów edukacyjnych oraz dalsze kreowanie sprzyjającego klimatu dla zdrowia, m.in. w grupach, do których należą. Med. Pr. 2012;63(1):55–71

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, edukacja zdrowotna

### ABSTRACT

**Background:** Article addresses the problem of increasing Polish employees health education effectiveness according to the differences in educational level. **Materials and Methods:** Research model assume that effective method of developing recommendations improving the health education will synthesise scientific findings regarding methodology of conducting such education and knowledge about needs of two target groups: low and high educated employees. Educational solutions were searched in publications related to: health education, andragogy, propaganda and direct marketing. The empirical material used to characterize two target groups came from four research (qualitative and quantitative) conducted by the National Centre for Workplace Health Promotion (Nofer Institute of Occupational Medicine) in 2007–2010. **Results:** Low educated employees' health education should be focused on increasing responsibility for health and strengthening their self-confidence according to the introduction of healthy lifestyle changes. To achieve these goals, important issue is to build their motivation to develop knowledge about taking care of health. In providing such information we should avoid the methods associated with school. Another important issue is creating an appropriate infrastructure and conditions facilitating the change of harmful behaviors undertaken at home and in the workplace. According to high-educated employees a challenge is to support taking health behaviors – although they are convinced it is important for their health, such behaviors are perceived as a difficult and freedom restriction. Promoting behavior change techniques, avoiding prohibitions in the educational messages and creating favorable climate for taking care of health in groups they participate are needed. Med Pr 2012;63(1):55–71

Key words: health promotion, health education

Adres autorów: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy,  
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: el\_ko@imp.lodz.pl  
Nadesłano: 10 stycznia 2012  
Zatwierdzono: 11 stycznia 2012

## WSTĘP

Zdrowie jest istotnym elementem kapitału społecznego, determinującym poziom życia i możliwości rozwoju danego kraju czy regionu (1). Sprawia to, że staje się ono jednym z priorytetowych celów polityki społecznej. Stan zdrowia obywateli w państwach rozwiniętych, przy występującej tam strukturze przyczyn zachorowalności czy umieralności, w obecnych czasach w zasadniczej części zależy od ich stylu życia, czyli sposobu traktowania zdrowia (2–4). Ważnym elementem polityki zdrowia publicznego jest więc kształtowanie prozdrowotnych zachowań – przede wszystkim wśród tych grup i zbiorowości, które postępują najbardziej niewłaściwie, co powoduje gorszy stan ich zdrowia i tym samym gorszą pozycję na rynku pracy oraz wśród konsumentów dóbr kultury. Taką zbiorowością są m.in. osoby gorzej wykształcone (5–10).

Najbardziej popularną metodą kreowania właściwego stosunku jednostek i grup do zdrowia jest edukacja zdrowotna, wykorzystywana zarówno w różnego typu kampaniach populacyjnych, jak i w siedliskowych programach promocji zdrowia. Ważnym wyzwaniem, któremu musi dziś ona sprostać, jest więc niwelowanie nierówności w zdrowiu, w tym m.in. poprzez poszukiwanie i wdrażanie skuteczniejszych sposobów oddziaływania na ludzi o różnym poziomie wykształcenia. Klasycznym postulatem służącym osiągnięciu tego celu jest dostosowywanie nadawców przekazów edukacyjnych, jak i formy oraz treści tych przekazów do potrzeb adresatów oddziaływać. Nie oznacza to jednak, że to podstawowe zalecenie jest powszechnie respektowane. Wprawdzie na gruncie pedagogiki poszukuje się najlepszych metod uczenia z punktu widzenia pewnych cech psychicznych (w tym wynikających z etapu rozwoju adresatów), ale zasada indywidualizacji oddziaływać, czyli dostosowywania ich do cech odbiorcy, pozostaje najczęściej w sferze postulatów w odniesieniu do praktyki. Podobnie dzieje się w przypadku edukacji zdrowotnej (11).

Przedmiotem niniejszego artykułu jest ten nurt edukacji zdrowotnej, który koncentruje się na kształtowaniu prozdrowotnych zachowań wśród pracowników. Uwaga zogniskowana jest na pytaniu, jak realizować tego typu przedsięwzięcia, aby skuteczniej osiągać założone cele w odniesieniu do grup adresatów różniących się wykształceniem – szczególnie tych o niskim jego poziomie. Artykuł składa się z dwóch części. W pierwszej, w oparciu o literaturę przedmiotu, przedstawiono wybrane uniwersalne ustalenia dydaktyczne, przydatne do

doskonalenia metodyki edukacji zdrowotnej pracowników. W drugiej wzbogacono je o dane empiryczne na temat specyfiki potrzeb nisko i dobrze wykształconych pracowników w Polsce (zgrupowane przez zespół Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy<sup>1</sup> Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi) oraz zaprezentowano wynikające z takiej syntezy zalecenia dla przedsięwzięć edukacji zdrowotnej, w tym w ramach promocji zdrowia w naszym kraju, adresowanych do tego typu grup docelowych.

## METODA

Przyjęty model badawczy opierał się na założeniu, że efektywnym sposobem opracowania zaleceń doskonalących oddziaływania edukacji zdrowotnej będzie zderzenie naukowych ustaleń dotyczących metodyki jej prowadzenia z potrzebami w tym zakresie populacji pracujących w Polsce, jako grupy docelowej. Dla pogłębienia wiedzy o tym, w jaki sposób te potrzeby różnicuje wykształcenie, wyodrębniono dwa jego poziomy:

- niski – zaliczono do niego osoby kończące edukację co najwyżej na poziomie szkoły zawodowej,
- lepszy – w jego ramach znalazły się osoby z wykształceniem minimum średnim.

Nowoczesnych koncepcji, rozwiązań i metod dydaktycznych poszukiwano nie tylko w publikacjach wprost poświęconych edukacji zdrowotnej, ale także przyjętych w edukacji dorosłych (w tym oświaty dorosłych, kształcenia permanentnego). Identyfikowano je też w obszarze wiedzy o mechanizmach wpływu społecznego, które występują w ramach procesów perswazji i propagandy, wykorzystywanych w kampaniach medialnych i tzw. marketingu bezpośrednim. Procedurę taką zastosowano, żeby poczynione ustalenia mogły być przydatne do doskonalenia przedsięwzięć z zakresu edukacji zdrowotnej – podejmowanych zarówno w ramach projektów promocji zdrowia realizowanych w zakładach pracy (w ramach podejścia siedliskowego), jak i w odniesieniu do populacji pracujących (np. na poziomie kraju, regionu, branży) (12), w tym animowanych przez struktury służby medycyny pracy.

Za wskaźniki potrzeb adresatów w zakresie edukacji zdrowotnej uznano przede wszystkim sposób traktowania własnego zdrowia, czyli poziom realizacji zachowań zdrowotnych (aspekt obiektywny) oraz wybrane treści świadomości zdrowotnej:

<sup>1</sup> W dalszej części artykułu, gdy jest o nim mowa, pojawia się skrót KCPZwMP.

- autoocenę stanu zdrowia,
- opinie o determinantach stanu zdrowia oraz o znaczeniu wśród nich własnych zachowań,
- poziom gotowości do podejmowania działań prozdrowotnych,
- ocenę i autoocenę wiedzy w sferze zdrowia i gotowość do jej doskonalenia,
- preferencje dotyczące działań z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (jako aspekt subiektywny potrzeb).

Materiał empiryczny stanowiły dane uzyskane w ramach kilku badań wykonanych w ostatnich latach przez KCPZwMP Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi:

- dwóch wykonanych techniką wywiadu kwestionariuszowego – w 2007 r. w reprezentatywnej próbie 1275 aktywnych zawodowo oraz w 2009 r. w reprezentatywnej próbie 400 pracowników;
- dwóch badań jakościowych – zrealizowanych za pomocą wywiadów swobodnych w 2009 r. w grupie 50 pracowników nisko wykształconych i w 2010 r. wśród 100 pracowników (w równych częściach z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym i wyższym).

## WYNIKI

### Metody i techniki oddziaływań do zastosowania w edukacji zdrowotnej pracowników, wynikające z ogólnych zaleceń dydaktyczno-propagandowych

Analiza polskiego piśmiennictwa z zakresu andragogiki (edukacji, oświaty dorosłych – pomijamy różnice definicyjne tych terminów) wykazała, że problematyka zdrowia, w tym kształtowania właściwych wzorów postępowania w tej sferze, jest tam obecna w minimalnym zakresie. W czasopismach takich, jak „Rocznik Andragogiczny”, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” i „Edukacja Dorosłych”, opublikowanych w XXI wieku, ukazały się tylko 2 prace odnoszące się do zdrowia. Zawierały one refleksje o charakterze zdecydowanie teoretycznym (np. 13), niemające nic wspólnego z doskonaleniem przedsięwzięć praktycznych w obszarze, którego dotyczą. Wydano też książkę (14), w której znajdują się krótkie rozdziały ogólnie wskazujące, że zdrowie, sport, ruch, rekreacja to również obszary zainteresowania andragogiki.

W przypadku edukacji zdrowotnej opracowania publikowane w Polsce poświęcone są głównie metodyce oddziaływania na dzieci i młodzież (np. 15–17). Często też nie precyzuje się w nich bliżej, o jakich odbiorcach

przekazów jest mowa, i/albo odnosi się informacje do wszystkich możliwych. W opracowaniach są podejmowane jednak prawie wyłącznie kwestie natury ogólnej, takie jak funkcje edukacji zdrowotnej (np. 18), jej cechy (np. 18,11), efekty, cele czy modele (np. 15,19). Dorosli jako specjalny adresat pojawiają się najczęściej w pracach na temat promocji zdrowia, w ramach jej tzw. siedliskowej koncepcji, gdzie edukacja przedstawiana jest jako element programów realizowanych w szpitalach (zakładach opieki zdrowotnej), środowiskach lokalnych czy zakładach pracy (np. 11,15,20,21). Wówczas najczęściej jednak podejmowana jest tematyka problemów metodyki planowania, realizacji i oceny programów tego rodzaju (np. 21,22)<sup>2</sup>. W wielu publikacjach prezentowane są też modele uwarunkowań zachowań zdrowotnych jako podstawa do tworzenia programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (15,23–25).

W najbardziej kompleksowej w tej chwili na rynku polskim książce o edukacji zdrowotnej Woynarowska (15) pisząc o metodyce jej prowadzenia w stosunku do osób dorosłych, przywołuje ogólne ustalenia andragogiki, nie relatywizując ich do problematyki zdrowia. Zaleca, żeby brać pod uwagę w odniesieniu do takich adresatów przede wszystkim to, że wchodzi oni w proces uczenia z „bagażem” własnej wiedzy, opinii, przekonań i nawyków. Oznacza to wyższy poziom krytycyzmu, poddawanie przekazów wewnętrznej weryfikacji i przyswajanie tylko tego, co wydaje się użyteczne lub zbieżne z doświadczeniami własnymi lub sposobami postępowania, które obserwują u innych dorosłych. Autorka sugeruje też, żeby zwracać uwagę na zachowywanie równowagi między kompetencjami dorosłych a stawianymi im wymaganiami.

Pozostaje więc przywołać klasyczne już dzisiaj rozważania Ostrowskiej z 1999 r. dotyczące explicite edukacji dorosłych w obszarze zdrowia. Proponowała ona wykorzystanie teorii: socjalizacji, społecznego uczenia się, poczucia własnej skuteczności, modelu przekonań zdrowotnych oraz zalecała korzystanie z metod marketingu społecznego. Sugerowała między innymi, żeby kreując prozdrowotne style życia dorosłych, stosować tzw. poprawianie socjalizacji, czyli włączanie do tego procesu instytucji takich, jak rodzina, szkoła, kościół czy instytucje kulturalne (o ile oczywiście są one

<sup>2</sup> Dla porządku, choć wykracza to poza ramy prowadzonej kwerendy, można też wspomnieć, że pojawiły się w Polsce pierwsze prace, w których podejmowany jest problem jakości informacji zamieszczanych na ulotkach leków, adresowanych do dorosłych, którzy ich używają lub aplikują swoim dzieciom (26,27).

gotowe do roli koalicjanta w tej sferze) oraz systemu formalnej i nieformalnej kontroli społecznej. Zwracała uwagę, że w przypadku dorosłych zmiany w zachowaniach zdrowotnych mogą wymagać zmiany własnej (i odzwierciedlonej) tożsamości, a więc są bardzo trudne. Tym trudniejsze, im dana osoba jest starsza, silniej coś zsocjalizowała, im bardziej nowe przekonania stoją w opozycji do zinternalizowanych. Ostrowska podkreślała też rolę modelowania (czyli uczenia się zachowań przez obserwację i naśladowanie zachowań innych), obok przekazywania treści oraz znaczenia poczucia „własnej skuteczności”. Ostrzegała więc, żeby cele stawiane przed ludźmi nie przekraczały ich możliwości i żeby osiągać je etapami, stosując nagrody. Zalecała też, żeby przed podjęciem interwencji poznawać przekonania ludzi oraz to, gdzie lokalizują oni kontrolę dotyczącą zdrowia. Sugerowała, że warto wykorzystywać środki masowego przekazu oraz metody stosowane w handlu i reklamie (28).

Podsumowując przegląd polskich publikacji z zakresu interesującej nas tu problematyki, należy skonstatować, że problem, na ile i w jaki sposób skuteczność edukacji zdrowotnej zależy od poziomu wykształcenia jej dorosłych odbiorców, jest bardzo słabo eksplorowany. Wyjątek stanowią tu opracowania dotyczące polskich pracowników, autorstwa badaczy z KCPZwMP IMP w Łodzi. Stosują oni odmienną perspektywę analiz, skoncentrowaną na zachowaniach pracowników i treściach świadomości zdrowotnej jako podstawowym wyznaczniku kształtu i skuteczności edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Przy tym różnic w tym zakresie poszukują między podgrupami wyróżnionymi ze względu na wybrane cechy społeczno-demograficzne, w tym właśnie wykształcenie (29–32). O najważniejszych tego typu ustaleniach ww. zespołu będzie mowa w dalszej części niniejszego artykułu.

W publikacjach anglojęzycznych z zakresu metodyki edukacji zdrowotnej dorosłych również poziom wykształcenia nie stanowi istotnej osi prowadzonych analiz<sup>3</sup>, a zalecenia sprowadzają się głównie do cytowania ustaleń andragogiki. Podkreślana jest teza, że o ile w wielu przypadkach edukacyjnych dzieci można traktować jak dorosłych, o tyle bardzo ryzykowne jest traktowanie dorosłych podobnie jak dzieci (33–35). W no-

woczesnym, jednym z częściej cytowanych, amerykańskim podręczniku edukacji zdrowotnej (34) zwraca się uwagę, że przekonania i postawy dorosłych są trwalsze i trudniejsze do zmiany, co wynika z krytycznego stosunku wobec autorytetów i doceniania własnej niezależności. Ostrzega się też, że dorośli rzadziej biorą pod uwagę albo wręcz ignorują zalecenia dotyczące tego, co powinni robić, jeśli szybko nie dostrzegą, że jest to dostosowane do ich sytuacji (potrzeb czy celów). Podkreśla się za to, że mają zdolności do uczenia się w każdym wieku (chyba, że wyklucza to choroba/niepełnosprawność).

Za kluczowe w edukacji dorosłych uznaje się więc dostarczanie im takiej wiedzy, która jak najlepiej umożliwia podejmowanie decyzji, przed którymi dorośli stają w swoim realnym życiu. Uznaje się więc, że powinna ona być bardziej zorientowana sytuacyjnie niż podmiotowo. Zaleca się, żeby rozpoczynać od diagnozy i oceny potrzeb dorosłych, zrozumienia, dlaczego chcą się uczyć (ich motywacji) i respektowania tych ustaleń. Zwraca się uwagę, żeby proces edukowania przebiegał w warunkach komfortu fizycznego (m.in. świetlnego, cieplnego), dobrego słyszenia, wentylacji i w wygodnej pozycji, co ma znaczenie ze względu na możliwą gorszą sprawność psychofizyczną adresatów. Ponadto ważny jest klimat wzajemnego zaufania i wolności ekspresji (akceptowanie indywidualności jednostek, ich odczuć i przekonań, zbudowanie atmosfery, w której kształtujący i kształceni uczą się wzajemnie). Wskazane jest też stosowanie technik angażujących wiele zmysłów czy aktywizujących wiele metod uczenia, np. dyskusji, oglądania czy testowania. Powinno się również ułatwiać uczącym się samoocenę, ale też i informować, jakie robią postępy z punktu widzenia edukującego i adekwatnie do tych ocen dobierać odpowiednie tempo uczenia.

Jeśli w anglojęzycznych publikacjach z zakresu edukacji zdrowotnej dorosłych wyróżnia się jakieś specyficzne kategorie adresatów, to najczęściej są to osoby starsze oraz różnego typu mniejszości (np. narodowe, rasowe, ubodzy, niepełnosprawni). Wśród specjalistów z tej problematyki formułowana jest jednak opinia, że wciąż brakuje literatury prezentującej specyficzne potrzeby takich defaworyzowanych grup oraz metodykę postępowania z nimi, np. w ramach promocji zdrowia (36). Jeśli nisko wykształconych uznać za marginalizowanych (a przemawia za tym m.in. ich zmniejszająca się liczebność w wysoko rozwiniętych społeczeństwach, gorszy stan zdrowia i pozycja na rynku pracy), to inspirację można czerpać z rozwiązań formułowanych w tym nurcie refleksji. Między innymi uwzględ-

3 Na przykład w bazie EBSCO zastosowanie słowa kluczowego „health education” w odniesieniu do lat 2000–2010 daje ponad 4 tys. wyników, przy czym szczegółowa analiza 200 abstraktów pokazuje, że tylko w jednym przypadku wymienia się jako jedną ze zmiennych problem niskiego wykształcenia i to w sposób marginalny.



niać potrzebę nabywania przez edukatorów wiedzy na temat różnic między grupą mniejszościową a resztą społeczeństwa (34), np. poprzez studiowanie opracowań na ich temat albo uczestniczenie we wspólnych wydarzeniach, które dają szansę poznania ich języka, poczucia humoru, norm, wartości i oczekiwań. Ważne jest też, żeby nadawcy przekazów uświadamiali sobie, jakie stereotypy, przekłamania na temat tych mniejszości pojawiają się w mediach i docierali do faktów, zanim wyrobią sobie własne opinie (34).

Kolejną specjalnie traktowaną grupą docelową edukacji zdrowotnej w publikacjach anglojęzycznych są analfabeci lub wtórni analfabeci. Uwzględniamy ją w niniejszej analizie, ponieważ analfabetyzm, szczególnie wtórny, może być traktowany jako wskaźnik niskiego poziomu wykształcenia, chociaż ostrzega się, że nie ma tu prostych zależności (37). Ponadto trudności w czytaniu i pisaniu (low literacy skills) leżą u podstaw zjawiska analfabetyzmu zdrowotnego (low health literacy). Jego ograniczenie jest, jak wiadomo, jednym z istotnych celów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia<sup>4</sup>. Autorzy publikacji, o których mowa, koncentrują się jednak prawie wyłącznie na specyficznym obszarze funkcjonowania analfabetów, a mianowicie roli chorego. Analizują więc sytuacje zachodzące najczęściej w trakcie wizyty u lekarza (38)<sup>5</sup>.

Uzmysławiają personelowi medycznemu przede wszystkim różnice między pacjentami „sprawnie czytającymi/liczącymi” a tymi, którzy mają z tym problemy. Po pierwsze zwracają uwagę, że „słabo czytający” biorą rzeczy dosłownie – stąd konieczność wyjaśniania znaczeń (np. przytaczany jest przypadek kobiety, której lekarz zalecił intensywne pojenie dziecka – wykonała to tak dokładnie, że w konsekwencji doprowadziła do jego uduszenia się). Po drugie przypominają, że takie osoby łatwiej się gubią – trzeba więc podać najpierw kontekst, a potem nowe informacje<sup>6</sup>. Po trzecie, dlatego że czytają

wolniej i szybko się męczą, istnieje potrzeba używania rysunków, diagramów, prostych słów i krótkich przekazów, podzielonych na segmenty, oraz dbania, żeby informacja miała przejrzysty układ (38).

Ważne jest też, żeby zachowywać się stosownie do powiedzenia: „Powiedz mi, to zapomnę, pokaż, to może zapamiętam, zrobię sam – to się nauczę”. Sugeruje się też, żeby bazować na mocnych stronach pacjenta (np. odnosić się do jego zainteresowań, sukcesów itp.) i nie „obrażać się” na upór. Ma on charakter obronny. Co więcej, należy stale brać pod uwagę duży dyskomfort odczuwany przez kogoś, kto nie rozumie, co się do niego mówi lub co miał przeczytać, i to, że ten dyskomfort się nasila, gdy trzeba przyznać się do takiego stanu rzeczy. Oznacza to potrzebę podejmowania trudu weryfikowania stopnia percepcji przekazywanych informacji, nawet gdy dana osoba potakuje czy zapewnia, że wie, o co chodzi. Dowiedziono na przykład, że 42% pacjentów nie rozumie, co to znaczy wziąć leki na pusty żołądek, a 48%, co to znaczy brać leki co 6 godzin (42). Z tego powodu w poradnikach z zakresu edukacji zdrowotnej dla tego rodzaju osób publikuje się np. minitesty sprawdzające poziom analfabetyzmu lub bardzo szczegółowe zasady przekazywania informacji, w tym za pośrednictwem innych nośników niż tekst pisany (42). Są też propozycje (w postaci procedur, testów, np. SAM), jak oceniać przydatność różnego typu materiałów pisanych, ilustracji, filmów itp. z zakresu edukacji zdrowotnej do stosowania przez lekarzy i pielęgniarki w odniesieniu do tego rodzaju pacjentów (43). W problematyce zogniskowanej na leczeniu (w tym konkretnych chorob) pojawiają się też opracowania ilustrujące różnice między lepiej a gorzej wykształconymi (np. 44).

Reasumując, istniejąca literatura przedmiotu nie dostarcza zbyt wielu ustaleń, jak skutecznie realizować interesujący nas w tym artykule obszar edukacji zdrowotnej (i promocji zdrowia) dla dorosłych pracowników różniących się poziomem wykształcenia. W przypadku osób dobrze wyedukowanych praktycznie można korzystać jedynie z ogólnych zasad sformułowanych na gruncie andragogiki. Nieco lepiej sytuacja przedstawia się w przypadku słabo wykształconych. Można bowiem czerpać pewne inspiracje z ustaleń dotyczących oddziaływania na mniejszości, w tym tej wyróżnionej ze względu na problem z czytaniem i pisaniem.

Kolejnym źródłem wiedzy na temat metodyki prowadzenia edukacji zdrowotnej mogą być ustalenia dotyczące propagandy. Czasami edukacja jest utożsamiana z propagandą, czasami uznaje się, że decyduje o tym system wartości odbiorcy. Niektórzy badacze

<sup>4</sup> Omówienie problemu poziomu wykształcenia w ramach refleksji nad tzw. health literacy wykracza poza ramy niniejszego artykułu. Podstawowe informacje o tej koncepcji można znaleźć w polskim piśmiennictwie w artykule Iwanowicz (39).

<sup>5</sup> Problem stosunku polskich lekarzy do edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia podejmowali badacze Państwowego Zakładu Higieny (40) i Krajowego Centrum promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (41).

<sup>6</sup> Zgodnie z tym zaleceniem zbudowana jest informacja: „Warzywa, które mają największe wartości odżywcze, to: brokuły, marchew, ziemniaki, groszek, szpinak i kapusta”. Natomiast informacja: „Brokuły, marchew, ziemniaki, groszek, szpinak, kapusta to warzywa, które mają największe wartości odżywcze” jest przykładem, w którym najpierw są podawane informacje, a kontekst następuje później.

podzielają pogląd Maxa Wertheimera, który twierdzi, że są to różne zjawiska. Propaganda próbuje odwieść od wolnego myślenia i działania, a manipuluje uprzedzeniami i emocjami, żeby narzucić wolę propagandy. Edukacja powinna natomiast wyposażać ludzi w umiejętność podejmowania samodzielnych decyzji, zachęcać do krytycznego namysłu, w tym oferować narzędzia rozumienia propagandy (45). Bez względu więc na stanowisko zajmowane w tym sporze wydaje się, że warto uwzględnić dorobek propagandy w ramach edukacji zdrowotnej pracujących.

W celu zwiększenia skuteczności kampanii informacyjnych bądź marketingu bezpośredniego na gruncie propagandy zaleca się:

- Używanie możliwie krótkiego przekazu o charakterze, który pozwoli mu „przebić się” w tzw. gęstym środowisku informacyjny (np. dzięki widowiskowości, odnoszeniu się do spraw modnych lub niecodziennych, wzbudzaniu żywych emocji). Negatywne konsekwencje stosowania tej reguły to uproszczony obraz problemu czy rzeczywistości, a przede wszystkim nie zawsze korzystna selekcja tematów (45).
- Uczenie przez rozrywkę, nawet trywialną – autorzy książki „Wiek propagandy” dowodzą tego na podstawie sukcesu harwardzkiego projektu walki z alkoholizmem, który bazował na umieszczaniu postaci niepijących kierowców w popularnych serialach telewizyjnych. Dokumentują też tezę, że dostarczanie wiadomości, które nie mają rozrywkowego charakteru, bywa odbierane bardziej negatywnie niż brak możliwości uzyskania jakichkolwiek informacji (45).
- Rezygnację z perswazji bezpośredniej, kontrargumentacji, ataków na czyjeś opinie i postawy – w zamian proponuje się „usypianie” czujności adresatów (np. poprzez ciekawe reportaże, zabawne „talk show”). Jest to bardzo dobra metoda, ponieważ ludzie unikają informacji, które są niezgodne z ich przekonaniami, albo jeśli są na nie ekspozowani, natychmiast je zniekształcają, reinterpretują (ustalenia Hymana i Sheathshleya). Oznacza to, że ci, na których zmianie przekonań najbardziej nam zależy, są najmniej chętni do słuchania naszych komunikatów (45).
- Odwoływanie się do autorytetów, wiarygodnych nadawców (niekoniecznie rzeczywistych), czyli mechanizmu zwanego regułą „dowodu społecznego” – w przypadku zdrowia przede wszystkim chodzi tu o lekarzy (46,47).
- Wykorzystywanie emocji, ale jeśli są one negatywne (np. strach), łączenie ich z dokładną instrukcją, jak poradzić sobie z zagrożeniem, i stosowanie tylko wtedy, gdy odbiorca komunikatu jest przekonany, że może sprostać zaleceniom – w przypadku osób z niską samooceną taka metoda może spowodować ich bierność, co ilustruje badanie Leventhala dotyczące nakłaniania ludzi do rzucenia palenia i wykonywania prześwietlenia klatki piersiowej (47).
- Stosowanie tzw. techniki granfalonu – tj. kreowania jakiejś grupy (przy pomocy nawet najbardziej dziwnego kryterium doboru, np. daty urodzenia), do której łatwo jest się zaliczyć adresatom, co następnie skłania ich do współpracy, dzielenia poglądów z tymi, którzy też są jej członkami, np. ze sprytnymi edukatorami (47).
- Wywoływanie poczucia winy – prowadzi ono do uległości adresata wobec naszej argumentacji (46,47) wskutek koncentrowania przez niego myślenia na tym, żeby usunąć to niemiłe wrażenie. Oczywiście osobną kwestią jest, jaki poziom tego negatywnego odczucia wywoływać oraz na ile jest to dopuszczalne etycznie (48).
- Używanie tzw. reguły wzajemności – polega ona na tym, żeby podarować coś (niekoniecznie w sensie materialnym) osobie, na którą oddziałujemy, i tym samym wyzwolić w niej potrzebę rewanżu. Szczegółowo opisał ten mechanizm Robert Cialdini, cenny autorytet w dziedzinie wywierania wpływu (46). Bezpłatne degustacje, przesyłane pocztą znaczki czy nalepki, książki, pamiątki, którymi jesteśmy obecnie zarzucani, to przykład stosowania tego mechanizmu. Wariantami wykorzystywania normy wzajemności są techniki „drzwiami w twarz” czy „to nie wszystko”. Pierwsza polega na przedstawianiu najpierw wygórowanej prośby, a następnie „podarowaniu” kompromisowej. Druga oferuje obok danego „produktu”, którego cena zostaje przedstawiona najpierw, coś jeszcze, jakiś dodatek. Obie wywołują efekt kontrastu i wrażenia, że proszący robi ustępstwo, co aktywuje normę wzajemności (45).
- Stosowanie reguły konsekwencji (zwanej też techniką „sidła”) – opierającej się na mechanizmie budzenia zaangażowania poprzez sprowokowanie do wykonania jakiegokolwiek czynności związanej z produktem, propagowaną ideą (np. wypróbowania go w domu, wysłania kuponu, wypełnienia formularza), co sprzyja kontynuowaniu działania, w tym kupieniu czegoś czy spełnieniu jakiejś prośby (46,47,49). Inny zabieg tego rodzaju zwany jest stopą w drzwiach (istnieją też jego odmiany, np. z ukrytą prośbą czy tzw. stopa w usta (46,49)). Polega on

na prowokowaniu małego kosztownego zachowania w warunkach wolnego wyboru, a następnie wyrażeniu otwartej prośby o nowe kosztowniejsze/trudniejsze zachowanie.

- Powtarzanie komunikatu – nawet jeśli odbiorca intencjonalnie nie zwraca na niego uwagi (jak w przypadku reklam). Wprawdzie wówczas wyłączona jest jego lewa półkula, ale uaktywnia się prawa, która i tak rejestruje komunikat.

W pracach prezentujących wymienione powyżej mechanizmy perswazji czy manipulacji na ogół nie jest analizowane, jak oddziałują one na osoby o różnym poziomie wykształcenia. W przypadku niektórych można jednak bez ryzyka błędu wnosić, że mogą inaczej wpływać np. na ludzi o niskim poziomie wykształcenia (dotyczy to choćby posługiwania się poczuciem winy czy lęku). Jediną tezę wyrażaną *explicite* jest ta, że jednostki o wyższym poziomie intelektualnym mogą lepiej identyfikować tego rodzaju techniki i bronić się przed tymi, które służą manipulacji.

Osobną kwestią jest to, że propagandzie – a w jej ramach szczególnie reklamie – zawdzięczamy rozwój podejścia uwzględniającego diagnozowanie postaw, aspiracji, lęków odbiorców, chociaż to edukacja zaleca indywidualizację oddziaływań. Właśnie reklama częściej korzysta nie tylko z demografii – czyli dzielenia ludzi według wieku, płci, poziomu wykształcenia, dochodów itp. – ale konstruuje tzw. profile psychologiczne grup docelowych, co pozwala skuteczniej sprzedawać reklamowane produkty (47). Praktyka ta rzadko (żeby nie powiedzieć sporadycznie) stosowana jest na gruncie polskim, w ramach społecznych kampanii informacyjnych (marketingu społecznego), których celem jest rozwijanie wiedzy, zmiana przekonań czy propagowanie zachowań w sferze zdrowia obywateli.

### **Charakterystyka potrzeb gorzej i lepiej wykształconych pracowników w Polsce jako podstawa doskonalenia edukacji zdrowotnej dla takich grup docelowych**

Poniżej zaprezentowano profile psychograficzne gorzej i lepiej wykształconych pracowników w naszym kraju, skonstruowane przy uwzględnieniu 8 wybranych kryteriów obejmujących zarówno ich zachowania (ilustrujące obiektywne przesłanki do podejmowania działań edukacyjno-promocyjnych), jak i treści świadomości zdrowotnej (czyli subiektywne wskaźniki ich potrzeb w tym zakresie). Wzbogacono je także o zalecenia przydatne do doskonalenia oddziaływań prozdrowotnych dla pracowników z tych grup wykształcenia.

#### **A. Pracownicy z wykształceniem co najwyżej zasadniczym zawodowym**

##### *Poziom realizacji zachowań zdrowotnych i potrzeb w zakresie ich kształtowania*

Przeprowadzone analizy stanu postępowania wobec własnego zdrowia wykazały, że działania z zakresu edukacji zdrowotnej (w tym w ramach programów promocji zdrowia) dla tej populacji powinny koncentrować się przede wszystkim na minimalizowaniu rozpowszechnienia palenia tytoniu i niezdrowego odżywiania (zwłaszcza spożycia cukru i tłuszczu) oraz zwiększania ilości i jakości wypoczynku (w tym dbałości o sprawność fizyczną). Ponad połowa nisko wykształconych pracowników przyznała się do niewłaściwych wzorów zachowań w tym zakresie w skali roku. Być może w rzeczywistości sytuacja jest jeszcze bardziej poważna, ponieważ uwzględniając zachowania realizowane w ciągu tygodnia poprzedzającego badanie, już tylko co dziesiąty ankietowany stwierdzał, że jadał zdrowo, co szósty, że wykonywał jakieś ćwiczenia, niespełna co trzeci spacerował, a prawie nikt nie dbał, żeby się wysypiać i odpoczywać<sup>7</sup>.

Zdawać sobie przy tym należy sprawę, że kreowanie zachowań prozdrowotnych to trudne wyzwanie dla edukacji zdrowotnej / promocji zdrowia, ponieważ tylko mniej więcej co trzeci nisko wykształcony pracownik podejmuje tego rodzaju próby. Co więcej, nawet w przypadku wyraźnego zalecenia lekarza spowodowanego chorobą tylko niespełna 40% takich respondentów zmieniało lub było gotowych modyfikować negatywne dla zdrowia przyzwyczajenia (według danych z 2007 r.). Pozytywnym prognostykiem natomiast jest znaczne rozpowszechnienie przekonania wśród postępujących niewłaściwie, że zmiana tego stanu rzeczy byłaby korzystna dla ich zdrowia. Około 40% jest tego zdania w odniesieniu do odżywiania, a 2/3 sądzi tak o aktywności fizycznej (według danych z 2009 r.<sup>8</sup>).

##### *Autoocena stanu zdrowia*

Ponad połowa nisko wykształconych pracowników uważa swoje zdrowie za dobre, co trzeci doświadcza wprawdzie często, ale tylko drobnych dolegliwo-

<sup>7</sup> Zasadniczym źródłem wyników cytowanych w tej części artykułu są opracowania podane w piśmiennictwie (50–52).

<sup>8</sup> W tym fragmencie tekstu przytaczane są wyniki dwóch badań prowadzonych w 2009 r.: ilościowego i jakościowego. Dla ich odróżnienia w przypadku pierwszego podawany jest tylko rok, a przy drugim dodawane jest słowo 'jakościowe'.

ści, a jako słabe ocenia je tylko 7% (według danych z 2009 r.). Ogólne zadowolenie ze swojego zdrowia wyraża około 3/4 ww. pracowników, przy czym prawie nikt nie oczekuje, że poprawi się ono w najbliższych latach, tylko co szósty obawia się, że się pogorszy, a połowa zakłada, że będzie ono takie samo. Co bardzo istotne dla edukacji zdrowotnej, tylko 16% spodziewających się pogorszenia stanu zdrowia uważa, że przyczyną tego mogą być własne zachowania, a zdaniem 2/3 decyduje o tym upływ czasu i związane z nim naturalne zmiany w organizmie (według danych z 2007 r.). Charakterystyczne jest myślenie typu „po czterdziestce to się traci gwarancję” (cytat z danych jakościowych z 2009 r.). Ponadto okazało się, że refleksje dotyczące stanu zdrowia wywołuje w tej zbiorowości dopiero choroba (według danych jakościowych z 2010 r.). Posługiwanie się więc argumentami odnoszącymi się do tego, jakie jest zdrowie i co się będzie z nim działo w przyszłości, wydaje się mało obiecujące w zakresie stymulowania prozdrowotnych zachowań wśród nisko wykształconych robotników. Nie jest to kwestia, która dobrze kotwiczyłaby ich uwagę na informacjach dotyczących tej problematyki, należy więc poszukiwać innych, bardziej nośnych tematów (może np. dobry wygląd, sprawność itp.).

#### *Poziom poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie*

Kluczowe pytanie edukacji mającej na celu realizowanie prozdrowotnych stylów życia dotyczy tego, na ile kwestie odpowiedzialności za własne zdrowie są obecne w sposobie myślenia adresatów, a więc czy należy zainteresowanie takim tematem kreować, czy je tylko odpowiednio profilować lub doskonalić. Przeprowadzone w latach 2009 i 2010 badania jakościowe wykazały niski poziom refleksji wśród tej grupy na temat determinant zdrowia. Badani długo zastanawiali się nad tym problemem, czasem coś wskazywali, ale nie byli przekonani, czy mają rację, albo odpowiadali „nie wiem”. Wśród swobodnie przywoływanych uwarunkowań dominowała zła jakość służby zdrowia oraz bieda.

Co do ujmowania własnej roli w kształtowaniu zdrowia, to według danych ilościowych z 2009 r. tylko 18% nisko wykształconych pracowników chętnie słucha, co robić dla zdrowia i często zastanawia się, jak zdrowo żyć. Prawie co trzeci nawet jeśli to rozważa, to i tak potem lekceważy w działaniach, a więcej niż co dziesiątego ten temat drażni, denerwuje. Jeśli już pojawia się pogląd, że „zdrowie zależy od prowadzenia się człowieka”, to często towarzyszy mu teza, iż dbać trzeba/można „za młodu” albo jak jest się starym czy

chorym. Inna reakcja polega na sprowadzaniu tej odpowiedzialności do spraw infantylnych (np. „myć ręczki, nosić podkoszulek, nie wychodzić z gołą głową na deszcz” – według wyników badania jakościowego z 2009 r.).

Ewidentnie więc edukacja zdrowotna stoi przed koniecznością kreowania odpowiedzialności za zdrowie wśród tej grupy docelowej, i to w sytuacji, gdy tylko co piąty jej przedstawiciel jest otwarty na informacje tego rodzaju. To bardzo trudne wyzwanie. Wskazane jest więc zwiększanie częstotliwości oraz różnicowanie bodźców stymulujących zainteresowanie uwarunkowaniami stanu zdrowia, w tym dowodzących znaczenia stylu życia. Korzystne może być również unikanie argumentacji wprost w kwestii odpowiedzialności jednostki. Sprawdzać może się też stosowanie reguł konsekwencji czy wzajemności. Pomocne wydaje się ponadto wsparcie ze strony promocji zdrowia, która tworząc warunki materialne i organizacyjne, ułatwia realizację prozdrowotnych zachowań w miejscach życia i pracy – a tym samym pomaga odczuć ich wpływ na funkcjonowanie organizmu, sprawność, wygląd i w ten pośredni sposób pozwala generować poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia.

#### *Autoocena indywidualnych predyspozycji i warunków do troszczenia się o zdrowie*

Pracownicy o niskim poziomie wykształcenia są przekonani, że brakuje im wytrwałości w realizowaniu jakichś działań na rzecz własnego zdrowia. Wierzy w nią tylko co około trzeci taki badany (dane z 2009 r.). Ponadto ponad połowa uważa za trudne wprowadzanie prozdrowotnych zmian w sposobie życia i kojarzy to z ograniczaniem swojej wolności (według danych z 2007 r.). W swobodnych wypowiedziach pracownicy wyrażają też przekonanie, że brakuje im pieniędzy i czasu na dbanie o zdrowie (dane z 2009 i 2010 r.). Te ustalenia wskazują, że ważnym zadaniem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jest rozwój potencjałów psychicznych pracowników, podnoszenie ich samooceny i wiary we własne możliwości. Oznacza to też potrzebę rozwijania oddziaływań motywujących – zwłaszcza podtrzymujących motywację w toku działania (szczególnie dotyczy to wzmocnień pozytywnych) – oraz tworzenia różnego rodzaju ułatwień czy możliwości dokonywania wyboru pomiędzy alternatywnymi (choćby ze względu na cenę) sposobami wprowadzania pożądaných zmian w zachowaniach, które wpływają na zdrowie. Lęk przed ograniczeniem wolności sugeruje też konieczność unikania perswazji bezpośredniej, czyli szersze stosowanie mechanizmów odwracania uwagi czy zabawy.



*Autoocena wiedzy o tym, jak troszczyć się o zdrowie,  
i gotowość do jej poszerzania*

Kolejnym ważnym warunkiem determinującym zainteresowanie ofertą działań edukacyjnych jest subiektywna ocena posiadanej wiedzy na temat tego, jak dbać o zdrowie oraz potrzeba jej rozwijania. Okazuje się, że tylko 1/3 nisko wykształconych pracowników uważa, że jest ona dobra lub bardzo dobra, blisko połowa, że dostateczna, a tylko mniej niż co dziesiąty pracownik twierdzi, że jest niedostateczna. Ocena ta wydaje się dość trafna w świetle dokonanych prób jej obiektywizacji (tj. danych z 2009 r.). Równocześnie tylko co około trzeci nisko wykształcony pracownik odczuwa potrzebę jej rozwijania (według danych z 2009 r.).

Przy relatywnie niskim poziomie satysfakcji z posiadanej wiedzy tego rodzaju występuje więc słabe zainteresowanie jej poszerzaniem. Zjawisko to może mieć źródło we wspomnianym niskim poczuciu odpowiedzialności za własne zdrowie i samoocenie własnych możliwości, ale również w niepowodzeniach szkolnych takich osób. Sugeruje to konieczność profilowania projektów edukacji zdrowotnej w taki sposób, żeby nie powodowały złych skojarzeń związanych z rolą ucznia.

Tym samym istnieje problem szkoleń dotyczących zdrowia. Aż trzy czwarte nisko wykształconych pracowników sądzi, że nie ma czasu, żeby w nich uczestniczyć, a ponad połowa podejrzewa, że tak naprawdę nie chodzi w nich o zdrowie, ale o zysk. To potężna bariera dla ich prowadzenia. Oznacza to m.in. potrzebę przemyślanej reklamy takich szkoleń i ograniczania czasu ich trwania. Znacznie rozpowszechnione, bo w ponad połowie przypadków, są też inne negatywne przekonania na ich temat, takie jak: „dopóki jestem zdrowy, nie interesują mnie takie szkolenia; czasem lepiej mniej wiedzieć o własnym zdrowiu; takie szkolenia wprowadzają zamęt w głowie, raz mówią na nich tak, innym razem inaczej”. Ponadto w przypadku ponad 40% badanych mamy do czynienia z negowaniem ich sensu wyrażonym tezą „bez szkoleń sam najlepiej wiem, jak zadbać o swoje zdrowie”. Postawa typu „lepiej mniej wiedzieć” może wynikać z braku zaufania zarówno do systemu ochrony zdrowia w Polsce (tj. możliwości leczenia), jak i do przekazów prozdrowotnych. Istotnym źródłem takiej nieufności jest też przeświadczenie, że kluczową rolę zarówno w korzystaniu ze świadczeń leczniczych, jak i zaleceń prozdrowotnych odgrywa dobry status finansowy, nieosiągalny dla robotników (ustalenia badania jakościowego z 2009 r.). Oznacza to, po raz kolejny, że dla nisko wykształconych pracowników należy przygotować dobrą, jednoznaczną w wymowie, ale przede

wszystkim tanią ofertę usług, które ułatwiają realizację zachowań korzystnych dla zdrowia. Należy też upowszechnić informacje zaprzeczające tezie, że zdrowy tryb życia jest dostępny tylko dla bogatych.

W pokonywaniu bariery typu „sam wiem najlepiej” dobre efekty może dać unikanie bezpośredniej perswazji/kontrargumentacji na rzecz różnicowania form przekazów edukacji zdrowotnej (od poważnych do zabawnych w swojej wymowie), które będą inicjowały refleksję na ten temat. Stwierdzone postawy lękowe związane z nabywaniem wiedzy wymagają stosowania wielu zróżnicowanych technik, w tym budujących poczucie własnej wartości i skuteczności (np. poprzez odnośnienie się do innych sfer niż zdrowie, w których takie osoby dobrze sobie radzą). Z brakiem zaufania można walczyć, przede wszystkim doskonaląc wiarygodność przekazów, unikając np. zalecania lektury konkretnych artykułów czy korzystania z określonych usług oraz dbając o upublicznianie źródeł finansowania oddziaływań edukacyjno-promocyjnych.

*Preferowane źródła zdobywania wiedzy  
i umiejętności związanych ze zdrowiem*

Ranking źródeł informujących o tym, jak troszczyć się o zdrowie (według danych z 2009 r.) wykazuje, że 3/4 nisko wykształconych pracowników widzi w tej roli przede wszystkim radio i telewizję. Równocześnie według danych jakościowych (z 2009 i 2010 r.) media te kojarzone są głównie z reklamami, traktowanymi jako narzędzie manipulacji, a nie źródło wiarygodnych informacji. Ponadto nisko wykształceni pracownicy przyznają, że unikają (np. zmieniając kanał) dłuższych programów poświęconych zasadom dbania o zdrowie – chyba że odnoszą się one do jakichś dolegliwości, na które obecnie sami cierpią.

Można więc wnosić, że wysoka pozycja ww. mediów wśród dogodnych dla nisko wykształconych pracowników kanałów informacji o zdrowiu wynika raczej z tego, że mają one w swojej ofercie programy o tej tematyce niż z pozytywnej, subiektywnej oceny ich walorów edukacyjnych. Nie należy więc przeceniać tych źródeł jako sposobu docierania do tej zbiorowości. Typowy sposób korzystania z tego rodzaju mediów sugeruje, że warto emitować krótkie, proste audycje poświęcone radzeniu sobie z określonymi chorobami, dolegliwościami. Natomiast istotne problemy dotyczące zdrowego stylu życia należy raczej przemycać w programach pojawiających się pod innymi hasłami, w tym rozrywkowych. Warto też unikać wszelkiego podobieństwa tego rodzaju programów do reklam.

Za pośrednictwem prasy, ulotek, plakatów oraz indywidualnych porad trafić można do mniej więcej co drugiego adresata omawianej grupy docelowej (dane z 2009 r.). W przypadku tekstów pisanych nie ma tendencji do ich samodzielnego poszukiwania. Ponadto żeby były czytane, muszą być bardzo krótkie (według danych jakościowych z 2009 r.). W przypadku prasy oznacza to, że informacje o zdrowiu warto umieszczać w pobliżu innych treści, które przyciągają uwagę nisko wykształconych pracowników. Konieczne jest też nadawanie im zwartej formy. Przy opracowywaniu tych przekazów warto uwzględnić zalecenia dotyczące analfabetyzmu funkcjonalnego.

Uwagę zwraca też podobna (jak w przypadku np. prasy) skala zapotrzebowania na indywidualne porady specjalistów dotyczące tego, jak zajmować się własnym zdrowiem. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, że nisko wykształceni pracownicy mówiąc o poradach, mają na myśli najczęściej zalecenia lekarzy odnoszące się do dolegliwości czy chorób, na które zainteresowani cierpią, a rzadziej – sugestie dotyczące tego, jak zdrowo żyć (według danych jakościowych z 2009 r.).

Około 40% nisko wykształconym pracownikom odpowiada zdobywanie wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia z poradników, podczas festynów czy poprzez konkursy (według danych z 2009 r.). Dane jakościowe (z 2009 r.) sugerują jednak, żeby zachowywać dużą ostrożność w interpretacji wskaźnika dotyczącego poradników. Pracownicy nisko wykształceni często na swój sposób rozumieją określenie 'poradnik', a przede wszystkim (co już zaznaczono powyżej) wyraźnie nie są zainteresowani czytaniem dłuższych tekstów, a tym bardziej gotowi do ich samodzielnego poszukiwania.

Tylko mniej więcej co trzeciemu nisko wykształconemu pracownikowi atrakcyjnym źródłem wiedzy i umiejętności dotyczących zdrowia wydaje się Internet czy udział w warsztatach (którą to metodę zaleca się w andragogice). Tylko co piątemu odpowiada wykład czy pogadanka. Jasno więc widać, że Internet nadal nie powinien być wykorzystywany jako dobre źródło w edukacji zdrowotnej takich osób. Stosowanie pozostałych z wyżej wymienionych kanałów przekazu stawia nas ponownie wobec problemu kursów i szkoleń, w ramach których mają one miejsce. Trudno wyobrazić sobie pełną rezygnację z pogadank, a tym bardziej warsztatów w ramach edukacji zdrowotnej takiej grupy docelowej. Oznacza to, że każdorazowo warto jednak poszukiwać innych, bardziej akceptowanych metod i tylko w naprawę uzasadnionych przypad-

kach organizować np. warsztaty, dbając przy tym, żeby ich forma była adekwatna do możliwości tego typu adresatów.

Według danych z 2009 r. kursy i szkolenia należy oferować bezpłatnie, przeprowadzać w czasie pracy i dbać, żeby nie trwały dłużej niż 2 godziny. Ponadto dobrze jest proponować w ich ramach proste diagnozy stanu zdrowia lub zabiegi. Odpowiada to około 3/4 nisko wykształconych pracowników. Dwie trzecie może zachęcić do uczestniczenia w kursach drobny upominek, ale również szansa uzyskania odpowiedzi na nurtujące pytania albo wykonania jakichś ćwiczeń pod okiem eksperta (ale jak już wspomniano nie w formie warsztatu). Około połowa dobrze przyjmie udział w losowaniu nagród, poczęstunek, ale też szansę na wymianę opinii z innymi uczestnikami. Podobną część może natomiast zniechęcić konieczność udziału w teście sprawdzającym wiedzę czy publicznego zabierania głosu, niepokojące, wzbudzające lęk treści, zakazy lub zalecenia trudne do praktycznego zastosowania.

W świetle uzyskanych danych organizatorzy szkoleń powinni kierować się zasadą maksymalizowania dostępności. Ponadto powinni proponować w trakcie ich trwania drobne usługi związane ze zdrowiem, np. badania czy zabiegi. To metody najbardziej skuteczne w przełamywaniu niechęci nisko wykształconych pracowników do kursów i szkoleń. Warto też stosować techniki umożliwiające zadawanie pytań bez konieczności zabierania głosu na forum. Dobrym sposobem może być również sprawianie drobnych przyjemności tego rodzaju uczestnikom. Powinno się natomiast rezygnować z organizowania testów sprawdzających wiedzę oraz zadbać, żeby przekazywane informacje dały się łatwo przyswajać i stosować w sytuacji życiowej takich pracowników.

#### *Preferowane treści edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*

Najczęściej nisko wykształceni pracownicy (bo około 40% z nich) są zdania, że ludzi w naszym kraju powinno się uczyć o zdrowym odżywianiu oraz konsekwencjach palenia tytoniu i konsumpcji alkoholu (według danych z 2009 r.). Osobiste zainteresowanie respondentów koncentruje się na doświadczanych dolegliwościach czy chorobach. To są sprawy, o których tacy ludzie chcą wiedzieć więcej (według danych jakościowych z 2009 i 2010 r.). Oznacza to, że deklaratywnie (bo dla innych) oczekują oni wiedzy upowszechniającej zachowania prozdrowotne, ale osobiście bardziej interesują się informacjami mającymi bezpośredni związek z ich kłopotami ze zdrowiem.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają tym samym potrzebę ścisłego relatywizowania treści interesującego nas tu obszaru edukacji zdrowotnej do sytuacji osobistej adresatów i podawania ich raczej w kontekście prewencyjnym niż promocyjnym. Sugeruje też konieczność szerszego stosowania oddziaływań bezpośrednich (face to face), a w przypadku adresata zbiorowego – dostosowania treści przekazów do ustaleń prowadzonej wcześniej diagnozy ich sytuacji zdrowotnej.

#### *Preferowani nadawcy przekazów*

Nisko wykształceni pracownicy (według danych z 2009 r.) nie mają powszechnie uznawanego autorytetu w tej sferze. Blisko połowa chce dowiadywać się, jak dbać o zdrowie, od lekarzy, pielęgniarek i taka sama część od psychologów, dietetyków, fizjoterapeutów itp. Tylko co około piąty pragnie czerpać taką wiedzę od ekspertów o znanym nazwisku lub od kogoś, kto sam poradził sobie z problemem zdrowotnym. Nie nadają się do tej roli, ich zdaniem, tacy nadawcy, jak celebryci, przedstawiciele medycyny alternatywnej czy osoby duchowne.

Dane jakościowe wskazują jednak na ambiwalentny stosunek do lekarzy występujących w takiej roli. Mają oni wyraźnych zwolenników, ale też przeciwników wśród nisko wykształconych pracowników. Negatywne opinie na ich temat w mniejszym zakresie biorą się z zastrzeżeń co do ich kompetencji, a w większym z podejrzeń, że lekarzom chodzi głównie o coraz wyższe dochody (według danych z 2009 i 2010 r.). Być może wskazane byłoby więc uzupełnienie komunikatów płynących od lekarzy o opinie innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem.

Wyzwaniem jest też 10% nisko wykształconych pracowników, którzy twierdzą, że od nikogo nie chcą słuchać, jak być sprawnym, poprawić sylwetkę czy zachować dobre zdrowie. Ewidentnie dla nich przedsięwzięcia w omawianym zakresie należy planować tak, żeby nie odbywały się one pod szyldem dbania o zdrowie.

#### B. Pracownicy z wykształceniem co najmniej średnim

##### *Poziom realizacji zachowań zdrowotnych i potrzeby w zakresie ich kształtowania*

Główne „grzechy” pracowników z co najmniej średnim wykształceniem w zakresie traktowania zdrowia to w przypadku 2/3 za mała dbałość o sprawność fizyczną i zbyt mało wypoczynku, u około 40% – niezdrowe odżywianie, a u ok. 30% – problemy z systematycznym wykonywaniem badań profilaktycznych (według danych z 2007 r.).

W przypadku odżywiania lepiej wyedukowani pracownicy dość dobrze radzą sobie ze zwiększaniem częstotliwości spożywania owoców i surówek z warzyw (stara się tak postępować ok. 3/4 tej zbiorowości), a gorzej z ograniczaniem ilości cukru i słodczy. Próby podejmuje mniej niż połowa (dane z 2007 i 2009 r.). Jak trudno im zmieniać swoje przyzwyczajenia, które wpływają na zdrowie, świadczy fakt, że nawet na wyraźne zalecenie lekarza robi to tylko około połowa. Podobny odsetek dobrze wykształconych (według danych z 2007 r.) przyznaje, że w ostatnim tygodniu przed badaniem zrobił coś dla swojego zdrowia (najczęściej są to ćwiczenia lub zażywanie witamin).

Edukatorzy i promotorzy zdrowia nadal powinni więc upowszechniać w tej grupie wiedzę, motywację i umiejętności niezbędne do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Na najbardziej podatny grunt mogą liczyć w zakresie aktywności fizycznej, ponieważ blisko 80% takich pracowników uważa jej podejmowanie za korzystne dla własnego zdrowia, a na dogodny – w zakresie regularnego poddawania się badaniom i właściwego sposobu wykonywania pracy (2/3 docenia ich znaczenie dla własnego zdrowia) oraz w zakresie ograniczania konsumpcji tłuszczu i alkoholu (połowa takich pracowników sądzi, że byłoby to korzystne) (według danych z 2009 r.).

Reasumując, osoby z wykształceniem co najmniej średnim nadal mają problemy z realizowaniem prozdrowotnych zachowań, ale znaczna ich część podejmuje próby poprawy w tym zakresie i jest przekonana, że mają one sens z punktu widzenia ich zdrowia, wyglądu czy sprawności. Szczególnie osoby te zainteresowane są problematyką dbania o zdrowie na styku sfer pracy i wypoczynku, zdrowym odżywianiem, ale także doceniają potrzebę poddawania się badaniom profilaktycznym.

##### *Autoocena stanu zdrowia*

Dwie trzecie dobrze wykształconych pracowników uważa się za osoby o dobrym zdrowiu, 1/3 ma drobne dolegliwości, a tylko co dwudziesty określa swoje zdrowie jako słabe (według danych z 2009 r.). Uogólnione zadowolenie ze zdrowia wyraża nawet około 80% tej grupy. Połowa nie spodziewa się zmian w najbliższych latach, polepszenia spodziewa się co dwudziesty, pogorszenia co dziesiąty, przy czym niekorzystne zmiany tylko co trzeci wiąże z własnymi działaniami (według danych z 2007 r.). Subiektywna ocena stanu zdrowia nie stanowi więc punktu wyjścia, który dawałby liczące się szanse na zwiększenie skuteczności interesującego nas obszaru edukacji zdrowotnej dla tej grupy docelowej.

Relatywnie wysoki poziom zadowolenia z bardzo niskim poziomem wiary, że zdrowie może się poprawić, nie stymuluje zainteresowania zachowaniami prozdrowotnymi. Niedoceniany jest też wpływ zachowań szkodliwych na pogorszenie parametrów własnego zdrowia. Podobnie więc jak w odniesieniu do nisko wykształconych pracowników stan zdrowia nie jest tematem stanowiącym potencjalnie efektywny sposób koncentrowania uwagi osób dobrze wykształconych na informacjach związanych z kreowaniem prozdrowotnego stylu życia. Wynika z tego, że należy poszukiwać innych interesujących bądź ważnych tematów tego rodzaju.

#### *Poziom poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie*

Okazało się, że blisko 40% tej grupy docelowej chętnie słucha, co robić dla zdrowia, i zastanawia się, jak zdrowiej żyć, co może być wskaźnikiem podmiotowego stosunku do zdrowia. Z kolei prawie co trzeci jej przedstawiciel nie zwraca na to uwagi albo wprawdzie dużo o tym myśli, ale potem lekceważy w działaniach (według danych z 2009 r.).

Tak więc lepiej wykształceni pracownicy zdecydowanie częściej niż słabo wykształceni zdają sobie sprawę z własnej roli w kształtowaniu zdrowia. Mimo to istnieje potrzeba stymulowania u co trzeciego takiego pracownika refleksji na temat tej kwestii i u podobnej części – osłabiania mechanizmu wypierania tego problemu i wzmacniania motywacji do realizowania działań na jego rzecz. Wydaje się więc, że można mniej koncentrować się w przypadku takich adresatów na uświadamianiu im zależności między sposobem życia a zdrowiem (czyli rozwijaniu wiedzy w tym zakresie), a bardziej istotne jest motywowanie ich do realizowania zachowań prozdrowotnych. Sprawdzić się tu może różnicowanie oddziaływań – od prezentacji wyników badań naukowych po np. technikę granfalonu. Warto też rozważyć oferowanie im programów, w których ułatwia się inicjowanie zachowań sprzyjających zdrowiu.

#### *Autoocena indywidualnych predyspozycji i warunków do troszczenia się o zdrowie*

Tylko co trzeci pracownik o dobrym poziomie wykształcenia narzeka na brak wytrwałości w realizowaniu działań na rzecz własnego zdrowia (dane z 2009 r.), ale już około połowa uważa to za raczej trudne oraz kojarzy z ograniczaniem swojej wolności i podporządkowywaniem się rygorom (według danych z 2007 r.).

Wskazuje to na potrzebę upowszechniania w tej grupie wiedzy i umiejętności ułatwiających zmianę zachowań. Oznacza też konieczność unikania w przekazach edukacyjnych stylu nakazowego, normatywnego i zastępowanie go np. wskazywaniem korzyści związanych z określonym sposobem postępowania, co daje adresatom przekazu poczucie swobody w podejmowaniu decyzji w tym zakresie. Ponadto cenne wydaje się tworzenie ułatwień w realizowaniu takich zachowań, np. poprzez programy promocji zdrowia, w tym w miejscu pracy.

#### *Autoocena wiedzy o tym, jak troszczyć się o zdrowie i gotowość do jej poszerzania*

Charakteryzowana grupa jest zadowolona z posiadanej wiedzy na temat tego, jak dbać o zdrowie. Dwie trzecie dobrze wykształconych pracowników uważa, że jest ona dobra lub bardzo dobra. Jako dostateczną ocenia ją nieco mniej niż 30% badanych. Tylko niespełna 4% uważa ją za niedostateczną. Ponad połowa osób ze średnim lub wyższym wykształceniem wyraża też potrzebę jej rozwijania. Z tezą, że lepiej mniej wiedzieć, zgadza się około 33% tej zbiorowości (według danych z 2009 r.). Przedstawiciele tej grupy (według danych jakościowych z 2010 r.) dążąc do rozwijania wiedzy tego rodzaju, równocześnie uznają, że nie należy z tym przesadzać i koncentrować się nad tymi kwestiami nadmiernie.

Co do adekwatności subiektywnych ocen i rzeczywistego poziomu posiadanych informacji, to w świetle zastosowanych wskaźników (w badaniu z 2009 r.) wydaje się, że dobrze wykształceni pracownicy mają tendencję do lekkiego przeceniania się w tym zakresie. Prawie wszyscy dobrze kojarzą, czym jest profilaktyka, bierne palenie, jak błonnik czy cholesterol wpływają na zdrowie, ale już np. kierunek oddziaływania antyoksydantów zna tylko co trzeci, wolnych rodników czy wielonienasyconych kwasów tłuszczowych co drugi – a są to terminy od lat obecne w tekstach poświęconych zdrowemu stylowi życia (dane z badania w 2009 r.).

Reasumując, należy rozszerzać wiedzę takich pracowników o tym, jak dbać o zdrowie, bo sami tego oczekują albo potrzebują ze względu na luki w jej zakresie. W przypadku połowy z nich należy też zwiększać motywację do uczenia się na ww. temat. Korzystne będą bardzo delikatne sposoby oddziaływania, minimalizujące ich obawy przed hipochondrią albo manipulacją.

Wyzwaniem jest około 30% dobrze wykształconych pracowników, którzy uważają, że sami najlepiej wiedzą, jak dbać o zdrowie. Jest to grupa oporna na przekazy, a mogą należeć do niej osoby o błędnej czy niepełnej



wiedzy. Do nich należy docierać innymi metodami, np. poprzez odwoływanie się do opinii autorytetów (w tym bliskich im osób) oraz procedur opartych na regule wzajemności czy konsekwencji. W przypadku co trzeciego dobrze wykształconego pracownika istotne jest też jednoznaczne formułowanie zaleceń na temat tego, jak postępować z własnym zdrowiem. Dostrzegają oni, a nawet są wyczuleni na pojawiające się nieścisłości w dostarczanych informacjach tego rodzaju. Planując przedsięwzięcia prozdrowotne dla tej grupy, należy też brać pod uwagę, że 3/4 jej członków uważa, że nie ma czasu na uczestniczenie w szkoleniach poświęconych problematyce dbania o zdrowie. Dobra reklama i krótki czas takich szkoleń to zatem bardzo ważne kwestie (według danych z 2009 r.).

#### *Preferowane źródła zdobywania wiedzy i umiejętności związanych ze zdrowiem*

Dla dominującej roli radia i telewizji (uznawanych przez 81% dobrze wykształconych pracowników za dogodny kanał informacji, jak dbać o zdrowie) alternatywą jest Internet (wybierany przez 76% takich badanych) oraz teksty publikowane w prasie (72%). Są to trzy główne źródła docierania do największej części takich odbiorców z edukacją zdrowotną. W stosunku do ponad 2/3 tego rodzaju pracowników właściwym sposobem będzie też organizowanie im indywidualnych porad psychologów, dietetyków i innych tego rodzaju specjalistów. Podobny odsetek chętnie skorzysta też z poradników. Ulotki i plakaty będą skuteczną formą oddziaływania na około co drugiego absolwenta szkół średnich i wyższych. Podobnie jak organizowane dla nich warsztaty. Co ciekawe, tacy pracownicy są relatywnie rzadko (bo prawie dwa razy mniej niż informacjami nadawanymi przez radio i TV, a w podobnym stopniu jak festynami czy konkursami) zainteresowani uczestnictwem w wykładach (44% wskazań).

W odniesieniu do kursów i szkoleń większość, jak już wspomniano, sądzi, że nie ma czasu, żeby brać w nich udział (i w związku z tym ponad 2/3 odrzuca kursy trwające ponad 2 godziny), ale dla ponad 80% zachętą mogą być proste badania czy zabiegi dla zdrowia oferowane w ich trakcie, a dla niewielu mniej brak opłat i możliwość uzyskania odpowiedzi na własne pytania. Dobrze wykształceni są w tego rodzaju opiniach podobni do nisko wykształconych. Różnią się od nich natomiast swoim stosunkiem do rozwiązywania testów czy zabierania głosu albo do eksponowania trudnych, niepokojących treści (nie odpowiadają one tylko około co trzeciemu).

Miejsce szkoleń jako źródła wiedzy o tym, jak dbać o zdrowie, wśród tej zbiorowości wyraźnie zajęły więc Internet i prasa. Ponadto relatywnie wysokie pozycje w rankingu porad w cztery oczy oraz poradników wskazują na ogólniejszą tendencję do preferowania źródeł, z których można korzystać w zindywidualizowany sposób (dobrać je samemu, korzystać w dogodnym dla siebie czasie i natężeniu).

W odniesieniu do radia i telewizji wyniki jakościowe z 2010 r. pokazują, że zdaniem dobrze wykształconych pracowników zdrowie w tych mediach jest przede wszystkim przedmiotem reklam, a te są z kolei obiektem ich totalnej krytyki. Powszechnie deklarują, że nie wierzą reklamom, a niektórzy podejrzewają nawet, że mogą one popularyzować produkty szkodliwe dla zdrowia. Jest więc ogólna zgoda wśród takich pracowników, żeby media wykorzystywać do popularyzowania zdrowego stylu życia, ale i duży dystans, krytycyzm wobec tego, co się tam przekazuje.

Okazuje się też, że nawet przez lepiej wyedukowanych polskich pracowników całkiem nieźle odbierane są metody zawierające elementy rozrywki (festyny, konkursy, akcje). Nie należy więc całkowicie obawiać się, że nie będą one trafiały do takiej grupy docelowej

#### *Preferowane treści edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*

Najwięcej dobrze wykształconych pracowników uważa, że Polaków należy uczyć, jak się zdrowo odżywiać (52% badanych), że należy wykonywać badania profilaktyczne (43%), rezygnować z palenia (39%), być aktywnym fizycznie (27%) i jak sobie radzić ze stresem (26%) (według danych z 2009 r.). To są dominujące tematy, przy czym najwięcej emocji i zainteresowania w świetle danych jakościowych (z 2010 r.) budzi temat właściwego odżywiania się. Przedstawiciele tej populacji wyraźnie doceniają jego znaczenie dla zdrowia, ale jednocześnie próbują usprawiedliwić swoją bierność w tym zakresie. Zastanawiają się, na ile we współczesnym świecie odpowiedzialność w tej sferze ponosi jednostka, a na ile jej postawa jest zdeterminowana podażą produktów niezdrowych (żywność modyfikowana genetycznie, zatruta, nasycona chemią itp.). Jest to więc szczególnie dla nich interesujący temat z zakresu edukacji zdrowotnej.

#### *Preferowani nadawcy przekazów*

Pracownicy lepiej wyedukowani, podobnie jak nisko wykształceni, nie mają wyraźnego lidera wśród nadawców przekazów o zdrowiu. Co ciekawe, nieco więcej, bo ponad połowa, chce uczyć się, jak dbać o zdrowie

od takich specjalistów, jak psychologowie, fizjoterapeuci, dietetycy, a mniej, bo niespełna połowa – od lekarzy i pielęgniarek. Może to oznaczać, że medycy nieco bardziej kojarzeni są z leczeniem niż z wiarygodnym źródłem informacji o tym, jak dbać o zdrowie. Gdyby tendencja taka rozwijała się w przyszłości, warto uwzględnić to w doborze osób prowadzących edukację zdrowotną dla tej zbiorowości.

Interesującym nadawcą dla co trzeciego dobrze wykształconego pracownika jest też ktoś, kto może podzielić się swoimi osobistymi doświadczeniami. Co ciekawe, dla niewielu (bo tylko 24%) są to uznane sławy czy popularni eksperci. W tym przypadku preferencje osób dobrze wykształconych są podobne jak gorzej wyedukowanych. Zdecydowanie marginalizowani są w takiej roli celebryci, przedstawiciele medycyny alternatywnej i osoby duchowne.

Wyniki wywiadów swobodnych (z 2010 r.) dowodzą też, że dla członków tej grupy dość charakterystyczne jest odwoływanie się do doświadczeń własnej rodziny i znajomych. Ponadto wyznają zasadę czerpania z różnych źródeł, od różnych nadawców, w celu wypracowania własnego stanowiska.

Co ciekawe, 6% dobrze wykształconych pracowników w ogóle nie chce korzystać z czyichkolwiek porad dotyczących troszczenia się o własne zdrowie (dane z 2009). Według takich osób należy słuchać własnego organizmu, zdrowego rozsądku czy zaleceń dekalogu (według danych jakościowych z 2010 r.).

Reasumując, należy wykorzystywać różnych nadawców przekazów prozdrowotnych, żeby oddziaływać na omawianą grupę docelową. Największą skuteczność gwarantują profesjonalni doradcy zajmujący się zachowaniami zdrowotnymi oraz praktycy odwołujący się do własnych doświadczeń. Warto też nadal popularyzować swoisty „snobizm” zdrowotny, modę na zdrowie w środowisku życia i pracy takich osób, ponieważ bardzo liczą się one z opiniami innych, znanych im ludzi.

## OMÓWIENIE

Analizy przeprowadzone przez KCPZwMP Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wykazały, że wyróżnione ze względu na poziom wykształcenia grupy pracowników różnią się między sobą (choć nie diametralnie) zarówno poziomem realizacji zachowań zdrowotnych, jak i treściami świadomości zdrowotnej. Można więc mówić o ich specyficznych potrzebach wobec edukacji zdrowotnej, czyli o dwóch odmiennych grupach docelowych dla jej projektów.

Szczególnie dużym wyzwaniem są pracownicy o niskim poziomie wykształcenia. W ich przypadku istnieją wyraźne przesłanki (m.in. gorszy stan zdrowia i wzory postępowania) do intensyfikowania oddziaływań edukacyjno-promocyjnych. Jednocześnie jest to zbiorowość niepoczuwająca się do odpowiedzialności za własne zdrowie, niechętnie nastawiona do rozwijania wiedzy o sposobach dbania o zdrowie i krytycznie oceniająca swoje możliwości stosowania jej w praktyce. Ważną rolę odegrać może więc strategia mająca na celu stymulowanie ich interesowania się zdrowiem i jego determinantami, np. przywołująca konkretne przykłady z życia osób podobnych do adresatów, czy prowadzona pod innymi hasłami, odwołująca się do innych cenionych wartości (dobrego wyglądu, sprawności, atrakcyjnej pracy, wysokich zarobków, szczęścia rodzinnego).

Oznacza to też potrzebę doskonalenia form i treści planowanych oddziaływań, tak by jak najsilniej koncentrowały się na minimalizowaniu sprzeciwu bądź obojętności nisko wykształconych pracowników wobec nowych informacji na temat zdrowia i dbania o jego stan. Jednym z najbardziej oczywistych rozwiązań tego problemu może być ograniczenie lub bardzo ostrożne stosowanie metod kojarzonych przez takie osoby z procesami uczenia się w szkole, (np. poprzez prezentowanie treści edukacji zdrowotnej w ramach zabawy, rozrywki oraz tylko w wyjątkowych przypadkach organizowanie kursów czy szkoleń, ale bez testów, trudnych treści, za to krótkich, bezpłatnych, z ofertą „bonusów”). Warto też docierać z ideą umacniania zdrowia do tej grupy docelowej poprzez organizowanie indywidualnych kontaktów face to face z personelem medycznym czy innymi specjalistami od zdrowego stylu życia – np. trenerami, dietetykami czy psychologami. Istotne wydaje się także ich organizowanie, żeby nisko wykształceni pracownicy mogli uzyskać np. proste odpowiedzi na trapiące ich wątpliwości, otrzymać konkretne wskazówki, jak postępować, dowiedzieć się, gdzie w najbliższym otoczeniu funkcjonują osoby, instytucje, które pomogą np. rzucić palenie czy zdrowiej się odżywiać. Innym dogodnym sposobem może być „poza-intelektualne” kreowanie zachowań prozdrowotnych poprzez różne ułatwienia dla ich podejmowania albo kontynuowania w miejscu życia czy szczególnie pracy takich pracowników (np. w ramach programów promocji zdrowia). Takie działania/projekty mogą być pomocne nie tylko w przełamywaniu niechęci do rozwijania wiedzy, ale mogą także dowodzić, że prozdrowotny styl życia jest dostępny dla osób mniej zamożnych czy wykształconych oraz budować poczucie skuteczności gorzej wyedukowanych pracowników w zakresie dbałości o zdrowie.

Dobrze wykształceni pracownicy w większości zdają sobie sprawę z tego, że ich zdrowie zależy od sposobu, w jaki żyją, ale niestety nie przekłada się to na rozpowszechnienie korzystnych wzorów zachowań tego rodzaju w praktyce. Jest więc w tym obszarze wiele do zrobienia. Na szczęście takie osoby często same dostrzegają taką potrzebę, szczególnie np. w zakresie aktywności fizycznej, odżywiania się czy sposobu wykonywania pracy. Można więc o nich powiedzieć, że są „deklaratywnie prozdrowotni”, czyli rozumieją znaczenie takiego stylu życia, wydaje im się, że chcą go realizować, ale nie bardzo to robią.

Co do wiedzy, jak dbać o zdrowie, to w świetle analizy jej wskaźników okazuje się, że dobrze wykształceni pracownicy mają tendencję do jej przeceniania. Oznacza to, że w adresowanych do nich przekazach należy wciąż wracać do pewnych informacji nawet na poziomie podstawowym. Ze względu na to, że przedstawiciele tej grupy dość chętnie samodzielnie poszukują informacji o zdrowiu oraz przejawiają brak entuzjazmu do uczestniczenia w szkoleniach i kursach, istotnym problemem może być doskonalenie ich umiejętności selekcjonowania informacji niezbędnych i obiektywnie wartościowych. Ważnym wyzwaniem jest też wyjaśnianie kwestii dyskusyjnych w problematyce wpływu stylu życia na zdrowie. W tej grupie bowiem są one wykorzystywane jako argument przemawiający za biernością (nieangażowaniem na rzecz zdrowia) czy racjonalizowaniem zachowań szkodliwych dla zdrowia.

Głównym wyzwaniem wydaje się jednak być uczenie dobrze wykształconych pracowników technik zmiany zachowań, które ułatwiają wdrażanie w życie tego, co przedstawiciele tej grupy wiedzą i uznają za właściwe w odniesieniu do prozdrowotnego trybu życia. Zgromadzone dane dają podstawy, żeby częściej robić to za pośrednictwem Internetu (np. specjalnych konsol i programów do ćwiczeń), w ramach indywidualnych porad profesjonalistów lub na łamach poradników niż w czasie szkoleń. I wreszcie w przypadku tej grupy docelowej, podobnie jak nisko wykształconych pracowników, warto stwarzać warunki ułatwiające prozdrowotne działania. Wprawdzie nie z powodu niskiego poziomu odpowiedzialności za zdrowie czy braku wytrwałości lub wiary, że jest to finansowo dostępne, ale dlatego, żeby minimalizować odczuwane ograniczenia i skalę trudności zmian zachowań na bardziej sprzyjające zdrowiu. Mamy tu na myśli zarówno ułatwienia infrastrukturalne, jak i przede wszystkim dalsze rozwijanie mody na zdrowy styl życia wśród rodzin i znajomych takich pracowników.

## PIŚMIENNICTWO

1. Leon D.A., Walt G.: *Powerty, Inequalities and Health in International Perspective*. Oxford University Press, Oxford 2004
2. Lalonde M.: *A New perspective on the Health of Canadians. A Working Document Government of Canada*, Ottawa 1978
3. Hancock T.: *The mandala of health: a model of the human ecosystem*. W: Anderson R., Kickbusch I. [red.]. *Health promotion: A resource book*. World Health Organization – Regional Office for Europe, Kopenhaga 1990, ss. 129–138
4. Massanotti G., Griffiths J.: *Health Promotion and Workplace Health Promotion*. W: *Workplace health promotion. Definitions, methods and techniques*. EWORX S.A., Bukareszt 2009, ss. 17–72
5. Cianciara D., Miller M., Przewłocka T.: *Zwyczaje higieniczne Polaków*. *Przegl. Epidemiol.* 2001;55:159–168
6. Laaksonen M., Rahkonen O., Karvonen S., Lahelma E.: *Socioeconomic status and smoking. Analysing inequalities with multiple indicators*. *Eur. J. Public Health* 2005;15(3):262–269
7. Iwanowicz E.: „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Med. Pr.* 2009; 60(5):427–437
8. Centrum Badania Opinii Społecznej: *Komunikat z badań. Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało*. CBOS, Warszawa 2009
9. McLaren L., Godley J., MacNairn I.A.S.: *Social class, gender, and time use: Implications for the social determinants of body weight?* *Health Rep.* 2009;12(4):1–8
10. European Commission: *Special Eurobarometr: Sport and physical activity*. TNS Opinion & Social, Bruksela 2010
11. Gniazdowski A.: *Działania edukacyjno-promocyjne w zdrowiu publicznym*. W: Indulski J.A., Jethon Z., Dawydzik L.T. [red.]. *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2000, ss. 321–351
12. Puchalski K.: *Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania*. W: Korzeniowska E., Puchalski K. [red.]. *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Riga Stradins University, Ryga 2010, ss. 33–43
13. Kowalski M.: *Od odpowiedzialności za zdrowie człowieka dorosłego – między wolnością a zniewoleniem*. *Eduk. Dorosł.* 2009;2:27–37
14. Turosz L.: *Andragogika ogólna*. Nowe Wydawnictwo Polskie Ypsilon, Warszawa 2004
15. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008

16. Borzucka-Sitkiewicz K.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia. Impuls, Kraków 2006
17. Kowalski M., Gaweł A.: Zdrowie, wartość, edukacja. Impuls, Kraków 2006
18. Charońska E.: Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997
19. Słoińska Z.: Promocja zdrowia – zarys problematyki. Promocja Zdrowia. Nauki Społ. Med. 1994;1:37–52
20. Miller M., Cianciara D.: Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1999
21. Barić L., Osińska H.: Ludzie w środowiskach. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Warszawa 1999
22. De Vries H.: Planowanie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. W: Miller M., Cianciara D. [red.]. Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 1999, ss. 39–81
23. Heszen-Niejodek I.: Psychologiczne modele teoretyczne leżące u podstaw promocji zdrowia. W: Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I. [red.]. Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1997, ss. 11–33
24. 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. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, ss. 175–205
25. Sęk H.: Zdrowie behawioralne. W: Strelau J. [red.]. Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, ss. 533–552
26. Cianciara D.: Ocena struktury oraz użyteczności informacji zawartych w materiałach reklamujących produkty lecznicze dostępne bez recepty z perspektywy nowego zdrowia publicznego. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2006
27. Sokal M.: Ulotka o leku dla pacjenta – zalecenia, oczekiwania, rzeczywistość. Collegium Medicum, Kraków 2006
28. Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999
29. 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. Satoridruk.pl, Łódź 2008, ss. 439–449
30. 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. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2009, ss. 129–147
31. Korzeniowska E.: Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – przykład polski. W: Korzeniowska E., Puchalski K. [red.]. Riga Stradins University, Ryga 2010, ss. 116–126
32. 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. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004, ss. 107–126
33. Knowless M.S.: The Modern Practice of Adult Education. Andragogy versus Pedagogy. Association Press, New York 1970
34. Minelli M.J., Brecon D.J.: Community Health Education, Settings, Roles, and Skills. Jones and Bartlet Publishers, Sudbury (USA) 2009
35. Wood B.P.: Twelve Universal Principles of Adults as Learners. Acad. Radiol. 2010;17:672–673
36. Quine S., Kending H., Russell C., Touchard D.: Health promotion for socially disadvantaged group: the case of homeless, older men in Australia. Health Promot. Int. 2004;19(2):157–165
37. Doak C.C., Doak L.G., Root J.H.: Teaching patients with low literacy skills. JB Lippincott Company, Philadelphia 1996
38. Pyżalski J.: Metodyka edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia – przegląd propozycji. W: Korzeniowska E., Puchalski K. [red.]. Riga Stradins University, Ryga 2010, ss. 44–50
39. Iwanowicz E.: „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. Med. Pr. 2009;60(5):427–437
40. Cianciara D., Miller M.: Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta. Przegl. Epidemiol. 2002;57:531–540
41. Puchalski K., Korzeniowska E., Pyżalski J., Wojtaszczyk P.: Opinions of Polish occupational medicine physicians on workplace health promotion. Int. J. Occup. Med. Environ. Health 2005;18:241–249
42. Kendig S.: Word Power. The Effect of literacy on Health outcomes. AWHONN Lifelines 2006;10(4):327–331
43. Cutilli C.C.: Do your patients understand? How to write effective healthcare information. Orthop. Nurs. 2006;25(1):39–48
44. Smith S.K., Dixon A., Trevena L., Nutbeam D., McCaffery K.J.: Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. Soc. Sci. Med. 2009;69:1805–1812



45. Pratkanis A., Aronson E.: Wiek propagandy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004
46. Cialdini R.: Wywieranie wpływu na ludzi. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1996
47. Winn D.: Manipulowanie umysłem. Biblioteka Moderata, Wrocław 2003
48. Franken R.: Psychologia motywacji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005
49. Joule R.U., Beauvois J.L.: Gra w manipulację. Wywieranie wpływu dla uczciwych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006
50. Opracowanie i upowszechnienie metod promocji zdrowia dostosowanych do specyficznych potrzeb pracujących o niskim poziomie wykształcenia [raport niepublikowany]. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2007
51. Analiza przydatności nowoczesnych koncepcji metod edukacyjnych do potrzeb promocji zdrowia zróżnicowanych grup pracujących [raport niepublikowany]. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2010
52. Korzeniowska E., Puchalski K: Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej. Riga Stradins University, Riga, Latvia 2010