

Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – izzivi za zdravstveno vzgojo

Urednika:
Elżbieta Korzeniowska
Krzysztof Puchalski



GD Izobraževanje in kultura

Program Vseživljenjsko učenje

Publikacija z naslovom "Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – izzivi za zdravstveno vzgojo" je nastala kot del delovnega paketa 3 v okviru projekta "Krepitev transverzalnih kompetenc nižje izobraženih delavcev, povezanih z njihovimi izbirami v zvezi z zdravjem, v okviru sprememb na trgu dela" – LEECH (številka projekta: 142222-LLP-1-2008-1-PL-GRUNDTVIG-GMP; donacijska pogodba: 2008-3466/001-001).

Izvedbo tega projekta sofinancira Evropska komisija. Vsebina publikacije (komunikacije) je izključno odgovornost avtorja in nikakor ne predstavlja stališč Evropske komisije.



Projekt "Krepitev transverzalnih kompetenc nižje izobraženih delavcev, povezanih z njihovimi izbirami v zvezi z zdravjem, v okviru sprememb na trgu dela" koordinira Inštitut za medicino dela Jerzyja Noferja, Poljski nacionalni center za promocijo zdravja pri delu



NOFER INSTITUTE OF OCCUPATIONAL MEDICINE

Naslov: Św. Teresy 8, 91-348 Łódź, Poljska

Tel.: +48 42 6314-686

Faks: +48 42 6314-685

E-pošta: whpp@imp.lodz.pl

Spletna stran: <http://www.imp.lodz.pl>

Vodja projekta:

dr. Elżbieta Korzeniowska

Projektna skupina:

dr. Krzysztof Puchalski

dr. Jacek Pyżalski

mag. Eliza Goszczyńska

mag. Patrycja Wojtaszczyk

Partnerske ustanove projekta "Krepitev transverzalnih kompetenc nižje izobraženih delavcev, povezanih z njihovimi izbirami v zvezi z zdravjem, v okviru sprememb na trgu dela":

Inštitut za zdravje pri delu in zdravstveno ekologijo Stradiņove univerze v Rigi



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE



Naslov: Dzirciema 16, LV 1007, Rīga, Latvija

Tel./ Faks: +371 67409139

Spletna stran: <http://www.rsu.lv>

Vodja latvijske projektne skupine: prof. Maija Eglite

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa



Naslov: Poljanski nasip 58, SI 1000 Ljubljana, Slovenija

Tel.: +386 1 522 2695

Faks: +386 1 522 2478

Spletna stran: <http://www.cilizadelo.si>

Vodja slovenske projektne skupine: Tanja Urdih Lazar

Inštitut za pomoč invalidom v Valenciji



Naslov: Avda del Puerto 108, ES 46023, Valencia, Španija

Tel.: +34 961971460

Faks: +34 961971461

Spletna stran: <http://www.ivadis.com>

Vodja španske projektne skupine: mag. Jose Gil

Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – izzivi za zdravstveno vzgojo

Urednika:
Elżbieta Korzeniowska
Krzysztof Puchalski

LEECH 



GD Izobraževanje in kultura
Program Vseživljenjsko učenje

Izdajatelj:

Inštitut za medicino dela Jerzyja Noferja, Łódź, Poljska
(Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera)

Založnik:

Inštitut za zdravje pri delu in zdravstveno ekologijo
Stradiņove univerze v Rīgī, Latvija
(Rīgas Stradiņa universitāte,
Darba drošības un vides veselības institūts)

Urednika:

Elżbieta Korzeniowska
Krzysztof Puchalski

Recenzija:

Maria Belén Cardona Rubert
Pedro A. Ramiro Pollo

Strokovni pregled prevoda:

Tanja Urdih Lazar
Nataša Dernovšček Hafner

Prevod v slovenščino:

DEKS d. o. o.

Jezikovni pregled prevoda:

Cvetana Tavzes

Priprava za tisk:

Valdis Bērzs

ISBN 978-9984-788-82-1

Kazalo vsebine

1. Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja kot način izboljšanja konkurenčnosti nižje izobraženih delavcev na trgu dela – potek in cilji projekta LEECH <i>Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski, Eliza Goszczyńska, Jacek Pyżalski, Patrycja Wojtaszczyk</i>	5
2. Nizka stopnja izobrazbe kot socialni problem v Evropski uniji <i>Eliza Goszczyńska</i>	9
3. Politika Evropske unije do nižje izobraženih ljudi <i>Patrycja Wojtaszczyk</i>	26
4. Determinante z zdravjem povezanega vedenja in možnosti za njegovo oblikovanje <i>Krzysztof Puchalski</i>	31
5. Metodologija zdravstvene vzgoje nižje izobraženih delavcev – pregled pristopov <i>Jacek Pyżalski</i>	41
6. Z zdravjem povezano vedenje in osveščenost nižje izobraženih delavcev <i>Krzysztof Puchalski</i>	47
7. Preference nižje izobraženih delavcev glede zdravstvene vzgoje in promocije zdravja <i>Elżbieta Korzeniowska</i>	63
8. Priporočila za oblikovanje zdravega življenjskega sloga nižje izobraženih delavcev <i>Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski</i>	80
9. Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – španski primer <i>Jose Gil, Dolores García, Manuel López</i>	87
10. Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – latvijski primer <i>Ivars Vanadziņš, Maija Eglīte, Inese Mārtiņšone, Dagmāra Sprūdža, Mārite Baķe, Mairita Zellāne, Šarlote Konova</i>	94
11. Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – poljski primer <i>Elżbieta Korzeniowska</i>	106
12. Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – slovenski primer <i>Nataša Dernovšček Hafner, Tanja Urdih Lazar, Klavdija Besednjak</i>	117
Viri in literatura	126
Seznam avtorjev	131

1. POGLAVJE

Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja kot način izboljšanja konkurenčnosti nižje izobraženih delavcev na trgu dela – potek in cilji projekta LEECH

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

1. Izvajalci, cilji in naloge projekta

Krepitev transversalnih kompetenc nižje izobraženih delavcev, povezanih z njihovimi izbirami v zvezi z zdravjem, v okviru sprememb na trgu dela (Strengthening transversal competences of low educated employees concerning their health choices in the context of changing labour market - LEECH) je naslov mednarodnega raziskovalnega in izvedbenega projekta, ki od decembra 2008 do februarja 2011 hkrati poteka v štirih državah članicah Evropske unije (v Španiji, Latviji, Sloveniji in na Poljskem) v okviru programa vseživljenjskega učenja Grundtvig. Projekt koordinira Poljski nacionalni center za promocijo zdravja pri delu v okviru Inštituta za medicino dela Jerzyja Noferja, druge partnerske ustanove pa vključujejo še: Instituto Valenciano De Atención a Los Discapacitados (Inštitut za pomoč invalidom v Valenciji), Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa ter Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts (Inštitut za zdravje pri delu in zdravstveno ekologijo Stradiņove univerze v Rigi).

Razlogi za takšen projekt izhajajo iz rezultatov družbenih analiz, ki so se izvajale v različnih evropskih državah in kažejo na povezavo med boljšim zdravjem oziroma z zdravjem povezanim vedenjem in višjo stopnjo izobrazbe. Drugače rečeno, čim nižji je socialnoekonomski (predvsem izobrazbeni) status, tem statistično slabše so z zdravjem povezane navade, motivacija za spremembo življenjskega sloga in posledično samo zdravje. Takšne okoliščine tako državi kot prebivalstvu povzročajo visoke stroške, vključno s tistimi, povezanimi z zdravstveno oskrbo in s socialno pomočjo za ljudi z nižjo izobrazbo, saj imajo omejene možnosti za delo in so manj konkurenčni na trgu dela. Prav zato je zmanjšanje neenakosti v zdravju med aktivnim prebivalstvom z visoko in nižjo izobrazbo tako pomemben izziv. Oblikovanje in izvajanje specifične strategije za zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, prilagojene potrebam ljudi z nižjo izobrazbo, je učinkovit način za izboljšanje zdravstvenega stanja, z zdravjem povezanega vedenja in družbene vključenosti te skupine. Vendar je večina takšnih programov v praksi namenjena širši javnosti in ne upošteva specifične narave te ciljne skupine, kar paradoksalno še dodatno prispeva k poglobitvi neenakosti v zdravju.

Glavni cilj projekta LEECH je bil tako priprava priporočil za zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, ki izhajajo iz specifičnih potreb in sposobnosti nižje izobraženih delavcev. Drugače rečeno, projekt je bil zasnovan z namenom povečati učinkovitost ukrepov, ki ljudi z nižjo izobrazbo spodbujajo k temu, da poskrbijo za zdrav življenjski slog, ki izboljšuje njihovo zdravje in poklicno življenje. Ker gre za kompetence, ki so uporabne na različnih življenjskih področjih – tako na delovnem mestu kot v zasebnem življenju, jih imenujemo “transverzalne kompetence”.

Za doseg tega cilja je bilo treba uvesti ukrepe v dveh ciljnih skupinah: a) neposredna ciljna skupina oziroma ljudje, ki imajo možnost organiziranja zdravstvene vzgoje za nižje izobražene delavce, in b) končna ciljna skupina oziroma skupina zaposlenih oseb, ki so v projektu označeni kot nižje izobraženi delavci (NID).

Seznam izvedenih ukrepov je naslednji:

1. *Določanje specifičnih načinov dojemanja zdravja in njegovih determinant, stopenj poznavanja in prepričanj NID o svojih lastnih, z zdravjem povezanih navadah in izbirah (vključno s tistimi na delovnem mestu) ter njihovih preferenc glede vsebin, metod in izvajalcev zdravstvene vzgoje.*

Naloga je bila izpeljana z raziskavo v zadnjem četrletju 2009 in prvem četrletju 2010 z anketiranjem 1691 ljudi, ki so imeli status zaposlenega (približno 400 sodelujočih v vsaki od štirih držav, vključenih v projekt). Skupina, zadolžena za izvedbo, je razvila takšna merila za izbor vzorcev, ki kar najbolj določajo specifično naravo NID v primerjavi s skupinami z višjo izobrazbo. Tako so bili anketiranci razdeljeni v ciljno skupino, ki je zajemala ljudi z nižjo izobrazbo oziroma nedokončano osnovnošolsko, osnovnošolsko, nižjo poklicno in srednjo poklicno izobrazbo (stopnje 0–2 in 3C glede na klasifikacijo ISCED 1997)¹, in v kontrolno skupino, ki je zajemala ljudi z visoko stopnjo izobrazbe oziroma s srednjo (tako splošno kot strokovno) in terciarno (višjo in visoko) izobrazbo (stopnje 3A–B in 4–6 po klasifikaciji ISCED 1997)². Da bi pridobili "čist" vzorec NID, je bil postavljen pogoj, po katerem ciljna skupina ne sme vključevati ljudi z osnovnošolsko ali nižjo in srednjo poklicno izobrazbo, ki šolanje nadaljujejo na sekundarni ravni. Anketiranci so bili stari od 25 do 54 let (tako kontrolna kot ciljna skupina sta bili razdeljeni v tri starostne podskupine: od 25 do 34 let, od 35 do 44 let in od 45 do 54 let). Izbrani so bili zaposleni v različnih panogah in so bili prebivalci tako mest (velikih in majhnih) kot podeželja.

Raziskava je potekala v obliki intervjuja na domu z anketnim vprašalnikom, ki so ga razvile partnerske ustanove. Da bi zagotovili najvišjo možno relevantnost vprašanj glede na način, kako udeleženci obeh skupin dojemajo preučevane teme, je ena od pomembnih stopenj pri razvoju vprašalnika vključevala izvedbo pilotne raziskave med ljudmi, ki so izpolnjevali merila za izbor v vzorec.

2. *Povzemanje obstoječih in oblikovanje nadaljnjih priporočil o učinkovitih metodah zdravstvene vzgoje NID (predvsem glede vsebine, primernih strategij in izobraževalnih metod).*

Partnerske ustanove so zbrale obstoječa priporočila s pregledovanjem državne in mednarodne literature s tega področja. Nadaljnja priporočila so temeljila na rezultatih raziskave med NID, opravljene v okviru mega projekta.

3. *Ugotavljanje značilnosti izobraževalnih sistemov, ki so na voljo zaposlenim odraslim v partnerskih državah (tj. obstoječih mehanizmov, ustanov in oblik razpoložljivih izobraževanj) in ki bi se lahko uporabili za izvedbo zdravstvene vzgoje med NID.*

Obstoječe sisteme posameznih udeleženk so pregledali strokovnjaki iz partnerskih ustanov. S tem postopkom so bili odkriti potencialni neposredni uporabniki, ki bi v prvi vrsti lahko imeli korist od učinkov izvedbe projekta LEECH.

4. *Priprava monografije o učinkovitih načinih spodbujanja NID k zdravemu načinu življenja, namenjene predavateljem zdravstvene vzgoje.*

Pilotna raziskava med predstavniki ciljne skupine je bila skupaj z znanstvenim pregledom pomemben element zagotavljanja kakovosti monografije. Delo je objavljeno v angleščini, letonščini, poljščini in slovenščini. Na voljo je tako v tiskani kot elektronski različici (spletna različica je na voljo na spletnih straneh partnerskih ustanov).

¹ Kratica pomeni International Standard Classification of Education (Mednarodna standardna klasifikacija izobraževanja). Njen namen je predstaviti izobrazbene statistične podatke tako v posameznih državah kot tudi na mednarodni ravni. Zadnja različica je bila potrjena med 29. konferenco Unesca novembra 1997. Loči sedem stopenj izobrazbe: 0, 1, 2, 3, 4, 5 in 6, pri čemer posamezne številke označujejo naslednje: 0 – predprimarna vzgoja in izobraževanje, 1 – primarno izobraževanje, 2 – nižje sekundarno izobraževanje, 3 – (višje) sekundarno izobraževanje, 4 – posekondarno predterciarno izobraževanje, 5 – prva raven terciarnega izobraževanja, 6 – druga raven terciarnega izobraževanja. Nekatere od naštetih stopenj so sestavljene iz podstopenj. Tak primer je stopnja 3, ki se razdeli na 3A (omogoča pridobivanje znanj in veščin na stopnji 5A), 3B (omogoča izobraževanje na stopnji 5B) in 3C (ne omogoča neposrednega nadaljevanja izobraževanja na stopnji 5, temveč vključuje pridobivanje osnovnih kvalifikacij in tako vodi neposredno na trg dela). (Vir: http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isc/ISCED_A.pdf)

² Takšno 400-člansko skupino je v vsaki od sodelujočih držav sestavljalo približno 200 predstavnikov kontrolne skupine in približno 200 ljudi, ki so ustrezali merilom ciljne skupine.

5. *Izobraževanje skupine približno 120 predavateljev zdravstvene vzgoje v štirih državah partnericah o primernih strategijah za zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, namenjeno NID, ter o načinih prenašanja kompetenc skupinam ljudi, ki jih ta tema zanima (kaskadno izobraževanje).*

Vsebina izobraževanja, razvita v okviru projekta, je na voljo na spletnih straneh partnerskih ustanov. Pilotno izobraževanje je bilo izvedeno v zadnjem četrtletju leta 2010 v vseh državah, ki sodelujejo pri projektu LEECH.

6. *Posredovanje rezultatov projekta (tj. monografije in priporočene vsebine izobraževanja) predstavnikom ciljne skupine.*

Glavno in trajno orodje za širjenje vsebine knjige in izobraževanja so spletne strani partnerskih ustanov. Tiskana izdaja priročnika je bila poslana glavnim organizacijam/ustanovam, ki so v državah članicah Evropske unije in Evropskem gospodarskem prostoru dejavne na področju promocije zdravja, zdravstvene vzgoje, izobraževanja odraslih in družbene odgovornost podjetij, ter drugim, razpetim med področjema zdravja in dela. Poleg tega so bili podatki, zbrani v okviru projekta, objavljeni v znanstvenih člankih in predstavljeni na znanstvenih konferencah.

2. Projektne predpostavke

Kot smo že omenili, je bil glavni cilj projekta LEECH izboljšati kompetence nižje izobraženih delavcev, in sicer razviti zdrave navade (saj boljše zdravje pomeni tudi boljše delovanje na trgu dela) z zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja. Pri kompetencah smo upoštevali široko paleto vedenjskih vzorcev, vključno z življenjskim slogom, ki dokazano vpliva na človekovo zdravje (prehrana, telesna dejavnost in rekreacija, uživanje alkohola in kajenje), in ne zgolj samozdravljenje oziroma uporaba storitev, ki jih ponuja zdravstveni sistem.

Predvidevali smo, da je mogoče kompetence, ki krepijo zdrave vedenjske vzorce, izboljšati z zdravstveno vzgojo in s promocijo zdravja v okviru akcij, namenjenih širši javnosti in posameznim skupinam, ter intervencijskih programov, pripravljenih za posamezna podjetja. Obveljalo je prepričanje, da je mogoče takšne akcije najbolje izvajati v podjetjih, kjer so že na voljo postopki za usposabljanje zaposlenih, ustrezna infrastruktura, razpoložljivost ciljnih skupin itd. Posledično smo veliko pozornosti namenili ukrepom v podjetjih.

Kar zadeva zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, se je projekt LEECH osredotočil na vprašanja, povezana z oblikovanjem zdravih vedenjskih vzorcev, ni pa vključeval drugih pogostih tem, kot so poznavanje civilizacijskih bolezni, delovanje zdravstvenega sistema, pravice bolnikov itd. Takšna vsebina zdravstvene vzgoje in promocije zdravja je nudila temelj za zasnovo raziskave in oblikovanje predlogov oziroma priporočil.

Kritiki klasični zdravstveni vzgoji in promociji zdravja očitajo, da ne zadovoljujeta potreb ljudi z različnimi stopnjami izobrazbe. Dejavnosti, povezane z zdravjem, so posledično neučinkovite pri doseganju skupin z nižjo izobrazbo in tako samo povečujejo prepad med skupinami, namesto da bi ga zmanjšale. Nižje izobraženi takšnih dejavnosti ne razumejo najbolje, zato omenjene dejavnosti v tej skupini ne spodbujajo zdravih navad (medtem ko bolje izobraženi zaposleni pogosto uporabijo pridobljeno znanje). V projektu smo iskali vzroke za takšno stanje in v ta namen tudi povezave z rezultati raziskave (izvedene pred in med projektom), ki naj bi pokazale morebitne razlike med obema skupinama delavcev (ter jih opredelile) in specifično naravo nižje izobraženih delavcev kot prejemnikov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Takšna analiza je potekala na dveh ravneh: a) primerjava nižje in višje izobraženih delavcev iz sodelujočih držav, in b) iskanje razlik v teh skupinah na ravni posamezne države. Znotraj ciljnih skupin, sestavljenih iz nižje izobraženih delavcev, smo med delavci razlikovali tudi glede na družbeno-kulturne dejavnike, povezane s posamezno državo.

Uporabljena metoda analize je temeljila na standardnem modelu posredovanja informacij, ki je sestavljen iz treh glavnih delov komunikacije: pošiljatelj sporočilo (vsebina in oblika) prejemnik. Upoštevali smo, da je ključno vprašanje pri izboljšanju dejavnosti zdravstvene vzgoje (da bo učinkovita in ne bo marginalizirala skupine strank z nižjo izobrazbo) poskus prilagoditve tako vsebine kot dejanj pošiljatelja (predavatelja/izvajalca) specifični naravi oziroma izraženim potrebam te skupine.

Razločevalne značilnosti prejemnikov z nižjo izobrazbo so bile povečini ugotovljene na področju vsebine njihovega razmišljanja o zdravju, preferenc glede izobraževalnih dejavnosti, razumevanja pojmov, uporabljenih v sporočilih, povezanih z zdravjem, ter načinov, kako skrbijo za svoje zdravje.

Zaradi pomanjkanja splošne teorije o zdravih vedenjskih vzorcih, ki bi vključevala vse raznolike elemente (vključno z navadami in dejavnostmi, ki zdravju koristijo ali škodujejo, ter različnimi vedenji, kot so tista, povezana s prehrano, zdravniškimi pregledi ipd.), se je projekt oprl na različne teorije in koncepte o vedenjskih vzorcih, njihovih determinantah in razvoju ter na izkušnje izvajalcev zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Zbrani so bili v sintetični model najpomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na zdrave vedenjske vzorce. Obseg analize determinant teh vedenjskih vzorcev in učinkovitosti njihovega oblikovanja je bil kljub temu omejen na področje, ki se nanaša na zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja pri delu. Zamisel, da bi projekt obravnaval tudi makroekonomske in politične dejavnike ali kulturno tradicijo, pa tudi objektivno zdravstveno stanje, temperament ali osebnostne dejavnike, je bila opuščena.

3. Zgradba monografije

Monografija največ pozornosti posveča predstavitvi rezultatov prve naloge z željo določiti specifične dejavnike, ki določajo zdrave vedenjske vzorce pri nižje izobraženih delavcih. Predstavljeni so tudi predlogi in priporočila za izvajalce na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, kar je bil cilj druge naloge. Monografija predstavlja uresničitev četrte naloge, hkrati pa je tudi del pete in šeste naloge v okviru projekta LEECH.

V prvih poglavjih monografije je nižja izobrazba predstavljena kot socialno vprašanje v EU in izziv za politiko EU. Eno od poglavij predstavlja razmislek o determinantah zdravega vedenja in podaja številne dejavnike, ki vplivajo na to vedenje. Opisuje dejavnike, ki lahko igrajo pomembno vlogo v programih zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, hkrati pa določa možne strategije, ki se lahko uporabijo pri takšnih projektih. Naslednje poglavje se na podlagi obstoječih izkušenj in analiz vprašanja osredotoča na izobraževalne metode, s katerimi lahko vplivamo na nižje izobražene delavce, zlasti na področju navad, povezanih z boleznijo. Obstaja namreč pomanjkanje tovrstnih rešitev za zdrav življenjski slog. Naslednja poglavja predstavljajo rezultate raziskave, izvedene v okviru projekta LEECH na vzorcu delavcev iz štirih držav, vključenih v projekt. Ta poglavja obravnavajo vedenja in osveščenost nižje izobraženih delavcev na področju zdravja ter njihove preference glede zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Predstavitev se zaključí z orisom priporočil, ki bi lahko prispevala k povečani učinkovitosti ukrepov v izobraževanju in oglaševanju, namenjenih takšni ciljni skupini. Na koncu so predstavljene ugotovitve za vsako državo partnerico pri projektu LEECH.

2. POGLAVJE

Nizka stopnja izobrazbe kot socialni problem v Evropski uniji

Eliza Goszczyńska

1. Uvod

Nizko izobrazbo razumemo kot veliko oviro v osebnem in poklicnem razvoju in bistven vir socialnih neenakosti (npr. Evropska komisija, 2009a). Kot je podrobno prikazano v nadaljevanju tega poglavja, ljudje z nižjo izobrazbo pogosteje trpijo zaradi brezposelnosti, neugodnih delovnih pogojev (vključno z materialnimi), revščine in posledično socialne izključenosti. Objektivno gledano bi se morali udeleževati različnih oblik vseživljenjskega učenja, da bi pridobili ali izboljšali svoje poklicne kvalifikacije in končno tudi povečali svoje možnosti na trgu dela, vendar pa se v praksi ti posamezniki tega poslužujejo redkeje kot dobro izobraženi ljudje, kar samo še povečuje razlike med njimi. V tej skupini je mogoče opaziti ne le slabše delovanje v poklicni sferi, temveč tudi problem manjše osveščenosti, slabši odnos do zdravja in slabše zdravstveno stanje, kar botruje močni finančni obremenitvi sistema socialnega in zdravstvenega varstva. Ker se nizka izobrazba v mnogih primerih "podeduje", tj. se pogosteje pojavlja pri otrocih nižje izobraženih staršev, prav tako nekako zaznamuje prihodnje generacije¹. V literaturi se (npr. Svetovna zdravstvena organizacija 2008; Grantham-McGregor in sod., 2007) poudarja tudi, da se neugoden socialno-ekonomski položaj nižje izobraženih skupin pogosto prenaša iz generacije v generacijo (medgeneracijski prenos prikrajšanosti).

Zato bi morali biti posamezniki z nižjo izobrazbo osrednja ciljna skupina dejavnosti socialne politike, izobraževanja in promocije zdravja. A ta skupina je dejansko le redko predmet zanimanja političnih, socialnih in znanstvenih dejavnosti². Ljudem z nizko stopnjo izobrazbe se posvečamo skorajda zgolj zato, ker predstavljajo bistven del vseh socialno izključenih skupin – npr. brezposelnih, revnih in brezdomcev, vključenih v tako imenovano "ranljivo skupino" (Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer, 2002) – in so predmet podpornih in popravnih ukrepov. Vendar pa le redko pomislimo

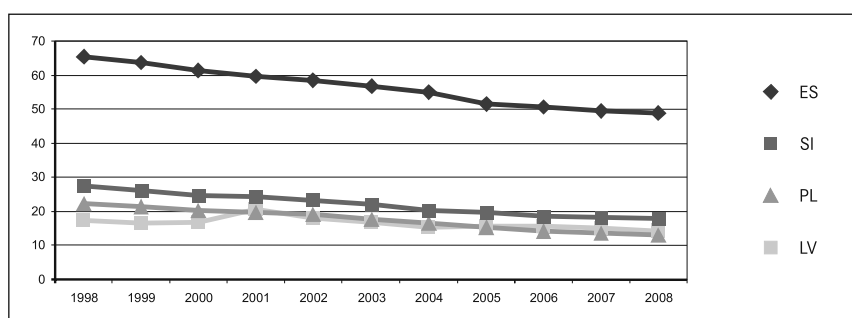
¹ Raziskava Eurostata (Evropska komisija, 2008), opravljena v vseh 27 državah članicah Evropske unije (EU-27), kaže, da na tem področju obstaja povezava med stopnjo izobrazbe staršev in dosežki njihovih otrok. Izkazalo se je na primer, da obstaja pri otrocih (tako hčerkah kot sinovih), katerih očetje imajo terciarno izobrazbo, občutno večja verjetnost, da bodo tudi sami pridobili enako stopnjo izobrazbe, kot pa v primeru, ko imajo očetje osnovno izobrazbo. Stopnja verjetnosti pri tem je v vseh državah članicah Skupnosti 2 ali več. Drugi podatki kažejo, da so prizadevanja staršev na področju izobrazbe otrok odvisna od njihove stopnje izobrazbe. Glede na raziskavo poljskega centra za raziskovanje javnega mnenja (2009), izvedeno na vzorcu 1.094 odraslih državljanov Poljske, si na primer v primerjavi s tremi četrtinami staršev z osnovno izobrazbo, ki si želijo, da njihovi otroci pridobijo višjo izobrazbo (75 % vprašanih za hčerke in 73 % za sinove), med starši s terciarno izobrazbo tega želijo skoraj vsi (94 % staršev za hčerke in 97 % za sinove).

² Za primer lahko vzamemo poročila Evropske fundacije za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer (Eurofund). Ta preučujejo najbolj aktualne probleme zaposlenih v določenem obdobju. Staranje te populacije in spolna neenakost danes veliko pogosteje predstavljajo jedro analiz kot pa neenakosti, nastale zaradi stopnje izobrazbe ali kvalifikacij.

na rešitve, namenjene neposredno tej skupini ljudi, ki bi predstavljale način preprečevanja socialnih in zdravstvenih problemov, s katerimi se spopadajo. To stanje morda med drugim izhaja iz treh vzrokov. Prvič, v mnogih državah Evropske unije, ki daje veliko težo na doseganje ciljev Lizbonske strategije in predpostavk Bolonjske deklaracije, je že več let moč opaziti zmanjšanje števila nižje izobraženih ljudi v širši populaciji (podatki s tega področja za štiri države, udeležene v projektu LEECH, so prikazani na slikah 1 in 2). Drugič, ukrepi, usmerjeni zgolj na preučevano skupino, se lahko razumejo kot znak socialne stigmatizacije in posledično kot kršitev načel politične korektnosti. Ne nazadnje se omenjena skupina morda ne bi pozitivno odzvala na ukrepe, zato jo pogosto ni lahko vključiti v različne vrste prizadevanj. Pogoste motivacijske ovire preučevane skupine in pomanjkanje pozitivnih izkušenj v izobraževanju so lahko primeri dejavnikov, ki močno omejujejo vseživljenjsko učenje pri njenih pripadnikih (Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske, 2006).

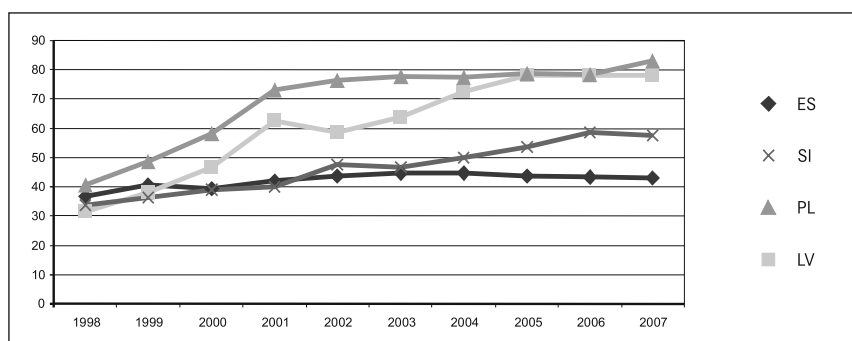
Ker kljub obstoječim oviram ta skupina v okviru socialne politike, izobraževanja in promocije zdravja potrebuje ukrepe, prilagojene svojim potrebam, sposobnostim in pogosto preferencam, je cilj tega poglavja predstaviti njeno specifičnost v okviru uporabe različnih oblik vseživljenjskega učenja, stopnje izobrazbe ter potrebnih znanj in spretnosti na sodobnem trgu dela, možnosti zaposlitve, načinov izvajanja dela, finančnega položaja, z zdravjem povezanih vedenjskih vzorcev in zdravstvenega stanja ter zadovoljstva s poklicnim in osebnim življenjem. Glavni namen je ugotoviti lastnosti nižje izobraženih (tudi zaposlenih) v celotni Evropski uniji s posebnim poudarkom na štirih državah, ki so sodelovale v projektu LEECH. Zato so v tem poglavju uporabljene ugotovitve splošne evropske raziskave – zlasti tiste, ki jih je zbral Eurostat in koordiniral Eurofound.

Slika 1. Delež prebivalstva, starega od 25 do 64 let, s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na klasifikacijo ISCED 1997 v obdobju 1998–2008 (%)



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database>)

Slika 2. Delež prebivalstva, starega od 20 do 29 let, s terciarno izobrazbo (stopnje 5–6 glede na klasifikacijo ISCED 1997) na 1000 prebivalcev v obdobju 1998–2007



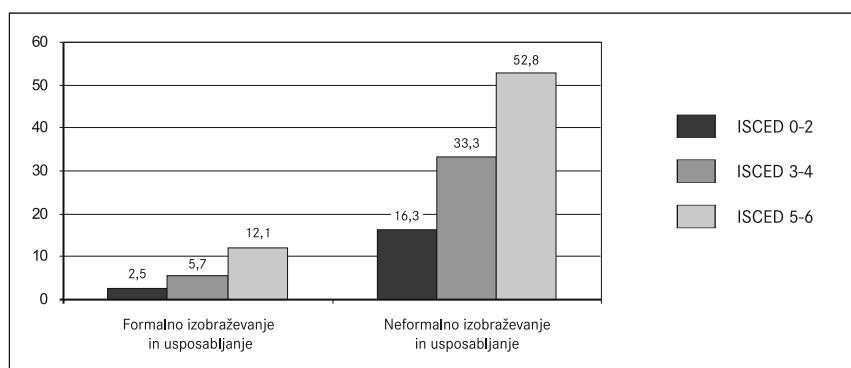
(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/education/data/database>)

2. Uporaba različnih načinov pridobivanja/ izboljševanja znanja in spretnosti

Morda se zdi, da bi se morala preučevana skupina še posebej zanimati za različne načine pridobivanja in izboljševanja znanja in spretnosti z namenom dopolniti primanjkljaje na tem področju, ki so posledica kratkega ali preveč splošnega formalnega izobraževanja (tj. tistega, ki ne vodi do pridobitve poklica, kar se običajno nanaša na posameznike s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na klasifikacijo ISCED³). Vendar veliko raziskav jasno kaže, da uporaba različnih vrst izobraževanja (tako formalnega⁴ kot tudi neformalnega izobraževanja in usposabljanja⁵) narašča skupaj s formalno stopnjo izobraževanja.

Anketa o izobraževanju odraslih (Adult Education Survey, AES), ki je bila izvedena v celotni EU in katere rezultati so prikazani v Eurostatovi zbirki podatkov, na primer kaže, da se v EU v povprečju na vsakih 5 posameznikov, starih od 25 do 64 let, s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na klasifikacijo ISCED 1997, le približno eden loti kakršnega koli formalnega in/ali neformalnega izobraževanja in usposabljanja⁶ (18 %), medtem ko izmed 5 vprašanih v skupinah s stopnjo izobrazbe 3–4 oziroma 5–6 glede na ISCED 1997 to velja za skoraj dva (36,3 %) oziroma tri (58,8 %) (slika 3, razpredelnica 1). Vendar rezultati Ankete o delovni sili (Labour Force Survey, LFS) Evropske unije, pri kateri je bil en del vprašalnika povezan z vseživljenjskim učenjem odraslih⁷, kažejo, da se ti trendi ne spreminjajo glede na obliko poklicne dejavnosti. Čim višja je stopnja formalne izobrazbe prebivalca EU, tem pogosteje posega po različnih načinih pridobivanja/izboljševanja znanja in spretnosti, ne glede na to, ali pripada poklicno aktivnim (bodisi zaposlenim bodisi brezposelnim) ali poklicno pasivnim skupinam⁸.

Slika 3. Stopnja vključenosti ljudi, starih od 25 do 64 let, v formalno in neformalno izobraževanje in usposabljanje glede na stopnjo izobrazbe (%), EU-27, 2007



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

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

³ V tem poglavju so stopnje izobrazbe opisane večinoma z uporabo Mednarodne standardne klasifikacije izobrazbe, ki je bila odobrena na 29. zasedanju Generalne konference Unesca novembra 1997 (ISCED 1997). Razlikujemo sedem stopenj izobrazbe: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 (stopnja 0 – predprimarno izobraževanje, stopnja 1 – primarno izobraževanje, stopnja 2 – nižje sekundarno izobraževanje, stopnja 3 – (višje) sekundarno izobraževanje, stopnja 4 – posekundarno predterciarno izobraževanje, stopnja 5 – prva raven terciarnega izobraževanja, stopnja 6 – druga raven terciarnega izobraževanja).

⁴ Formalno izobraževanje in usposabljanje zajema izobraževanje v šolskem sistemu in je povezano s sistematično obliko izobraževanja. Izvaja se v skladu z odobrenimi učnimi programi. Konča se s pridobitvijo kvalifikacij, potrjenih s šolskim poročilom, s potrdilom o dokončanju šole, spričevalom ali diplomom (Osrednji statistični urad, 2009).

⁵ Neformalno izobraževanje in usposabljanje zajema vse organizirane izobraževalne dejavnosti, ki ne ustrezajo definiciji šolske izobrazbe, tj. jih ne organizirajo formalne šolske institucije in zato ne spremenijo formalne stopnje izobrazbe. S sodelovanjem v takšnih usposabljanjih si lahko udeleženci pridobijo spričevalo ali pa tudi ne. V raziskavah se ta vrsta izobraževanja razlikuje od neformalnega izobraževanja, tj. neodvisnega učenja z namenom pridobitve znanja in izboljšanja spretnosti. Samoučenje za razliko od formalnega in neformalnega izobraževanja ter usposabljanja načeloma poteka brez učitelja, razen v organiziranih oblikah šolskega in izvenšolskega izobraževanja (Osrednji statistični urad, 2009).

⁶ V statistiki so bili upoštevani ljudje, ki so bili vključeni v kakršnokoli obliko formalnega izobraževanja in usposabljanja v obdobju štirih tednov pred raziskavo ter neformalnega izobraževanja in usposabljanja v zadnjih dvanajstih mesecih pred raziskavo.

⁷ V raziskavo je bila vključena populacija ljudi, starih od 25 do 64 let, iz držav članic Evropske unije.

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

Razpr. 1. Stopnja vključenosti ljudi, starih od 25 do 64 let, v formalno in neformalno izobraževanje in usposabljanje glede na stopnjo izobrazbe, 2007

Država	Osebe v formalnem izobraževanju in usposabljanju glede na stopnjo izobrazbe (glede na ISCED 1997)			Osebe v neformalnem izobraževanju in usposabljanju glede na stopnjo izobrazbe (glede na ISCED 1997)			Osebe v formalnem in/ali neformalnem izobraževanju in usposabljanju glede na stopnjo izobrazbe (glede na ISCED 1997) ⁹		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
EU-27	2,5 %	5,7 %	12,1 %	16,3 %	33,3 %	52,8 %	18,0 %	36,3 %	58,8 %
ES	1,7 %	6,6 %	12,7 %	15,8 %	30,9 %	43,9 %	17,0 %	35,5 %	51,1 %
LV	0,3 %	2,8 %	14,7 %	11,0 %	26,1 %	53,0 %	11,0 %	27,2 %	58,5 %
PL	0,8 %	3,4 %	16,1 %	4,0 %	13,4 %	46,4 %	4,7 %	15,8 %	54,4 %
SI	2,1 %	8,9 %	13,6 %	10,9 %	33,7 %	63,4 %	12,7 %	39,0 %	67,6 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

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

Zanimiv je prikaz vseživljenjskega učenja odraslih, predstavljen v raziskavah, ki upoštevajo obseg in determinante tega pojava in jih je v zadnjih letih izvedla Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD)¹⁰. Te so pokazale, da skupaj s formalno stopnjo izobrazbe ne narašča le odstotek ljudi, ki uporabljajo različne oblike izobraževanja (npr. O'Connell, 1999; OECD, 2003a in 2005), temveč tudi čas, ki jim ga ljudje posvečajo (O'Connell, 1999). Publikacije OECD iščejo vzroke za ta nesorazmerja. Med drugim nekatere ugotovitve kažejo na to, da se dobro izobraženi posamezniki veliko pogosteje zavedajo ugodnosti, ki izvirajo iz izboljšanja znanja in spretnosti ali prekvalifikacije, medtem ko ljudje z nižjo izobrazbo pogosto menijo, da kvalifikacije, ki so jih pridobili, zadoščajo (OECD, 2003a, Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske, 2006). Prav tako se tu omenja pomanjkanje objektivnih finančnih sredstev kot tudi težnje po povečanju izdatkov za vseživljenjsko učenje (kar je upravičeno, ker se zasebni donosi vlagan v izboljšanje kvalifikacij povečujejo s stopnjo izobrazbe; OECD, 2003b; Ministrstvo za delo in socialno politiko, 2006). Ena izmed raziskav OECD (O'Connell, 1999) dejansko potrjuje, da se z nižanjem stopnje izobrazbe redkeje vlagajo finančna sredstva v tovrstna prizadevanja. Drugi vzroki za nizko udeleženo omenjene skupine v vseživljenjskem učenju vključujejo: njene pomanjkljivosti v splošni usposobljenosti (npr. spretnost v računanju, pisanju, bralno razumevanje), kar lahko povzroči občutno objektivno oviro pri učinkovitem izkoriščanju takšne ponudbe, in neuspešno izobraževanje na zgodnejših stopnjah učenja, kar lahko vpliva na to, da se posamezniki z nizko izobrazbo težko znajdejo v vlogi učečega se posameznika (Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske)¹¹. Vendar pa za stanje na omenjenem področju ni kriva samo preučevana skupina, temveč tudi ponudniki različnih oblik vseživljenjskega učenja. Ponudba tovrstnega izobraževanja za nižje izobražene ljudi je bolj skopa kot tista, namenjena skupinam z višjo stopnjo izobrazbe. Poljsko ministrstvo za delo in socialno politiko (2006) v tej zvezi navaja primere delodajalcev, ki vlagajo v delavce z nizko stopnjo kvalifikacij le, kadar ne morejo zaposliti ljudi z višjo izobrazbo, ki ustrezajo zahtevam podjetja.

3. Znanje in spretnosti, po katerih vlada povpraševanje na trgu dela

Opazno manj pogosto obvladovanje znanj in spretnosti, po katerih vlada povpraševanje na trgu dela, in razmeroma redko vključevanje v vseživljenjsko učenje sta naravni posledici nižje stopnje izobrazbe,

⁹ Podatki, prikazani v delu razpredelnice o "formalnem in/ali neformalnem izobraževanju in usposabljanju", so običajno nižji kot pa vsota odstotkov ljudi z določeno stopnjo izobrazbe, prikazano v razpredelnici kot "v formalnem izobraževanju in usposabljanju" in "v neformalnem izobraževanju in usposabljanju", ker so v analiziranem obdobju nekateri vprašani istočasno sodelovali tako v formalnem kot tudi v neformalnem izobraževalnem sistemu.

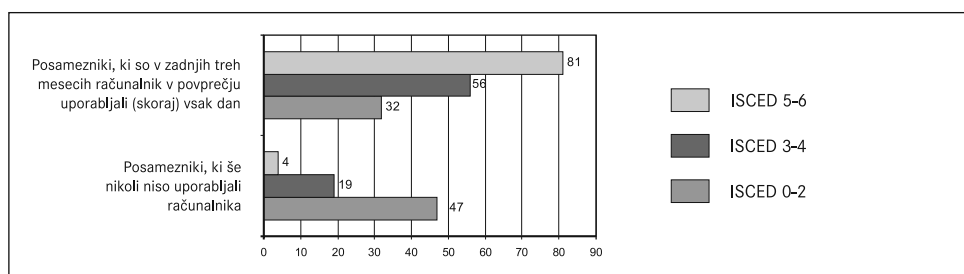
¹⁰ Te raziskave so pogosto vključevale območja izven Evrope – nekatere so vključevale skupnosti v ZDA, Kanadi, Mehiki, Avstraliji in celo Koreji, kar kaže na globalni značaj preučevanega pojava.

¹¹ Vir: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505>.

pridobljene v formalnem sistemu izobraževanja. Razširjenost tega pojava bo v pričujočem poglavju prikazana na podlagi znanj in spretnosti, povezanih z uporabo računalnika in interneta. Takšen izbor je nastal iz dveh vzrokov: na prvem mestu zato, ker v tako kratki raziskavi ni mogoče obravnavati vseh vrst poklicnih znanj in spretnosti; drugi vzrok pa izhaja iz dejstva, da se dandanes veliko raziskav (tudi kot rezultat hitrega napredovanja informacijske tehnologije in informacijske družbe, ki je zaradi nje nastala) osredotoča na ocenjevanje porazdelitve znanj in spretnosti na področju informacijske tehnologije med prebivalci (npr. Joling in Kraan, 2008; Evropska komisija, 2010; Centralni statistični urad, 2009; Batorski, 2009).

Izkazalo se je, da posamezniki z nižjo stopnjo izobrazbe sodijo v eno izmed skupin, za katere je še posebej značilna tako imenovana digitalna vrzel, ki je posledica tega, da imajo občutno manjši dostop do računalnikov in interneta ter ju v primerjavi z dobro izobraženimi redkeje uporabljajo. Na slikah 4 in 5 ter v razpredelnicah 2 in 3 so prikazani podatki iz leta 2009, ki se nanašajo na rezultate raziskave, ki jo Evropska skupnost vsako leto opravi na področju uporabe informacijskih in komunikacijskih tehnologij pri osebah, starih od 16 do 74 let. Zdi se, da v Evropski uniji v povprečju skoraj vsaka druga oseba s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997 še nikoli ni uporabljala računalnika ali interneta, medtem ko je pomanjkanje takšnih izkušenj značilno le za nekaj odstotkov ljudi s terciarno izobrazbo. Tovrstno tehnologijo vsak dan uporablja vsaka tretja/četrti oseba iz skupine z najnižjo izobrazbo (stopnje 0–2 glede na ISCED 1997; 32 %, ko gre za računalnik, in 28 %, ko gre za internet) in velika večina bolje izobraženih ljudi (stopnje 5–6 glede na ISCED 1997; 81 %, ko gre za računalnik, in 75 %, ko gre za internet). Omenjena raziskava prav tako nakazuje, da se skupine glede na stopnjo izobrazbe razlikujejo tudi v znanju in spretnostih, povezanih z uporabo informacijsko-komunikacijskih tehnologij (IKT)¹².

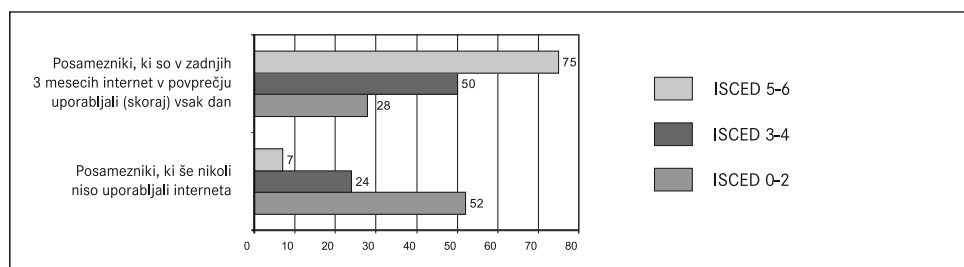
Slika 4. Razlike v izkušnjah posameznikov, starih od 16 do 74 let, z uporabo računalnika po stopnji formalne izobrazbe (%), EU-27, 2009



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database)

Slika 5. Razlike v izkušnjah posameznikov, starih od 16 do 74 let, z uporabo interneta po stopnji formalne izobrazbe (%), EU-27, 2009



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database)

¹² Vir: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database

Razpr. 2. Razlike v izkušnjah posameznikov, starih od 16 do 74 let, z uporabo računalnika glede na stopnjo formalne izobrazbe, 2009

Država	Posamezniki, ki nimajo izkušenj z uporabo računalnika, glede na stopnjo izobrazbe (glede na ISCED 1997)			Posamezniki, ki so v zadnjih treh mesecih pred izvedbo raziskave računalnik uporabljali vsak ali skoraj vsak dan, glede na stopnjo izobrazbe (glede na ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
EU-27	47 %	19 %	4 %	32 %	56 %	81 %
ES	54 %	11 %	5 %	21 %	55 %	75 %
LV	43 %	33 %	9 %	40 %	40 %	75 %
PL	56 %	35 %	6 %	32 %	35 %	77 %
SI	54 %	24 %	3 %	29 %	48 %	88 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database)

Razpr. 3. Razlike v izkušnjah posameznikov, starih od 16 do 74 let, z uporabo interneta glede na stopnjo formalne izobrazbe, 2009

Država	Posamezniki, ki nimajo izkušenj z uporabo interneta, glede na stopnjo izobrazbe (glede na ISCED 1997)			Posamezniki, ki so v zadnjih treh mesecih pred izvedbo raziskave internet uporabljali vsak ali skoraj vsak dan, glede na stopnjo izobrazbe (glede na ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
EU-27	52 %	24 %	7 %	28 %	50 %	75 %
ES	61 %	16 %	7 %	18 %	49 %	69 %
LV	44 %	35 %	11 %	40 %	39 %	73 %
PL	59 %	41 %	8 %	29 %	32 %	74 %
SI	58 %	32 %	6 %	26 %	43 %	85 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/information_society/data/database)

Glede na to, da sposobnost uporabe IKT dandanes nedvomno sodi med osnovna znanja in spretnosti, lahko tehnološki napredek prispeva k še večjemu zaostajanju preučevane skupine na tem področju in hkrati tudi k povečanju razlik med posamezniki z nižjo in višjo izobrazbo. A problem je resnejši, saj presega zgolj vprašanje znanj in spretnosti na področju uporabe informacijske tehnologije. Po mnenju O'Connella (1999) položaj, opisan v tem poglavju (tj. obratna sorazmernost uporabe različnih oblik pridobitve/izboljšanja znanja in spretnosti na različnih področjih s porazdelitvijo potreb na tem področju pri prebivalcih), vpliva na vse večje neenakosti na trgu dela, kar istočasno prispeva k socialni izključenosti omenjene skupine, medtem ko raziskava kaže, da ima enakomerna porazdelitev znanj in spretnosti v družbi izjemno pozitiven vpliv na gospodarski razvoj države (OECD 2005).

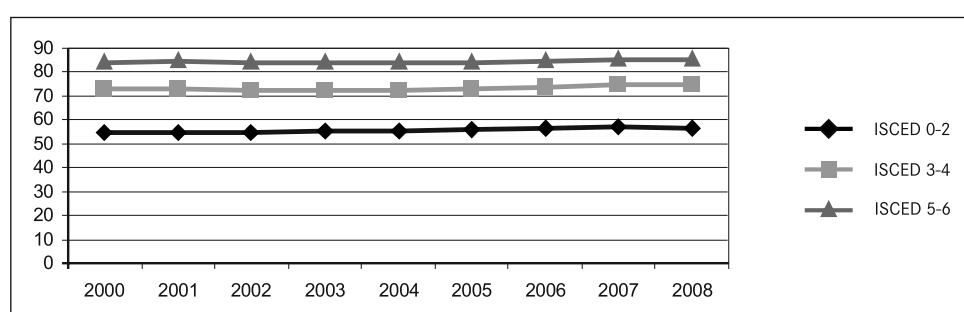
4. Zaposlitvene možnosti

Pomanjkanje ustreznih kvalifikacij je eden izmed dejavnikov, ki občutno zmanjšujejo možnosti preučevane skupine na trgu dela. To prav tako kažejo različni statistični podatki. Analiza rezultatov, pridobljenih s četrto Evropsko raziskavo o delovnih razmerah¹³ (Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih

¹³ Evropska raziskava o delovnih pogojih (European Working Condition Survey, EWCS) opravljena leta 2005 v obliki intervjujev, ki so temeljili na anketnih vprašalnikih, je zajela 29.680 zaposlenih oseb (zaposlenih in samozaposlenih), starih 15 let in več, iz 31 evropskih držav (iz 27 držav članic EU, dveh držav kandidatk – Hrvaške in Turčije – in dveh držav Efte – Švice in Norveške).

in delovnih razmer, 2008) kaže, da sta tako negotovost glede zaposlitve¹⁴, ki so jo vprašani izrazili objektivno in subjektivno in je povezana s tveganjem izgube sedanje službe, kot tudi zaposljivost, povezani s stopnjo izobrazbe zaposlene osebe – višja je izobrazba, manj negotova je služba in večja je zaposljivost. Za povrh Anketa o delovni sili Evropske unije (EU LFS)¹⁵, ki jo vsako leto izvede EU, kaže na to, da čim nižja je stopnja formalne izobrazbe, tem višja je stopnja brezposelnosti in tem nižja stopnja zaposlenosti (Evropska komisija, 2009b; Evropska komisija, 2010). V anketi iz leta 2008 je bilo ugotovljeno, da je bilo od 100 ljudi, starih od 25 do 64 let, z nizko stopnjo izobrazbe (stopnje 0–2 glede na ISCED 1997) takrat v povprečju zaposlenih približno 57 ljudi, medtem ko je enako veljalo za približno 86 ljudi od 100 najbolj izobraženih posameznikov (stopnje 5–6 glede na ISCED 1997). Kar pa zadeva stopnjo brezposelnosti, je bilo izmed 100 poklicno aktivnih ljudi, starih od 25 do 54 let, s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997, brezposelnih skoraj 10 oseb, medtem ko so bile v isti starostni skupini s terciarno izobrazbo brezposelne le nekaj več kot 3 osebe. Takšna razmerja je mogoče opaziti v vseh državah članicah EU.

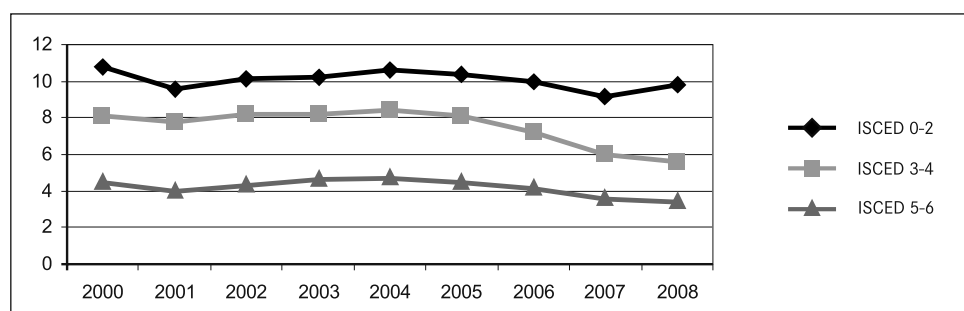
Slika 6. Stopnja zaposlenosti¹⁶ pri ljudeh, starih od 25 do 64 let, glede na stopnjo izobrazbe (%), v obdobju 2000–2008, EU-27



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database)

Slika 7. Stopnja brezposelnosti¹⁷ pri ljudeh, starih od 25 do 64 let, glede na stopnjo izobrazbe (%), v obdobju 2000–2008, EU-27



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database)

¹⁴ Objektivno negotovost glede zaposlitve so pri vsakem anketirancu ugotovljali z vrednotenjem elementov, ki lahko vplivajo na negotovost glede službe: vrsta pogodbe o zaposlitvi, jamstvo za zaposlitev, velikost podjetja, vrsta sektorja (zasebni ali javni); subjektivno negotovost glede službe pa so ugotavljali na podlagi vrednotenja anketirancev o nevarnosti izgube službe v naslednji polovici leta.

¹⁵ Vir: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database

¹⁶ Stopnje zaposlenosti predstavljajo zaposlene osebe v odstotkih populacije iste starosti. Zaposlene osebe so opredeljene kot osebe, stare 15 let in več, ki so v tednu opazovanja opravile določeno delo, četudi le eno uro na teden, za plačilo, zaslužek ali v korist družine, ali pa so bile z delovnega mesta trenutno odsotne na primer zaradi bolezni, porodniškega ali letnega dopusta in izobraževanja ali usposabljanja.

¹⁷ Stopnja brezposelnosti predstavlja delež brezposelnih oseb od celotnega števila aktivnih oseb na trgu dela, pri čemer so brezposelni opredeljeni kot tiste osebe, stare od 16 do 74 let, ki so bile v tednu opazovanja brez dela, bile na voljo za delo in so aktivno iskale zaposlitev v zadnjih štirih tednih ali že našle službo, na katero bodo nastopile v naslednjih treh mesecih; aktivne osebe pa so bodisi zaposleni bodisi brezposelni.

Podrobni podatki za to področje so prikazani na slikah 6 in 7 ter v razpredelnici 4. Na tem mestu je treba dodati, da neugoden položaj preučevane skupine na uradnem trgu dela do neke mere izravnava dejstvo, da se statistika dela na črno precenjuje. Podatki o delu na črno iz leta 2004 za Poljsko kažejo, da je skoraj 7 od 10 posameznikov, ki so opravljali neprijavljeno delo, imelo nedokončano osnovnošolsko, osnovnošolsko ali srednjo poklicno izobrazbo (Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske, 2007).

Razpr. 4. Stopnja brezposelnosti in zaposlenosti pri ljudeh, starih od 25 do 64 let, glede na stopnjo izobrazbe, 2008

Država	Stopnja brezposelnosti glede na stopnje izobrazbe (glede na ISCED 1997)			Stopnja zaposlenosti glede na stopnje izobrazbe (glede na ISCED 1997)		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
EU-27	9,8 %	5,6 %	3,4 %	56,6 %	74,9 %	85,3 %
ES	13,2 %	9,3 %	5,8 %	59,1 %	75,2 %	83,6 %
LV	12,5 %	7,2 %	3,9 %	57,7 %	78,5 %	87,5 %
PL	11,5 %	6,3 %	3,1 %	43,0 %	67,1 %	85,1 %
SI	5,9 %	3,5 %	3,1 %	55,0 %	76,4 %	87,9 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_ifs/data/database)

5. Materialno stanje

Pomanjkanje ustreznih kvalifikacij in težave pri iskanju službe so dejavniki, ki občutno vplivajo na opazno slabše materialno stanje preučevane skupine v primerjavi s skupino dobro izobraženih.

Zanimivo je, da po mnenju približno vsakega tretjega državljan Evropske unije obstaja povezava med nižjo stopnjo izobrazbe in revščino. Raziskava Evrobarometra¹⁸ (Evropska komisija, 2009c) kaže, da 31 % vprašanih meni, da ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe, usposabljanja ali znanj in spretnosti predstavljajo skupino, ki je najbolj izpostavljena grožnji revščine¹⁹ (v Španiji je tako odgovorilo 17 % vprašanih, v Latviji 21 %, na Poljskem 24 % in v Sloveniji 31 %). Pomanjkanje potrebne izobrazbe, usposabljanja ali znanj in spretnosti je najpogostejše izbran osebni dejavnik (za razliko od politično povezanih ali socialnih dejavnikov), zaradi katerega so ljudje revni (v EU 27–37 %, v Španiji 23 %, v Latviji 35 %, na Poljskem 27 % in v Sloveniji 69 %). Kar 38 % državljanov Skupnosti meni, da bi morala biti prednostna naloga vlad držav, ki želijo pomagati ljudem, da se rešijo revščine, to, da jim nudijo možnost usposabljanja in pridobitve kvalifikacij²⁰ (v Sloveniji 27 %, v Latviji 27 %, na Poljskem 30 % in v Španiji 30 %). Mnenje prebivalcev EU, ki razumejo nižjo stopnjo izobrazbe kot pomemben dejavnik tveganja revščine, je upravičeno. To jasno potrjujejo podatki Eurostata, pridobljeni z raziskavo o dohodkih, socialni vključenosti in življenjskih razmerah (EU-SILC). Pri državljanih EU s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997 je bil v letu 2007 odstotek ljudi, ki jim grozi revščina,²¹ nekoliko več kot trikrat

¹⁸ Ta raziskava o mnenju državljanov EU o revščini in socialni izključenosti je bila izvedena v obliki intervjujev na osnovi anketnih vprašalnikov v drugi polovici leta 2009 v vseh državah članicah EU (celoten vzorec je zajemal 26.719 vprašanih, pri čemer je bilo število vprašanih v državah, ki so sodelovale v projektu LEECH, naslednje: v Španiji 1.026, v Latviji 1.011, na Poljskem 1.000 in v Sloveniji 1.025).

¹⁹ Vprašani so med skupinami, podanimi v vprašalniku, lahko izbrali največ štiri skupine ljudi, ki so izpostavljene grožnji revščine. Brezposelni (56%) in starejši ljudje (41%) so tu pogostejše izbirali skupine z nižjo stopnjo izobrazbe.

²⁰ Tu so lahko vprašani imenovali največ dve področji prednostnih nalog. Vsi vprašani v preučevanem vzorcu (EU-27) so pogostejše kot možnosti usposabljanja in pridobitve kvalifikacij izbirali zaposlitvene možnosti (61 %) in zagotavljanje gospodarske rasti z namenom izboljšati splošne življenjske pogoje (42 %).

²¹ Eurostat (Evropska komisija, 2010) uporablja naslednjo opredelitev stopnje tveganja revščine ob upoštevanju socialnih transferjev: delež oseb pod opredeljenim pragom revščine, ki je v njegovi publikaciji splošno določen pod 60 % povprečnega nacionalnega ekvivalentnega razpoložljivega dohodka; skupne vrednosti za EU se izračuna kot povprečja nacionalnih vrednosti po prebivalcih. Pri tem je ekvivalentni razpoložljivi dohodek opredeljen kot celotni dohodek gospodinjstva, deljen z njegovo ekvivalentno velikostjo. Za določitev ekvivalentne velikosti gospodinjstva se vsakemu članu gospodinjstva (tudi otrokom) dodeli količnik na podlagi prilagojene lestvice OECD. Prvi odrasli član je utežen s količnikom 1, z 0,5 so utežene druge osebe, stare 14 let ali več, ki živijo v gospodinjstvu, in z 0,3 je utežen vsak otrok, star manj kot 14 let.

višji kot pri prebivalcih s terciarno izobrazbo (stopnje 5–6 glede na ISCED 1997) – znašal je 24 % za prvo oz. 7 % za drugo skupino (razpredelnica 5). Ocenjuje se, da je revščina v tem letu prizadela vsakega šestega prebivalca (17 %) v celotni Skupnosti.

Razpr. 5. Stopnje tveganja revščine glede na stopnjo izobrazbe pri ljudeh, starih 18 let in več, 2007²²

Država	Stopnja izobrazbe glede na ISCED 1997		
	0–2	3–4	5–6
EU-27	24 %	13 %	7 %
ES	23 %	15 %	8 %
LV	36 %	19 %	8 %
PL	23 %	16 %	3 %
SI	24 %	9 %	2 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/database)

Čeprav zaposlenost občutno zmanjša izpostavljenost tveganju za revščino, pa je ne odpravi popolnoma (Evropska komisija, 2010; Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer, 2010; Center za raziskovanje javnega mnenja, 2008a). To je lahko povezano z določeno obliko družine (npr. ena zaposlena odrasla oseba, ki podpira nekaj drugih), s težavami pri iskanju stalne zaposlitve s polnim delovnim časom ali z nizko plačo (Bardone in Guio, 2005). Eurostat v zvezi z zaposlenimi posamezniki, ki jim grozi revščina, govori o tem pojavu kot o “grožnji revščine izpostavljenih zaposlenih”, “revščini zaposlenih” ali “revnih zaposlenih”²³. Ocenjuje se, da je ta pojav v vseh 27 državah članicah EU v letu 2007 prizadel 8 % zaposlenih ljudi, starih 18 let in več, oziroma več kot 15 milijonov ljudi v celotni Skupnosti (v državah, ki so sodelovale v projektu LEECH, so bili deleži naslednji: v Španiji 11 %, v Latviji 10 %, na Poljskem 12 % in v Sloveniji 5 %). Grožnji revščine so pogostejše izpostavljeni zaposleni z nižjo stopnjo izobrazbe kot pa tisti z višjo – v celotni EU je bilo mogoče ta pojav v letu 2007 opaziti pri 16 % ljudi s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997 in samo pri 3 % tistih s terciarno izobrazbo (stopnje 5–6 glede na ISCED 1997) – razpredelnica 6.

Razpr. 6. Pojav revščine zaposlenih, starih 18 let in več, glede na stopnjo izobrazbe, 2007

Država	Stopnja izobrazbe glede na ISCED 1997		
	0–2	3–4	5–6
EU-27	16 %	8 %	3 %
ES	16 %	11 %	5 %
LV	20 %	10 %	3 %
PL	28 %	13 %	2 %
SI	10 %	5 %	1 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

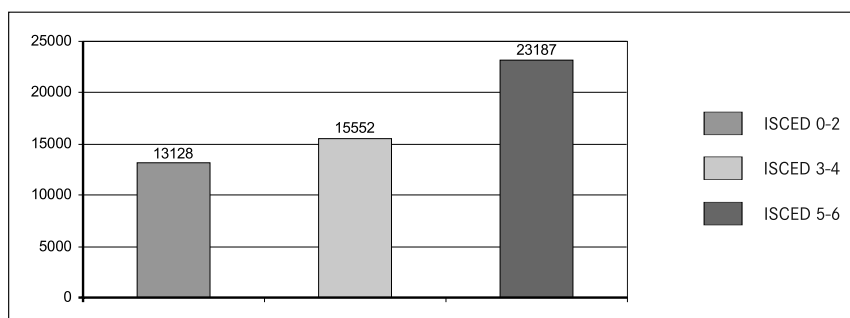
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/database)

Glede na to, da neugodno materialno stanje pogostejše povezujemo s preučevano skupino kot pa z dobro izobraženimi ljudmi, si je vredno ogledati, kakšne so dejanske razlike v dohodkih. Če vzamemo, da je povprečni ekvivalentni neto dohodek v letu 2008 pri prebivalcih EU, starih od 18 do 64 let, s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997 enak 100 %, potem se izkaže, da je dohodek tistih s stopnjo izobrazbe 3–4 glede na ISCED 1997 enak 118 % in dohodek ljudi s terciarno izobrazbo (stopnjo 5–6 glede na ISCED 1997) skoraj 177 % dohodka ljudi z najnižjo stopnjo izobrazbe. Razlike med absolutnimi vrednostmi na tem področju v celotni EU in državah, ki so sodelovale v projektu LEECH, so prikazane na sliki 8 in v razpredelnici 7.

²² Dohodki, upoštevani v analizi, se nanašajo na leto pred izvedbo raziskave.

²³ Zaposlene revne osebe so opredeljene kot tiste, ki so zaposlene več kot pol leta in imajo ekvivalentni razpoložljivi dohodek nižji od 60 % nacionalnega povprečja.

Slika 8. Povprečni letni ekvivalentni neto dohodek ljudi, starih od 18 do 64 let, v letu 2008 glede na stopnjo izobrazbe, EU-27, v evrih



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/database)

Razpr. 7. Povprečni ekvivalentni neto dohodek ljudi, starih od 18 do 64 let, v letu 2008 glede na stopnjo izobrazbe

Država	Stopnja izobrazbe glede na ISCED 1997		
	0-2	3-4	5-6
EU-27	13.128 EUR	15.552 EUR	23.187 EUR
ES	11.830 EUR	14.389 EUR	19.153 EUR
LV	3.068 EUR	4.126 EUR	6.261 EUR
PL	2.940 EUR	3.941 EUR	7.071 EUR
SI	8.823 EUR	10.706 EUR	15.401 EUR

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/database)

Zaradi pogostejše brezposelnosti in pomanjkanja dohodkov ali nizkih dohodkov so nižje izobraženi pogosto upravičeni do socialnega varstva (ki predstavlja občutno finančno breme za državo). Na primer, na Poljskem (Centralni statistični urad, Statistični urad v Krakovu, 2009) je v letu 2008 med ljudmi, stari 13 let in več, storitve socialnega varstva uporabljalo 46,8 % oseb z osnovnošolsko izobrazbo (dokončano ali nedokončano) ali brez izobrazbe, 9,3 % oseb z osnovnošolsko izobrazbo višje stopnje in 28,5 % oseb s srednjo poklicno izobrazbo.²⁴

5. Specifične lastnosti poklicnega dela

Poklicno delo nižje izobraženih ljudi zaznamujejo ne samo majhni zaslužki, temveč pogosto tudi drugačne specifične lastnosti, med drugim v okviru vrste nalog in načina njihovega izvajanja, kot tudi orodij, ki jih za to uporabljajo. Očitni vzroki za to so zlasti: stopnja izobrazbe ter strokovna znanja in spretnosti preučevane skupine.

Že omenjena raziskava Eurofounda, četrta v vrsti evropskih raziskav o delovnih razmerah (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, Vermeylen, 2007), kaže, da se drugačna narava dela pri nižje izobraženih ljudeh med drugim kaže v tem, da pri poklicnem delu redkeje uporabljajo računalnik (IT – informacijske tehnologije) ali druge stroje. Pri zaposlenih ljudeh z najnižjo stopnjo izobrazbe (stopnje 0–2 glede na ISCED 1997) nekoliko več kot vsaka tretja oseba sploh ne uporablja nobene tovrstne tehnologije, medtem ko pri posameznikih s terciarno izobrazbo (stopnje 5–6 glede na ISCED 1997) to velja približno

²⁴ Vendar moramo tu dodati, da je bil med ljudmi, ki so uporabljali storitve socialnega varstva na Poljskem, delež oseb, ki še niso dovolj stare za delo, dvakrat višji kot med drugimi prebivalci. Posamezniki, ki so nadaljevali izobraževanje, so predstavljali precejšen del te skupine in ocenjuje se, da socialno podporo prejema kar 13 % vseh učencev in študentov na Poljskem (Osrednji statistični urad, Statistični urad v Krakovu, 2009).

le za vsakega sedmega vprašanega (Joling in Kraan, 2008). Med ljudmi, ki uporabljajo kakršno koli tehnologijo za poklicne namene, tisti z nižjo stopnjo izobrazbe pogosteje uporabljajo stroje, medtem ko so računalniki veliko pogostejši delovni pripomočki tistih z najboljšo stopnjo izobrazbe (Parent-Thirion, Fernández Macías, Hurley, Vermeylen, 2007; Joling in Kraan, 2008). Pri tem statistične analize kažejo, da obstaja jasna povezava med uporabo IT v službene namene in boljšimi delovnimi razmerami ter med uporabo strojev in slabšimi razmerami. Torej je delo, povezano z uporabo strojev, bolj ponavljajoče, vedno iste vrste, bolj povezano z manjšo neodvisnostjo ter večjim fizičnim naporom (pogostejša bolezen mišično-skeletnega sistema, slabše samoocenjevanje poklicnih tveganj) in včasih s psihičnimi obremenitvami. Po drugi strani so delavci, ki uporabljajo IT, očitno bolj optimistični v zvezi s perspektivami v svojem poklicnem razvoju v primerjavi z ljudmi, ki delajo s stroji, ali tistimi, ki pri delu ne uporabljajo nobene vrste tehnologije (Joling in Kraan, 2008).

Primer specifičnih lastnosti dela, ki se močno razlikuje glede na stopnjo izobrazbe, je tudi tisto, čemur Parent-Thirion A. in sod. (2007) pravijo kognitivne dimenzije dela – njihovi zgledi so prikazani v razpredelnici 8. Kaže, da je z višjo izobrazbo zaposlenih pogostejša zahteva/možnost za samostojno reševanje nepredvidenih težav, za izvajanje zapletenih nalog ali za učenje novih stvari in redkejša izvajanje monotonih in/ali istovrstnih dejavnosti, ki ne temeljijo na kognitivnih znanjih in spretnostih zaposlenih.

Razpr. 8. Razlike v kognitivnih zahtevah pri delu zaposlenih oseb glede na različne stopnje izobrazbe, EU-27²⁵

Kognitivne zahteve	Stopnje izobrazbe glede na ISCED 1997					
	0–1	2	3	4	5	6
Reševanje nepredvidenih težav brez pomoči	69,1 %	73,3 %	78,3 %	87,0 %	91,0 %	93,9 %
Zapletene naloge	36,5 %	48,0 %	56,7 %	64,6 %	74,5 %	87,1 %
Učenje novih stvari	46,3 %	54,7 %	66,5 %	76,5 %	86,5 %	87,8 %
Monotone naloge	61,1 %	45,7 %	47,2 %	39,1 %	30,9 %	28,2 %
Kratke ponavljajoče se naloge, ki trajajo manj kot eno minuto	34,7 %	28,0 %	26,0 %	22,7 %	18,8 %	16,8 %
Kratke ponavljajoče se naloge, ki trajajo manj kot 10 minut	48,4 %	45,4 %	40,8 %	42,1 %	29,2 %	21,3 %

6. Zdravje in z zdravjem povezani vedenjski vzorci

Posebni naravi preučevane skupine smo lahko priča ne le na trgu dela, temveč tudi na področju zdravja. Od 80-ih let 20. stoletja, ko je bilo v Veliki Britaniji izdelano “Blackovo poročilo”,²⁶ se socialno-ekonomski status (vključno s stopnjo izobrazbe) splošno razume kot bistven dejavnik, ki določa z zdravjem povezano vedenje in ozaveščenost na področju zdravja ter tudi zdravstveno stanje ljudi (in v zvezi s tem tudi pričakovane življenjske dobe in stopnje umrljivosti).

V zvezi z zdravjem povezanimi vedenjskimi vzorci obstaja v literaturi veliko raziskav (npr. Korzeniowska, 2009),²⁷ ki prikazujejo jasno povezavo med nizko stopnjo izobrazbe in pogostejšimi vedenjskimi vzorci, ki škodujejo zdravju (tj. kajenje cigaret, pitje alkohola, neustrezna prehrana z zdravstvenega stališča ali pomanjkanje fizične aktivnosti). Vendar moramo dodati, da so vseevropski podatki Eurostata, zbrani z Anketo o zdravju in zdravstvenem varstvu (Health Interview Survey, HIS),²⁸ dvoumni. Na primer, v štirih državah, ki so sodelovale v projektu LEECH, se v celotni skupini vprašanih (tj. pri osebah, starih 15

²⁵ Vir: Parent-Thirion in sod. 2007

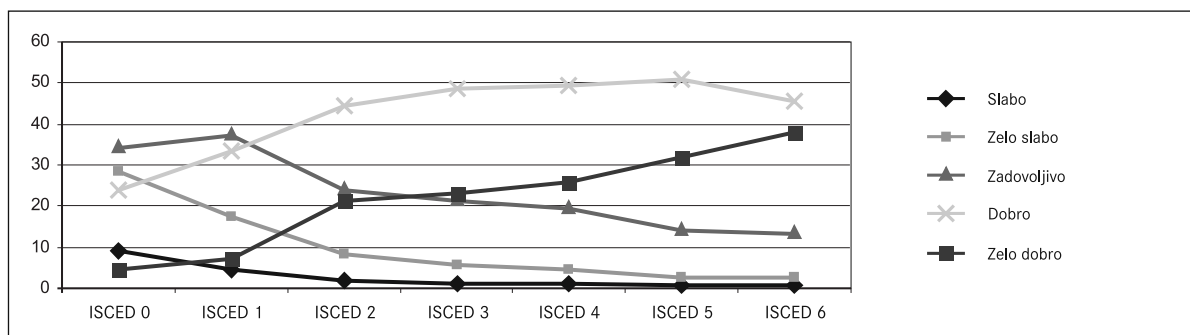
²⁶ “Blackovo poročilo” je leta 1980 sestavil svet strokovnjakov, ki ga je vodil Sir Douglas Black, objavila pa ga je Služba za zdravje in socialno varstvo Velike Britanije. Zadeva problem neenakosti v zdravju glede na socialno-ekonomski status.

²⁷ Korzeniowska (2009) v svojem članku opisuje povezave med stopnjo izobrazbe in zdravstvenim stanjem ter z zdravjem povezanimi vedenjskimi vzorci v poljski družbi na podlagi različnih vsehpoljskih raziskav, ki so bile izvedene v obdobju 1998–2008, ter povezave med stopnjo izobrazbe in izbranimi z zdravjem povezanimi vedenjskimi vzorci med populacijo zaposlenih oseb na Poljskem na podlagi raziskave Inštituta za medicino dela Jerzyja Noferja v Lodžu, opravljene v letih 1988, 2001 in 2007.

²⁸ Raziskava HIS je bila izvedena med populacijo ljudi, starih 15 let in več, v različnih letih v obdobju 1996–2003 v večini držav EU. Na področju z zdravjem povezanih vedenjskih vzorcev so bila vprašanja povezana s kajenjem cigaret (sedanje in preteklo izkušnje) in z uživanjem alkohola (v kakršni koli količini v zadnjih 12 mesecih).

let in več) vedenjski vzorci, povezani s kajenjem cigaret (vključno z odstotki ljudi, ki trenutno ne kadijo, ter s strastnimi kadilci, ki pokadijo vsaj 20 cigaret na dan), bistveno ne razlikujejo glede na stopnjo izobrazbe. Vendar se pri analizi določene starostne skupine v aktivni dobi (npr. pri osebah, starih od 25 do 34, od 35 do 44 ali od 55 do 64 let)²⁹ izkaže, da se delež tistih, ki pokadijo veliko cigaret, znižuje in da se delež tistih, ki trenutno ne kadijo, zvišuje s stopnjo izobrazbe. Zanimivo je, da raziskava HIS prav tako kaže, da je v državah, ki so sodelovale v projektu LEECH, izobrazba dejavnik, ki vpliva na pridobivanje koristi iz preventivnega zdravstvenega varstva. Med drugim je to mogoče videti na primeru obiska zobozdravnika v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo. Tem nižja je stopnja izobrazbe, tem manjši je odstotek vprašanih, ki obiskujejo zobozdravnika. Če si glede na izobrazbo pogledamo samo skrajne primere skupin, vidimo, da je med ljudmi, starimi 15 let in več, s stopnjo izobrazbe 0–1 glede na ISCED 1997, zobozdravnika v Španiji obiskalo 26,8 % vprašanih, v Latviji 40,9 % in v Sloveniji 22,5 %, medtem ko je pri ljudeh z najboljšo izobrazbo (stopnje 4–6 glede na ISCED 1997) to veljalo za 45,9 % vprašanih v Španiji, 65,5 % v Latviji in 43,9 % v Sloveniji.³⁰ Te povezave je prav tako mogoče opaziti v določenih starostnih skupinah v aktivni dobi (tj. pri ljudeh, starih od 25 do 34, od 35 do 44 ali od 55 do 64 let). Poleg uporabe zobozdravstvenih storitev se glede na izobrazbo razlikuje tudi pogostost mamografskih pregledov. V Španiji, Latviji in na Poljskem se odstotek žensk v starostnih skupinah 35–44, 45–54 in 55–64 let zmanjšuje sorazmerno s stopnjo izobrazbe.³¹

Slika 9. Samoocena zdravja glede na stopnjo izobrazbe pri ljudeh, starih 15 let in več, (%) v letu 2008, EU-27



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database)

Pogostejši vedenjski vzorci, ki škodujejo zdravju, in redkejša uporaba storitev preventivnega zdravstvenega varstva med preučevano skupino prispevata k povečevanju razlik v zdravstvenem stanju med nižje in višje izobraženimi. V zvezi s samoocenjevanjem zdravja prebivalcev EU glede na doseženo stopnjo izobrazbe podatki Eurostata³² kažejo, da čim nižja je stopnja izobrazbe, tem slabša je ocena lastnega zdravja. Gre za skoraj linearna razmerja pri vseh vprašanih starostnih skupinah, tj. pri ljudeh, starih 15 let in več (tu je treba poudariti, da je ta razmerja mogoče opaziti v vseh starostnih skupinah, vključenih v Eurostatovo zbirko podatkov: od posameznikov, starih od 15 do 24 let, pa do starih 85 let in več). Če gledamo celotno skupino, vključeno v raziskavo, je nezadovoljstvo izrazila malo več kot vsaka peta oseba s stopnjo izobrazbe 1 glede na ISCED 1997 (21,9 % vprašanih je izbralo odgovor “zelo slabo” ali “slabo”), medtem ko to drži le za nekaj odstotkov vprašanih državljanov EU s terciarno izobrazbo (stopnji 5–6 glede na ISCED 1997). Obratno sorazmerje je opaziti pri zadovoljstvu z zdravjem. Le dve od petih oseb z osnovnošolsko izobrazbo sta svoje

²⁹ Podatki raziskave HIS niso standardizirani po starosti, zato je v njej med nižje izobraženimi ljudmi upoštevano veliko mladih, ki nadaljujejo izobraževanje in še niso začeli kaditi, ter starejših ljudi, ki so že prenehali kaditi (ker so npr. opustili kajenje zaradi svojega zdravstvenega stanja). Da najmlajši in najstarejši anketiranci ne bi zameglili tukaj preučevanih razmerij, so bili v analizo, opisano v tem poglavju, vključeni tisti podatki Eurostata, ki se nanašajo na posamezne starostne skupine v aktivni dobi.

³⁰ Med rezultati ni tistih iz Poljske zaradi pomanjkanja podatkov v Eurostatovi zbirki v zvezi z obiski zobozdravnika med prebivalci Poljske za referenčno obdobje opravljanja ankete HIS.

³¹ Med rezultati ni tistih iz Slovenije zaradi pomanjkanja podatkov v Eurostatovi zbirki v zvezi z mamografskimi pregledi v tej državi.

³² Podatki za to področje so bili zbrani z anketo EU-SILC, tj. Statistiko Skupnosti o dohodku in življenjskih pogojih, katere je del posvečen zdravstvenim vprašanjem. Podatki v tem članku se nanašajo na raziskavo, opravljeno leta 2008 tudi med osebami, starimi 15 let in več, iz vseh 27 držav članic EU.

zdravje ocenili kot “dobro” ali “zelo dobro” (40,8 % vprašanih s stopnjo izobrazbe 1 glede na ISCED 1997); enako so svoje zdravje ocenile štiri od petih oseb s terciarno izobrazbo (82,6 % s stopnjo izobrazbe 5 glede na ISCED 1997 in 83,4 % s stopnjo izobrazbe 6 glede na ISCED) – ta razmerja so za posamezne države, vključene v projekt LEECH, podrobno prikazana na sliki 9 in v razpredelnici 9.

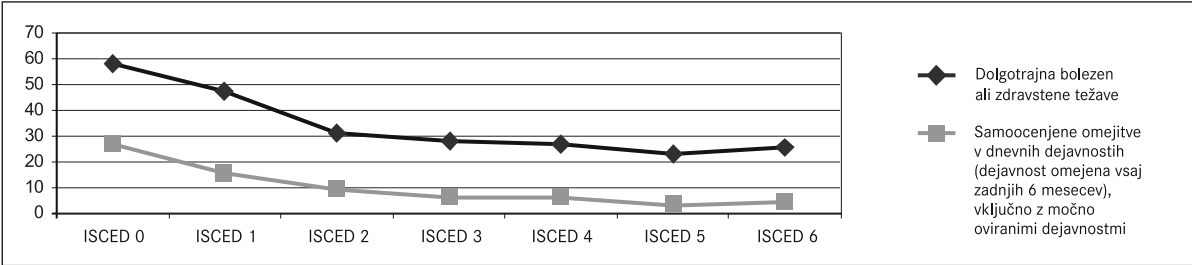
Razpr. 9. Samoocena zdravja glede na stopnjo izobrazbe pri ljudeh, starih 15 let in več, (%) v letu 2008³³

Država	Samoocenjeno zdravje	Stopnja izobrazbe (glede na ISCED 1997)						
		0	1	2	3	4	5	6
EU-27	slabo	37,5 %	21,9 %	10,2 %	7,0 %	5,6 %	3,4 %	3,3 %
	zadovoljivo	34,1 %	37,4 %	24,1 %	21,3 %	19,4 %	13,9 %	13,4 %
	dobro	28,4 %	40,8 %	65,7 %	71,8 %	75,0 %	82,6 %	83,4 %
ES	slabo	n/v	14,5 %	5,4 %	2,7 %	2,1 %	2,1 %	3,1 %
	zadovoljivo	n/v	32,5 %	15,8 %	12,0 %	11,5 %	9,3 %	9,8 %
	dobro	n/v	53,1 %	78,8 %	85,3 %	86,5 %	88,6 %	87,0 %
LV	slabo	53,7 %	51,5 %	23,7 %	14,8 %	16,0 %	9,0 %	n/v
	zadovoljivo	33,4 %	30,6 %	35,2 %	39,7 %	50,4 %	36,5 %	n/v
	dobro	12,9 %	18,0 %	41,1 %	45,6 %	33,6 %	54,4 %	n/v
PL	slabo	64,4 %	38,2 %	2,3 %	12,9 %	10,4 %	6,0 %	11,2 %
	zadovoljivo	27,7 %	37,0 %	4,6 %	26,7 %	27,5 %	17,6 %	24,9 %
	dobro	7,9 %	24,8 %	93,1 %	60,4 %	62,1 %	76,5 %	64,0 %
SI	slabo	n/v	34,1 %	25,8 %	11,3 %	n/v	5,7 %	n/v
	zadovoljivo	n/v	37,2 %	33,2 %	26,4 %	n/v	19,4 %	11,9 %
	dobro	n/v	28,8 %	41,0 %	62,3 %	n/v	74,9 %	88,1 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database)

Ti podatki se ujemajo z izjavami državljanov EU o dolgotrajnih boleznih ali zdravstvenih težavah in omejitvah v dnevnih dejavnostih, ki so jih pri sebi opazili vsaj v zadnjih 6 mesecih pred raziskavo EU-SILC. Čim nižjo stopnjo izobrazbe so vprašani imeli, tem pogosteje so imeli takšno mnenje (to je prikazano na sliki 10, glede na države, ki so sodelovale v projektu, pa v razpredelnicah 10 in 11). Poudariti je treba, da je te povezave mogoče opaziti v skoraj vsaki starostni skupini, določeni v raziskavi (starostne skupine po 10 let od 15 let naprej).

Slika 10. Deleži ljudi, starih 15 let in več, ki so navedli dolgotrajne bolezni ali zdravstvene težave in omejitve v dnevnih dejavnostih, ki so jih sami zaznali vsaj 6 mesecev pred raziskavo, glede na stopnjo izobrazbe (%), EU-27, v letu 2008



(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database)

³³ Pod postavko “slabo” so v razpredelnici sešteti odstotki vprašanih, ki so svoje zdravje ocenili kot slabo ali zelo slabo; pod postavko “dobro” so sešteti odstotki vprašanih, ki so svoje zdravje ocenili kot dobro ali zelo dobro; “n/v” pomeni, da podatkov ni na voljo.

Najstarejši vprašani so izjema (v zvezi z občutenjem dolgotrajnih bolezni ali zdravstvenih težav so to skupine, ki zajemajo osebe, stare od 65 do 74, od 75 do 84 ter 85 let in več, in v zvezi z občutenjem omejitev v dnevnih dejavnostih skupina oseb, starih 85 let in več), iz česar lahko zaključimo, da je vpliv starosti tu veliko večji kot pa stopnja izobrazbe.

Razpr. 10. Ljudje, stari 15 let in več, z dolgotrajno boleznijo ali zdravstveno težavo, glede na stopnjo izobrazbe (%)

Država	Stopnja izobrazbe glede na ISCED 1997						
	0	1	2	3	4	5	6
EU-27	58,1 %	47,7 %	31,4 %	28,1 %	27,1 %	23,1 %	25,9 %
ES	n/v	47,0 %	24,2 %	19,1 %	25,8 %	19,0 %	20,4 %
LV	59,6 %	62,5 %	38,8 %	30,8 %	36,0 %	27,4 %	n/v
PL	73,6 %	55,1 %	7,7 %	27,3 %	28,5 %	21,0 %	34,9 %
SI	n/v	56,0 %	50,4 %	36,8 %	n/v	30,7 %	29,2 %

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database)

Razpr. 11. Samoocenjene hude omejitve v dnevnih dejavnostih (dejavnost, omejena na vsaj 6 zadnjih mesecev) glede na stopnjo izobrazbe (%) pri ljudeh, starih 15 let in več, v letu 2008

Država	Stopnja izobrazbe glede na ISCED 1997						
	0	1	2	3	4	5	6
EU-27	26,6 %	15,7 %	9,5 %	6,5 %	6,0 %	3,4 %	4,6 %
ES	n/v	9,2 %	3,9 %	2,2 %	0,9 %	1,9 %	3,3 %
LV	27,0 %	23,7 %	11,4 %	6,0 %	9,3 %	3,9 %	n/v
PL	27,7 %	15,5 %	1,8 %	4,9 %	3,9 %	2,5 %	4,7 %
SI	n/v	24,7 %	15,4 %	8,4 %	n/v	3,8 %	n/v

(Podatki samoporočanja na podlagi Eurostatove zbirke podatkov:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database)

Eurostatovi podatki prav tako kažejo, da se s stopnjo izobrazbe pri državljanih EU ne spreminjajo samo samoocena zdravja, dolgotrajnih bolezni in zdravstvenih težav ali samoopažene omejitve v dnevnih dejavnostih, ki so nastale zaradi bolezni, temveč da se spreminja tudi dejansko zdravje. Primer tega je debelost, izmerjena z indeksom telesne mase – ITM. Pri upoštevanju samo mejnih stopenj izobrazbe, podatki ankete HIS kažejo, da deleži ljudi, starih 15 let in več, z ITM 30 in več v skupinah s stopnjo izobrazbe 0–1 glede na ISCED 1997 v Španiji znašajo 20,2 %, v Latviji 15,5 %, na Poljskem 14,1 % in v Sloveniji 17,5 %, medtem ko pri najbolj izobraženih ljudeh (stopnje 4–6 glede na ISCED 1997) deleži v istem zaporedju držav znašajo 5,8 %, 13,6 %, 7 % in 2,7 %. Te povezave lahko prav tako opazimo v skoraj vsaki starostni skupini, vključeni v Eurostatove zbirke podatkov (z izjemo najstarejših ljudi, tj. pri skupinah ljudi, starih od 75 do 84 ter 85 let in več). Zanimivo je, da so te povezave močnejše v ženskih kot v moških skupinah.³⁴

³⁴ Vredno je omeniti, da je mogoče opaziti zanimive povezave med odstotki debelih ljudi (ITM < 25–30) in stopnjo izobrazbe. Medtem ko je v vseh skupinah vprašanih, starih 15 let in več, iz določene sodelujoče države razmeroma malo jasno opaženih teženj na tem področju, pa jih lahko opazimo v skupinah, ločenih po spolu. Glede na raziskavo HIS v skupini žensk iz Španije in Slovenije se odstotek tistih z ITM < 25–30 občutno zmanjša s stopnjo izobrazbe, pri moških iz Latvije, Poljske in Slovenije pa se debelost povečuje s stopnjo izobrazbe.

6. Zadovoljstvo z zasebnim in poklicnim življenjem

Opisane specifične lastnosti nižje izobraženih ljudi – redko obvladovanje znanj in spretnosti, po katerih vlada povpraševanje na trgu dela (kar je med drugim posledica manj pogoste udeležbe v vseživljenjskem učenju), za razliko od skupin z visoko stopnjo izobrazbe, težave na trgu dela (npr. pogostejša brezposelnost ali neugodne delovne razmere, vključno s finančnimi), slabše zdravje (kot posledica pogostejšega vedenja, ki škoduje zdravju) – se odražajo tudi v slabši samooceni poklicnega in zasebnega življenja.

Analize, opravljene v drugi Evropski raziskavi o kakovosti življenja³⁵ v okviru Eurofounda (Anderson R, Mikulić B, Vermeylen G, Lyly-Yrjanainen M, Zigante V, 2009), kažejo, da stopnja izobrazbe vpliva na zadovoljstvo državljanov EU s trenutnim življenjem, na mnenje, da življenje ustreza njihovim pričakovanjem, in na optimizem za prihodnost. V vsakem primeru so takšna mnenja pogostejša izrazila boljše izobraženi kot tisti z nižjo stopnjo izobrazbe. V zvezi z ocenjevanjem poklicnega dela druga že omenjena raziskava Eurofounda – četrta Evropska raziskava o delovnih razmerah (Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G, 2007) – kaže, da je delež nezadovoljnih ljudi dvakrat večji v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe kot pa pri ljudeh z najboljšo izobrazbo (pri ljudeh s stopnjo izobrazbe 5–6 glede na ISCED 1997 je bilo 12 % “ne preveč zadovoljnih” in “sploh ne zadovoljnih”, medtem ko je pri ljudeh s stopnjo izobrazbe 0–1 glede na ISCED 1997 tako odgovorilo 28 % vprašanih). Obenem pa velja, da čim višja je stopnja izobrazbe, tem večje je zadovoljstvo s poklicnim življenjem – na primer, medtem ko v celotnem preučevanem vzorcu vsak četrty vprašani (25 %) meni, da je zelo zadovoljen s svojo službo, v skupini ljudi s šesto stopnjo izobrazbe glede na ISCED 1997 tako meni vsaka druga oseba (51 %). Četrta Evropska raziskava o delovnih razmerah prav tako kaže, da zaposleni ljudje s terciarno izobrazbo veliko pogostejše izrazijo mnenje, da imajo dobre perspektive za razvoj svoje poklicne kariere kot pa zaposleni z nižjo stopnjo izobrazbe (Joling in Kraan, 2008).³⁶

7. Povzetek

Če povzamemo, podatki, uporabljeni v tem poglavju, nazorno prikazujejo posebne značilnosti ljudi z nižjo izobrazbo v primerjavi z ljudmi z visoko stopnjo izobrazbe. Nizke kvalifikacije ali njihovo pomanjkanje, kar je posledica kratkotrajnega in/ali splošnega (nepoklicnega) izobraževanja in usposabljanja, so redko izpopolnjene/pridobljene v okviru vseživljenjskega učenja – v letu 2007 se je formalno in/ali neformalno izobraževal in usposabljal vsak peti državljan EU, star od 25 do 64 let, s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997 (18 %) in skoraj vsak drugi državljan s terciarno izobrazbo – stopnje 5–6 glede na ISCED 1997 (58,8 %). Zato ni čudno, da ima omenjena skupina občutno redkeje posebna znanja in spretnosti, po katerih vlada povpraševanje na obstoječem trgu dela, kot so znanja in spretnosti, povezani z uporabo računalnika (podatki za leto 2009 kažejo, da med ljudmi, stari od 16 do 74 let, povprečno vsaka druga oseba s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997 še nikoli ni uporabljala računalnika ali imela dostopa do interneta, medtem ko je pomanjkanje takšnih izkušenj značilno le za nekaj odstotkov ljudi s terciarno izobrazbo). Ta vprašanja predstavljajo bistven dejavnik, ki pojasnjuje veliko slabši položaj preučevane skupine na trgu dela. To je dobro vidno pri stopnji zaposlenosti, ki je leta 2008 pri državljanih EU, starih od 25 do 64 let, s stopnjo izobrazbe 0–2 glede na ISCED 1997 znašala le 56,6 %, medtem ko je pri najbolje

³⁵ Na anketnih vprašalnikih zasnovana raziskava je bila izvedena ob koncu leta 2007 in na začetku leta 2008 in je med drugim zajemala prebivalce 27 držav EU, stare 18 let in več (vzorec je zajemal vsaj 1.000 ljudi v vsaki državi).

³⁶ Podrobnejši podatki na tem področju, čeprav se nanašajo samo na Poljsko, so bili zbrani v anketi, ki jo je leta 2007 opravil Center za raziskovanje javnega mnenja (2008b) in v kateri je sodelovalo 38.866 odraslih, od katerih je bilo 54,1 % zaposlenih. Medtem ko v celotni skupini zaposlenih delo pozitivno ocenjuje 62,8 % vprašanih, so večji deleži značilni le za najboljše izobražene skupine: 68,3 % pri ljudeh s posekundarno stopnjo izobrazbe, 69,4 % pri ljudeh z univerzitetno izobrazbo, 75,1 % pri ljudeh z magisterijem in 85,5 % pri ljudeh, ki imajo terciarno izobrazbo vsaj z doktoratom. Sodelujoči v raziskavi so morali oceniti naslednjih osem vidikov poklicnega življenja z uporabo lestvice od 1 do 5 (pri čemer je 1 pomenilo popolno nestrinjanje z dano trditvijo, 3 odgovor “da in ne (težko je reči)” in 5 popolno strinjanje): daje občutek gotove zaposlitve in stabilnosti, povezano je z zadovoljivimi socialnimi ugodnostmi, daje občutek, da so opravljene naloge pomembne, je zanimivo, ustreza izobrazbi ter znanjem in spretnostim, omogoča poklicni razvoj in napredovanje, zahteva izboljšanje znanj in spretnosti ter učenje novih stvari, omogoča dober zaslužek. Pri tem je zanimivo, da so bili nekvalificirani delavci edina poklicna skupina, v kateri je bila povprečna skupna ocena negativna oziroma nižja od treh točk.

izobraženih ljudeh (s stopnjo 5–6 glede na ISCED 1997) znašala 85,3 %, ali pri povprečnem ekvivalentnem neto dohodku, ki je v istem letu v EU pri nižje izobraženih ljudeh (0–2 glede na ISCED 1997), starih od 18 do 64 let, predstavljal le 57 % dohodka ljudi s terciarno izobrazbo (5–6 glede na ISCED 1997). Poleg tega lahko v teh skupinah opazimo popolnoma drugačno naravo poklicnega dela: ljudje z najnižjo izobrazbo pri opravljanju delovnih dolžnosti veliko redkeje uporabljajo tehnologijo (računalnike in/ali stroje) in redko opravljajo naloge, pri katerih uporabljajo svoje kognitivne spretnosti/razum. Poleg slabšega delovanja na poklicnem področju so nižje izobraženi tudi manj zdravi (tako v okviru objektivnih ocen zdravja, kot je ITM, kot tudi subjektivnih, kot je samoocena zdravja). To ni presenetljivo, saj so zanje značilni slabši, z zdravjem povezani vedenjski vzorci, in manj pogosta uporaba storitev preventivnega zdravstvenega varstva. Ta občutno slabši položaj nižje izobraženih ljudi (na poklicnem, finančnem in zdravstvenem področju) se odraža tudi v njihovem veliko manjšem zadovoljstvu s poklicnim kot tudi zasebnim življenjem v primerjavi s skupinami z visoko stopnjo izobrazbe.

Viri in literatura

1. Anderson R, Mikulić B, Vermeylen G, Lyly-Yrjanainen M, Zigante V. Second European Quality of Life Survey – Overview, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxemburg; 2009. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>.
2. Bardone L, Guio AC. In-Work Poverty. New commonly agreed indicators at the EU level. Statistics in focus 5/2005. Eurostat. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF.
3. Batorski D. Conditions and consequences of using ICT technologies. V: Czapiński J, Panek T, ur. Social Diagnosis 2007. Objective and Subjective Quality of Life in Poland. The Report. [v poljščini]. Varšava; 2007. Dostopno na: http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf.
4. Center za raziskovanje javnega mnenja. Working poor. The research report [v poljščini]. Varšava; 2008. Dostopno na: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_182_08.PDF.
5. Center za raziskovanje javnega mnenja. Professional life in Poland. The research report “Life conditions in Poland: problems and strategies”. [v poljščini]. Varšava; 2008. Dostopno na: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_034_08.PDF.
6. Center za raziskovanje javnega mnenja. Educational aspirations and motives of the Polish society in 1993–2009. [v poljščini]. Varšava; 2009. Dostopno na: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_070_09.PDF.
7. Centralni statistični urad. The Adult Education. [v poljščini]. Varšava; 2009. Dostopno na: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_WZ_ksztalcenie_doroslych.pdf.
8. Centralni statistični urad, statistični urad v Krakovu. Beneficiaries of social welfare and family benefits in 2008. Statistical analysis [v poljščini]. Krakov; 2009. Dostopno na: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS_2009_Beneficjenci.pdf.
9. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer. Access to employment for vulnerable groups. Foundation paper NO. 2 JUNE 2002. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/44/en/1/ef0244en.pdf>.
10. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer. Employment security and employability: A contribution to the flexicurity debate. 2008. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/36/en/2/EF0836EN.pdf>.
11. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer. Working poor – bringing them into the net, Information sheet. 20 January 2010. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/1094/en/1/EF091094EN.pdf>.
12. Evropska komisija. The Social Situation in the European Union 2007. Social Cohesion through Equal Opportunities. Eurostat; 2008.
13. Evropska komisija. Sustainable development in the European Union. 2009 monitoring report of the EU sustainable development strategy. Eurostat; 2009. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF.
14. Evropska komisija. Europe in figures – Eurostat yearbook 2009. Eurostat; 2009. Dostopno na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-09-001.
15. Evropska komisija. Eurobarometer survey on poverty and social exclusion. Luxembourg; 2009. Dostopno na: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf.
16. Evropska komisija. Combating poverty and social exclusion: a statistical portrait of the European Union 2010. Eurostat; 2010. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF.

17. Grantham-McGregor SM, in sod. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007;369(9555):60-70.
18. <http://europass.frse.org.pl/files/iscled.pdf>.
19. Joling C, Kraan K. Use of technology and working conditions in the European Union. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/63/en/1/EF0863EN.pdf>.
20. Korzeniowska E. Education in sociology of health research – changes of the phenomenon and interpretation dilemmas. V: Bąk A, Kubisz-Muła Ł, ur. *Methods, techniques and practice of social surveys*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe ATH; 2009. p. 129–147 [v poljščini].
21. Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske: Thematic Review on Adult Learning. Poland Country Note. [v poljščini]. Varšava; 2006. Dostopno na: http://www.mpips.gov.pl/_download.php?f=userfiles%2FFile%2FDepartament+Rynku+Pracy%2FNotatka+na+temat+kraju.pdf.
22. Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske: Poland 2007. Report on labour market and social protection. [v poljščini]. Varšava 2007. Dostopno na <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1061>.
23. Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske: Thematic Review on Adult Learning. [v poljščini]. Varšava; 2010. Dostopno na: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505>.
24. O'Connell PJ. Adults in training: an international comparison of continuing education and training. Pariz: OECD, Centre for Educational Research and Innovation; 1999. Dostopno na: http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf.
25. OECD. Beyond Rhetoric: Adult Learning Policies and Practices. Pariz; 2003.
26. OECD. Education Policy Analysis 2003. Pariz; 2003.
27. OECD. Promoting Adult Learning. Pariz; 2005.
28. Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxemburg; 2007. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
29. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2008. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.

3. POGLAVJE

Politika Evropske unije do nižje izobraženih ljudi

Patrycja Wojtaszczyk

1. Evropska unija in socialna politika

Evropska unija (EU) je politična in gospodarsko entiteta, ki je bila ustanovljena z namenom zagotavljanja štirih svoboščin – prostega pretoka blaga, storitev, kapitala in oseb. Te svoboščine naj bi spodbujale hitrejšo rast, vzpostavljale dobre gospodarske in družbene odnose in ne nazadnje okrepile celovitost vse regije ter tako njenim prebivalcem zagotovile varnost in mir.

Za celovito uresničevanje teh svoboščin v kar največjo korist vseh vključenih je bilo treba razviti fizično, pravno in organizacijsko infrastrukturo. Odprtje meja med območji z različnimi potenciali ima lahko tudi številne negativne posledice, kot na primer izseljevanje iz nekaterih regij, neenakomeren dostop do ugodnosti pospešenega razvoja in večanje družbenih neenakosti. Vse to lahko povzroči napetosti in spore. Zato sta za ukrepe EU tako pomembna učinkovita kohezijska politika in zagotavljanje minimalnih standardov na vseh področjih človekovega življenja in delovanja, na kar lahko izvajanje štirih svoboščin vpliva posredno ali neposredno. Skozi leta je bil gospodarski program, na katerem temelji evropsko sodelovanje, dopolnjen z ukrepi s področja socialne politike. Uresničuje se s standardizacijo in z usklajevanjem veljavnih zakonov in predpisov v EU kot tudi na bolj dejaven način: s številnimi programi, ki jih podpira proračun EU. Ti programi se dotikajo vprašanj izobraževanja, dostopa do izobraževanja, razvoja znanj in spretnosti, dostopa do splošnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega varstva delavcev. Pomembno področje delovanja EU je tudi varstvo potrošnikov in javno zdravje, zlasti promocija zdravja. Vsako od teh področij je še posebej pomembno zlasti v okviru izvajanja prostega pretoka storitev in oseb (vključno z novimi zaposlitvami) kot tudi uravnoteževanja potenciala regij in lokalnih skupnosti. Še več, dejavnosti, povezane z odpravljanjem socialne izključenosti, so prav tako oblika vzpostavljanja socialne dimenzije notranjega trga (Szarfenberg 2008). Zanimanje Evropske unije za socialna vprašanja se kaže v delovanju Generalnega direktorata za zaposlovanje, socialne zadeve in enake možnosti znotraj Evropske komisije.

2. Strategije Evropske unije

Ob podrobnejšem pregledu tako političnih kot programskih deklaracij oziroma določenih finančnih instrumentov, ki se uporabljajo v EU, ugotovimo, da vprašanje socialne izključenosti ljudi z nizkim statusom zaseda visoko mesto v hierarhiji prednostnih nalog EU. Opozoriti pa je treba, da se socialna izključenost razume zlasti kot revščina (predvsem zaradi težav z zaposlovanjem), invalidnost ali kulturne razlike (npr. zaradi preseljevanja), medtem ko vprašanja nizke izobrazbe v politiki proti izključenosti niso posebej poudarjena tema. Načini reševanja težav ljudi z nizko izobrazbo so veliko bolj jasno vključeni v politiko zaposlovanja in izobraževanja Skupnosti.

Splošne cilje za preteklo desetletje je Evropska unija določila v najpomembnejšem dokumentu, v tako imenovani Lizbonski strategiji. Namen sprejetih ukrepov za njeno izvajanje je bil zagotoviti, da bodo države

članice postale vodilna sila glede konkurenčnosti in dinamike razvoja v globalnem gospodarstvu. Cilj EU je bil (in še vedno je) ustvariti več delovnih mest boljše kakovosti in povečati socialno kohezijo. Predpostavke strategije so bile hvalevredne, vendar je že znano, da njeno izvajanje žal ni bilo popolnoma uspešno. Sedaj se pripravlja in sprejema strategija, ki naj bi usmerjala razvoj EU v naslednjem desetletju (strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast). Gre za nadaljevanje in širitev Lizbonske strategije. A pogledjmo si najprej zgradbo in logiko strategije za prvo desetletje 21. stoletja. Ta določa cilje tako za Skupnost (kot subjekt mednarodnega prava) kot posamezne države članice, pri čemer izpostavlja štiri glavna področja delovanja: doseganje modela na znanju temelječega gospodarstva, modernizacijo evropskega socialnega modela, razvoj okvira za stabilno makroekonomsko politiko in uveljavitev trajnostne rasti.

Za nadzorovanje sprememb in napredka pri izvajanju strategije je bilo sprejetih približno 100 različnih kazalnikov, ki sestavljajo t. i. razpredelnico strukturnih kazalnikov (a se pojavlja dvom o pravilnosti njihovega izbora). Vredno je omeniti, da sta med petimi glavnimi področji, ki jih ti kazalniki spremljajo, tudi vprašanje zaposlovanja in socialne kohezije (druga so ustvarjalnost, gospodarske reforme in naravno okolje; Szomburg 2004).

Pomemben cilj v zvezi z vprašanjem ljudi z nižjo izobrazbo v družbi in njihovim mestom v politiki EU je oblikovanje na znanju temelječega gospodarstva – gospodarstva, v katerem sta pomembni visoka usposobljenost in ustvarjalnost. Takšen cilj zahteva vrsto ukrepov za postopno izboljšanje kakovosti človeških virov, ki bodo ustvarjali na znanju temelječe gospodarstvo in uporabljali njegove izdelke. Določeni cilji, povezani z vprašanji zaposlovanja, ki so bili razviti v okviru Lizbonske strategije, ustrezajo temu načinu razmišljanja. Tako so se pojavila področja delovanja, kot so: izboljšanje zaposljivosti ter znanj in spretnosti delovne sile, povečanje prilagodljivosti z vseživljenjskim učenjem, povečanje števila zaposlitev v storitvenem sektorju in zmanjšanje obsega neenakosti pri dostopu do dela. Kar zadeva ustvarjalnost, je Lizbonska strategija opozorila na potrebo po infrastrukturi, vključno s tisto na področju izobraževanja, po informatizaciji družbe in vlaganju v izobraževanje, ki podpira delo in življenje v gospodarstvu, temelječem na znanju. Kazalniki za to področje vključujejo: znižanje (za polovico) deleža ljudi, starih od 18 do 24 let, z največ srednješolsko izobrazbo, ustvarjanje lokalnih večnamenskih izobraževalnih središč, certificiranje znanj in spretnosti informacijske in komunikacijske tehnologije, pospeševanje mobilnosti in uvajanje standardizirane oblike življenjepisa. Nov gospodarski model in podpora znanju bi lahko potencialno vodila do čezmerne socialne razslojenosti in stopnjevanja problemov socialne izključenosti. Zato ima med nalogami, določenimi v Lizbonski strategiji, zelo pomembno vlogo varovanje različnih ogroženih skupin (npr. manjšin ali invalidov), za katere je prilagajanje na nove zahteve lahko težje kot za druge (Royuela-Mora in sod., 2005).

Za naslednje desetletje je predlagana Strategija Evropa 2020. Izkušnje z gospodarsko krizo leta 2008 in s težavami pri izvajanju kazalnikov, sprejetih v Lizbonski strategiji, politikov niso odvrnile od načrtovanja ambicioznih nalog. Evropska komisija med drugim predlaga, da se do konca načrtovanega obdobja doseže 75-odstotna stopnja zaposlenosti ljudi, starih od 20 do 64 let (trenutna stopnja znaša okrog 69 %). Glavni cilj na tem področju je povečana poklicna dejavnost žensk, mladih, starejših in nižje izobraženih ter boljše vključevanje migrantov na trg dela. Evropska komisija prav tako predlaga, da se 3 % BDP EU porabi za raziskave in razvoj (to pomeni izkoriščanje sinergijskih učinkov, doseženih zaradi boljše uporabe zasebnih sredstev), da se stopnja osipa zniža na 10 % (s trenutnih 15 %), da si prizadevamo za to, da bo 40 % mladih imelo univerzitetno izobrazbo (trenutno jo ima 31 %), da se za 20 milijonov zmanjša število ljudi, izpostavljenih tveganju revščine, in da se sprejme cilje, povezane z varstvom podnebja in varčevanjem z energijo. Treba je omeniti, da prvotni predlog Evropske komisije za povečanje stopnje zaposlenosti ni eksplicitno vključeval nižje izobraženih delavcev – ta podatek se je pojavil, ko je Evropski svet odločal o osnutku strategije, ki ga je predlagala Komisija. Zadnjo različico strategije bi morali podpisati sredi leta 2010 (Evropska komisija, 2010; Evropski svet, 2010).

Strateški cilji, določeni tako v Lizbonski strategiji kot tudi novi Strategiji Evropa 2020, sestavljajo os, okoli katere so oblikovani programi pomoči EU in s katero so usklajene dejavnosti in skladi EU. Zato so kazalniki in ukrepi, ki jih je Skupnost sprejela, tako pomembni. Uporabljajo se tudi v politikah držav članic. Države članice EU na podlagi dogovorjenega ukrepanja pripravljajo tako programe državnih reform, ki se ujemajo s cilji strategije, kot tudi svoje finančne načrte. Namen povezovanja prizadevanj držav članic z dejavnostmi Evropske komisije in drugih institucij ali agencij EU je doseči načrtovane stopnje rasti. Zato je pomembno,

da je že na ravni določanja izmerljivih ciljev strategije v osnutku omenjeno povečanje stopnje zaposlenosti med ljudmi z nižjo stopnjo izobrazbe. Strategija ne določa, kako naj bi ta cilj dosegli. Metode za doseganje predvidenih ravni kazalnikov se izberejo v fazi oblikovanja in izvajanja posameznih programov.

3. Nižje izobraženi ljudje in izbrane politike EU

Rešitve za nižje izobražene ljudi je treba načeloma iskati v raziskavi projekta LEECH, ki je zajela tri področja: zdravstveno, izobraževalno in socialno politiko (zlasti na področju zaposlovanja in boja proti socialni izključenosti).

V skladu z ustanovitvenimi pogodbami Skupnosti se zdravstvena politika izvaja po načelu "zdravje v vseh politikah". EU si mora prav tako prizadevati za "izboljšanje javnega zdravja, preprečevanje bolezni pri ljudeh in odstranjevanje virov nevarnosti za zdravje ljudi". Vredno je omeniti, da je od leta 2005 eden izmed kazalnikov v skupini kazalnikov Lizbonske strategije tudi "leta zdravega življenja" (ang. healthy life years oziroma HLY). Dejansko pa se zamisli ustanovitvenih pogodb in strategije izvajajo ob upoštevanju zdravstvenih vidikov, pri čemer se uvajajo predpisi za vsa področja življenja (npr. davki, varstvo okolja in znanstvene raziskave), ter z metodo odprtega usklajevanja dogovorov v zvezi z vsemi politikami, povezanimi z zdravjem, zlasti z zdravstvenim varstvom (rešitve, ki zadevajo mejna področja in načine upravičevanja zdravstvenih storitev med zavarovalnicami in sistemi zdravstvenega varstva v različnih državah). Pristojnosti EU ne vključujejo vprašanj, povezanih z organizacijo sistemov zdravstvenega varstva v državah članicah. EU se ukvarja z vprašanji promocije zdravja, javnega zdravja in določanjem minimalnih standardov zdravstvenega varstva, npr. zdravstvenega varstva delavcev. Ob tem je vredno omeniti, da sta vprašanji zagotavljanja dostopa do zdravstva (medicinske oskrbe) in izobrazbe vključeni tudi v Listino o temeljnih pravicah, ki kljub svojemu nedorečenemu pravnemu statusu predstavlja pomembno referenčno točko za delovanje Skupnosti.

Sedanji ukrepi EU na področju zdravja so vključeni v posamezne cilje Strateškega pristopa EU za obdobje 2008–2013, znanega pod imenom Skupaj za zdravje. Prvi izziv, ki je posledica demografskih sprememb in je omenjen v tem dokumentu, je zagotoviti stabilnost sistemov zdravstvenega varstva. S tem problemom se je treba spopasti s promocijo zdravja skozi celoten življenjski cikel in z zmanjšanjem neenakosti pri dostopu do zdravstva, ki so posledica socialnih, gospodarskih in okoljskih razmer. V dokumentu položaj izobrazbe ni neposredno omenjen, vendar lahko domnevamo, da gre prav tako za pomemben vidik, ki botruje neenakemu dostopu do zdravstvenega varstva, in bi se zato morala EU z njim spoprijeti. Kot metoda za reševanje tega vprašanja je bila navedena popularizacija programov zdravstvene pismenosti za različne starostne skupine.

Glavno finančno orodje, ki omogoča izvajanje politike EU na področju zdravja, je Program javnega zdravja 2008–2013, v skladu s katerim je treba pod pokroviteljstvom EU sprejeti ukrepe, ki lahko pomagajo prepoznati vzroke neenakosti v zdravju in med drugim spodbuditi izmenjavo najboljših praks pri odpravljanju teh neenakosti. Zato v okviru programa vsako leto financirajo projekte, ki so temu namenjeni, čeprav je težko najti dejavnosti, ki so povezane predvsem s problemom neenakosti kot posledice razlik v stopnji izobrazbe (Evropski parlament, 2007).

Naslednje večje področje je politika EU na področju izobraževanja. Čeprav to področje oblikujejo države članice same (kot tudi vprašanja zdravstvenega varstva), so v programih EU zastavljeni skupni cilji in uporabljeni različni mehanizmi za spodbujanje njihove uresničitve. Lizbonska strategija izvaja koncept "vseživljenjskega učenja", ki naj bi oblikovalo in razvijalo kulturo učenja in mu dalo velik pomen. Prav tako naj bi povečalo dostop do informacij in nasvetov o izobraževalnih možnostih in te možnosti študentom tudi zagotovilo, povečalo naj bi raven vlaganja (v obliki finančnih sredstev in časa) v učenje, širilo osnovna znanja in spretnosti (vključno z družbenimi in državljanskimi kompetencami) in razvijalo inovativne načine učenja.

Glavni instrument za izvajanje tega koncepta je Program vseživljenjskega učenja, ki mu je EU za obdobje 2007–2013 namenila približno 7 milijard evrov. Program podpira poklicno izobraževanje ter sodelovanje med podjetji in institucijami poklicnega izobraževanja (Leonardo da Vinci), povečuje mobilnost študentov in sodelovanje univerz (Erasmus), financira izobraževalne projekte za odrasle (Grundtvig) in

izboljšuje sodelovanje med šolami in učitelji, ki so v njih zaposleni (Comenius). Zlasti program Grundtvig se nanaša na dejavnosti, povezane s povečevanjem spretnosti in reševanjem problemov, ki izhajajo iz nižje stopnje izobrazbe (Generalni direktorat za izobraževanje in kulturo – spletna storitev). Tudi projekt LEECH in to publikacijo je omogočila podpora tega vira.

Socialna politika EU je še eno pomembno področje za nižje izobražene ljudi. Kot smo že omenili, cilji dolgoročnih strategij Skupnosti vključujejo vprašanja, povezana s preprečevanjem izključenosti in izboljševanjem socialne kohezije.

Program socialnih ukrepov se od 70-ih let izvaja kot del politike EU. Ključne naloge na tem področju trenutno določajo t. i. socialni programi oziroma socialne agende. Gre za vrsto programskih deklaracij, ki spremljajo Lizbonsko strategijo in jih izvajajo z različnimi instrumenti: zakonodaje EU, socialnega dialoga (pod tem se razume sodelovanje sindikatov in organizacij delodajalcev, delavcev in javne uprave), sodelovanja med državami članicami, finančne podpore EU (uporaba strukturnih skladov Skupnosti, Evropskega sklada za prilagoditev globalizaciji in programa PROGRESS za namene zaposlovanja in socialne solidarnosti), partnerstva, dialoga in komunikacije (vključevanje nevladnih organizacij, regionalnih in lokalnih oblasti ter drugih zainteresiranih strank in posvetovanja z njimi) ter zagotavljanja, da vsa področja politike EU spodbujajo možnosti, dostop in solidarnost (spremljanje novih pobud glede na njihove socialne in zaposlitvene učinke).

Prva socialna agenda EU, ki jo je Evropska komisija sprejela leta 2000, je vključevala prvih pet let Lizbonske strategije (2000–2005). Trenutna različica, ki velja od februarja 2005, zajema obdobje 2005–2010. Glede na to, da so bili sprejeti vsi ukrepi, določeni v Agendi 2005, je Evropska komisija julija 2008 sprejela novo različico socialne agende, t. i. Prenovljeno socialno agendo: priložnosti, dostopnost in solidarnost v Evropi 21. stoletja. Ta vključuje pobude na področju izobraževanja, zdravja in boja proti diskriminaciji. Agenda prav tako obravnava številne elemente socialne politike in izpostavlja takšne prednostne naloge, kot so: vlaganje v ljudi, nova znanja in spretnosti, število in kakovost delovnih mest, daljše in bolj zdravo življenje (v tem primeru je nižja stopnja izobrazbe omenjena kot ena izmed nevarnosti) ter zmanjšanje revščine in socialne izključenosti. Revščina je že več kot 40 let prevladujoč problem v tovrstnih programih. V socialni agendi je leto 2010 posvečeno kampanji, povezani z revščino in socialno izključenostjo (Evropsko leto boja proti revščini in socialni izključenosti). Smernice za države članice določajo naslednja glavna področja takšne politike: odpravljanje neenakosti pri izobraževanju in usposabljanju, vključno z izobraževanjem na področju informatike ter načrtovanjem enakovrednega dostopa do informacij in komunikacijskih tehnologij za vse (zlasti za invalide), zagotavljanje enakovrednega dostopa do primernih virov in storitev, vključno s primernim stanovanjem in zdravstvenim varstvom. Še več, kampanja naj bi spodbudila celostno strategijo aktivne integracije. Evropska kampanja in nacionalni programi, povezani z njo, so se šele začeli. Ocenjeni bodo v prvi polovici leta 2011 (Evropska komisija, 2008a).

Avtorji dokumenta, s katerim je bila sprejeta Prenovljena socialna agenda, opozarjajo na raven izobrazbe in razvoj kompetenc: "Razvoj [tehnologije] povečuje povpraševanje po znanju in spretnostih in ob tem povečuje razkorak med kvalificiranimi in nekvalificiranimi. (...) Najpomembnejše dolgoročno socialno vprašanje je, katera znanja in spretnosti posamezniki najbolj potrebujejo, da bodo imeli kot delavci, podjetniki in potrošniki v sodobnem gospodarstvu boljše možnosti. Pri tem gre za več kot le za poklicno usposabljanje v običajnem smislu. Ugotoviti je treba, katere vrste znanj, spretnosti in kompetenc zahteva nova vrsta gospodarstva in kako državljane z njimi opremiti, da bodo uspešni. Zato EU intenzivno vlaga v razvoj znanj in spretnosti (...) ter spodbuja mobilnost v izobraževanju in stalnem usposabljanju ter na področju znanja in inovacij". Hkrati se je Komisija v Agendi zavezala, da ob koncu leta 2008 predstavi pobudo "Nova znanja in spretnosti za nova delovna mesta", ki naj bi omogočala začetno oceno trga dela ter znanj in spretnosti, potrebnih za leto 2020, oblikovanje seznama obstoječih instrumentov za napovedi na državni in evropski ravni ter učinkovitejšega pristopa za napovedovanje razvoja na trgu dela in prilagoditev povpraševanja s ponudbo na tem trgu s sinergijo med politikami zaposlovanja, usposabljanja in izobraževanja. Pobuda je bila uresničena in je bila pomembna smernica za pripravo Strategije EU 2020, ki je nadaljevanje Lizbonske strategije za rast in zaposlovanje (Evropska komisija, 2008b).

4. Povzetek

Zaključimo lahko, da je skrb za ljudi z nižjo izobrazbo v Skupnosti opazna na ravni strateških in programskih deklaracij. Rešiti ga je treba s povečanjem prizadevanj za trajno zvišanje stopnje izobrazbe prebivalcev in podpiranjem skupin, za katere obstaja tveganje, da ne bodo imele dostopa do izobraževanja; sem sodijo revni, invalidi ali migranti. Poleg podpore šolskemu sistemu, razvoju njegove dostopnosti in izboljšanju kakovosti, je močna tudi podpora področju neformalnega izobraževanja in vsem programom v skladu s filozofijo dolgoročnega izboljševanja kompetenc na različnih področjih. Gre za socializacijo k vseživljenjskemu izobraževanju, geografski mobilnosti in tudi prilagodljivosti, povezani s kariero in krajem zaposlitve.

Do sedaj ni bilo mogoče opaziti močnejše težnje po prilagajanju sektorja javnega zdravstva specifičnim potrebam in pričakovanjem ljudi z nižjo izobrazbo. To morda delno izvira iz dejstva, da zdravstveno varstvo urejajo države članice in ne sodi v področje pristojnosti EU. Zato se lahko pripravljeno osebja, da bi delali z ljudmi z nižjo izobrazbo, precej razlikuje med različnimi državami. Vendar se omenja potreba po zagotavljanju dostopa do primernih storitev in zdravstvenega varstva. EU je pristojna za promocijo zdravja, pri čemer se zavzema predvsem za enake možnosti dostopa do zdravstva, vključno z uresničevanjem programov, ki povečujejo zdravstveno pismenost.

Socialna politika se osredotoča na vključevanje ljudi z nizkim ekonomskim statusom (ki je pogosto povezan z nizko stopnjo izobrazbe) in posameznih skupin, ki so izpostavljene nevarnosti marginalizacije v družbi. Vendar programi, povezani s temi problemi, niso usmerjeni k reševanju vprašanja kompetenc nižje izobraženih ljudi v zvezi z zdravjem ali prilagajanja programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja njihovim potrebam.

Ob upoštevanju, da je bilo na znanju temelječe gospodarstvo načrtano kot smer razvoja za celotno EU, je zelo verjetno, da bo vprašanje nizke stopnje izobrazbe teh ljudi in njihovih izobraževalnih potreb v prihodnjih letih vse bolj določalo razvoj socialnih politik Skupnosti, zlasti na področju izobraževanja in zdravstva. Zdi se, da je oblikovanje celostnega pristopa in primernih orodij za povečanje sposobnosti človeških virov na področju zdravja ter enakega dostopa do zdravstvenega varstva, zlasti za ljudi z nižjo stopnjo izobrazbe, glavna naloga za prihodnost, če želimo preprečiti čezmerno socialno razslojevanje in izolacijo skupin, izključenih iz različnih ugodnosti sodobnega, inovativnega gospodarstva.

Viri in literatura

1. Evropska komisija. Evropsko leto boja proti revščini in socialni izključenosti. Dokument o strateškem okviru. Prednostne naloge in smernice za dejavnosti evropskega leta 2010. Bruselj; 2008.
2. Evropska komisija. Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij – Prenovljena socialna agenda: priložnosti, dostopnost in solidarnost v Evropi 21. stoletja, COM/2002/0412 konč. Bruselj; 2008.
3. Evropska komisija. Sporočilo Komisije "Evropa 2020 – strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast", COM (2010) 2020 konč. Bruselj; 2010.
4. Evropski parlament in Evropski svet. Sklep št. 1350/2007/EC Evropskega parlamenta in Sveta z dne 23. oktobra 2007 o uvedbi drugega programa ukrepov Skupnosti na področju zdravja za obdobje 2008–2013. Strassbourg; 2007.
5. Evropski svet. CO EUR 4, CONCL 1. Bruselj; 2010.
6. Generalni direktorat za izobraževanje in kulturo. [v poljščini]. Dostopno na: www.llp.org.pl.
7. Royuela-Mora V, Moreno R, Maya E. Monitoring the Lisbon Strategy. V: Lenain P, in sod, ur. Halfway through the Lisbon Strategy: expectations and reality. [v poljščini]. Varšava: Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych; 2005.
8. Szarfenberg R. The European Union strategy against exclusion. [v poljščini]. Varšava: IPS UW; 2008.
9. Szomburg J. The Lisbon Strategy a chance for Europe, Information Seminar of the Polish Lisbon Strategy Forum. [v poljščini]. 2004. Dostopno na <http://www.pfsl.pl>.

4. POGLAVJE

Determinante z zdravjem povezanega vedenja in možnosti za njegovo oblikovanje

Krzysztof Puchalski

1. Uvod

Kadar strokovnjaki s področja zdravstvenega varstva delavcev govorijo o vedenju, povezanem z zdravjem, navadno domnevamo, da tako vedenje vsi razumemo na enak način. Še več, domnevamo, da je najpomembnejši dejavnik, ki takšno vedenje določa (njegov začetek, nadaljevanje, razvoj, spreminjanje v želeno smer ipd.), z zdravjem povezano znanje delavcev, katerega pomanjkanje vodi v zanemarjanje zdravja. Pogosto domnevamo tudi, da je za odrasle oblikovanje tega znanja, prepričanj in spretnosti, ki vodijo k bolj zdravemu življenjskemu slogu, pravzaprav stvar ustrezno izbranih postopkov in tehničnih ukrepov (kot so izobraževalne metode, tehnike komuniciranja, posredovana vsebina), ki se jih lahko nauči ali jih pridobi vsak predavatelj ter jih učinkovito uporabi v praksi, ne da bi mu bilo pri tem treba dobro razumeti specifičen način razmišljanja ljudi, ki jim predava.

Izobraževalne dejavnosti, ki temeljijo na takšnih domnevah, so se izkazale za učinkovite pri razvijanju tako kompetenc za vedenje, povezano z zdravjem, kot tudi za oblikovanje takega vedenja samega. Kljub temu je njihova učinkovitost pogosto nezadostna. Na eni strani je to lahko posledica napak pri izvajanju zdravstvene vzgoje ali promocije zdravja (slaba prilagoditev specifičnim potrebam prejemnika), na drugi strani pa je to lahko navkljub dobremu vplivu izobraževalcev morda posledica dejstva, da so udeleženci izobraževanje in njihovo vedenje v resnici bolj zapleteni, kot so domnevali avtorji izvedenih izobraževalnih ukrepov. Z drugimi besedami, nezadovoljiv učinek je lahko posledica predvsem dejstva, da izvedeni ukrepi niso povsem upoštevali zapletenih dejavnikov z zdravjem povezanega vedenja ljudi, ki so bili vključeni v te ukrepe.

Na tem mestu se bomo osredotočili na kompleksnost z zdravjem povezanega vedenja in posledično na determinante in načine oblikovanja takega vedenja. Na podlagi tega bomo (v nadaljnjih poglavjih te knjige) predstavili zaključke, do katerih smo prišli z raziskavo, ki smo jo izvedli v okviru projekta za izboljšanje zdravstvene vzgoje in promocije zdravja pri nižje izobraženih delavcih. Ker se zaključki navezujejo na točno določeno družbeno skupino in ne na specifičnega posameznika, bomo tudi determinante obravnavali na splošno, saj se nanašajo na množico ljudi hkrati. Ta splošni vidik izhaja tudi iz dejstva, da razpravljamo o primerih z zdravjem povezanega vedenja in zdravega življenjskega sloga, ki vključujeta mnoge različne dejavnosti, tako glede njihove vsebine kot tudi namena, mehanizmov ali oblik izvedbe. Najprej bomo torej obravnavali vprašanje kompleksnosti teh vedenj.

2. Koncept z zdravjem povezanega vedenja in usmerjenost ukrepov

Ko govorimo o vedenju, povezanem z zdravjem, in zdravem življenjskem slogu, imamo lahko v mislih množico meril, ki pozornost usmerjajo na takšno ali drugačno vedenje.

Trenutno se na področju zdravstvenih ved in javnega zdravja najbolj poudarja vprašanje vsebine, ki prispeva k zdravemu življenjskemu slogu. Vedenja se štejejo za zdrava (zdrav življenjski slog) glede na to, koliko vplivajo na zdravje (zmanjševanje tveganj za zdravje), kar se ugotavlja predvsem z epidemiološkimi raziskavami prebivalstva. Najizrazitejše oblike vedenja vključujejo: zdravo prehrano (opredeljeno kot pogostost uživanja določenih izdelkov v določenih količinah, izogibanje uživanju drugih škodljivih izdelkov, sestava jedilnika, energijska vrednost prehrane, kakovost zaužite hrane ipd.), zmerno, a redno telesno dejavnost, rekreacijo in sproščanje, konstruktivno spopadanje s stresom, nekajenje in izogibanje tobačnemu dimu, neuživanje alkohola ali le v minimalnih količinah, prenehanje uživanja psihoaktivnih snovi. Sem sodijo tudi: različne oblike varovanja zdravja pri delu (uporaba zaščitne opreme, ustrezni odmori med delom, primerna telesna drža ipd.), varno vedenje v prometu (uporaba varnostnih pasov, primerna hitrost), varno in odgovorno vedenje na področju spolnosti. Končno pa sem sodijo tudi dejavnosti na področju zdravstva, kot so redni zdravniški pregledi za zgodnje odkrivanje določenih bolezni, hitro sporočanje zdravstvenemu osebju o pojavu zaskrbljujočih znakov bolezni in uporaba ustreznih zdravil brez zlorabe.

Vedenje, ki se šteje za zdravo, se lahko nekoliko razlikuje, kadar ne govorimo o zdravju na splošno, temveč o preprečevanju točno določenih bolezni (npr. ishemične bolezni srca, sladkorne bolezni, kožnega raka, okužbe s hepatitisom C ipd.)¹ ali kadar se zdravje nanaša na skupine z večjim tveganjem za zdravje (npr. nekatere starostne skupine ali skupine, ki se razlikujejo glede na spol, subkulturo, osebni tip, ugotovljena genetska tveganja, poklic ipd.). V družboslovju se pozornost spet posveča drugačnim vprašanjem.

Prvič, postavlja se vprašanje, ali je to, čemur v zdravstvu pravimo življenjski slog, res način (v pomenu stalnosti, stabilnosti) vedenja posameznikov ali skupin, ali pa je morda le področje strokovnega teoretiziranja znanstvenikov. Na primer, v preteklem desetletju so ameriške raziskave pokazale, da, čeprav tri četrtine prebivalstva ne kadi, jih 40 % vzdržuje normalno telesno maso, več kot petina jih zaužije vsaj pet obrokov sadja in zelenjave na dan in se jih prav toliko vsak dan ukvarja z zmerno telesno aktivnostjo, vse te stvari hkrati počne le 3 % vprašanih (Reeves in Rafferty, 2005). Primerljivo vedenje pri poljskih prebivalcih je bilo prav tako ocenjeno le na nekaj odstotkov (Puchalski, Korzeniowska in Piwowarska-Pościk, 1999), čeprav 80 % odraslih Poljakov verjame, da skrbijo za svoje zdravje (CBOS, 2007). Zato težko govorimo o empiričnem pojavu zdravega življenjskega sloga, ampak zgolj o večji ali manjši razširjenosti posamezne oblike vedenja, pomembnega za zdravje, in o prepričanjih, povezanih z zdravjem, ki vladajo v družbi.

Drugačno zanimanje družboslovja na tem področju izhaja tudi iz dejstva, da se za zdrava vedenja štejejo predvsem takšna, ki jih izvajamo zato, da bi na zdravje vplivali (z namenom, da bi ga okrepili in se spopadli z boleznijo) ne glede na to, kako takšne ukrepe ocenjuje uradna medicina. Pomemben je torej cilj, namen, ki se na zdravje nanaša. V tem pogledu se torej razlikujejo od ukrepov, ki imajo drugačen namen (ne glede na to, ali objektivno, pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje), in tudi od spontanega vedenja ali navad, pri katerih zdravje (ali kar koli drugega) najverjetneje ni motiv.

Pri vedenju, povezanem z zdravjem, ki ga razumemo na tak način, lahko razlikujemo med aktivnimi in pasivnimi dejavnostmi. Prve se osredotočajo na določen namen in uvedbo načrtovanih sprememb, ki pogosto zahtevajo določeno mero poguma: zavračanje splošno priznanih modelov, opuščanje navad ali razvad (npr. prenehanje kajenja pri nikotinskem odvisniku, ki rad kadi in je obkrožen predvsem s kadilci). Pasivne dejavnosti so posledica naravnega poteka dogodkov ali tega, da ni priložnosti za nezdravo vedenje (npr. da ne kadi oseba, ki ni nikoli kadila, ji je vonj po tobačnem dimu neprijeten in čas preživlja z drugimi nekadilci). Z drugega vidika lahko razlikujemo med občasnim ravnanjem in ravnanjem, ki se pojavlja redno. Prav tako bi lahko govorili tako o individualnem ravnanju (oziroma početju nekaj ljudi) kot tudi o ravnanju množice ali kolektiva (včasih hkratno početje množice ljudi, ki se zavedajo skupnih ciljev in vedenjskih vzorcev ter med seboj bolj ali manj sodelujejo).

¹ Treba je omeniti, da si lahko nekateri od teh posameznih zaključkov nasprotujejo, kot na primer vprašanje rednega uživanja manjših količin alkohola (ki je zdravo v smislu preprečevanja kardiovaskularnih bolezni, vendar tudi zdravju nevarno, ker lahko povzroča odvisnost in druge težave, povezane z uživanjem alkohola; Anderson in Baumberge, 2007).

Pri takšni raznovrstnosti z zdravjem povezanega vedenja (in zdravega življenjskega sloga) je težko natančno določiti smer zelenega ukrepa, kadar je glavni cilj splošno zdravje množice ljudi hkrati (in ne le zmanjšanje tveganja za eno, specifično bolezen pri posamezniku). Na podlagi raziskav lahko domnevamo le, da gre za široko paleto vedenjskih vzorcev s potrjenim pozitivnim vplivom na javno zdravje (z upoštevanjem vrste kazalnikov). Če upoštevamo ta vpliv, velja omeniti vedenja, ki niso le naključna, temveč se izvajajo na tako intenziven, reden in vztrajen način, da imajo na zdravje želen učinek (zato se pri življenjskem slogu tako poudarja rednost in ponovljivost). Hkrati iz etičnih razlogov velja spodbujati dejavnosti, ki jih bodo ljudje zavestno in rade volje sprejeli ali izbrali iz široke ponudbe, ki jim je na voljo. Ta pogoj izhaja iz tega, da prihaja pri oblikovanju z zdravjem povezanega vedenja do zavračanja nekatereh metod, ki so sicer zasnovane za izboljšanje življenjskega sloga, vendar nasprotujejo volji vključenih skupin ali skupnosti oziroma jih te ne odobravajo. Govorimo o skupinah, saj gre za vplivanje na zdravje vrste ljudi na podlagi ukrepov, namenjenih ne le posamezniku, temveč tudi širši množici.

3. Determinante, ki določajo z zdravjem povezano vedenje

Še en vidik kompleksne narave z zdravjem povezanega vedenja, ki ga je vredno omeniti, je raznovrstnost njegovih determinant. Ukrepi na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja se ponavadi osredotočajo na izbrane determinante tega vedenja, le redko pa neposredno na to vedenje samo.

V družboslovju lahko najdemo številne različne teorije, ugotovitve in razprave o tem, kaj določa človekovo vedenje, tudi tisto, ki je povezano z zdravjem (npr. Glanz, Rimer in Lewis, 2002).

Še vedno ostaja nerešeno vprašanje, ali lahko najdemo glavne vzroke vedenja predvsem pri posamezniku oziroma v človeku samem ali pa mogoče v zunanjem okolju, družbi in življenjskih razmerah. Koliko in pod kakšnimi pogoji sta bistvena prvi ali drugi dejavnik? Z drugimi besedami, ali (in koliko) človeka vodijo neki notranji impulzi (njegovo vedenje izhaja iz pripadajočih lastnosti in kar je pomembnejše, svoje vedenje sam nadzoruje) ali zunanji dejavniki (na njegovo vedenje vplivajo značilnosti in vplivi okolja, v katerem živi, in sam nima večje priložnosti, da bi se zunanjim vplivom uprl).

Če lahko vzroke vedenja najdemo predvsem pri človeku, katera teorija je potem bližje resnici? Mar bolj držijo kognitivne teorije, ki trdijo, da je vedenje posledica našega razmišljanja in da svet, ki nas obdaja, tolmačimo v skladu s svojimi "kognitivnimi zemljevidi" (strukturami konceptov, vrednostnimi sistemi, merili razumnosti ipd.), da razumsko obdelamo informacije in sprejmemo zavestno odločitev, kako se obnašati (tudi če se pri tem ukлонimo pritiskom in podredimo standardom)? Ali pa so morda bližje resnici "teorije globine" (angl. theories of depth), po katerih človeško vedenje izhaja iz nezavednih notranjih spopadov, vzgibov in drugih gonilnih sil, ki so skrite globoko v naši duševnosti in jih le težko razumsko nadzorujemo? Morda pa imajo prav biološke in evolucijske teorije, ki zagovarjajo, da je vedenje posledica mehanizmov in lastnosti, zakodiranih v organizmu, so neodvisni od človekove volje in se tej volji le težko uklonijo? Nemara so pravilni behavioristični koncepti, v skladu s katerimi smo odzivna bitja, kar pomeni, da večjo pomembnost pripisujemo lastnostim dražljajev, ki na nas delujejo, kot pa vsebini misli ali mehanizmov, skritih v globinah duševnosti ali telesnem organizmu, pri čemer ti dražljaji prenašajo mehanizme v bolj ali manj zavestno notranje tehtanje dobitkov in izgub, povezano s tem, ali bomo ukrepali ali ne.

Če ne moremo dokončno odgovoriti na vprašanje, ali naše ravnanje usmerja vsebina naših misli, skritih nagnjenj in mehanizmov oziroma nanj vplivajo zunanji dražljaji, ostaja še vedno odprto vprašanje, kateri dejavniki (in kdaj) bolj vplivajo na naše vedenje. Natančneje: ali se večinoma podredimo dražljajem in skušamo najti (oziroma naše telo išče) zadovoljstvo ali notranjo harmonijo, ali nekaj delamo raje zato, da bi se izognili kaznovanju, kot pa, da bi se potegovali za nagrado, ali želimo povečati sredstva ali uresničevati vrednote, ali nas vodi sebičnost ali altruizem, smo bolj razumski ali bolj čustveni? Do kakšne mere in v kakšnih okoliščinah nas vodi volja do življenja, prizadevanje za nadaljevanje vrste (prenos genov), podrejenost vzorcem ali normam in vrednotam, potreba po samoizpolnitvi ipd.? Ali smo, kot človeka opisujejo priznani misleci, bolj homo faber ali morda bolj homo ludens, homo oeconomicus ali homo symbolicus? Morda je naši naravi bližje Tischerjev homo sovieticus, ki uporablja le to, kar mu nekdo ponudi, in čaka, da bo nekdo zanj poskrbel, ne da bi pri tem samostojno ukrepal in prevzel odgovornost za svojo usodo? Morda so za naš značaj značilne neke druge lastnosti ali pa na splošno univerzalne lastnosti človeka sploh ne obstajajo?

Če potemtakem naše vedenje ne izvira iz lastnosti posamezne osebe, temveč lastnosti obkrožajočega sveta, okolja, v katerem živimo: ali ravnamo bolj v skladu s tem, kar je fizično (npr. značilnosti podnebja, tehnološkega okolja), ali s tem, kar je družbeno? Do kakšne mere nas določa naše mesto v družbeni strukturi in dodeljeni ali doseženi status (in standardi, ki so z njim povezani) ter koliko lahko samostojno oblikujemo svoje družbene vloge in načine ravnanja? Koliko na nas vpliva razvoj civilizacije (še posebno zdaj, v času pospešenih tehnoloških sprememb) in do kakšne mere ostanemo nespremenjeni? Smo se že spremenili v "globalnega človeka" ali pa nam še vedno vladajo značilnosti domače, lokalne kulture? Ali smo "izdelek" ali soustvarjalec pojavov in družbenih procesov, ki nas obdajajo?

Vse te dileme veljajo tudi za področje zdravja. Potem se pojavi dodatno vprašanje: ali zdravju koristno vedenje določajo predvsem razlogi, povezani z zdravjem (npr. vrednosti, pripisane zdravju, primeri zdravih vedenjskih vzorcev, zdravstveno stanje), ali okoliščine, ki z zdravjem sploh niso povezane (npr. stopnja splošne izobrazbe, vzorci uspešnega življenja, uporabljene tehnologije)? Torej, ali je mogoče omejiti poskuse oblikovanja teh vedenj na ukrepe, ki zdravju koristijo, ali pa morda (in koliko) moramo vplivati na dejavnike, povezane z drugimi področji (npr. izobraževalna politika, pravice potrošnikov)?

In končno, ali so zaključki o katerem koli od naštetih problemov splošni, torej veljajo za vse ljudi ali večino? Ali morda nekateri od njih veljajo za nekatere družbene skupine in spet drugi za druge? Morda je vsak posameznik tako drugačen, da je težko določiti nek skupni dejavnik ali mehanizem, ki pogojuje človeško vedenje? In tudi, če bi tak dejavnik določili, ali bi bil ta enak v vseh okoliščinah človekovega življenja? Ali ravnanje posameznika vedno narekujejo enaki dejavniki ali pa se ti spreminjajo glede na okoliščine, v katerih se neko dejanje, ali vsaj predhodni razmislek o njem, zgodi? In končno, ali se pri vsaki vrsti z zdravjem povezanega vedenja ukvarjamo s podobnimi determinantami? Na primer: ali starejši človek pri enakih pogojih deluje enako kot mlajši ne glede na to, ali gre za telesno dejavnost ali izbiro hrane, ne glede na to, ali je utrujen ali lačen, in ne glede na to, ali počitnikuje s prijatelji ali pa je na poslovnem potovanju z zahtevno stranko?

Čeprav so se v družboslovju nakopičile že mnoge ugotovitve, ki opisujejo vpliv določenih dejavnikov na različne oblike z zdravjem povezanega vedenja, je znanje na tem področju še vedno nezadostno, še posebej, kadar ga obravnavamo v okviru možne uporabe. Na primer, ugotovitve pogosto ustrezajo ozko ločenim kategorijam vedenja, za druge pa so neprimerne. Včasih ravnanje v specifičnih okoliščinah pogojujejo čisto določeni dejavniki, ki v drugačnih okoliščinah nimajo več istega zelenega učinka. Čeprav je bilo zbranih veliko podatkov v zvezi z vprašanjem, kako začasno spremeniti način vedenja, obstaja jasno pomanjkanje znanja o tem, kako spremembo ohraniti na dolgi rok. Ugotovitve se pogosto navezujejo zgolj na vpliv nekega izoliranega dejavnika brez zadostne primerjave z drugimi vplivi, saj so raziskave izvedene na podlagi enodimenzionalnega pojmovanja človeka. Končno, ne zgodi se poredko, da si ugotovitve tudi nasprotujejo. Glede na znanstvene dokaze je tako težko domnevati, da obstaja dobra, relativno univerzalna razlaga vzrokov vseh (ali vsaj večine) pomembnih oblik z zdravjem povezanega vedenja in da obstajajo splošno znani učinkoviti načini, kako to vedenje spremeniti v pozitivno smer.

Če sprejmemo domnevo, da lahko vse izmed omenjenih (in drugih) konceptov, ki pojasnjujejo človeško vedenje, do neke mere upravičimo (v povezavi s posameznimi kategorijami vedenja, kategorijami ljudi, specifičnimi okoliščinami ipd.) in če upoštevamo dejstvo, da znanstvene ugotovitve v resnici veljajo zgolj v majhnem objektivnem obsegu, obstaja potreba po združevanju glavnih dejavnikov v celoto oziroma v eno glavno determinanto z zdravjem povezanega vedenja, zato da bi približno določili predmet zelenih ukrepov na področju zdravja. V ta namen sledi predstavitev teoretičnega modela, ki za potrebe zdravstvene vzgoje in promocije zdravja razvršča glavne dejavnike, ki jih štejemo za determinante z zdravjem povezanih dejavnosti posameznikov in družbenih skupin.

4. Splošne predpostavke modela

Če je splošno prepoznano vedenje, povezano z zdravjem, kompleksen in raznovrsten pojav, je verjetno izpostavljen tudi številnim dejavnikom. Zato na tem mestu niso relevantne teorije, ki se nanašajo na posamezne homogene skupine dejavnikov in ki enodimenzionalni koncept človeka jemljejo za univerzalnega. Nadalje, če je res, da le za del z zdravjem povezanega vedenja (s stališča medicine) obstaja razmeroma natančno določljiv vzrok, se pojavi potreba po širšem vključevanju nehotenih dejavnikov med pojasnjevalne

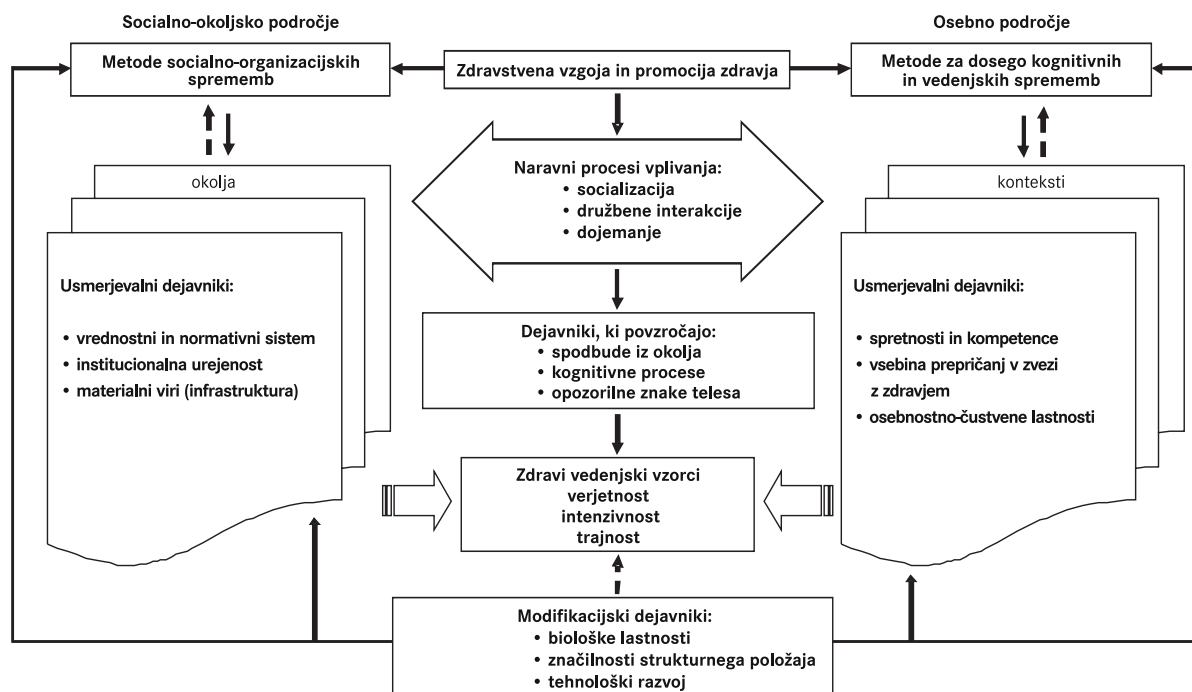
spremenljivke. Ti dejavniki vključujejo: čustva, ustaljene oblike vedenja, spodbude iz družbene interakcije, vplive kulture in socialne strukture, neposredni pritisk družbenih ustanov, materialne razmere ipd. Če je res tudi to, da z zdravjem povezanega vedenja, tudi refleksivne narave, pogosto ne spremlja razmišljanje o njegovi povezavi z zdravjem in da se pogosto zgodi iz drugih vzrokov, ki niso povezani z zdravjem², potem ni primerno, če se pri njihovi razlagi navezujemo le na področje zavedanja (znanje, prepričanja, vrednote, odnosi ipd.), ki se ukvarja z zdravstvenimi vprašanji. Poleg tega splošno razširjeno mnenje ni vselej konsistentno, racionalno in združljivo z logiko učenjakov, ki razvijajo teoretične kognitivne modele.

Potreba po širšem pogledu izhaja tudi iz dejstva, da so lahko različni, a specifični dejavniki in mehanizmi glavni vzrok različnih vrst vedenja (nekateri dejavniki lahko določajo, da nekdo ne kadi in se zdravo prehranjuje, drugi dejavniki pojasnijo utrditev neke navade ali njene namenske spremembe ipd.). Še več, vsebinsko podobne dejavnosti izvajajo različni ljudje z različnimi motivacijskimi dejavniki. Pogosto jih ne določa le posamezen dejavnik, temveč široka paleta dejavnikov. Čeprav se te domneve zdijo očitne, raziskave in izkušnje na področju promocije zdravja kažejo drugačno sliko.

Predpostavka praktične uporabe modela pomeni, da je bil zasnovan kot pripomoček pri razvijanju, izvedbi in evalvaciji programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Omogoča zbiranje, organizacijo in usklajevanje empiričnih ugotovitev in lahko predstavlja matrico področij delovanja v okviru programov ukrepov. Glavni elementi, ki so vključeni vanjo, so vsaj nekoliko podvrženi spremembam v organiziranih postopkih promocije zdravja, ki se realizirajo tako na ravni populacije kot tudi v manjšem obsegu (npr. pri delu). Manj pomembni so tisti dejavniki, na katere promotorji zdravja ne morejo vplivati (npr. sestava skupnosti glede na spol, starost in stopnjo izobrazbe ter stopnjo tehnološke razvitosti).

Na splošno lahko glavne determinante z zdravjem povezanega vedenja prikažemo shematično, kot sledi (slika 1).

Slika 1. Model determinant z zdravjem povezanih dejavnosti (vir: spremenjena študija na podlagi Puchalskega, 2008).



Z zdravjem povezano vedenje predstavnikov specifične družbene skupnosti je tukaj vključeno kot posledica dejavnikov (vključno z namernimi ukrepi), ki jih najdemo na dveh področjih: socialno-okoljskem in osebem. Na vsakem smo razlikovali med: (1) pojavi in lastnostmi, ki se oblikujejo skozi naravne

² Na primer, pri izbiranju hrane z menija se skoraj štirikrat toliko predstavnikov poljske družbe odloča na podlagi prepričanja, da mora biti hrana prej okusna kot zdrava. Čeprav le peščica anketirancev meni, da je ocvrto meso zdravo, jih je tretjina izjavila, da bi ga rada pogosteje uživala, približno 70 % pa je še posebno všeč (Pentor, 2005).

processe razvoja posameznika in skupnosti, ter (2) dejavnostmi, ki se izvajajo v okviru namernih ukrepov na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, kot je prikazano v zgornjem delu diagrama.

Determinante, ki se oblikujejo naravno, smo razdelili v dve skupini. Prva vključuje usmerjevalne dejavnike, ki so ločeno prikazani za socialno-okoljsko in osebno področje. Določajo možnosti izvedbe, vsebine in intenzivnosti za zdravje pomembnega vedenja. Nadalje, vključujejo pojave, ki se bolj ali manj podrejajo izobraževalnim in promocijskim ukrepom in jih lahko ti tudi spreminjajo. Druga skupina, prikazana v spodnjem delu diagrama, je sestavljena iz tako imenovanih modifikacijskih dejavnikov. Možnost njihove preobrazbe pa ni več v moči promotorjev zdravja. Oboje vpliva na usmerjevalne dejavnike in predstavlja splošno ogrodje za uporabo socialno-tehničnih dejavnosti.

Okoliščine, ki jih prepoznamo kot socialne in okoljske dejavnike, se lahko nanašajo na različne družbene skupine, v katerih posameznik deluje. Navadno gre za elemente okolja, v katerem se izvajajo programi zdravstvene vzgoje in promocije zdravja (npr. pri delu), vendar pa moramo pri tem upoštevati tako druga področja (npr. socialna in poklicna, družinska), v katera je subjekt preučevanega vedenja ponavadi postavljen, kot tudi okolja, ki so zanj zelo pomembna. Elementi teh različnih okolij so si včasih podobni in medsebojno združljivi, lahko pa se razlikujejo in so si celo nasprotujoči.

Podobno lahko dejavniki, ki jim pravimo osebni, razkrijejo številne nasprotujoče si vidike, odvisno od situacijskega konteksta, v katerega je oseba postavljena. Tak okvir lahko neposredno vpliva na vanj postavljenega posameznika, sproži njegovo razmišljanje, spodbuja upoštevanje teh ali drugih vrednot, sproži te ali druge odzive, ki so v danih okoliščinah primerni (npr. zabava, počitnice, uživanje hrane in pijače, ljubezen, delo). Lahko gre tudi le za miselni okvir, ki izhaja iz namernega ali čustvenega sprejemanja enega ali drugega pristopa. Različne okoliščine, ki v istem človeku sprožijo različna in včasih nasprotujoča si vedenjska nagnjenja, izhajajo iz koncepta mnogoličnosti človeške narave (Ossowski, 1967). Po tem konceptu človeka oblikuje široka paleta pogosto neusklajenih prepričanj, hotenj ali odnosov, ki so posledica socializacije v različnih družbenih okoljih. Okolje, v katero je človek trenutno postavljen (v resnici ali le miselno) ali dejanja, ki jih stori, v njem sprožijo te mnoge predhodno izoblikovane odnose in nagnjenosti (ki mirujejo), ki so značilne za specifično okolje, dejanje ali bolj splošno duševno stanje. Primer tega bi lahko bil človek, ki vsak dan skoraj fanatično spoštuje načela zdrave prehrane, je intenzivno fizično dejaven, se izogiba pitju alkohola in tobačnemu dimu in se podreja načelom varne spolnosti, hkrati pa zunaj okvira vsakdanjega življenja (delo, družina), med koncem tedna ali na počitnicah, med zabavo in sproščanjem, radikalno spremeni svoje odnose in dejanja.

Obe področji usmerjevalnih dejavnikov, tako socialno in okoljsko kot tudi osebno, sta na diagramu medsebojno povezani zaradi treh procesov. Prvi, najboljšežnejši, zapleten in dolgotrajen proces je socializacija, s katero posamezniki pridobijo (ponotranjijo) svoje standarde, vzorce, pričakovanja in vrednote, prisotne v družbi (različna okolja, krogi ali družbeni okviri). Drugi mehanizem, ločen od prejšnjega, sestavljajo družbene interakcije, v okviru katerih ljudje oblikujejo in potrdijo svoja prepričanja, vzorce obnašanja, prepoznajo priložnosti za dejanja ali ovire, ki jih omejujejo, pridobijo spretnosti, se podrejajo vzorcem, standardom in pričakovanjem, izkusijo družbeni pritisk, prejmejo spodbudo in podporo. Tretji mehanizem, ločen od prejšnjega, vključuje procese, povezane z doživanjem nekega položaja, ki omogoča orientacijo glede dejanskih potreb in priložnosti ali namernih izbir. Ti trije hierarhični procesi in mehanizmi so vzrok, da je z zdravjem povezano vedenje posledica interakcije med družbenimi in okoljskimi ter osebnimi dejavniki. Po eni strani v zavest ljudi prenašajo vplive socialnih in okoljskih dejavnikov, po drugi strani pa kažejo aktivno vlogo človeka pri doživljanju in obdelavi teh vplivov.

Z zdravjem povezano vedenje ni le posledica že opredeljenih, razmeroma ustaljenih (usmerjevalnih in modifikacijskih) dejavnikov, temveč tudi naključno pojavljajočih se spodbud nekega ravnanja, ki jim pravimo sprožilni dejavniki. Ponavadi se pojavijo samodejno, nekatere od njih pa lahko namerno sprožimo v programih promocije zdravja. Lahko izvirajo iz okolja (npr. medijski dogodki, ki prikazujejo specifičen problem), lahko pa se nanašajo tudi na procese, ki se pojavljajo na osebni področji (npr. opažanje simptomov bolezni).

Z zdravjem povezano vedenje, njegova verjetnost, intenzivnost in trajnost veljajo za učinek navedenih okoliščin in interakcije med njimi. Na splošno lahko sklepamo, da čim bolj so dejavniki zdravja, ki se pojavljajo v obeh skupinah, navedenih v diagramu, različni in medsebojno usklajeni, večja je verjetnost, da bo želeno ravnanje izvedeno.

V nadaljevanju predstavljeni kratek opis vseh dejavnikov v tem modelu postavlja hipotezo o vlogi izbranih spremenljivk pri povečevanju verjetnosti z zdravjem povezane aktivnosti na splošno. Ne nanaša se na posamezna dejanja, saj lahko tovrstne spremenljivke določimo za izbrani tip dejavnosti, kot npr.: kajenje, vzdrževanje normalne telesne mase in opravljanje rednih zdravniških pregledov.

5. Osebnostne determinante z zdravjem povezanega vedenja

Na področju osebnih determinant, ki se kažejo pri človeku, so vključene tri analitično ločene skupine: (a) vsebina prepričanj v zvezi z zdravjem, (b) spretnosti in kompetence, (c) osebnostno-čustvene lastnosti (slika 1).

Vsebina z zdravjem povezanih prepričanj vključuje predvsem: uveljavljene vrednote in cilje (tako konvergentne kot tudi alternativne zdravju), sprejet koncept zdravja, prepričanja o determinantah zdravstvenega stanja, uveljavljene družbene standarde o vedenjih, povezanih z zdravjem, in predstave o pričakovanih glede drugih, v tem pogledu pomembnih vedenj. Zajema lahko tudi prepoznane racionalizacije, ki jih posameznik sprejme, da bi upravičil neko z zdravjem povezano dejavnost ali njeno odsotnost, zaznane koristi in izgube, ki iz take dejavnosti izhajajo, ter omejitve ali pomoč pri izvajanju. Vključena so tudi prepričanja o samem sebi, kot so: samoocenjevanje, ocenjevanje lastnega zdravja, dobrega počutja in težav, dovzetnih za spremembe (npr. upadanje telesne kondicije, povečanje telesne mase), prikladnost posameznikovih možnosti za vplivanje na zdravje (položaj nadzora), samoučinkovitost pri izvedbi dejavnosti, povezanih z zdravjem, in dovzetnost za bolezni, povezane z določenim življenjskim slogom. Dejavniki iz te skupine so spremenljivke, ki se najpogosteje pojavijo pri raziskovanju determinant z zdravjem povezanega vedenja.

Spretnosti in kompetence po eni strani vključujejo bolj ali manj ustaljene in naučene odzive (npr. veščina smučanja, zmanjševanje napetosti, sklepanje prijateljstev, uveljavljanje), po drugi strani pa znanje, ki pride prav pri vedenju, koristnem za zdravje (npr. sposobnost izkoristiti ugodnosti, ki jih ponuja zdravstveni sistem, uporaba interneta, priprava zdravih obrokov). Prav tako k splošnim sposobnostim sodi tudi sposobnost razumeti in uporabljati vsebino zdravstvenih sporočil (zdravstvena pismenost). Ugodna za spodbuditev aktivnosti v zvezi z zdravjem so lahko tudi splošna nagnjenja ter lastnosti, ki se specifično nanašajo na najširši možni obseg potencialnega, z zdravjem povezanega vedenja.

Lastnosti, ki jim pravimo osebnostno-čustvene, vključujejo: raven zanimanja za vprašanja, povezana z lastnim zdravjem, čustven odnos do vrste zdravih ali nezdravih vedenjskih vzorcev in sporočil, ki nekatere vedenjske vzorce spodbujajo, druge pa prepovedujejo, dovzetnost za tovrstna sporočila in družbeni pritisk (konformizem), občutene potrebe (v nasprotju s prepričanji o potrebah in vrednotah), povezane z dejavniki, ki vplivajo na zdravje, ali osebnostne lastnosti (kot so vztrajnost, radovednost, odprtost za spremembe). Spremenljivke iz te skupine so nedvomno najmanj dovzetne za spremembe.

6. Družbene in okoljske determinante z zdravjem povezanega vedenja

Na družbeno-okoljskem področju (slika 1) je treba razlikovati med tremi skupinami medsebojno povezanih usmerjevalnih dejavnikov: (a) vrednotami, standardi in vzorci vedenja (vrednostni in normativni sistem), (b) institucionalno urejenostjo ter (c) infrastrukturo in materialnimi viri.

Prva skupina zajema predvsem zakonske norme, moralna pravila, običaje in navade, ki se nanašajo na vedenje, pomembno za zdravje. V ozadju teh standardov so tudi mehanizmi podpore in družbenega nadzora, ki določajo moč njihovega vpliva. Ločeno lahko nakažemo tudi družbene vzorce z zdravjem povezanega vedenja, ki so značilni za celotno skupnost in hkrati primerni za "pomembne druge" in referenčne skupine (pozitivne in negativne). Obstajajo tudi modeli in vrednote, ki se prek različnih medijev namerno razširjajo v družbi, tudi tisti, ki se razširjajo s trženjem. Pozornost je treba posvetiti tudi dejstvu, da so spremenljivke v modelu opisane kot primerne za družbeno-kulturno okolje, v katerem posamezniki živijo, in ne za njihovo osveščanje.

Medtem ko se omenjene okoliščine navezujejo na kulturno okolje, so druge okoliščine bližje strukturalnemu pristopu k družbi. Tukaj moramo upoštevati prisotnost in status v družbeni strukturi vlog, skupin, organizacij in institucij, ki izoblikujejo vrednote, standarde, vzorce, pričakovanja, pripomočke in omejitve glede vedenja, povezanega z zdravjem. Pri tem lahko omenimo tudi različne vrste politik (politike države, delodajalcev, zavarovalnic, industrijskih koncernov in drugih), ki spodbujajo zdrav (ali nezdrav) življenjski slog, postopke ukrepanja (vključno z zdravstvenimi programi, načini učenja) in z njimi povezane oblike organizacije, tako tiste, ki neposredno vključujejo ljudi, kot tudi tiste, ki ljudem služijo zgolj za zgled (socialna gibanja, civilne organizacije, strokovne in vodstvene vloge).

Za razliko od omenjenih družbenih virov, materialni viri vključujejo razpoložljivost izdelkov v danem okolju ter infrastrukture in storitve za izvajanje dejavnosti, povezanih z zdravjem. Ta skupina spremenljivk zajema tako prisotnost (ponudbo) teh elementov (kot so zdrava hrana, turistične poti, športna oprema, informacije o zdravstvenih vprašanjih) kot tudi fizično razumljene možnosti za njihovo uporabo oziroma dejansko razpoložljivost za ljudi.

7. Modifikacijski dejavniki

Na delovanje vseh omenjenih determinant (družbenih in okoljskih ter osebnih usmerjevalnih dejavnikov) vplivajo t. i. modifikacijski dejavniki. Razdelimo jih lahko v tri glavne skupine: (a) razvijajoče se nove tehnologije, ki spreminjajo tako socialno kot tudi materialno plat življenjskega sloga, (b) lastnosti socialno-demografskega položaja in (c) biološke lastnosti subjektov z zdravjem povezanega vedenja. Pri lastnostih socialnega položaja velja omeniti stopnjo izobrazbe in finančno stanje, ki najbolj spreminjata splošno aktivnost v zvezi z zdravjem. Prav tako sta pomembna tudi starost in spol. Bistvena značilnost vključuje trenutno, široko opredeljeno zdravstveno stanje (ki oblikuje potrebe in priložnosti za neko ravnanje) in tudi izkušnje, povezane s preteklim zdravstvenim stanjem.

8. Ukrepi promotorja zdravja kot determinante z zdravjem povezanega vedenja

Če je promocija praktična dejavnost, namenjena predvsem oblikovanju z zdravjem povezanih dejavnosti ljudi, skupin in organizacij, potem med vsemi determinantami te dejavnosti le stežka spregledamo njeno vlogo. Pomanjkanje ukrepov, ki se izvajajo pod okriljem zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, bi dejansko pomenilo, da ne vplivajo pomembno na oblikovanje vedenja, ali nasprotno, da so tako učinkoviti, da nam o njihovem vplivu sploh ni treba razmišljati. Projekt zdravstvene vzgoje in promocije zdravja je navsezadnje v številnih pogledih prav tako element realnosti, ki človeka obkroža, kot kateri koli od drugih elementov, ki jih obravnavamo pri modelih determinant z zdravjem povezanega vedenja.

V tem modelu bistvene ukrepe promotorja zdravja (ki ga prej kot specifičnega posameznika razumemo kot družbeno institucijo) razumemo na dva načina. Prvi sklop ukrepov zajema projekte družbenega vplivanja na osebne determinante, v drugem sklopu pa so ukrepi, ki uvajajo socialne in organizacijske spremembe, usmerjene v okolje. V popolnem pristopu lahko vključujejo tudi vplive na procese socializacije, interakcije in doživetja (npr. procesi izobraževanja, trženja).

Prva skupina ukrepov, ki pride v poštev pri spreminjanju osebnih dejavnikov (predvsem psihičnih), vključuje tradicionalno razumljeno zdravstveno vzgojo (ki jo razumemo kot prenos teoretičnega znanja o zdravstvenih vprašanjih), marketinške napore, ki so namenjeni oblikovanju čustvenih odnosov do zdravja, z zdravjem povezano vedenje in z njim povezane predmete, izobraževanje za razvijanje spretnosti, ki se navezujejo na želene dejavnosti in spopadanje s stranskimi učinki, ali predstavitev rezultatov zdravniških pregledov t. i. ciljnim skupinam. Drugo področje dejavnosti, ki promovirajo zdravje in se nanašajo na spodbujanje razvoja skupnosti in organizacij v zdrava okolja (Grossmann in Scala, 1993), pokriva lobiranje in zagovorništvo, ustvarjanje voditeljev, koalicij in struktur, spodbujanje dejavnosti v skupnosti, spodbujanje oblikovanja politik, izvajanje standardov in predpisov ter drugih oblik podpore inovacijam (upravljanju sprememb) v zdravju.

Na splošno lahko določimo sedem glavnih, med seboj povezanih strategij ravnanja, ki se uporabljajo za izboljšanje osveščenosti v zvezi z zdravjem in življenjskega sloga družbe. Nekatere od teh strategij se izvajajo na osebni (posamezniki ali skupine, prepoznane po imenu) in druge na socialnem in okoljskem področju (tehnološkem, organizacijskem, kulturnem okolju ipd.).

Informacijski pristop (prepričevalen in izobraževalen): posredovanje informacij za oblikovanje, razvoj in spreminjanje človekovih prepričanj, vrednotenj in stališč, da bi na podlagi tega znanja ljudje na racionalen način opustili vedenje, ki velja za neprimerno, in prevzeli želene vedenjske vzorce.

Marketinški pristop (čustveno-motivacijski): posvečanje pozornosti težavam, njihovo oglaševanje in izgrajevanje pozitivnih ali negativnih čustev na tej podlagi, saj si ljudje želijo vedenjskih vzorcev, povezanih s pozitivnimi čustvi, in zavračajo tiste, ki so povezani z negativnimi občutki (npr. strahom, strahom pred poslabšanjem zdravja).

Pristop, ki se osredotoča na razvoj osebnih virov: razvijanje spretnosti in sposobnosti za začetek in nadaljevanje z zdravjem povezanih vedenjskih vzorcev ter izogibanja tveganim vzorcem (npr. povečevanje samozavednosti, samoučinkovitosti, sposobnosti spopadanja s težavami, iskanje primernih rešitev, koristi od podpore sorodnikov in relevantnih družbenih organizacij ipd.).

Pristop, ki temelji na socialnem vplivu: razvijanje družbenega okolja: ustvarjanje novih trendov, novih vzorcev vedenja (posebej med "pomembnimi drugimi" in "referenčnimi skupinami"), mobilizacija javnega mnenja, spodbujanje skupnosti k sodelovanju v korist zdravja in pri reševanju problemov, pomoč in podpora takšnim dejavnostim.

Regulativni pristop (zakonski in finančni): uvedba formalnih pravil (standardov, postopkov, zakonov, davčnih predpisov) za zdravju koristna dejanja ali zagotovitev pripomočkov za njihovo realizacijo ter uvedba predpisov, ki omejujejo spodbude ali priložnosti za tvegana dejanja (npr. obvezna uporaba varnostnih pasov, prepoved oglaševanja tobaknih izdelkov, zakonsko omejevanje svobode kajenja, povečanje trošarine na alkohol, obvezna uvedba predpisanih informacij na embalaži živil).

Tehnični in okoljski pristop: razvoj infrastrukture, tehnološki razvoj, ponudba izdelkov ali storitev za doseganje zdravega življenjskega sloga: prostori in rekreacijski objekti, kolesarske steze, športna oprema, tehnike treniranja, funkcionalna hrana, energijsko učinkovite tehnologije, pripomočki in nove oblike komuniciranja o zadevah v zvezi z zdravjem (vključno prek novih medijev).

Pristop, ki temelji na izboljšanju socialnega statusa: politične dejavnosti, namenjene povečanju splošne stopnje izobrazbe in blagostanja družbe, izenačevanju priložnosti na tem področju, podpori družbeno marginaliziranim skupinam in demokratizaciji družbenega življenja kot osnovnim okoliščinam in dejavnikom, ki spodbujajo zdrav življenjski slog in odvrčajo od zdravju škodljivega življenjskega sloga.

Vse opisane strategije lahko uporabimo (in bi jih morali) tako v zdravstveni vzgoji kot tudi promociji zdravja.

9. Povzetek

Osnutek opisanega modela izpolnjuje nekaj osnovnih funkcij.

Prvič, razbiti poskuša tradicionalno osamitev disciplin in teorij na to temo in precej enostranske pristope k vedenju in njegovim determinantom. Čeprav je izpostavljen obtožbam eklectizma in pomanjkljivosti v znanstveni natančnosti, je njegova vloga ta, da nasprotuje stališčem, ki pri iskanju natančnosti izgubijo bistvo predmeta raziskave in skušajo več povedati o stvareh, ki so manj pomembne z vidika praktičnih potreb.

Drugič, model opisuje pojave, ki bi morali biti vključeni v celostne projekte promocije zdravja v skupnosti ali organizaciji, čeprav empiričnih dokazov za njihovo natančno opredelitev v specifičnem družbenem okolju ni. Omeniti je treba tudi tiste spremenljivke, ki jih (če so v okolju empirično opredeljene) lahko uporabimo za oceno vplivov izvedbenega projekta. Predmet te ocene pa niso nujno samo spremembe z zdravjem povezanega vedenja, temveč tudi trajna sprememba determinant tega vedenja v smeri spodbujanja aktivnosti, povezanih z zdravjem.

Če si pogledamo determinante z zdravjem povezane dejavnosti (na splošno ali v ozkem pogledu) z vidika praktičnih potreb zaradi izvajanja projektov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, velja pozornost posvetiti tudi razlikovanju med koristnimi in nekoristnimi dejavniki posamezne oblike dejavnosti. S tega vidika lahko med pogoji, opisanimi v modelu, izluščimo tiste, ki bi jih z vidika promocije zdravja morali podpreti, in tiste, ki bi jih morali šteti le za prehodne ali jih celo izločiti. Nadalje, opazimo lahko tudi, do kakšne mere lahko na te pogoje vplivamo z metodami vzajemnega delovanja, ki so na voljo v zdravstveni vzgoji in promociji zdravja (na splošno ali v okviru določenega intervencijskega projekta).

Hkrati je treba upoštevati, da je vsak projekt promocije zdravja tudi rezultat ustvarjalnih dejavnosti, ki jih v sistematičnih znanstvenih postopkih zlahka spregledajo. Torej, ni treba, da se prav vse podredi tem postopkom. Čeprav je bil predstavljeni model oblikovan tudi v znanstvene namene, se ga lahko uporablja v programih promocije zdravja kot orodje spodbujanja dejavnosti družbe na tem področju in ustvarjalnega dela med promotorji zdravja in udeleženci projekta (za zavedanje o zapletenih vzrokih in mehanizmi obravnavanja njihovega zdravja in determinantah učinkovitosti ukrepanja).

Viri in literatura

1. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. Report from the perspective of public health [v poljščini]. Varšava: PARPA Media; 2007.
2. CBOS. Current issues and events. Research Report, BS/138/2007 [v poljščini]. Varšava: CBOS; 2007.
3. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, ur. Health behaviour and health education: Theory, research and practice, 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
4. Grossmann R, Scala K. Health promotion and organisational development, European Health Promotion Series, No. 2. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1993.
5. Ossowski S. Works. Volume 3: Problems of social psychology [v poljščini], Varšava: PWN; 1967.
6. Pentor. Feeding habits of Poles. Report of Knorr [v poljščini]. 2005. Prevezeto: 12. 2. 2009. Dostopno na: <http://www.pentor.pl/19963.xml?MEDIA=pop>.
7. Puchalski K. Determinants of health activities in the context of health promotion – a draft of a sociological model. V: Heszen I, Życińska J, ur. Health psychology in the search of positive inspiration [v poljščini]. Varšava: SWPS Academica; 2008. p. 205–222.
8. Puchalski K, Korzeniowska E, Piwowarska-Pościk L. Health activity and common awareness [v poljščini]. Lodž: IMP; 1999.
9. Reeves MJ, Rafferty AP. Health lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. Archives of Internal Medicine 2005;165(8):854–857.

5. POGLAVJE

Metodologija zdravstvene vzgoje nižje izobraženih delavcev – pregled pristopov

Jacek Pyżalski

1. Uvod

Na začetku moramo opozoriti na nujnost ločevanja med procesi, povezanimi z vzgojo, o katerih bomo govorili v tem poglavju, ter izobraževalnimi procesi. Slednji so povezani s “postopki poučevanja, ki jih določajo okolje in umetno razvite metode”, stremijo pa k povečevanju “vrednosti ter zagotavljanju višje stopnje učinkovitosti in uspešnosti človeških virov” (Demetrio, 2006: 130).

Vzgoja, ki jo omenjamo v naslovu, predstavlja širši proces. Ne zajema le namernih dejavnikov temveč tudi naključne in nenamerne, ki včasih nimajo nobene povezave s sposobnostmi in z znanji, ki naj bi jih pridobili (Demetrio, 2006). Tako v tem okviru govorimo o ukrepih, ki presegajo “uradno” izobraževanje v ustreznih ustanovah, ter o ukrepih, ki od prejemnikov zahtevajo višjo stopnjo aktivnosti kot pri izobraževanju.

Pri analizi razpoložljivih rešitev na področju zdravstvene vzgoje odraslih iz izključenih skupin se moramo vprašati o temeljih posebne narave dela s takimi skupinami.

Najprej omenimo pomembnost razvojnega obdobja, v katerem so prejemniki vzgoje. Gre za odrasle osebe, ki so opredeljene kot skupina s specifično stopnjo intelektualnega, socialnega in čustvenega razvoja glede na obdobje v svojem življenjskem ciklu (Demetrio, 2006; Dubas, 2008). Obdobje odraslosti je polno življenjskih izzivov in je, kot pravi Demetrio (2006: 113), od nekdaj povezano z “nujnostjo soočanja z novimi izzivi, ustreznim odzivanjem na nepričakovane dogodke z osvojenim znanjem in z izboljšanjem predhodno pridobljenih spretnosti in znanj, potrebnih za prilagajanje okolju”. Čeprav govorimo o izobraževanju odraslih in se pri tem omejujemo na delovno aktivno prebivalstvo, moramo znotraj pojma odraslosti upoštevati vsaj nekatera obdobja, ki jih ločujejo raziskovalci človekovega razvoja. V klasifikacijah, ki jih navaja Dubasova (2006), ta starostni razpon ponazarjajo naslednja obdobja:

1. prehod v zgodnjo odraslost (17–22), zgodnja odraslost (17–45) in srednja odraslost (40–65) (klasifikacija po Levinsonu);
2. zgodnja odraslost (18–25), srednja odraslost (25–50) in del obdobja pozne odraslosti (50–75) (klasifikacija po Eriksonu).

Tako pri obravnavanju izobraževanja odraslih pravzaprav govorimo o izobraževanju skupin, ki se med seboj kvalitativno razlikujejo. To je posledica dejstva, da posamezne dobe odraslosti predstavljajo različna življenjska obdobja (denimo obdobje, povezano s poklicno kariero, vzgojo otrok itd.).

Kljub tem razlikam v andragogiki (vedi o izobraževanju odraslih) obstajajo splošna načela, ki se osredotočajo na optimizacijo procesov poučevanja in učenja odraslih. To so:

1. načelo avtonomizacije, ki se osredotoča na motiviranje odraslih, da prepoznajo svoje izobraževalne potrebe in napredek, ki so ga dosegli;

2. načelo interaktivnosti, ki se nanaša na stanje, ko odrasli uporabljajo lastne življenjske izkušnje v izobraževalnem procesu in sposobnost sodelovanja z drugimi med tem procesom;
3. načelo prilagajanja glavni nalogi, ki vključuje prepoznavanje ključne naloge, ki jo mora odrasla oseba izvesti v določenem obdobju svojega življenja;
4. načelo takojšnje uporabe, ki se nanaša na praktično uporabo pridobljenega znanja v konkretnih življenjskih okoliščinah (Knowles, navedeno v Demetrio, 2006).

Drugi ključni dejavnik, obravnavan v okviru tega projekta, ki poleg starosti vpliva na specifičnost izobraževanja izključenih oseb, so težave, ki lahko nastanejo zaradi specifičnih vedenjskih vzorcev na področju zdravja in odnosa do zdravja pri nižje izobraženih ljudeh. To področje zajema sposobnosti predelave znanja in spodbujevalnih dejavnikov, povezanih z zdravstvenimi vprašanji. Čeprav v tem poglavju obravnavamo izobraževanje nižje izobraženih ljudi, moramo poudariti, da je ta nižja izobrazba pogosto povezana z drugimi težavami, na primer z revščino. Tako literatura, ki se ukvarja s tem vprašanjem, obravnava širšo skupino prejemnikov, tj. osebe iz ranljivih skupin.

2. Zdravstvena vzgoja izključenih skupin kot izziv za javno zdravje

Metodologija zdravstvene vzgoje za izključene skupine je v posameznih državah eden glavnih izzivov javnega zdravja in ena najpomembnejših pristojnosti, ki bi morala biti v rokah strokovnjakov za javno zdravje (Petrakowa in Sadana, 2009). Čeprav obstaja zavedanje o razsežnosti tega problema, izobraževalne rešitve in razvojni programi za strokovnjake na tem področju (na primer tisti, ki jih ponujajo šole javnega zdravja) ne zadovoljujejo realnih potreb (Petrakowa in Sadana, 2009).

Medicinska stroka se prav tako ukvarja z vprašanjem učinkovitega komuniciranja z bolniki iz izključenih skupin, saj je dobra komunikacija glavni pogoj za zagotavljanje ustrezne zdravstvene oskrbe (Schyve, 2007). Dejavnosti Partnerstva za jasno komuniciranje v zdravstvu (Partnership for Clear Health Communication, PCHC; Managed Care Outlook, 2007) so dober primer razvijanja tovrstnih izobraževalnih rešitev. Ta organ združuje ameriške organizacije, ki si prizadevajo odpraviti negativne posledice slabe zdravstvene pismenosti. Schwartzbergova (2002) trdi, da je uspeh zdravstvene oskrbe v 21. stoletju vedno bolj odvisen od bolnikove sposobnosti razumevanja in uporabe informacij, povezanih z zdravjem. Isti avtor še navaja, da bolniki brez tovrstnih informacij dvakrat pogosteje tožijo o slabem zdravstvenem stanju kot drugi bolniki. Pogosto tudi zanemarijajo zdravnikova priporočila in ne vedo, kako bi spremenili svoje, z zdravjem povezano vedenje (Schwartzberg, 2002).

Znano je tudi, da strokovnjaki s področja zdravja pogosto precenjujejo sposobnosti prejemnikov iz izključenih skupin (predvsem nižje izobraženih oseb) in z njimi neučinkovito komunicirajo (Manning in Kripalani, 2007). Obenem učni načrti medicinskih fakultet izjemno redko obravnavajo vprašanje učinkovitega komuniciranja v zdravstvu in zdravstvene vzgoje izključenih skupin (Manning in Kripalani, 2007).

Če povzamemo: tako strokovnjaki s področja javnega zdravja kot s področja drugih medicinskih strok jasno opozarjajo na potrebo po iskanju rešitev glede komuniciranja z izključenimi skupinami, vključno z nižje izobraženimi ljudmi, in njihovo vzgojo na področju zdravja. Pri tem je treba posebej omeniti nezaostne teoretske in praktične rešitve na tem področju ter preredko vključevanje tega problema v učne načrte poklicnega usposabljanja strokovnjakov.

Širše gledano je velik del zdravstvene vzgoje nižje izobraženih odraslih oseb vključen v sistem neformalnega izobraževanja odraslih, ki predstavlja enega izmed stebrov koncepta vseživljenjskega učenja (Górowska-Fells in sod., 2007).

3. Metodologija zdravstvene vzgoje izključenih skupin – predlagana tipologija

Preden poskusimo razvrstiti možne rešitve na področju zdravstvene vzgoje nižje izobraženih ljudi, moramo poudariti, da trenutno obstaja zelo malo informacij o komunikacijskih metodah, ki jih strokovnjaki uporabljajo za boljše komuniciranje z zdravstveno slabo pismenimi osebami. Schwartzbergova

je s sodelavci opravila eno redkih raziskav na tem področju, in sicer je predstavnike medicinske stroke (zdravnike, medicinske sestre in farmacevte) spraševala, katere rešitve uporabljajo za učinkovitejše posredovanje informacij o bolnikovem zdravju. Rezultati raziskave so pomembni, saj predstavniki naštetih poklicev svoje bolnike ne izobražujejo samo v skladu s svojimi dolžnostmi v okviru zdravstvenega varstva, ampak tudi konkretnije, saj pogosto sodelujejo tudi pri zdravstveni vzgoji in promociji zdravja. Raziskovalci so ugotovili, da vprašani navadno uporabljajo metode "zdrave pameti", torej uporabljajo preprosto besedišče (pribl. 95 %), delijo tiskano gradivo, na primer zloženke (pribl. 70 %), ali pa govorijo počasneje (pribl. 67 %). Druge rešitve uporabljajo redkeje. Le okrog 40 % zdravnikov bolnika na primer prosi, naj ponovi povedano ali pa naj za pomoč pri razumevanju in pomnjenju navodil prosi enega od sorodnikov. Druge oblike komuniciranja, kot so telefonski klici za preverjanje pravilnega razumevanja in uporabe pridobljenega znanja, pa se uporabljajo najredkeje. Ko so strokovnjake vprašali, katere metode se jim zdijo najučinkovitejše pri komuniciranju z zdravstveno slabo pismenimi bolniki, so pogosto navedli druge tehnike in ne tistih, ki jih običajno uporabljajo vsak dan, kar je zanimiv podatek. Razmeroma redko prosijo za pomoč bolnikovo družino, čeprav so pri ocenjevanju učinkovitosti vprašani tej tehniki namenili drugo mesto. Podobno je s tehniko "ponavljanja" prejete informacije – čeprav jo je 93 % zdravstvenih delavcev ocenilo kot učinkovito (postavilo na tretje mesto), jo redno uporablja manj kot 40 % delavcev.

4. Splošna načela komuniciranja z zdravstveno slabše pismenimi ljudmi

Med najpogostejšimi ovirami za učinkovito zdravstveno vzgojo zdravstveno slabo pismenih oseb in učinkovito komuniciranje z njimi se omenjajo čustvene težave bolnikov pri sporazumevanju s strokovnjaki. Največja težava je občutek sramu zaradi nizkega vrednotenja lastne pismenosti, ki ga občutijo številni bolniki iz te skupine. Po predlogu Ameriškega zdravniškega združenja (2000) mora ustvarjanje okolja brez sramu tako postati osnovno načelo. V zdravstvenih ustanovah lahko to načelo vključuje naslednje dejavnosti:

- vključevanje vseh zaposlenih v proces poenostavljanja postopkov in sporočil, tako pisnih kot ustnih, kadar so v stiku s prejemniki zdravstvenih storitev;
- aktivno nudenje pomoči pri razumevanju sporočil, pri čemer osebje prejemnikom istočasno zagotovi, da so nesporazumi pogosti, vendar ne zaradi tega, ker bolnik nima ustreznega znanja;
- oblikovanje rešitev na ravni komunikacijskega sistema ustanove, s katerimi bi preverjali bolnikovo stopnjo razumevanja informacij, preden ta zapusti ustanovo;
- razvoj sistema poznejšega preverjanja, s katerim bi zdravstveni delavci stopili v stik z bolnikom in preverili, ali pridobljeno znanje zna uporabljati v praksi.

To načelo lahko imenujemo tudi načelo sprejemanja prejemnika, vključno z njegovimi omejitvami. Sprejemanje in razumevanje posebnosti prejemnikovega delovanja in učenja bi nato moralo voditi do načela individualizacije, po katerem se te posebnosti upoštevajo ob vsaki priložnosti.

Nazadnje moramo upoštevati še načelo aktivacije prejemnikovega socialnega okolja. Ameriško zdravniško združenje (2000) opaza, da lahko družinski člani ali prijatelji pomagajo osebam s slabo zdravstveno pismenostjo na področjih, kjer jim primanjkuje kompetenc (npr. pri razumevanju pisnih gradiv). Ti pomočniki lahko bolnika spremljajo tudi med izobraževalnimi dejavnostmi.

Opisana načela so ključne predpostavke pri zagotavljanju zdravstvene vzgoje ranljivim skupinam, vključno z nižje izobraženimi ljudmi. Upoštevati jih moramo ne glede na izbrano obliko, metodo in ukrep poučevanja.

Na koncu je vredno opozoriti tudi na položaj, v katerem zdravstvena vzgoja ljudi iz ranljivih skupin poteka znotraj institucije, denimo zdravstvene ali izobraževalne ustanove. Schyve (2007) v analizi tega problema v zdravstvenih ustanovah ugotavlja, da bi morali vsako spremembo uvajati z evolucijskim pristopom, ki bi upošteval transformacijo celotnega sistema teh ustanov. Izvajanje posameznih in nestrukturiranih sprememb, na katere niso pripravljeni ne prejemniki ne uslužbenci, je lahko neučinkovito in povzroči nasprotno učinke od pričakovanih.

5. Komunikacijske tehnike, ki se uporabljajo pri neposrednem stiku

Komunikacijske težave v povezavi z zdravjem ljudi iz izključenih skupin se nanašajo na tri področja (Schyve 2007):

- jezik – ta problem se pojavlja v multikulturnih skupnostih, kjer imata uslužbenec ali prejemnik preslabe jezikovne sposobnosti za ustrezno komuniciranje;
- kulturne razlike – so lahko posledica različnega rasnega ali etničnega ozadja uslužbenca in prejemnika ali kulturnih razlik med različnima skupinama istega naroda. Tovrstne kulturne razlike vodijo do različnega razumevanja besed in različnega dojemanja različnih družbenih pojavov, med njimi tudi tistih, povezanih z zdravjem. Komunikacijsko oviro lahko predstavlja tudi uslužbenčevo stereotipno dojemanje predstavnikov določenih skupin;
- slaba zdravstvena pismenost – pomeni šibko prejemnikovo sposobnost razumevanja in uporabe zdravstvenih informacij. Lahko je posledica naštetih razlik v jezikovnem in kulturnem znanju, nanaša pa se lahko tudi na pripadnike iste kulture z zadovoljivimi splošnimi jezikovnimi sposobnostmi. V teh okoliščinah težava nastopi zgolj pri komuniciranju v zdravstvu.

Čeprav je Schyve (2007) težave analiziral v okviru komuniciranja med zdravnikom in bolnikom, se ti lahko pojavijo tudi v odnosu med promotorjem zdravja (predavateljem) in prejemnikom.

Ta vrsta težav je spodbudila oblikovanje priporočil za učinkovito komuniciranje z zdravstveno slabše pismenimi ljudmi. Manning in Kripalani (2007) pri stiku z bolniki iz izključenih skupin predlagata naslednje:

- Uporabljajte preprosta sporočila.
- Posredujte največ tri različne informacije.
- Uporabljajte metodo “ponavljanja”, tako da bolnika prosite, naj ponovi prejeto informacijo, in preverite, v kolikšni meri jo je razumel.

Ob tem prejemniku ni treba dobesedno ponavljati uslužbenčevega sporočila, ampak lahko povedano ponovi v pisni obliki ali s prikazom (Schwartzberg, 2002). Poleg preverjanja razumevanja je cilj te metode tudi motiviranje prejemnika in oblikovanje bolj interaktivnega pogovora – v nasprotju s pogosto rabljeno enostransko komunikacijo, v kateri je uslužbenec edini aktivni udeleženec komunikacijskega procesa (Schyve, 2007).

- Uporaba izobraževalnega gradiva izboljša učinkovitost komuniciranja.

Strokovnjaki pri Ameriškem zdravniškem združenju (2002) so oblikovali podrobne smernice za ustno komuniciranje z zdravstveno slabše pismenimi osebami. Priporočajo upočasnen govor, izogibanje zapletenemu medicinskemu besedišču, posredovanje majhnega števila informacij (do tri hkrati) in komuniciranje v sedečem položaju.

6. Komunikacijske tehnike, ki se nanašajo na izobraževalno gradivo v obliki besedil

Nekatere raziskave kažejo, da zdravstveno slabše pismeni navadno raje prejemajo informacije “iz oči v oči”, ob obisku specialista, in ne v tiskani obliki – ta ugotovitev velja vsaj za odnos zdravnik – bolnik (Schwartzberg in sod., 2007).

Schwartzbergova (2002) podrobneje predstavlja težave, ki se lahko pojavijo pri zdravstveni vzgoji (ali natančneje pri posredovanju navodil glede uporabe zdravil), kadar uporabljamo pisno gradivo. Glavni problem v teh okoliščinah je dejstvo, da je velika večina prebivalstva, še posebno pa tista z nižjo izobrazbo, funkcionalno nepismena. Taki bolniki težko razumejo celo razmeroma lahka besedila, tako po težavnosti besedišča kot tudi skladnje v besedilih. Analize izobraževalnih gradiv za bolnike (brošur, obrazcev, vprašalnikov itd.) obenem kažejo, da je njihov jezik primeren za ljudi z visokim jezikovnim znanjem. Schwartzbergova (2002) ugotavlja, da se posebno tveganje pojavi pri pisni komunikaciji, ki vsebuje števila (npr. velikost odmerka, mejne vrednosti krvnega tlaka). V teh primerih obstaja največje tveganje, da nerazumevanje sporočila negativno vpliva na bolnikovo zdravje.

Priporočila Ameriškega zdravniškega združenja (2000) za strokovnjake, ki razvijajo izobraževalna gradiva za ljudi s slabo zdravstveno pismenostjo, predlagajo predvsem poenostavitev jezika (uporabo

splošnega besedišča). Preučevana skupina prejemnikov namreč izobraževalno gradivo z medicinskim žargonom zavrača ali napačno razume. Poleg tega združenje priporoča uporabo preprostega pisnega gradiva kot dodatka h komunikaciji, ki poteka med pogovorom. Pri tem je pomembna predstavitev pravilnega zaporedja dejanj, ki naj bi jih bolnik izvedel. Dobro je tudi, če zdravstveni delavci pisne informacije preberejo skupaj z bolnikom in podčrtajo najpomembnejše dele. Učinkovitost pisnega izobraževalnega gradiva se še poveča, če ga dopolnimo z diagrami in risbami (Ameriško zdravniško združenje, 2002).

7. Pripravljanje strokovnjakov na delo z ranljivimi skupinami

Koncept izobraževanja, kot so ga razvili pri PCHC, temelji na več predpostavkah. Prva je ta, da se je osebe, ki sodeluje pri komuniciranju v zdravstvu, sposobno naučiti, kako komunicirati z nizko izobraženimi bolniki. Drugič, v učinkovito komuniciranje mora biti nujno vključena celotna ustanova, ki na ta način svojim strokovnjakom pomaga (na primer z usposabljanjem). Predstavniki PCHC ugotavljajo, da se organizacije pogosto bojijo prevelikih stroškov, povezanih s tovrstnimi dejavnostmi, čeprav je ta strah neutemeljen. Nazadnje moramo motivirati strokovnjake in jih spodbujati, da novo pridobljene spretnosti in znanja uporabijo tudi v praksi. Pogosto se bojijo, da bo učinkovito komuniciranje s "težavnimi" bolniki povzročilo različne nevšečnosti, na primer občutno daljše obiske.

Izobraževanje zdravstvenega osebja z metodo "stimuliranega (standardiziranega) bolnika" je zanimiv način reševanja težav pomanjkljivega zdravstvenega znanja in šibke pismenosti nekaterih bolnikov. Eden izmed udeležencev izobraževanja igra vlogo nizko izobražene osebe, medtem ko mora drugi izvesti komunikacijske postopke, ki bodo omogočili najboljši pretok informacij in učinkovito zdravstveno vzgojo. Ta metoda se že od šestdesetih let dvajsetega stoletja uporablja za poučevanje osnovnih kliničnih prijemov za diagnosticiranje bolezni (Manning in Kripalani, 2007). Posebej pripravljeni igralci so igrali vloge nizko izobraženih ljudi s slabimi zdravstvenimi navadami (kajenje in nezdrava prehrana). Poleg tega je bolnik želel, da mu zdravstvene informacije posredujejo družinski člani in prijatelji, saj zdravstvenim strokovnjakom ni preveč zaupal. Zdravnik, ki je ugotovil previsoko raven holesterola in previsok krvni tlak, naj bi bolniku uspešno posredoval informacijo in ga motiviral, da v svoje z zdravjem povezane vedenjske vzorce vpelje koristne spremembe. Največji izziv je bilo dejstvo, da so igralcem naročili, naj zdravstvenih informacij ne iščejo aktivno in naj ne kažejo odkrito, da zdravnikovega sporočila niso razumeli. Tak odnos je pogost pri zdravstveno slabo pismenih ljudeh, ki se sramujejo tega, da ne razumejo z zdravjem povezanih sporočil, in zato svojo nepismenost pogosto skušajo prikriti (Schwartzberg, 2002; Schwartzberg in sod., 2007).

Na naslednji stopnji izobraževanja so vsi sodelujoči razpravljali o rezultatih vaje in analizirali kakovost komunikacijskega procesa, vključno z njegovimi glavnimi predpostavkami: preprost jezik brez medicinskega žargona, omejena količina posredovanih informacij (največ tri različne informacije) in bolnikovo ponavljanje kot tehniko preverjanja stopnje razumevanja zdravnikovih sporočil (Manning in Kripalani, 2007).

Zaradi svoje praktične uporabnosti lahko to metodo uporabljamo tudi pri usposabljanju strokovnjakov, ki se ne ukvarjajo z medicino v strogem pomenu besede, kot na primer izvajalcev zdravstvenih izobraževanj in promotorjev zdravja, vključno s tistimi v delovnem okolju. Ti ukrepi seveda zahtevajo prilagoditev metode specifičnim pogojem njihove uporabe. Gre predvsem za osredotočanje na skupinsko izobraževanje, saj izobraževalne aktivnosti v tem okviru redko potekajo v obliki individualnega stika, kot je odnos zdravnik – bolnik. Naj omenimo še, da raziskave pogosto kažejo na omejeno učinkovitost skupinskega izobraževanja s tradicionalnimi metodami, ki ne upoštevajo potreb prejemnikov. Schwartzbergova (2002) tako na primer omenja raziskave, pri katerih so bolniki z ugotovljeno sladkorno boleznijo sodelovali v peturnem izobraževanju z usposobljenim predavateljem. Na tem izobraževanju naj bi spoznali značilnosti sladkorne bolezni in ukrepe, s katerimi lahko zmanjšajo njene negativne učinke. Razlike v osvojenem znanju in kompetencah med zdravstveno slabo in dobro pismenimi ljudmi so bile precejšnje: ob zaključku izobraževanja je le polovica bolnikov z nizko stopnjo pismenosti znala naštetih znake hiperglikemije, s katerimi bi se lahko srečali. To je izjemno slab rezultat v primerjavi s 94 % pri osebah z visoko stopnjo zdravstvene pismenosti.

Treba se je zavedati, da dejavnosti na področjih zdravstvene vzgoje in promocije zdravja pri delu lahko naletijo na ovire, povezane s posebnim družbenim statusom nizko izobraženih delavcev. Steinbrunn (1988) ugotavlja, da se take pobude pojavljajo zaradi strahu zaposlenih ali njihovih predstavnikov, da delodajalec

ne bo sprejel nikakršnih ukrepov za izboljšanje delovnih razmer in da bodo morali vso odgovornost prevzeti sami. Steinbrunn poudarja, da lahko zaposleni izobraževalne dejavnosti dojemajo kot vsiljene od vodstva podjetja in da se v nekaterih primerih, na primer v podjetjih, ki organizirajo presejalne zdravstvene preglede, to lahko uporabi v škodo zaposlenim. Kadar so ukrepi namenjeni izključno nižje izobraženim delavcem, predvsem tistim v proizvodnji, imajo ti lahko občutek, da so diskriminirani kot družbena skupina znotraj podjetja (čeprav morda tudi vodstvo kaže nezdrave vzorce vedenja). Obstaja tudi tveganje, da vsiljeni programi, ki ne odsevajo realnih potreb nižje izobraženih zaposlenih (ti so pogosto najnižje na hierarhični lestvici podjetja), zanje ne bodo zanimivi. In za konec, programi zdravstvene vzgoje pogosto ne upoštevajo omejitev v organizaciji dela v podjetju in v zasebnih življenjih delavcev, na primer porazdelitve odmorov v službi in potrebe po varovanju otrok (Steinbrunn, 1988). Le učinkovito spopadanje s temi težavami bo olajšalo načrtovanje in izvajanje programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za te skupine. A jasno je, da te zahteve občutno presegajo zgolj vprašanje učinkovite komunikacije s prejemniki (glej našete rešitve Ameriškega zdravniškega združenja, 2000). Pomembneje je zgraditi družbeno klimo, ki temelji na zaupanju in udeležbi, kar je izhodišče za sprejetje in vključevanje nižje izobraženih delavcev.

8. Zaključek

Težave, povezane z učinkovito zdravstveno vzgojo odraslih iz izključenih skupin, so dobro znane, toda praktične rešitve in teoretske predpostavke, ki se nanašajo na to vrsto izobraževanja, še niso ustrezno razvite v okviru z njimi povezanih družbenih potreb. Poleg tega so najbolj napredne in v praksi preizkušene tiste rešitve, ki se lahko v tej vrsti vzgoje uporabijo v povezavi s komuniciranjem med zdravstvenim osebjem in bolniki iz ranljivih skupin (čeprav je zgodovina sistemskega pristopa k temu problemu razmeroma kratka). Gre za nadvse pomembno področje, ki pa se močno razlikuje od izobraževalnih dejavnosti v drugih okoljih, denimo na delovnem mestu. To pa še ne pomeni, da določene rešitve in ureditve, preizkušene na "zdravstvenem" področju, ne bodo uporabne tudi drugod.

Glede na opravljene analize se zdi zdravstvena vzgoja "težavnih" odraslih problem, ki zahteva podrobnejše analize, katerih rezultate bo moč prenesti v izobraževalne dejavnosti v praksi.

Viri in literatura

1. Ameriško zdravniško združenje. Health Literacy Introductory Kit. Chicago; 2000.
2. Demetrio D. Adult education. V: Śliwerski B, ur. Pedagogy. Subdisciplines of pedagogy knowledge. Volume 3 [v poljščini]. Gdansk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
3. Dubas E. Age category 50+. Developmental characteristics and educational aspects. V: Dubas E, Pyżalski J, Muszyński PM, Rapuś PJ, ur. Supporting of the development of the unemployed aged 50+. Experience of the Adults Mentoring Project [v poljščini]. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2008.
4. Górowska-Fells M, Kolasińska E, Smoczyńska A. Preschool education and nonvocational adult education as crucial steps in the process of lifelong learning in Europe [v poljščini]. Varšava: FRSE; 2007. Prevezeto 3. 3. 2010. Dostopno na: <http://www.eurydice.org.pl/files/wpnkd.pdf>.
5. Managed Care Outlook. Partnership for Clear Health Communication Works to Improve Health Literacy. 2007;20(8).
6. Manning DK, Kripalani S. The Use of Standardized Patients to Teach Low-Literacy Communication Skills. American Journal of Health Behavior 2007; 31(1):105–110.
7. Petrakowa A, Sadana R. Problems and progress in public health education. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(12):963–970.
8. Schwartzberg JG. Low health literacy: what do your patients really understand? Nursing Economics 2002;20(3):145–7.
9. Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. American Journal of Health Behavior 2007;31(5):96–104.
10. Schyve PM. Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. Journal of General Internal Medicine 2007;22(2):360–361.
11. Steinbrunn RL. Blue collar workers: what factors influence participation in health education programmes. Benefits Quarterly 1988;4(4):72–79.

6. POGLAVJE

Z zdravjem povezano vedenje in osveščenost nižje izobraženih delavcev

Krzysztof Puchalski

1. Uvod

V tem poglavju analiziramo razlike med skupinami z različno stopnjo izobrazbe, ki se pojavljajo v zvezi z izbranimi pogoji za zdravju koristne aktivnosti. Obravnava pogoje za zdravo življenje, ki jih lahko spreminjamo s široko zasnovanimi programi zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Podrobneje opisuje tudi pojave in lastnosti, ki pogojujejo razumevanje izobraževalnih sporočil in zato vplivajo na učinkovitost takih ukrepov. Najpomembnejše vprašanje je, kako pogosto nižje izobraženi v primerjavi z višje izobraženimi kažejo lastnosti, ki očitno spodbujajo k zdravju usmerjenemu vedenju, zanima pa nas tudi, kako pogosto ti ljudje kažejo lastnosti (poleg stopnje izobrazbe), ki takega vedenja ne spodbujajo. V tem pogledu se zastavlja še dodatno vprašanje: koliko so nižje izobraženi pripravljeni izkoristiti prednosti zdravstvenovzgojnih izobraževanj – torej takih, ki bi oblikovala njihov odnos do zdravega življenjskega sloga.

Odgovori na ta vprašanja bodo predstavljeni na podlagi rezultatov raziskav v štirih državah, ki sodelujejo pri projektu. Razlike med skupinama z različno stopnjo izobrazbe so predstavljene znotraj celotne anketirane populacije, ki skupno zajema 1691 zaposlenih (817 z nizko in 874 z visoko izobrazbo) iz teh štirih držav. Opisani so tudi izsledki preučevanja stopnje homogenosti znotraj skupine nižje izobraženih, torej, ali se predstavniki te skupine iz posameznih držav bistveno razlikujejo med seboj. Z drugimi besedami, rezultate smo poskušali posplošiti in jih povezati z vsemi nižje izobraženimi ljudmi v vseh partnerskih državah projekta oziroma v vsej Evropi.

2. Čustveni odnos in nagnjenost k premišljevanju o zdravem življenjskem slogu

Za uspeh večine izobraževalnih dejavnosti, ki spodbujajo zdrav življenjski slog, sta nedvomno pomembna dva dejavnika, odvisna od posameznikov samih. Prvi je čustveni odnos do zdravega življenjskega sloga (in z njim povezanih vsebin), drugi pa nagnjenost k premišljevanju o lastnem vedenju in tem, kako vpliva na naše življenje.

Raziskave so pokazale, da z zdravjem povezane teme (v medijih, v vsakdanjih pogovorih itd.) skoraj nikoli – le pri 5 % vseh delavcev – ne vzbujajo negativnih občutij (razpredelnica 1). Zanimivo je, da se ta občutja pri nižje izobraženih ljudeh pojavljajo dvakrat pogosteje kot pri višje izobraženih. Med skrajnima skupinama, ki v razpredelnici sicer nista navedeni, je razlika celo petkratna: 10 % tistih z najnižjo izobrazbo v primerjavi z 2 % tistih z najvišjo izobrazbo.

Razpr. 1. Odnos do zdravega življenjskega sloga glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

"Se pogosto sprašujete, ali vaše vedenje vpliva na vaše zdravstveno stanje? Če da, kako pogosto?"	Izobrazba		Skupaj
	Nizka	Visoka	
Omemba z zdravjem povezane teme me vznejevolji ali ujezi.	7	3	5
O zdravju ne razmišljam vsak dan, vseeno mi je, kako moje vedenje vpliva na moje zdravje.	36	24	30
Včasih veliko razmišljam o tem, kaj je dobro oziroma slabo za moje zdravje, vendar tega ne upoštevam in mi je vseeno.	32	31	31
Zavzeto prisluhnem nasvetom za zdravo življenje, pogosto razmišljam, kako živeti bolj zdravo.	25	42	34
Skupaj (N = 100 %, p = 0,000)	817	874	1.691

Ostalo populacijo, torej tisto brez negativnih občutij, lahko razdelimo v tri približno enako velike skupine, kjer vsaka predstavlja drugačen odnos.

V prvo skupino sodijo tisti ljudje, ki se za zdrav življenjski slog ne zmenijo. Ti delavci o svojem vedenju običajno ne razmišljajo z vidika vpliva, ki ga ima na njihovo zdravstveno stanje. Le redko razmišljajo o zdravju in o tem, ali njihovo vedenje kakor koli vpliva na njihovo zdravje. Tak odnos ima četrtnina ljudi z višjo izobrazbo in več kot tretjina ljudi z nižjo izobrazbo¹.

Omenjena ravnodušnost je precej pogost pojav. Skoraj tretjina vseh anketirancev (ta rezultat je podoben pri obeh izobrazbenih skupinah) priznava, da, čeprav včasih precej razmišljajo o tem, kako njihovo vedenje vpliva na njihovo zdravje, se s tem ne ukvarjajo vsak dan in zato ne poskušajo spremeniti svojih vedenjskih vzorcev. Tako pri dveh tretjinah populacije razmišljanje o povezavi med življenjskim slogom in zdravjem vidneje ne vpliva na njihovo vsakdanje vedenje, saj do razmisleka sploh ne pride ali pa ga zanemarijo.

Zadnji, med anketiranci najpogostejši odnos, je značilen za ljudi, ki so najbolj dovzetni za zdravstvenovzgojne vsebine. Priznavajo, da so naklonjeni novim informacijam o zdravem življenju in da so te informacije pomembne v njihovem vsakodnevnem razmišljanju. Zato se (vsaj v intelektualnem smislu) ukvarjajo z informacijami, povezanimi z zdravjem. Pomembna ugotovitev je, da je takih precej manj med nižje izobraženimi (25 %) v primerjavi z višje izobraženimi delavci (42 %).

Niža izobrazba tako ne spodbuja zanimanja za zdravstvenovzgojne vsebine niti razmišljanja, ki bi spodbujalo zdrave življenjske navade.

Poudariti moramo, da skupina nižje izobraženih delavcev ni homogena glede na posamezne države, ki so sodelovale pri projektu (razpredelnica 2).

Razpr. 2. Odnos do zdravega življenja po posameznih državah – podatki za skupino nižje izobraženih delavcev (v %)

"Se pogosto sprašujete, ali vaše vedenje vpliva na vaše zdravstveno stanje? Če da, kako pogosto?"	Država			
	ES	LV	PL	SI
Omemba z zdravjem povezane teme me vznejevolji ali ujezi.	5	12	7	3
O zdravju ne razmišljam vsak dan, vseeno mi je, kako moje vedenje vpliva na moje zdravje.	31	35	45	33
Včasih veliko razmišljam o tem, kaj je dobro oziroma slabo za moje zdravje, vendar tega ne upoštevam in mi je vseeno.	33	32	30	31
Zavzeto prisluhnem nasvetom za zdravo življenje, pogosto razmišljam, kako živeti bolj zdravo.	31	21	18	33
Skupaj (N = 100 %, p = 0,000)	202	212	203	200

¹ V številnih drugih poljskih raziskavah med velikimi skupinami delavcev je bila ugotovljena močna povezava med nizko stopnjo izobrazbe in redkim razmišljanjem o vplivu človeškega vedenja na zdravje (Korzeniowska, Puchalski, Pyżalski, Wojtaszczyk in Iwanowicz, 2007; Puchalski, 2004).

Negativna čustva glede tem, povezanih z zdravjem, so najpogostejša med nižje izobraženimi državljani Latvije (12 %), v Sloveniji pa ima tak odnos le 3 % predstavnikov primerljive skupine. Nižje izobraženi Poljaki so precej ravnodušni do zdravja in z njim povezanega vedenja (45 % vseh poljskih anketirancev), v drugih državah pa je tak odnos značilen za približno tretjino vprašanih. Poljaki in Latvijci najredkeje razmišljajo, kako živeti bolj zdravo.

3. Zdravju koristno vedenje

Poglejmo, ali se delavci glede na stopnjo izobrazbe razlikujejo samo v razmišljanju o zdravju ali pa se razlikujejo tudi v vedenju, povezanim z zdravjem.

Primerjali bomo podatke obeh skupin delavcev, pri čemer predpostavljamo, da nižja izobrazba ne spodbuja skrbi za zdravje.

Da bi ugotovili stopnjo k zdravju usmerjene dejavnosti, smo anketirance vprašali o pogostosti pojavljanja nekaterih izbranih vrst vedenjskih vzorcev, ki so pomembni za dobro zdravstveno stanje. To vprašanje smo vključili v splošni del ankete – anketirance smo vprašali, ali v svojem življenju poskušajo posnemati našete vedenjske vzorce, podrobnosti teh ukrepov pa v analizo nismo zajeli (razpredelnica 3).

Razpr. 3. Izbrani zdravju koristni vedenjski vzorci glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

"Ali se trudite ..."	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka, univerzitetna ali več
Omejiti uživanje sladkorja in sladkarij	38	43	51	59
Omejiti uživanje maščob	45	50	62	69
Skrbeti za dobro telesno pripravljenost, telovaditi, ukvarjati s športom	36	41	49	57
Izogibati se alkoholu oziroma ga uživati v majhnih količinah	76	71	75	77
Hoditi na redne preventivne zdravstvene preglede	28	31	36	41
Paziti, da se pri delu izpostavljate kar najmanjšim tveganjem za svoje zdravje	66	57	66	74
Skupaj (N = 100 %)	369	448	433	441

Ugotovili smo, da podatki na področju različnih, k zdravju usmerjenih ukrepov, glede na stopnjo izobrazbe niso konsistentni, čeprav lahko na splošno trdimo, da nižje izobraženi delavci manj skrbijo za svoje zdravje z izbiro zdravega življenjskega sloga. Natančneje: opazimo lahko, da se pri nižji stopnji izobrazbe delavci manj pogosto trudijo omejiti vnos sladkorja in maščob ali skrbeti za dobro telesno pripravljenost. Redkeje se odločajo tudi za preventivne zdravstvene preglede. Kljub temu imajo anketiranci iz vseh izobrazbenih skupin približno enak odnos do uživanja alkohola. Podobno je tudi na področju varnosti in zdravja pri delu težko določiti razlike, čeprav nižje izobraženi anketiranci na splošno, še posebej pa tisti z nižjo poklicno izobrazbo, ustrezen odnos izkazujejo redkeje (o tem podrobneje v naslednjem podpoglavju).

Vedenjski vzorci nižje izobraženih delavcev se med državami razlikujejo (razpredelnica 4).

V skupini nižje izobraženih delavcev se zdravju koristno najpogosteje vedejo delavci iz Španije in Slovenije, medtem ko Poljaki in Latvijci to počnejo dvakrat redkeje. Ta ugotovitev ne velja le za uživanje alkohola, komaj opazna pa je tudi na področju varnosti in zdravja pri delu. Omeniti moramo tudi občutno manjše zanimanje latvijskih predstavnikov za redne zdravstvene preglede.

Razpr. 4. Izbrani zdravju koristni vedenjski vzorci po posameznih državah – podatki za skupino nižje izobraženih delavcev (v %)

"Ali se trudite ..."	Država			
	ES	LV	PL	SI
Omejiti uživanje sladkorja in sladkarij	53	22	33	55
Omejiti uživanje maščob	59	35	35	62
Skrbeti za dobro telesno pripravljenost, telovaditi, ukvarjati s športom	59	26	21	49
Izogibati se alkoholu oziroma ga uživati v majhnih količinah	75	71	68	78
Hoditi na redne preventivne zdravstvene preglede	48	7	23	43
Paziti, da se pri delu izpostavlja kar najmanjšim tveganjem za svoje zdravje	79	47	59	59
Skupaj (N = 100 %)	202	212	203	200

4. Skrb za zdravje pri delu

Več kot tretjina delavcev meni, da njihovo delo in delovne razmere škodujejo njihovemu zdravju. V povprečju vsak drugi anketirani meni prav nasprotno, tj., da njihovo delo ni zdravju škodljivo. Ugotovili smo tudi, da med skupinami z različno stopnjo izobrazbe ne prihaja do opaznih razlik pri zaznavanju negativnih vplivov dela na zdravje. Pa vendar v primerjavi z višje izobraženimi nekoliko manj nižje izobraženih delavcev ($p = 0,000$) meni, da delo ne vpliva na njihovo zdravje, več je tudi takih, ki nikoli niso razmišljali o tej povezavi (13 % nižje izobraženih delavcev in dvakrat manj višje izobraženih delavcev).

Delavci z nižjo stopnjo izobrazbe v večjem številu priznavajo, da vsakodnevno zanemarjajo svoje zdravje na delovnem mestu. Več jih tudi meni, da se jim ni treba prilagajati pravilom glede varovanja zdravja, če za njihovo neupoštevanje ni zagrožena nobena kazen. Obenem se tudi manj pogosto trudijo izvedeti, kako varovati svoje zdravje na delovnem mestu (razpredelnica 5).

Razpr. 5. Odnos do zdravja pri delu glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

"Ali se strinjate z naslednjimi izjavami:"	Mnenje	Izobrazba	
		Nizka	Visoka
Pogosto zanemarjam svoje zdravje na delovnem mestu, in sicer iz dneva v dan	Da (zagotovo in bolj ali manj)	55	45
	Ne (zagotovo in bolj ali manj)	38	50
	Težko ocenim	7	5
Skupaj ($p = 0,000$)		100	100
Vredno je upoštevati le tiste varnostne in zdravstvene predpise, katerih kršitev bi se končala s kaznijo	Da (zagotovo in bolj ali manj)	23	11
	Ne (zagotovo in bolj ali manj)	65	82
	Težko ocenim	12	7
Skupaj ($p = 0,000$)		100	100
Trudim se izvedeti, kako se izogniti poškodbam, boleznim in nezgodam pri delu	Da (zagotovo in bolj ali manj)	53	59
	Ne (zagotovo in bolj ali manj)	40	35
	Težko ocenim	7	6
Skupaj ($p = 0,01$)		100	100

Ti rezultati na splošno kažejo, da, čeprav se predstavniki obeh izobrazbenih skupin bistveno ne razlikujejo v svojem odnosu do zdravja pri delu, so nižje izobraženi delavci bolj nagnjeni k zanemarjanju svojega zdravja, še posebej, kadar se od njih izrecno ne zahteva, da ga varujejo. Poleg tega se med tistimi anketiranimi, ki priznavajo, da na delovnem mestu ne skrbijo za svoje zdravje, nižje izobraženim delavcem zdi precej manj potrebno, da bi bili med delom previdnejši (glej razpredelnico 6 spodaj).

Poudariti moramo tudi razlike pri vprašanih, pri katerih se odgovori nižje izobraženih delavcev med seboj razlikujejo po posameznih državah. Nižje izobraženi Slovenci se najpogosteje ukvarjajo z negativnimi vplivi dela na zdravje (več kot polovica). Poljaki se s tem vprašanjem ukvarjajo najredkeje (28 %). Latvijci najtežje ocenijo vpliv dela na zdravje (skoraj 30 % nižje izobraženih latvijskih delavcev, medtem ko se v ostalih državah ta delež giblje med 5 % in 13 %). Latvijci tudi v največjem številu priznavajo, da zanemarjajo svoje zdravje na delovnem mestu (tri četrtine nižje izobraženih latvijskih delavcev v primerjavi s tretjinskim deležem teh delavcev na Poljskem). Latvijce in Poljake najmanj zanimajo informacije o varnosti pri delu v primerjavi s prebivalci drugih držav: teh informacij si želi približno 40 % nižje izobraženih Latvijcev in Poljakov, medtem ko v Španiji ta delež znaša več kot 70 %.

5. Zaznavanje potrebe po izvajanju zdravju koristnih ukrepov

Ljudi, ki ne izvajajo naštetih zdravju koristnih ukrepov v vsakdanjem življenju, smo vprašali, ali menijo, da bi ti ukrepi koristili njihovemu zdravju.

Razpr. 6. Potreba po izvajanju izbranih, zdravju koristnih ukrepov pri anketiranih, ki jih ne izvajajo – podatki za celotno populacijo (% anketiranih, ki ugotavlja, da bi morali izvajati take ukrepe za izboljšanje svojega zdravja)

“Ali menite, da bi bilo za vaše zdravje dobro, nujno...?”:	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka univerzitetna ali več
Omejiti uživanje sladkorja in sladkarij (p = 0,001)	27	31	35	34
Omejiti uživanje maščob (p = 0,01)	46	42	58	49
Skrbeti za dobro telesno pripravljenost, telovaditi, se ukvarjati s športom (p = 0,001)	66	69	78	80
Izogibati se alkoholu oziroma ga uživati v majhnih količinah (p = ni nav.)	46	41	51	47
Hoditi na redne preventivne zdravstvene preglede (p = 0,01)	62	52	62	64
Paziti, da se pri delu izpostavlja kar najmanjšim tveganjem za svoje zdravje (p = 0,001)	51	58	65	75

Zaznavanje potrebe po zdravem življenjskem slogu med ljudmi, ki ne živijo zdravo, se znotraj celotne skupine večinoma nanaša na skrb za telesno pripravljenost, redne zdravstvene preglede in varnost pri delu. To potrebo navadno zaznamo pri višje izobraženih delavcih. Gre predvsem za skrb za zdravje na delovnem mestu, pa tudi za skrb za dobro telesno pripravljenost. Pojavljajo se tudi druge razlike (denimo spremembe v prehranjevanju), toda te niso tako izrazite, da bi lahko govorili o razliki med nižje in višje izobraženimi (razpredelnica 6).

Tisti nižje izobraženi delavci, ki ne živijo zdravo, v tem okviru niso homogena skupina, saj se razlikujejo glede na državo, v kateri prebivajo (razpredelnica 7).

Potrebo po zdravem življenju na splošno najmanj občutijo nižje izobraženi Latvijci (z izjemo dobre telesne pripravljenosti in omejenega uživanja alkohola), ki so bili doslej na tem področju pasivni. Latvijski delavci tudi najtežje ocenijo to potrebo, s čimer lahko pojasnimo, zakaj so najredkeje izbrali negativen odgovor. V primerjavi z drugimi državami so največ negativnih odgovorov glede potrebe po vedenju, usmerjenemu k zdravju, izbrali Španci. Če pa že začutijo potrebo po izvajanju takih ukrepov, predlagajo omejitev uživanja maščob pogosteje kot prebivalci katere koli druge države. Poljaki želijo omejiti uživanje alkohola, se udeleževati preventivnih zdravstvenih pregledov in skrbeti za svoje zdravje na delovnem mestu pogosteje kot delavci iz drugih držav. Slovencem se bolj kot delavcem v drugih državah zdi potrebno omejiti vnos sladkorja in skrbeti za svojo dobro telesno pripravljenost.

Razpr. 7. Potreba po izvajanju izbranih, zdravju koristnih ukrepov pri ljudeh, ki jih ne izvajajo – podatki za skupino nižje izobraženih delavcev po posameznih državah (v %)

"Ali menite, da bi bilo za vaše zdravje dobro, nujno...?":		Država			
		ES	LV	PL	SI
Omejiti uživanje sladkorja in sladkarij (p = 0,000)	Da	36	14	40	47
	Ne	51	31	33	26
	Težko ocenim	13	55	27	27
Skupaj (= 100 %)		94	165	135	89
Omejiti uživanje maščob (p = 0,000)	Da	56	28	50	51
	Ne	40	16	28	24
	Težko ocenim	4	56	22	25
Skupaj (= 100 %)		82	138	129	76
Skrbeti za dobro telesno pripravljenost, telovaditi, se ukvarjati s športom (p = 0,000)	Da	66	63	65	79
	Ne	29	3	19	7
	Težko ocenim	5	34	16	14
Skupaj (= 100 %)		83	156	160	101
Izogibati se alkoholu oziroma ga uživati v majhnih količinah (p = 0,000)	Da	35	38	52	45
	Ne	45	3	31	39
	Težko ocenim	20	59	17	16
Skupaj (= 100 %)		49	61	65	44
Hoditi na redne preventivne zdravstvene preglede (p = 0,000)	Da	58	50	66	54
	Ne	27	8	19	19
	Težko ocenim	15	42	15	27
Skupaj (= 100 %)		105	193	157	113
Paziti, da se pri delu izpostavlja kar najmanjšim tveganjem za svoje zdravje (p = 0,000)	Da	61	40	67	62
	Ne	24	2	22	13
	Težko ocenim	15	58	11	25
Skupaj (= 100 %)		41	112	83	81

6. Pripravljenost delavcev, da izboljšajo svoje znanje o tem, kako skrbeti za zdravje

Naslednje vprašanje ugotavlja, ali različna stopnja izobrazbe vpliva na razlike v pripravljenosti delavcev, da pridobijo znanje s področja zdravja in upoštevajo informacije o tem, kako živeti bolj zdravo.

Več kot polovica nižje izobraženih anketirancev in dve tretjini anketirancev z najvišjo stopnjo izobrazbe trdi, da bi radi izvedeli več o tem, kako skrbeti za svoje zdravje. V povprečju v celotni populaciji vsaka četrta oseba meni, da ima dovolj ustreznih spretnosti in znanj in ne želi nadgrajevati svojega znanja – ta odgovor je pogostejši med nižje izobraženimi delavci (razpredelnica 8).

Zdi se, da ta odnos spremlja tudi mnenje, da je "včasih bolje vedeti manj o svojem zdravju". Tak odnos je precej pogost: tako meni 48 % nižje izobraženih delavcev, v skupini višje izobraženih pa le 19 % delavcev (razpredelnica 9). Po drugi strani se to mnenje lahko nanaša bolj na informacije glede anketirančevega zdravstvenega stanja kot pa na znanje glede načinov, kako skrbeti za svoje zdravje. Kljub vsemu zgovorno ponazarja tudi splošen odnos do preventive.

Razpr. 8. Izražena pripravljenost za izboljšanje znanja s področja zdravja glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

“Ali želite izvedeti več o tem, kako skrbeti za svoje zdravje?”	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka univerzitetna ali več
Moje trenutno znanje mi zadostuje	31	27	24	20
Želim izvedeti več	55	50	62	67
Težko rečem	14	23	14	13
Skupaj = 100 % (p = 0,000)	368	447	433	440

Razpr. 9. Majhna stopnja odprtosti za informacije o lastnem zdravju glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

Izjava:	Mnenje	Izobrazba			
		Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka, univerzitetna ali več
“Včasih je bolje vedeti manj o svojem zdravju” (p = 0,000)	Strinjam se	48	38	31	19
	Ne strinjam se	44	53	58	73
	Težko ocenim	8	9	11	8
Skupaj = 100%		369	448	433	441

Analiza razlik (p = 0,000) med nižje izobraženimi delavci po posameznih državah kaže, da predvsem Poljaki (45 %) in Slovenci (34 %) menijo, da imajo zadostno raven znanja o tem, kako skrbeti za svoje zdravje, pri Latvijcih in Špancih pa ta delež znaša manj kot 20 %. Več kot 70 % španskih anketirancev, vsak drugi Latvijec in Slovenec ter le vsak tretji Poljak iz skupine nižje izobraženih delavcev bi se rad naučil, kako skrbeti za svoje zdravje. Posledično so Poljaki (56 %) in Latvijci (54 %) tisti, ki najpogosteje menijo, da je “včasih bolje vedeti manj o svojem zdravju”. Slovenci se s to izjavo najmanj strinjajo (67 %).

7. Samoocena znanja anketirancev v zvezi s skrbjo za lastno zdravje

Naslednje vprašanje preverja, ali je odpor do izboljšanja znanja s področja zdravja, ki je pogostejši med nižje izobraženimi, posledica njihovega prepričanja, da je njihovo znanje že na dovolj dobri ravni. Predpostavljamo lahko, da zavedanje o nezadostnosti tega znanja spodbuja pripravljenost sprejemati nove informacije. V razpredelnici 10 so predstavljene razlike v tovrstnem subjektivnem vrednotenju glede na stopnjo izobrazbe.

Razpr. 10. Subjektivna ocena znanja v zvezi s skrbjo za lastno zdravje glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

“Kako ocenjujete svoje znanje s področja skrbi za svoje zdravje?”	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka, univerzitetna ali več
Zelo dobro	7	9	10	11
Dobro	36	42	49	56
Skupaj dobro:	43	51	59	67
Zadovoljivo	36	28	26	24
Nezadovoljivo	12	10	10	3
Težko ocenim	9	11	5	6
Skupaj = 100 % (p = 0,000)	368	447	432	440

Le peščica anketirancev svoje znanje ocenjuje kot nezadovoljivo, medtem ko jih 80–90 % ocenjuje kot vsaj zadovoljivo. Precej velik delež anketirancev (43 % med anketiranci z najnižjo stopnjo izobrazbe in 67 % med anketiranci z najvišjo stopnjo izobrazbe) svoje znanje ocenjuje celo kot dobro ali zelo dobro. Višja je stopnja izobrazbe, boljša je samoocena lastnega znanja.

Toda med posameznimi državami opažamo pomembne (p = 0,000) in občutne razlike. Na splošno v Sloveniji in Španiji vsaj 60 % anketirancev svoje znanje ocenjuje kot dobro, medtem ko enako meni le dobra tretjina Poljakov in Latvijcev. Po drugi strani skoraj polovica Poljakov svoje znanje ocenjuje kot zadovoljivo, v Latviji pa ta delež znaša le 28 % (v primerjavi z drugimi državami imajo Latvijci največji delež nezadovoljivih ocen – 22 %).

8. Zunanja ocena ustreznosti znanja

Znanje delavcev s področja zdravega življenja lahko preverjamo še z drugega vidika in analiziramo, ali se ujema z dognanji medicinske stroke. Z drugimi besedami, to ne zadeva samoocene osvojenega znanja, temveč dejansko poznavanje vpliva različnih dejavnikov na zdravstveno stanje (ocenjeno od zunanjih ocenjevalcev).

Znanje delavcev o zdravem življenjskem slogu smo ocenjevali zato, da bi preverili, ali lahko anketiranci ustrezno prepoznajo splošno naravo vpliva (dobrega ali slabega) na zdravstveno stanje, na primer prehranskih dejavnikov: holesterola LDL, polinenasičenih maščobnih kislin, vlaknin, prostih radikalov in antioksidantov. Trenutno se te dejavnike pogosto obravnava v izobraževalnih in medijskih vsebinah – torej lahko pričakujemo, da javnost te dejavnike dobro pozna. Rezultati so predstavljeni v razpredelnici 11.

Razpr. 11. Poznavanje vplivov izbranih dejavnikov na zdravje glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

Dejavnik	Poznavanje vpliva dejavnika na zdravje	Izobrazba			
		Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka, univerzitetna ali več
Vlaknine	Pravilno	67	79	85	91
	Napačno	11	3	3	3
	Brez mnenja	22	18	12	6
Skupaj (p = 0,000)		100	100	100	100
Holesterol LDL	Pravilno	39	47	50	50
	Napačno	11	13	19	14
	Brez mnenja	50	40	31	36
Skupaj (p = 0,000)		100	100	100	100
Polinenasičene maščobne kisline	Pravilno	21	34	42	46
	Napačno	26	27	28	28
	Brez mnenja	53	39	30	26
Skupaj (p = 0,000)		100	100	100	100
Prosti radikali	Pravilno	15	16	18	18
	Napačno	38	51	54	64
	Brez mnenja	47	33	28	18
Skupaj (p = 0,000)		100	100	100	100
Antioksidanti	Pravilno	12	20	18	20
	Napačno	18	27	33	36
	Brez mnenja	70	53	49	44
Skupaj (p = 0,000)		100	100	100	100

Nezadostno poznavanje vplivov večine izbranih dejavnikov je opaziti pri celotni populaciji – sklepamo lahko torej, da so obstoječi viri informacij pomanjkljivi ali pa da imajo anketiranci napačna prepričanja, za katera subjektivno verjamejo, da so pravilna (razpredelnica 11).

Nižje izobraženi ljudje so na splošno redkeje odgovorili pravilno. Hkrati kažejo svojo negotovost, ko priznavajo, da ne vedo, kako izbrani dejavnik vpliva na zdravje (ki morda ni zgolj posledica pomanjkljivih informacij, temveč tudi nerazumevanja samega izraza).

Na tem mestu omenimo še en pojav: bolj izobraženi ljudje so v nekaterih primerih (predvsem pri vrednotenju vplivov prostih radikalov in antioksidantov na zdravje) bistveno pogosteje odgovarjali nepravilno – namesto da bi priznali, da nimajo ustreznega znanja².

Primerjava teh znanj med nižje izobraženimi delavci iz različnih držav kaže, da se pogostost pravilnih prepričanj in razporeditev pravilnega znanja razlikuje glede na področje oziroma temo. Anketiranci iz vseh držav na primer dobro poznajo vplive vlaknin in holesterola, medtem ko je pravilno poznavanje vplivov maščobnih kislin običajno samo za nekatere države. V vsaki državi je le peščica anketirancev (tako med nižje kot med višje izobraženimi) vedela, kako prosti radikali in antioksidanti vplivajo na zdravje.

9. Sposobnost razumevanja izrazov

Sposobnost razumevanja terminologije za opisovanje vzročno-posledičnih odnosov na področju zdravja je podlaga za pridobivanje različnih vrst kompetenc (vsaj intelektualnih), ki se nanašajo na zdrav življenjski slog. Razpredelnica 12 prikazuje delež anketirancev iz posameznih izobrazbenih skupin, ki ne razumejo splošnega in v pogovornem jeziku pojasnjenega pomena izbranih izrazov in pojmov – to bodisi sami odkrito priznavajo bodisi izberejo napačen odgovor.

Razpr. 12. Nerazumevanje splošnih pomenov izbranih izrazov glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

Izraz:	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja	Visoka
Zdrav življenjski slog	18	16	9	5
Preventiva bolezni	27	19	9	3
Pasivno kajenje	17	18	11	8
Holesterol	37	24	16	9
ITM – indeks telesne mase	33	28	14	12
Prehranska piramida	36	31	21	15
N = 100 % (v vseh primerih p = 0,000)	368	447	432	440

Izkazalo se je, da petina do tretjina nižje izobraženih delavcev ne pozna niti najsplošnejšega pomena izrazov, ki se običajno uporabljajo v sporočilih v zvezi z zdravjem, kot so prehranska piramida, holesterol, indeks telesne mase, pasivno kajenje ter celo preventiva bolezni in zdrav življenjski slog. V tem se občutno razlikujejo od visoko in srednje izobraženih ljudi, kjer je delež tistih, ki teh izrazov ne razumejo, precej nižji. V splošnem velja, da čim nižja je stopnja izobrazbe, slabše je razumevanje teh izrazov.

Omeniti moramo tudi, da ljudje nekatere izraze razumejo bolje, nekatere pa slabše. Bolje razumljeni izrazi so splošno znani in pogosto rabljeni v medijih (denimo zdrav življenjski slog), medtem ko so izrazi, ki zahtevajo podrobnejše znanje, pogosteje napačno razumljeni.

Vprašanje razumevanja izrazov vključuje tudi spretnost preprostega računanja, na primer izračun odmerka predpisanih zdravil ali vsebnosti alkohola v različnih pijačah. Nižje izobraženi so imeli občutno večje težave – čim nižja je stopnja izobrazbe, višji je delež anketirancev, ki ne zmorejo sami izračunati pravilnega rezultata niti ne znajo izbrati pravega med več možnimi odgovori. Tako si je težko predstavljati,

² Druge evropske raziskave ugotavljajo podobne pojave pri razumevanju informacij na embalažah živil (Federacija Konsumentów, 2007).

da bi enako številčni skupini tako nižje kot višje izobraženih delavcev pravilno razumeli (in uporabili) sporočila, ki zahtevajo matematične spretnosti, tudi tiste najpreprostejše.

Skupine nižje izobraženih delavcev iz različnih držav se razlikujejo po stopnji porazdelitve poznavanja analiziranih izrazov (razpredelnica 13).

Razpr. 13. Nepoznavanje splošnega pomena izbranih izrazov – podatki za skupino nižje izobraženih delavcev po posameznih državah (v %)

Izraz: (v vseh primerih p = 0,000)	Država			
	ES	LV	PL	SI
Zdrav življenjski slog	15	25	19	8
Preventiva bolezni	27	44	10	8
Pasivno kajenje	21	28	7	12
Holesterol	31	50	26	10
ITM – indeks telesne mase	21	48	35	16
Prehranska piramida	37	35	35	26

V primerjavi z drugimi državami anketiranci iz Slovenije v največjem deležu razumejo splošne pomen izbranih izrazov s področja skrbi za zdravje, medtem ko je pri latvijskih anketirancih ta delež najmanjši. V nekaterih primerih razlika med tema dvema državama znaša celo 40 odstotnih točk. Podatki za Španijo so podobni latvijskim, poljski pa slovenskim.

10. Vztrajnost pri spreminjanju življenjskega sloga

Psihološka lastnost, ki jo imenujemo vztrajnost (vztrajanje pri določenem dejanju in trajnost sprejete odločitve), je pomemben dejavnik, ki vpliva na izvajanje zdravju koristnih ukrepov. V povprečju v celotni populaciji vsaka druga anketirana oseba meni, da je vztrajna pri izvajanju zdravju koristnih ukrepov. Vztrajnost pada s stopnjo izobrazbe (razpredelnica 14).

Razpr. 14. Ocena anketirančeve lastne vztrajnosti pri zdravju koristnem vedenju glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

“Ali ste vztrajni, ko se lotite nečesa, kar izboljšuje vaše zdravje, telesno pripravljenost, videz ali obliko telesa (npr. posebna dieta ali telovadba)?”	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka, univerzitetna ali več
Zagotovo vztrajen/-na	12	12	15	18
Bolj ali manj vztrajen/-na	30	34	40	42
Skupaj: vztrajen/-na	42	46	55	60
Manj vztrajen/-na	25	23	26	27
Zagotovo ne dovolj vztrajen/-na	17	10	10	8
Skupaj: malo vztrajen	42	33	36	35
Težko ocenim / Takih stvari ne počnem	16	21	9	5
Skupaj (p = 0,000)	100	100	100	100

Boljša izobrazba pomeni večjo vztrajnost, vendar ne vpliva na priznavanje pomanjkanja vztrajnosti³. Analiza razlik med nižje izobraženimi delavci med posameznimi državami je pokazala, da pri zdravju koristnem vedenju najbolj vztrajajo (p = 0,000) Španci in Slovenci (pribl. 60 % v vsaki državi), najmanj pa Poljaki (35 %) in Latvijci (25 %).

³ Ta pojav potrjujejo tudi druge poljske raziskave, opravljene med večjimi populacijami delavcev (Puchalski in Korzeniowska, 2004)

11. Občutek notranjega nadzora

Naslednja spremenljivka, pomembna za zdrav življenjski slog, je prepričanje, da ima posameznik velik potencial za izvajanje zdravju koristnih dejanj, da je to lahko dosegljivo ter da zmore posameznik, in ne neka zunanja sila ali drugi ljudje, sam izbrati to vrsto vedenja in posledično biti dobrega zdravja.

Da bi med anketiranci preverili občutek notranjega nadzora v omenjenem okviru, smo tiste, ki so potrdili, da izvajajo opredeljene, zdravju koristne ukrepe, vprašali, ali se jim zdi to lahko izvedljivo. Tiste, ki se ne vedejo zdravju koristno, pa smo vprašali, kako težko bi se jim zdelo začeti s tovrstnimi ukrepi. Vprašanji sta zajemali vse vedenjske vzorce iz razpredelnice 3.

Rezultati za celotno anketirano populacijo kažejo, da tisti, ki izvajajo specifične elemente zdravega življenjskega sloga, veliko pogosteje menijo, da je zdravju koristno vedenje lahko izvedljivo. Povedano drugače, ljudje, ki so aktivni na področju zdravja, imajo pogosto boljši občutek notranjega nadzora (razpredelnica 15).

Razpr. 15. Občutek notranjega nadzora med ljudmi, ki izvajajo zdravju koristne ukrepe, in tistimi, ki jih ne – podatki za celotno populacijo (v %)

"Kako lahko se vam zdi oziroma kako lahko bi se vam zdelo...?"	% anketirancev, ki menijo...	
	Bilo bi lahko (anketiranci z zdravju koristnimi vedenjskimi vzorci)	Bilo bi lahko (anketiranci brez zdravju koristnih vedenjskih vzorcev)
Omejiti uživanje sladkorja in sladkarij	60	40
Omejiti uživanje maščob	65	34
Skrbeti za dobro telesno pripravljenost, telovaditi, ukvarjati se s športom	73	27
Izogibati se alkoholu oziroma ga uživati v majhnih količinah	88	54
Redno hoditi na preventivne zdravstvene preglede	82	42
Paziti, da pri delu čim bolj zmanjšate tveganje za svoje zdravje	71	21

Izkazalo se je, da se razširjenost občutka notranjega nadzora razlikuje glede na vrsto vedenjskih vzorcev. Anketiranci najlažje nadzirajo omejeno uživanje alkohola in redne zdravstvene preglede – to velja tako za anketirance, ki skrbijo za svoje zdravje, kot za tiste, ki ne. Toda pri drugih ukrepih, kot je omejevanje uživanja sladkarij, je stanje precej bolj zapleteno, saj se ta ukrep zdi najlažje izvedljiv tistim, ki ga ne izvajajo, medtem ko tisti, ki se odrekajo sladkorju, v veliki večini trdijo, da gre za težjo nalogo v primerjavi z ostalimi elementi zdravega življenjskega sloga.

V skupini anketirancev, ki skrbijo za svoje zdravje, se v nobenem izmed navedenih vedenjskih vzorcev delavci z različno stopnjo izobrazbe med seboj občutno ne razlikujejo. Toda v skupini pasivnih ljudi (tistih, ki ne izvajajo zdravju koristnih ukrepov) nižje izobraženi v rahlo večjem odstotku ($p = 0,002$) trdijo, da bi težko omejili uživanje alkohola in sistematično hodili na zdravstvene preglede.

Analiza razlik med nižje izobraženimi anketiranci iz posameznih držav je pokazala, da pri razširjenosti občutka notranjega nadzora prihaja do občutnih statističnih razlik pri večini opazovanih vedenjskih vzorcev. To velja tako za ljudi, ki se trudijo živeti zdravo, kot za tiste, ki se ne. Vsekakor pa iz teh razlik težko izpeljemo neko splošno pravilo. Z gotovostjo lahko trdimo le, da imajo med ljudmi, ki živijo zdravo, nižje izobraženi Latvijci in Španci najredkeje občutek notranjega nadzora, medtem ko je ta pri Slovencih najpogostejši. Med ljudmi, ki ne skrbijo za svoje zdravje, so spet Latvijci tisti, ki imajo najmanjši občutek notranjega nadzora.

12. Zaznani vedenjski vzorci in družbena podpora

Med dejavniki, ki spodbujajo zdrave vedenjske vzorce, sta tudi splošna prisotnost teh vzorcev v neposrednem družbenem okolju (razširjenost zdravju koristnih vedenjskih vzorcev) in podpora skupnosti, torej razumevanje, sprejemanje, pohvala, skupno udejstvovanje in ne nazadnje tudi različne vrste pomoči na tem področju. Podpora sodelavcev, družine in prijateljev se zdi v tem pogledu še posebej pomembna.

Vse delavce, ki so sodelovali v anketi, smo – kot opazovalce teh pojavov – vprašali o zdravju koristnih vedenjskih vzorcih v njihovem delovnem okolju in o tem, kako tovrstne vedenjske vzorce podpirajo njihovi sodelavci. Ta vprašanja so zajemala kar nekaj vedenjskih vzorcev, ki jih navadno dojemamo kot zdravju koristne. Podatki za obe izobrazbeni skupini so predstavljeni v razpredelnici 16.

Razpr. 16. Zaznani zdravju koristni vedenjski vzorci in družbena podpora tem vzorcem na delovnem mestu – podatki za celotno populacijo (v %)

“Kako se vaši sodelavci običajno odzovejo, ko kdo poskuša ...”	Izobrazba	Take situacije v zadnjem času nisem opazil	Odziv vaših sodelavcev (moški / ženske)			
			So nezainteresirani	Pohvalijo, občudujejo	Želijo pomagati	Motijo ali zasmehujejo
Opustiti ali omejiti kajenje (p = 0,001)	nizka (100 %)	29	19	30	14	8
	visoka (100 %)	23	19	36	16	6
Shujšati (p = 0,000)	nizka (100 %)	26	24	28	13	9
	visoka (100 %)	21	22	36	15	6
Omejiti ali opustiti uživanje sladkarij (p = ni nav.)	nizka (100 %)	29	32	19	15	5
	visoka (100 %)	26	34	22	14	4
Omejiti uživanje mastne hrane (p = ni nav.)	nizka (100 %)	30	32	22	11	5
	visoka (100 %)	25	36	25	11	3
Teči, plavati, telovaditi (p = 0,000)	nizka (100 %)	29	24	31	12	4
	visoka (100 %)	18	26	41	12	3
Hoditi na redne zdravstvene preglede, kot so testiranja krvi in urina, rentgensko slikanje (p = 0,000)	nizka (100 %)	35	34	19	9	3
	visoka (100 %)	29	36	26	8	1
Jemati vitamine in prehranska dopolnila (p = 0,01)	nizka (100 %)	27	43	17	9	4
	visoka (100 %)	26	44	21	6	3
Udeležiti se seminarjev o zdravem življenju (p = 0,05)	nizka (100%)	39	34	17	6	4
	visoka (100%)	40	33	19	6	2
Spreminjati delovne metode za bolj varno in zdravo delo (p = 0,01)	nizka (100%)	33	29	22	13	3
	visoka (100%)	32	24	29	13	2

Približno 70 % anketirancev ugotavlja, da njihovi sodelavci izvajajo zdravju koristne ukrepe, našteje v razpredelnici (oziroma vsaj nekatere med njimi). Bolje izobraženi so običajno prepričani, da njihovi službeni kolegi živijo zdravo – za razliko od manj izobraženih ljudi. Tako lahko sklepamo, da so bolj izobraženi ljudje bolj izpostavljeni vplivu vedenjskih vzorcev v družbi.

V povprečju vsak tretji anketirani meni, da delavcev, ki se odločijo za različne ukrepe za izboljšanje zdravja, ostali sodelavci ne podpirajo (jim je vseeno). Majhen delež anketiranih celo pravi, da jim sodelavci to otežujejo. Obe izobrazbeni skupini ta problem zaznavata podobno, čeprav imajo nižje izobraženi pogostejše občutek, da jim sodelavci želeno vedenje otežujejo.

Približno četrtina do polovica anketirancev (ta rezultat se razlikuje glede na vrsto ukrepa) pravi, da se sodelavci med seboj podpirajo, ne samo z izražanjem pohvale ali občudovanja, temveč tudi v obliki pomoči (kar sicer opaža majhen delež anketiranih). Nižje izobraženi v primerjavi z višje izobraženimi delavci običajno redkeje opazijo, da bi bili tisti, ki živijo zdravo, deležni pohvale in občudovanja kolegov.

Odziv sodelavcev na ukrepe za zdravo življenje je različen glede na vrsto ukrepa. Najpogostejše podprejo ljudi, ki začnejo telovaditi, se odrečejo kajenju ali začnejo shujševalno dieto (čeprav v zadnjih dveh primerih ti tudi najpogostejše naletijo na ovire). Najmanj podpore sodelavcev prejmejo delavci, ki se udeležujejo seminarjev o zdravem življenju, jemljejo prehranska dopolnila in redno hodijo na zdravstvene preglede.

Podpora družine in prijateljev pa je popolnoma druga stvar. Med anketiranci, ki živijo zdravo, jih približno 70 % pravi, da so njihovi sorodniki in prijatelji razumevajoči glede tovrstnih vedenjskih vzorcev. To velja tako za nižje kot za višje izobražene ljudi.

Razpr. 17. Zaznani zdravju koristni vedenjski vzorci in njihova družbena podpora na delovnem mestu – podatki za skupino nižje izobraženih delavcev po posameznih državah (v %)

"Kako se vaši sodelavci običajno odzovejo, ko nekdo poskuša..."	Država (= 100%)	Take situacije v zadnjem času nisem opazil	Odziv vaših sodelavcev (moški / ženske)			
			So nezainteresirani	Pohvalijo, občudujejo	Želijo pomagati	Motijo ali zasmehujejo
Opustiti ali omejiti kajenje (p = 0,000)	ES	32	22	21	19	6
	LV	38	15	27	4	16
	PL	21	26	35	12	6
	SI	25	15	35	20	5
Shujšati (p = 0,000)	ES	25	23	23	19	10
	LV	37	21	25	4	13
	PL	23	32	32	8	5
	SI	19	19	32	22	8
Omejiti ali opustiti uživanje sladkarij (p = 0,000)	ES	23	29	10	29	9
	LV	41	30	18	5	6
	PL	26	40	24	8	2
	SI	25	28	23	20	4
Omejiti uživanje mastne hrane (p = 0,000)	ES	31	29	18	20	2
	LV	40	28	23	3	6
	PL	28	40	22	5	4
	SI	21	30	27	17	5
Teči, plavati, telovaditi (p = 0,000)	ES	21	26	25	23	5
	LV	43	18	28	7	4
	PL	31	28	32	6	3
	SI	19	23	39	14	5
Hoditi na redne zdravstvene preglede, kot so testiranja krvi in urina, rentgensko slikanje (p = 0,000)	ES	32	29	22	16	1
	LV	58	25	9	1	7
	PL	28	52	15	5	0
	SI	21	31	32	13	3
Jemati vitamine in prehranska dopolnila (p = 0,000)	ES	25	41	22	10	2
	LV	41	41	8	4	6
	PL	24	50	14	7	5
	SI	17	42	23	14	4
Udeležiti se seminarjev o zdravem življenju (p = 0,000)	ES	30	30	26	10	4
	LV	58	31	5	2	4
	PL	38	41	13	4	4
	SI	29	33	24	8	6
Spreminjati delovne metode za bolj varno in zdravo delo (p = 0,000)	ES	20	28	24	27	1
	LV	49	25	19	4	3
	PL	36	38	17	6	3
	SI	26	23	29	17	5

Poglejmo si še zdravju koristne vzorce in z njimi povezano podporo na delovnem mestu med nižje izobraženimi delavci po posameznih državah (razpredelnica 17).

Anketa je pokazala, da zdravju koristne vedenjske vzorce svojih sodelavcev najredkeje opazijo Latvijci. V povprečju vsak drugi anketirani pri sodelavcih ni zaznal nobenega od omenjenih vedenjskih vzorcev. Večino teh vzorcev so zaznali slovenski, le v rahlo manjšem deležu pa tudi španski in poljski anketiranci. V vsaki od teh treh držav v povprečju petina do tretjina anketiranih ni opazila zdravju koristnih vzorcev pri svojih sodelavcih.

V primerjavi z drugimi državami se Poljaki, ki živijo zdravo, najpogosteje srečujejo z ravnodušnostjo svojih kolegov pri vsakem od naštetih ukrepov, medtem ko nižje izobraženi delavci iz Španije in Slovenije razmeroma pogosto prejmejo pomoč svojih sodelavcev. Pohvala zdravju koristnega vedenja se v vsaki državi razlikuje glede na posamezen vedenjski vzorec.

Podatki, povezani s psihološko podporo (sprejemanjem in razumevanjem) družine in prijateljev tistih, ki skušajo živeti zdravo, so nekoliko drugačni (razpredelnica 18).

Razpr. 18. Podpora družine in sorodnikov ljudi, ki živijo zdravo – podatki za skupino nižje izobraženih delavcev po posameznih državah (v %)

"Kako se vaši sorodniki in prijatelji običajno odzovejo, ko skušate...?"	Država			
	ES	LV	PL	SI
Omejiti količino sladkorja, sladkarij (p = 0, 000)	54	57	87	74
Omejiti količino maščob (p = 0,000)	44	68	89	81
Skrbeti za dobro telesno pripravljenost, telovaditi, se ukvarjati s športom (p = 0,000)	52	93	90	71
Izogibati se uživanju alkohola ali ga uživati v majhnih količinah (p = 0,000)	43	83	90	79
Redno hoditi na preventivne zdravstvene preglede (p = 0,000)	60	79	98	87
Paziti, da se pri delu izpostavljate kar najmanjšemu tveganju za svoje zdravje (p = 0,000)	47	84	89	80

Največ podpore v tem pogledu tako prejmejo nižje izobraženi Poljaki (v povprečju približno 90 %), ki jih sicer precej redko podprejo njihovi sodelavci. Španske družine in prijatelji nudijo tako podporo najredkeje (v povprečju le malo več kot v 50 % primerov).

13. Samoocena zdravstvenega stanja

Udejstvovanje v korist zdravju in njegova usmerjenost sta lahko rezultat samoocene lastnega zdravstvenega stanja, od nje odvisne povezave pa so lahko raznolike.

Raziskava je potrdila splošno veljavno pravilo, da nižje izobraženi ljudje slabše ocenjujejo svoje zdravstveno stanje (razpredelnica 19). Anketirani iz skupine nižje izobraženih tako kar dvakrat pogosteje kot višje izobraženi tožijo o slabem zdravstvenem stanju – čeprav skupni delež znaša le okoli 6 % celotne populacije. Manj izobraženi se tudi pogosteje pritožujejo glede bolezni in v manjšem številu trdijo, da je njihovo zdravje dobro. V povprečju več kot 60 % celotne populacije meni, da je v dobrem zdravstvenem stanju.

Razpr. 19. Samoocena zdravstvenega stanja glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

"Kako ocenjujete svojo zdravstveno stanje?"	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka, univerzitetna ali več
Sem zdrav človek	55	59	61	67
Pogosto me mučijo zdravstvene težave, toda gre za blage bolezni	37	35	34	29
Sem slabega zdravja	8	6	5	4
N = 100 % (p = 0,005)	369	448	433	441

Manj izobraženi ljudje občutno pogosteje ugotavljajo, da jih je njihovo zdravstveno stanje (bolezni, poškodbe) v zadnjem letu pomembno oviralo pri izvajanju poklicnih oziroma katerih koli drugih pomembnih nalog ali pa je te celo onemogočilo.

Primerjava samoocene zdravstvenega stanja pri izključno nižje izobraženih delavcih v posameznih državah je pokazala, da so Latvijci najslabšega zdravja, Slovenci pa najboljšega (razpredelnica 20).

Razpr. 20. Samoocena zdravstvenega stanja pri nižje izobraženih delavcih po posameznih državah

"Kako ocenjujete svoje zdravstveno stanje?" (p = 0,000)	Država (= 100%)			
	ES	LV	PL	SI
Sem zdrav človek	60	45	52	72
Pogosto me mučijo zdravstvene težave, toda gre za blage bolezni	37	42	41	23
Moje zdravstveno stanje je slabo	3	13	7	5

Zanimivo je, da Španci v primerjavi s prebivalci drugih držav svoje zdravje ocenjujejo razmeroma dobro, dvakrat pogosteje (36 %) kot prebivalci drugih držav (17 %) pa trpijo za kroničnimi boleznimi, kar vodi do nenehnih obiskov pri zdravniku, jemanja zdravil in rednih zdravstvenih pregledov. Po drugi strani Španci v dvakrat manjšem deležu (9 %) kot prebivalci drugih držav (približno 17 %) ugotavljajo, da je v preteklem letu bolezen občutno ovirala opravljanje njihovih družbenih vlog, vključno s poklicnimi.

14. Samoocena finančnega položaja

Zadnje vprašanje, ki ga predstavljamo v tem poročilu, je subjektivna ocena finančnega položaja, ki močno vpliva na osveščenost in vedenje, povezano z zdravjem, ter na samo zdravstveno stanje.

V povprečju približno 5 % vseh anketiranih ocenjuje, da so premožni, manj kot 60 % svoj življenjski standard ocenjuje kot povprečen, ena tretjina pa kot nizek.

Razpr. 21. Samoocena finančnega položaja glede na stopnjo izobrazbe – podatki za celotno populacijo (v %)

"Kako ocenjujete svoj finančni položaj?"	Izobrazba			
	Osnovna	Poklicna	Srednja ali višja	Visoka, univerzitetna ali več
Sem precej premožna oseba	3	5	6	7
Moj življenjski standard je povprečen	48	54	61	68
Živeti moram precej skromno	49	41	33	25
N = 100% (p = 0,000)	369	448	433	440

Razpr. 22. Samoocena finančnega položaja – podatki za skupino nižje izobraženih delavcev po posameznih državah (v %)

"Kako ocenjujete svoj finančni položaj?" (p = 0,000)	Država			
	ES	LV	PL	SI
Sem precej premožna oseba	4	2	7	2
Moj življenjski standard je povprečen	40	53	52	61
Živeti moram precej skromno	56	45	41	37

Čim nižja je izobrazba ljudi, več (dvakratna razlika med skupinama z najnižjo in najvišjo izobrazbo) jih pravi, da morajo živeti precej skromno. Redkeje anketirani svoj standard ocenjujejo kot povprečen. Manj je tudi nižje izobraženih z visokim življenjskim standardom – čim nižja je njihova izobrazba, manj jih je (razpredelnica 21).

Razlike v ocenah življenjskega standarda med nižje izobraženimi anketiranci med različnimi državami so predstavljene v razpredelnici 22.

Največji delež nižje izobraženih delavcev, ki svoj finančni položaj ocenjujejo kot nizek, je med Španci (živeti morajo skromno), najmanjši pa med Slovenci. Podatki glede povprečnega življenjskega standarda kažejo nasprotni vrstni red – najpogostejši je v Sloveniji in najredkejši v Španiji. Stanje v Latviji in na Poljskem je bližje slovenskemu. Na Poljskem pozornost zbuja razmeroma velik delež nižje izobraženih delavcev, ki so razglasili visok življenjski standard (vsak trinajsti anketirani; razpredelnica 22).

15. Zaključek

Rezultati predstavljene raziskave kažejo, da imajo delavci z nižjo stopnjo izobrazbe (v primerjavi s tistimi z višjo stopnjo) veliko lastnosti, ki negativno določajo njihove možnosti za zdravje – tako v smislu njihovih kazalcev kot pogojev: nižje izobraženi svoje zdravstveno stanje na primer ocenjujejo kot slabše in na splošno redkeje živijo tako, da bi koristili svojemu zdravju. Manj tudi razmišljajo in čutijo v smeri, ki bi jih lahko vodila do spremembe vedenja, koristne za njihovo zdravje. Poleg tega imajo manj spretnosti in znanj, ki bi jim preko zdravega načina življenja omogočili, da bi bolje skrbeli za svoje zdravje. V svojem okolju se nižje izobraženi delavci navadno redkeje srečujejo z dejavniki, ki bi spodbujali zdravo življenje – z zdravju koristnimi vedenjskimi vzorci, družbeno podporo pri njihovem posnevanju in objektivnimi možnostmi, kot je denimo finančni položaj. Čeprav so bile v nekaterih primerih razlike med nižje in višje izobraženimi delavci zanemarljive, so bile statistično opazne in jasno orientirane. Že samo dejstvo, da je bilo pri nižje izobraženih delavcih ugotovljenih toliko negativnih lastnosti, kaže na to, da njihov splošni zdravstveni položaj zahteva posebno pozornost.

Vendarle pa nižje izobraženi delavci niso homogena skupina v okviru medkulturnih razlik. Odgovori predstavnikov različnih držav, ki so sodelovale v projektu, so se pogosto občutno razlikovali glede na stopnjo razširjenosti naštetih negativnih vidikov možnosti za zdravje. Zato je treba pri posploševanju rezultatov raziskave in njenih zaključkov upoštevati tudi socialne in kulturne vidike.

Viri in literatura

1. Federacja Konsumentów. 2007. Prevzeto: 12. 10. 2009 [v poljščini]. Dostopno na <http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=440>.
2. Korzeniowska E, Puchalski K, Pyżalski J, Wojtaszczyk P, Iwanowicz E. Development and dissemination of health promotion methods tailored to the low educated employees' specific needs [v poljščini]. Lodž: IMP; 2007.
3. Puchalski K. Unhealthy behaviours and reasons for it in the thinking of employees [v poljščini]. *Medycyna Pracy* 2004;55(5):417–424.
4. Puchalski K, Korzeniowska E. Why don't we take care of our own health. The role of common rationalisations in explaining health behaviours. V: Piątkowski W, ur. *Health, disease, society. Studies of sociology of medicine* [v poljščini]. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2004: 107–126.

7. POGLAVJE

Preference nižje izobraženih delavcev glede zdravstvene vzgoje in promocije zdravja

Elżbieta Korzeniowska

1. Uvod

V prejšnjih poglavjih smo razpravljali o določenih načinih razmišljanja o zdravju in njihovih determinantah ter z zdravjem povezanih navadah delavcev, še posebej tistih z nižjo izobrazbo. Po eni strani lahko takšne zaključke štejemo med objektivne kazalce povpraševanja po zdravstveni vzgoji in promociji zdravja, po drugi pa jih lahko razumemo kot široko podlago, na kateri se izoblikujejo osebna pričakovanja glede tovrstnih projektov.

To poglavje opisuje preference delavcev v zvezi z rešitvami v zdravstveni vzgoji in promociji zdravja. Najprej se razprava osredotoča na to, kako so po priljubljenosti razvrščeni načini posredovanja znanja in izboljšanja z zdravjem povezanih spretnosti. Sledi predstavitev vsebine, ki bi po mnenju anketirancev morala biti vključena v zdravstvena sporočila članom njihove družbe. Poleg tega se poglavje osredotoča tudi na predstavitev mišljenj in prepričanj delavcev o izobraževanju v zvezi z zdravjem. Najprej se bomo osredotočili na njihov splošni odnos do tovrstnih projektov, saj ta določa pripravljenost sodelovanja v takšnih akcijah. V nadaljevanju se poglavje posveča tako sredstvom, s katerimi lahko med delavci povečamo zanimanje za zdravstveno vzgojo, še posebej med nižje izobraženimi, kot tudi okoliščinam, ki se jim moramo izogniti, ker bi drugače zaposlene odvrnili od sodelovanja v izobraževanju. V poglavju razpravljamo tudi o vprašanju, kdo je najboljši izvajalec takega izobraževanja. Na koncu so predstavljena še pričakovanja do podjetja kot institucije, ki lahko izvaja dejavnosti na področju vzdrževanja in izboljševanja zdravja delavcev.

Analiza omenjenih preferenc je opravljena z dveh različnih vidikov. Prvi in osnovni cilj je primerjava nižje izobraženih delavcev z bolj izobraženimi v vseh anketiranih državah zato, da bi določili specifične potrebe prve skupine, ki jo na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja štejemo za pomembno prejemnico. Podatki vsebujejo stališča 817 anketirancev z nedokončano osnovnošolsko, osnovnošolsko, nižjo poklicno in s srednjo poklicno izobrazbo (stopnje 0–2 in 3C glede na klasifikacijo ISCED 1997) in 874 anketirancev s srednjo ali z višjo oziroma visokošolsko izobrazbo (stopnje 3A–B in 4–6 glede na klasifikacijo ISCED 1997).

Drugi cilj je primerjava nižje izobraženih delavcev iz različnih držav (analizirane skupine so vključevale 202 Španca, 212 Latvijcev, 203 Poljake in 200 Slovencev), s katero lahko določimo vlogo družbeno-kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na pričakovanja glede projektov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja.

Pri praktičnih implikacijah teh raziskav, na primer priporočilih za zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, je treba opozoriti tudi na njihov splošni značaj. To pomeni, da lahko na preference nižje izobraženih delavcev vsakokrat vpliva posebna narava glavnega problema, ki se rešuje v okviru določenega projekta (na primer, ali se nanaša na zdravo prehrano ali telesno dejavnost).

2. Preference glede virov informacij

Ključni problem avtorjev projektov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja je izbira najboljših načinov, s katerimi lahko ciljnim skupinam posredujemo znanje in veščine, potrebne za razumno vedenje, povezano z zdravjem. Izbira tovrstnih možnosti je pestra. Razpredelnica prikazuje, katera od pogosto uporabljenih možnosti je ustrezala (so jo sprejeli ali zelo dobro sprejeli) višje in nižje izobraženim delavcem.

Razpr. 1. Preference delavcev z različno stopnjo izobrazbe iz štirih držav, vključenih v raziskavo, glede virov znanja in spretnosti v zvezi z zdravjem

Vrsta vira	% nižje izobraženih	% višje izobraženih	df = 4
Televizijske in radijske oddaje	72	70	
Nasveti strokovnjakov s področja zdravja	63	68	
Družabni dogodki	61	61	
Članki v časopisih in revijah	55	72	p < 0,0001 X ² = 60,1
Letaki in plakati	55	58	
Različna tekmovanja (npr. nagradne igre, natečaji)	53	45	p < 0,0001 X ² = 24,4
Delavnice	50	56	p < 0,01 X ² = 13,5
Predavanja	43	57	p < 0,0001 X ² = 27,7
Internet	41	66	p < 0,0001 X ² = 112,8
Strokovne knjige za samopomoč	41	51	p < 0,0001 X ² = 33,0

Med navedenimi načini pridobivanja znanja in spretnosti v zvezi z zdravjem so po priljubljenosti nižje izobraženi delavci na prva tri mesta postavili: a) radio in televizijo, b) individualna posvetovanja s strokovnjaki, ki dajejo napotke za zdravo življenje, in c) družabna srečanja. Med višje izobraženimi delavci so bili najbolj priljubljeni v tem zaporedju: članki v časopisih in revijah, televizijske in radijske oddaje ter individualno svetovanje.

Tako so bili pri obeh anketiranih skupinah množični mediji (radio, televizija, časopisi in revije) in individualno svetovanje med najbolj pričakovanimi viri znanja v zvezi z zdravjem. Poleg tega sta obe skupini omenjene možnosti izbrali enako pogosto: prvo je izbralo skoraj tri četrtine, drugo pa dve tretjini vseh anketirancev. Časopisi in revije so za višje izobražene delavce (72 %) veliko primernejši kot za nižje izobražene (55 %). Na družabne dogodke, ki spodbujajo zdrav življenjski slog, je z odobravanjem gledalo 61 % delavcev ne glede na stopnjo izobrazbe. Kljub temu, da so pri skupini nižje izobraženih delavcev po priljubljenosti zasedali tretje mesto, so bili pri kontrolni skupini šele na petem mestu. Letake in plakate, različna tekmovanja (nagradne igre, natečaje) in delavnice na temo zdravega življenja je v obeh skupinah v podobnem številu v povprečju izbral približno vsak drugi delavec¹.

Nižje izobraženi anketiranci so le redko in manj pogosto kot bolj izobraženi delavci izbrali internet (25-odstotna razlika), strokovne knjige za samopomoč (10-odstotna razlika) in predavanja (14-odstotna razlika). Tako se je izkazalo, da ti viri sodijo med najmanj priljubljene načine posredovanja informacij o zdravju pri nižje izobraženih anketirancih (ustrezali so približno 40 % anketirancem). Vse to prispeva k specifičnosti te skupine v primerjavi s skupino bolj izobraženih (razlike pri časopisih in revijah so bile že omenjene).

Stališča o načinih posredovanja informacij o zdravju so se med nižje izobraženimi delavci iz vsake države statistično pomembno razlikovala.

¹ Pri nagradnih igrah, akcijah in delavnicah se je pokazala šibka statistično pomembna povezava s stopnjo izobrazbe.

Razpr. 2. Preference nižje izobraženih delavcev iz različnih držav glede virov znanja in spretnosti v zvezi z zdravjem

Vrsta vira	Država				
	Španija (ES)	Latvija (LV)	Poljska (PL)	Slovenija (SI)	df = 12
Radio, televizija	75 %	65 %	74 %	76 %	p < 0,0001 X ² = 56,7
Individualno svetovanje	69 %	70 %	55 %	58 %	p < 0,0001 X ² = 87,9
Družabni dogodki	71 %	72 %	40 %	59 %	p < 0,0001 X ² = 124,5
Časopisi, revije	67 %	31 %	51 %	71 %	p < 0,0001 X ² = 131,1
Letaki, plakati	64 %	41 %	56 %	59 %	p < 0,0001 X ² = 87,2
Različna tekmovanja (npr. nagradne igre, natečaji)	52 %	75 %	40 %	43 %	p < 0,0001 X ² = 152,8
Delavnice	69 %	51 %	37 %	48 %	p < 0,0001 X ² = 140,9
Predavanja	66 %	34 %	27 %	53 %	p < 0,0001, X ² = 114,0
Internet	53 %	23 %	37 %	49 %	p < 0,0001 X ² = 93,9
Strokovne knjige za samopomoč	52 %	18 %	44 %	50 %	p < 0,0001 X ² = 114,4

Kot lahko vidimo, so bili za različne načine pridobivanja informacij najbolj dovzetni Španci, najmanj pa Poljaki. Pri Latvijcih se je pokazalo največje nasprotje: določene metode so bile dobro sprejete, druge pa so ustrezale le enemu od petih anketirancev. V Sloveniji je v večini primerov posamezen vir izbral vsak drugi nižje izobraženi delavec.

V Španiji je večina nižje izobraženih delavcev (kar tri četrtine) izbrala radio, televizijo in družabne dogodke. Najredkeje so izbrali strokovne knjige za samopomoč, različna tekmovanja in internet (približno polovica). Latvijci so najpogostejše (trije od štirih) sprejeli različna tekmovanja, družabne dogodke in individualno svetovanje. Najmanj privlačne (le enemu od štirih) so se jim zdele strokovne knjige za samopomoč in internet. Za 75 % poljskih nižje izobraženih delavcev sta bila radio in televizija najpriročnejši vir informacij. Ti dve vrsti medijev sta izrazito prednjačili, saj so druge možnosti po priljubljenosti dosegle za 20 % manj glasov (npr. letaki, plakati in individualno svetovanje). Med Poljaki so bila najmanj priljubljena predavanja (izbral jih je le približno vsak četrti), delavnice in internet (izbral jih je približno vsak tretji). Slovenski nižje izobraženi delavci (trije od štirih) so bili pripravljeni informacije o zdravju spremljati preko radia in televizije ali o njih brati v časopisih in revijah. Tem virom informacij so bili najbolj naklonjeni, ostale pa je izbral le vsak drugi anketiranec (najredkeje različna tekmovanja).

Pri organiziranju različnih tekmovanj (nagradnih iger, natečajev) na temo zdravja lahko v Latviji pričakujemo dober odziv, v Sloveniji pa takšne dejavnosti ne bodo primerne. Medtem ko pri nižje izobraženih delavcih obstaja 50-odstotna verjetnost, da jih bodo informacije o zdravju v časopisih in revijah pritegnile, v Sloveniji ta naraste nad 70 %, v Latviji pa pade na 31 %. Predavanja bodo zadovoljila dva od treh španskih nižje izobraženih delavcev in le enega od štirih poljskih delavcev (poljski nižje izobraženi delavci so med vsemi državami, vključenimi v anketo, najmanj naklonjeni predavanjem). Stanje bi bilo podobno pri delavnicah, v katerih se posamezne skupine naučijo zdravih navad (69 % Špancev in le 37 % Poljakov je odobravalo te dejavnosti), ali pri družabnih dogodkih (71 % Špancev in 40 % Poljakov). Strokovne knjige za samopomoč bi brala polovica španskih in slovenskih delavcev in manj kot vsak peti Latvijec.

Težko je torej izluščiti univerzalne napotke glede preferenc v zvezi z virom informacij o zdravju pri nižje izobraženih delavcih v Evropski uniji, zlasti če za kazalnik trenutnega stanja vzamemo rezultate iz štirih držav, vključenih v projekt. Lahko zgolj sklepamo, da najmanjša verjetnost za napake obstaja pri radiu in televiziji. Kar zadeva druge vire, zlasti predavanja, delavnice, internet ali celo časopise in revije (slednjim je bil ponekod naklonjen le vsak tretji nižje izobraženi delavec), bi bilo dobro opraviti dodatno analizo.

3. Relevantna vsebina
zdravstvenovzgojnih akcij v družbi

O vsebini, ki bi jo po presoji anketirancev država morala posredovati svojim državljanom, so imeli nižje in višje izobraženi delavci precej podobna mnenja. Njihovi pogledi so se statistično pomembno razlikovali le glede spodbujanja telesne dejavnosti in zmanjševanja uživanja alkohola². Višje izobraženi delavci so pogosteje poudarili, da bi bilo treba ljudi spodbujati k pogostejši telovadbi, medtem ko so nižje izobraženi delavci menili, da bi bilo ljudi treba naučiti, da ne smejo piti alkohola. Najpogosteje izbrane možnosti v obeh skupinah so: kajenje, zdrava prehrana (približno 40 % anketirancev), uživanje alkohola, obvladovanje stresa in redni zdravniški pregledi (30 %). Anketirani delavci so najredkeje izbrali možnost izobraževanja sodržavljanov o zdravju pri delu. Podrobni rezultati so predstavljeni v razpredelnici.

Razpr. 3. Preference delavcev z različnimi stopnjami izobrazbe iz štirih držav, vključenih v raziskavo, v zvezi z vsebino, ki bi morala biti posredovana javnosti v okviru zdravstvene vzgoje

Vrsta vsebine	% nižje izobraženih	% višje izobraženih
Proti kajenju	45	42
O zdravi prehrani	38	41
Proti uživanju alkohola	36	27
Kako obvladati stres	30	35
O zdravniških pregledih	30	35
O pravicah bolnikov	28	25
O telesni dejavnosti	26	37
O skrbi za okolje	21	16
O upoštevanju napotkov zdravnika v času bolezni	21	19
O zdravju pri delu	13	11
Drugo	3	1

Mnenja o vsebini, ki bi morala biti posredovana državljanom v okviru zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, so se pri nižje izobraženih delavcih razlikovala med državami, vključenimi v anketo. Razlike so se večinoma nanašale na že ustaljene teme (prikazane v razpredelnici 4), podobnosti pa so se pokazale le na dveh področjih: pri skrbi za okolje in pri upoštevanju napotkov zdravnika med boleznijo. V vsaki državi je ti dve možnosti izbral le vsak četrti ali peti anketiranec. Podobnosti so se torej nanašale na manj priljubljena vprašanja.

Ugotovili smo, da pri večini nižje izobraženih delavcev v treh državah, vključenih v anketo (Latvija, Poljska in Slovenija), ni prevladala nobena problematika. Izbrali so namreč več vprašanj, ki so po njihovem mnenju pomembna. Na Poljskem so anketiranci najpogosteje (vsak drugi anketiranec) izbrali vprašanja, povezana z zdravo prehrano in s kajenjem. V Latviji sta bili najpogostejši dve izbiri: obveščanje sodržavljanov o pravicah bolnikov in potreba po zmanjšanju uživanja alkohola. V Sloveniji pa je 40 % anketirancev izbralo vprašanja, povezana z obvladovanjem stresa in skrbjo za telesno dejavnost.

Španija se je v tem primeru pokazala za izjemo. Najpomembnejše vprašanje je zadevalo potrebo po osveščanju ljudi glede kajenja (63 % izbir). Drugo pomembno vprašanje, ki ga je izbralo 20 % manj anketirancev, se je nanašalo na zdravo prehrano in uživanje alkohola.

² V tem zaporedju: $p < 0,0001$, $df = 1$, $X^2 = 25,1$ in $p < 0,001$, $df = 1$, $X^2 = 14,6$.

Razpr. 4. Preference nižje izobraženih delavcev iz držav, vključenih v raziskavo, v zvezi z vsebino, ki bi morala biti posredovana javnosti v okviru zdravstvene vzgoje

Vrsta vsebine	Država				
	Španija (ES)	Latvija (LV)	Poljska (PL)	Slovenija (SI)	df = 3
Proti kajenju	63	40	43	34	p < 0,0001, X ² = 40,9
O zdravi prehrani	41	31	46	33	p < 0,001 X ² = 13,7
Proti uživanju alkohola	40	45	36	23	p < 0,0001 X ² = 23,2
Kako obvladati stres	29	21	29	42	p < 0,0001 X ² = 22,6
O zdravniških pregledih	20	30	31	38	p < 0,01 X ² = 16,1
O pravicah bolnikov	12	48	31	21	p < 0,0001 X ² = 74,8
O telesni aktivnosti	36	13	16	40	p < 0,0001 X ² = 58,9
O skrbi za okolje	22	17	20	27	
O upoštevanju napotkov zdravnika med boleznijo	21	23	22	19	
O zdravju pri delu	11	22	8	9	p < 0,0001 X ² = 24,5
Drugo	2	7	1	3	p < 0,001 X ² = 28,8

Kajenje, telesna dejavnost in pravice bolnikov so teme, pri katerih se je v različnih državah mnenje vprašanih močno razlikovalo. Boj proti odvisnosti od nikotina se je zdel pomemben dvema tretjinama nižje izobraženih delavcev v Španiji, v Sloveniji pa le vsakemu tretjemu anketirancu. Še več, medtem ko je 40 % slovenskih anketirancev podpiralo spodbujanje telesne dejavnosti, se je s tem strinjalo le 13 % delavcev v Latviji. Nazadnje, skoraj polovica vseh anketirancev v Latviji je podprla možnost obveščanja o pravicah bolnikov, pri španskih delavcih pa se je to zdelo pomembno le vsakemu osmemu.

Če povzamemo, lahko po zgledu držav, vključenih v anketo, sklepamo, da je problematika kajenja in zdrave prehrane pomembna večini nižje izobraženih delavcev, ne glede na državo bivanja.

4. Odnos do izobraževanj, povezanih z zdravjem

Dejavnosti na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja pogosto potekajo v okviru različnih vrst izobraževanja. Njihovo pomembnost le težka spregledamo, ko gre za posredovanje znanja, ki presega raven zgolj bistvenih besed in osnovnih informacij, ali izboljšanje točno določenih znanj in spretnosti ciljne skupine. Vendar organizatorji težko pritegnejo ljudi k udeležbi takega izobraževanja. V raziskavi smo ugotavljali, kakšen je splošen odnos do takega izobraževanja, kaj povečuje in kaj zmanjšuje pripravljenost do udeležbe ter kakšne so preference nižje izobraženih delavcev v zvezi z izbiro izvajalcev izobraževanja.

Pri splošnem odnosu do izobraževanja se je izkazalo (glej razpredelnico 5), da sta bili najpogostejši dve izbiri, ki sta bili enaki pri skoraj polovici vseh anketirancev ne glede na stopnjo izobrazbe (povezava je statistično pomembna, vendar šibka): za tovrstna izobraževanja ljudje nimajo dovolj časa; ta so zgolj pretveza za prodajanje nečesa drugega. Še več, številni nižje izobraženi delavci (43 %, kar je skoraj dvakrat več kot v skupini bolje izobraženih) so menili, da je o svojem zdravju bolje vedeti manj.

Poleg tega približno vsak tretji delavec z nižjo stopnjo izobrazbe ni zaupal informacijam, posredovanim med izobraževanjem (med višje izobraženimi vsak četrti), zagovarjali so stališče, da znajo tudi brez izobraževanja sami najbolje poskrbeti za svoje zdravje, ali pa so trdili, da potrebe po izobraževanju ni, dokler je z njihovim zdravjem vse v redu. S tem mnenjem se je strinjal le približno vsak peti anketiranec iz skupine višje izobraženih.

K sreči sodelovanje v tovrstnih projektih na splošno ni bilo povezano s slabimi odzivi v anketirančevem krogu prijateljev (v obeh izobražbenih skupinah je bila povezava šibka).

Razpr. 5. Prepričanja delavcev z različno stopnjo izobrazbe iz štirih držav, vključenih v raziskavo, glede izobraževanj, povezanih z zdravjem

Vrsta odnosa	% nižje izobraženih	% višje izobraženih	df = 2
Nimam dovolj časa za tovrstna izobraževanja.	57	49	$p < 0,001$ $\chi^2 = 17,3$
Na takšnih izobraževanjih ti želijo prodati nekaj drugega pod pretvezo, da gre za zdravje.	52	41	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 22,4$
Včasih je o svojem zdravju bolje vedeti manj.	43	25	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 61,1$
Taka izobraževanja človeka samo zmedejo, saj predavatelji povejo nekaj in nato spet nekaj čisto drugega.	36	23	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 37,9$
Sam najbolje vem, kako skrbeti za svoje zdravje tudi brez tovrstnih izobraževanj.	30	20	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 25,4$
Dokler sem zdrav, me takšna izobraževanja ne zanimajo.	34	22	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 41,1$
Z udeležbo na tovrstnem izobraževanju bi se osmešil pred prijatelji.	11	5	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 26,2$

Opravljen raziskava je pokazala, da obstaja resna težava pri tem, kako nižje izobraženi delavci dojemajo izobraževanje, posvečeno zdravstveni problematiki. Podobno višje izobraženi anketiranci pogosto ne želijo zapravljati časa za takšna izobraževanja in sumijo, da gre za nekakšno krinko za sklepanje poslov. V primerjavi z višje izobraženimi nižje izobraženi delavci pogosteje raje vedo manj o svojem zdravju, se pritožujejo, da dobijo med takšnim izobraževanjem nasprotujoče si informacije ali pa v njem ne vidijo smisla, pri čemer se sklicujejo na svoje dobro zdravje ali znanje, ki ga že imajo.

Razpredelnica prikazuje razporeditev odgovorov nižje izobraženih delavcev glede na državo bivanja.

Razpr. 6. Prepričanja nižje izobraženih delavcev iz različnih držav, vključenih v raziskavo, glede izobraževanj, povezanih z zdravjem

Vrsta odnosa	Španija (ES)	Latvija (LV)	Poljska (PL)	Slovenija (SI)	df = 6
Nimam časa za tovrstna izobraževanja.	41	58	79	49	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 84,2$
Na takšnih izobraževanjih ti želijo prodati nekaj drugega pod pretvezo, da gre za zdravje.	45	61	58	44	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 34,6$
Včasih je o svojem zdravju bolje vedeti manj.	38	54	56	23	$v < 0,0001$ $\chi^2 = 68,2$
Taka izobraževanja človeka samo zmedejo, saj predavatelji povejo nekaj in nato spet nekaj čisto drugega.	26	49	51	18	$p < 0,0001$ $\chi^2 = 82,8$
Sam najbolje vem, kako skrbeti za svoje zdravje tudi brez tovrstnih izobraževanj.	29	24	42	24	$v < 0,0001$ $\chi^2 = 52,6$
Dokler sem zdrav, me takšna izobraževanja ne zanimajo.	26	31	53	25	$v < 0,0001$ $\chi^2 = 59,1$
Z udeležbo na tovrstnem izobraževanju bi se osmešil pred prijatelji.	15	12	10	5	$v < 0,0001$ $\chi^2 = 31,5$

Kot lahko vidimo, so negativna prepričanja o izobraževanjih, povezanih z zdravstvenimi vprašanji, najbolj razširjena med nižje izobraženimi delavci na Poljskem. Večina (več kot tri četrtine) je trdila, da za tovrstno izobraževanje nimajo časa, kar ponavadi kaže na pomanjkanje zanimanja (v drugih državah

je enako menila le približno polovica anketirancev). Polovica poljskih delavcev ni zaupala vsebini izobraževanja (s tem mnenjem se je strinjal le vsak šesti anketiranec iz Slovenije ali vsak četrti delavec iz Španije) ali pa si niso želeli vedeti več, saj so se bali, da jim to ne bi prineslo nič dobrega (v Sloveniji je tako menil le vsak peti anketiranec).

Na drugem mestu na lestvici »nezadovoljnežev« so se znašli Latvijci, ki so še nekoliko pogosteje kot poljski nižje izobraženi delavci sumili, da so tovrstna izobraževanja le pretveza za prodajanje določenih izdelkov. Prav tako so enako pogosto izrazili nezaupanje v vsebino takšnih izobraževanj in potrebo po pridobivanju znanja, ki pa ga pozneje le stežka uporabijo.

Na splošno se morajo organizatorji izobraževanj o zdravju zavedati resne ovire pri povpraševanju med nižje izobraženimi delavci, ki se pojavi pri približno 50 % potencialnih udeležencev. Do te ovire pride zaradi naslednjih stališč:

- V Španiji anketiranci menijo, da so izobraževanja o zdravju zgolj pretveza za prodajo določenih izdelkov (oziroma način njene promocije).
- Podobna težava se pojavi v Latviji, kjer delavci o zdravju ne želijo vedeti več niti zanj ne želijo zapravljati svojega časa.
- Na Poljskem gre za pomanjkanje zanimanja oziroma prepričanje, da želijo pod krinko izobraževanja sklepati posle, in strah pred tem, da jim lahko tovrstno znanje povzroča težave. Pri poljskih anketirancih se je prav tako pokazalo pomanjkanje zaupanja v vsebino izobraževanj.
- V Sloveniji gre za pomanjkanje zanimanja za tovrstno izobraževanje in prepričanje, da z udeležbo na takšnih izobraževanjih zapravljajo čas (nadaljnje informacije o tem so predstavljene v zaključnih poglavjih te knjige).

Če povzamemo, lahko iz podatkov, zbranih v raziskavi, razberemo, da so odnosi do izobraževanj o zdravju na splošno heterogeni, zlasti pri nižje izobraženih delavcih iz različnih držav. Zato se je treba zavedati potrebe po analiziranju podatkov, če želimo to učno metodo uporabljati v velikem obsegu.

5. Dejavniki, ki povečujejo in zmanjšujejo verjetnost udeležbe na izobraževanjih o zdravju

Ciljne skupine zdravstvene vzgoje in promocije zdravja sestavljajo predvsem ljudje, ki ne želijo ali ne morejo razviti spretnosti in znanj, povezanih z zdravjem. To predvsem pomeni, da je treba obliko in vsebino zdravstvenovzgojnih programov ali akcij oblikovati tako, da kar najboljše ustrezajo njihovim potrebam in možnostim. Pomembno je torej, da se izobraževanje izvede tako, da učinkovito spodbudi potencialne udeležence k večjemu zanimanju. Prav tako se je treba izogniti okoliščinam, ki bi jih lahko odvrnile od sodelovanja v predlaganih dejavnostih. Predstavljena so mnenja anketirancev o dejavnikih, s katerimi se v praksi pogosto srečujejo in zaradi katerih si lahko premislijo v zvezi z udeležbo na izobraževanjih o zdravju. Razpredelnica 7 prikazuje dejavnosti, ki lahko spodbudijo zanimanje za tovrstna izobraževanja.

Izkazalo se je, da se vsaj vsak drugi delavec ne glede na stopnjo izobrazbe zanima za več tovrstnih dejavnosti. Najmanj spodbudna je bila možnost, da se pojavijo v množičnih medijih v povezavi z izobraževanjem. To je zanimalo le vsakega petega anketiranca. Malo manj kot polovici anketirancev so se zdeli spodbudni prigrizki, letaki in brošure, ki bi jih lahko prejeli.

Najpomembnejši (za približno tri četrtine anketirancev) je bil nedvomno finančni vidik. Delavci za izobraževanje o zdravju niso želeli plačati in so celo pričakovali, da jim bodo organizatorji plačali udeležbo (to mnenje je bilo nekoliko pogostejše pri nižje izobraženih delavcih). Možnost, da bodo dobili odgovore na svoja vprašanja, je bila primerljiva spodbuda. Glede na mnenje anketirancev so pomembne prednosti tudi: možnost, da se med izobraževanjem izvajajo zdravilne ali lepotne obravnave (npr. masaže) ali pa preverja zdravje (npr. merjenje sladkorja v krvi ali krvnega tlaka), organizacija izobraževanja med delovnim časom in na tak način, da lahko posameznik pri učenju novih spretnosti, pomembnih za zdravje, prejme nasvet strokovnjaka.

Razpr. 7. Dejavniki, ki delavce z različno stopnjo izobrazbe iz štirih različnih držav, vključenih v raziskavo, spodbudijo k udeležbi na izobraževanjih o zdravju

Vrsta spodbude	% nižje izobraženih	% višje izobraženih
Brezplačna udeležba	78	79
Možnost, da dobijo odgovore na svoja vprašanja	73	80
Plačilo za udeležbo na izobraževanju	70	63
Izvajanje različnih zdravilnih in lepotnih obravnav med izobraževanjem	69	74
Preverjanje zdravja med izobraževanjem	69	73
Izobraževanje med delovnim časom	63	66
Možnost izvajanja neke dejavnosti ob pomoči strokovnjaka	63	73
Manjše darilo	61	53
Spričevalo, certifikat o udeležbi na izobraževanju	59	60
Možnost izmenjave mnenj in izkušenj z drugimi udeleženci izobraževanja	54	60
Sodelovanje v žrebanju manjših nagrad	53	43
Brošure/letaki za udeležence	46	43
Prigrizki med izobraževanjem	44	35
Možnost pojavitve v množičnih medijih v povezavi z izobraževanjem	26	19

Razpr. 8. Dejavniki, ki nižje izobražene delavce iz držav, vključenih v raziskavo, spodbudijo k udeležbi na zdravstvenih izobraževanjih

Vrsta spodbude	Država				
	Španija (ES)	Latvija (LV)	Poljska (PL)	Slovenija (SI)	df = 6
Brezplačna udeležba	89	74	73	76	p < 0,0001 X ² = 31,3
Možnost, da dobijo odgovore na svoja vprašanja	80	70	65	77	p < 0,0001 X ² = 51,0
Plačilo za udeležbo na izobraževanju	84	80	73	41	p < 0,0001 X ² = 132,2
Zdravilne in lepotne obravnave med izobraževanjem	70	73	71	61	
Preverjanje zdravja med izobraževanjem	76	59	70	72	p < 0,0001 X ² = 27,7
Izobraževanje med delovnim časom	66	57	71	60	p < 0,0001 X ² = 44,1
Možnost izvajanja neke dejavnosti ob pomoči strokovnjaka	61	59	64	69	p < 0,0001 X ² = 48,0
Manjše darilo	71	61	65	49	p < 0,0001 X ² = 52,9
Spričevalo, certifikat o udeležbi	85	64	48	40	p < 0,0001 X ² = 133,6
Možnost izmenjave mnenj in izkušenj z drugimi udeleženci izobraževanja	69	37	48	61	p < 0,0001 X ² = 85,9
Sodelovanje v žrebanju manjših nagrad	55	55	58	50	v < 0,0001 X ² = 36,4
Brošure/letaki za udeležence	51	37	44	50	p < 0,0001 X ² = 32,2
Prigrizki med izobraževanjem	49	56	51	20	p < 0,0001 X ² = 95,3
Možnost pojavitve v množičnih medijih v povezavi z izobraževanjem	29	27	31	16	p < 0,0001 X ² = 29,0

Razpr 9. Dejavniki, ki bi delavce iz štirih držav, vključenih v raziskavo, odvrnili od udeležbe na izobraževanjih o zdravju

Vrsta dejavnikov odvrnitve	% nižje izobraženi	% višje izobraženi	df = 2
Plačljivost	75	67	$p < 0,0001$ $X^2 = 16,1$
Izobraževanje, ki bi trajalo več kot dve uri	53	42	$p < 0,0001$ $X^2 = 20,0$
Nastopanje pred skupino ljudi	50	33	$p < 0,0001$ $X^2 = 55,5$
Opravljanje preizkusa znanja	46	28	$p < 0,0001$ $X^2 = 69,5$
Strah, da bi udeležencem neko početje prepovedali ali jih od tega odvrnili	45	24	$p < 0,0001$ $X^2 = 33,3$
Strah, da bi pridobljeno znanje težko uporabili v vsakdanjem življenju	35	23	$p < 0,0001$ $X^2 = 33,7$
Strah, da bi težko razumeli to, kar bi jim predavatelj povedal	32	17	$p < 0,0001$ $X^2 = 52,6$
Dejstvo, da izobraževanje organizira delodajalec, ki bi tako lahko kaj izvedel o delavčevem zdravju	31	24	$p < 0,0001$ $X^2 = 31,5$
Strah, da bodo preverjali zdravstveno stanje	24	14	$p < 0,0001$ $X^2 = 30,1$

Nižje izobraženi delavci iz različnih držav so imeli različne preference glede dejavnikov, ki jih v praksi spodbudijo k udeležbi na izobraževanjih (glej razpredelnico 8). V nekaterih primerih so obstajale zelo jasne razlike. Na primer, prigrizki med izvajanjem izobraževanja bi bili dobrodošli za dvakrat več Latvijcev, Poljakov in Špancev kot Slovencev. Dvakrat manj Slovencev in Poljakov kot Špancev bi cenilo spričevala in certifikate o opravljenem izobraževanju. Bolj kot Latvijci so Španci in Slovenci v enakem deležu naklonjeni predavanjem, med katerimi se lahko pogovarjajo z drugimi udeleženci. V primerjavi z Latvijci in s Španci je dvakrat manj Slovencev menilo, da bi morali biti udeleženci plačani za sodelovanje v izobraževanjih o zdravju. Razlike v vrednosti ene petine so se pojavile tudi v primeru zdravilnih in lepotnih obravnav, daril, brošur in letakov, ki jih udeleženci prejmejo med izobraževanjem, in organizacije izobraževanja med delovnim časom.

Če povzamemo, morajo organizatorji izobraževanj, povezanih z zdravstvenimi vprašanji, upoštevati različne preference nižje izobraženih delavcev. Kar jih lahko v eni državi spodbudi k udeleževanju na izobraževanjih, lahko v drugi učinkuje slabše ali prinese celo neželene rezultate.

V primeru držav, vključenih v raziskavo, lahko verjetnost udeležbe približno treh četrtin nižje izobraženih delavcev povečamo:

- V Španiji: z brezplačno in s plačano udeležbo na izobraževanju ter tudi s spričevalom/certifikatom o udeležbi, s takim izobraževanjem, pri katerem udeleženci dobijo odgovore na svoja vprašanja ter lahko izrabijo zdravilne in lepotne obravnave ali preverijo svoje zdravje, z manjšim darilom.
- V Latviji: z brezplačno ali s plačano udeležbo na izobraževanju, z možnostjo uporabe zdravilnih in lepotnih obravnav in možnostjo, da bodo dobili odgovore na svoja vprašanja.
- Na Poljskem: z brezplačno in s plačano udeležbo na izobraževanju, organizacijo izobraževanja med delovnim časom, vključno s široko izbiro zdravilnih in lepotnih obravnav, in z dejavnostmi, povezanimi s preverjanjem zdravja.
- V Sloveniji: s takim izobraževanjem, pri katerem udeleženci dobijo odgovore na svoja vprašanja, z brezplačno udeležbo na izobraževanju in možnostjo preverjanja svojega zdravja (glej tudi informacije v zaključnih poglavjih knjige).

Prikazani so dejavniki, ki bi ciljne skupine odvrnili od udeležbe na zdravstvenih izobraževanjih.

Glede na zbrane podatke se zdi, da je nižje izobražene delavce lažje spodbuditi k udeležbi na izobraževanjih o zdravju, kot pa jih od tega odvrgniti, kar je dobra novica za organizatorje programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja.

Res pa je, da so se predstavniki ciljne skupine v tem pogledu veliko bolj razlikovali od kontrolne skupine kot pa pri spodbujajočih dejavnikih. Pogosti dejavniki, ki nižje ali višje izobražene delavce odvrtačajo

od udeležbe, so dolgotrajna izobraževanja in (vnovič) finančni vidiki: največji del obeh skupin se ne bi udeležil plačljivih izobraževanj³. Največje razlike je videti v povezavi z opravljanjem preizkusov znanja, nastopanjem pred skupino ljudi in s strahom, da bodo težko razumeli to, kar jim bo predavatelj povedal. Če bi izobraževanja o zdravju vsebovala te elemente, se jih ne bi udeležilo veliko več nižje kot višje izobraženih delavcev. V tem pogledu se je ta skupina torej izkazala za veliko bolj zahtevno.

Navedene so informacije o stanju v različnih državah, ki so sodelovale v projektu LEECH.

Razpr. 10. Dejavniki, ki nižje izobražene delavce iz štirih držav, vključenih v raziskavo, odvrčajo od udeležbe na izobraževanjih o zdravju

Vrsta dejavnikov odvrnitve	Država				
	Španija (ES)	Latvija (LV)	Poljska (PL)	Slovenija (SI)	df =
Plačljivost	65	74	90	71	p < 0,0001 X ² = 44,5
Izobraževanje, ki bi trajalo več kot dve uri	46	51	72	41	p < 0,0001 X ² = 59,5
Nastopanje pred skupino ljudi	51	47	52	49	
Opravljanje preizkusa znanja	45	39	58	42	p < 0,0001 X ² = 36,5
Strah, da bi udeležencem neko početje prepovedali ali jih od tega odvrgli	52	20	51	16	p < 0,0001 X ² = 108,3
Strah, da bi pridobljeno znanje težko uporabili v vsakdanjem življenju	44	31	45	20	p < 0,0001 X ² = 41,7
Strah, da bi težko razumeli to, kar bi jim predavatelj povedal	51	25	38	13	p < 0,0001 X ² = 90,5
Dejstvo, da izobraževanje organizira delodajalec, ki bi tako lahko kaj izvedel o delavčevem zdravju	30	41	39	12	p < 0,0001 X ² = 143,5
Strah, da bodo preverjali zdravstveno stanje	30	26	31	8	p < 0,0001 X ² = 54,8

Delavci iz različnih držav so se zelo razlikovali glede na pomembnost analiziranih dejavnikov. Le nastopanje pred skupino ljudi so podobno pogosto (približno vsak drugi anketiranec) prepoznali kot neprijetno.

Glede na zbrane podatke je verjetneje, da je od udeležbe na izobraževanjih o zdravju lažje odvrniti poljske in španske delavce (vsaj tretjina je vse analizirane dejavnike dojela kot negativne) kot pa delavce iz Slovenije in Latvije.

Posebno velike razlike v odgovorih so se pokazale, kadar: a) so sumili, da bi lahko delodajalec izvedel kaj o njihovem zdravju (približno 40 % Latvijcev in Poljakov se takšnega izobraževanja ne bi udeležilo, medtem ko je ta dejavnik motil le vsakega desetega Slovenca), b) jih je skrbelo, da bi lahko informacije, posredovane med izobraževanjem, sprožile zaskrbljenost in vznemirjenost (v takšnih okoliščinah bi od udeležbe odstopila približno polovica poljskih in španskih delavcev in le vsak šesti Slovenec), c) so domnevali, da bodo vsebino izobraževanja težko razumeli (zaradi česar se ga ne bi udeležil vsak drugi Španec, vendar le vsak osmi Slovenec).

Organizatorji takšnih dogodkov morajo upoštevati, da bo vsak drugi nižje izobraženi delavec odklonil udeležbo na izobraževanju, če se ne bodo izognili:

- V Španiji: plačljivi udeležbi, težko razumljivi vsebini, ki prepoveduje in vznemirja, in nastopanju pred skupino ljudi.
- V Latviji: plačljivi udeležbi in dolgotrajnim izobraževanjem.
- Na Poljskem: plačljivi udeležbi, predavanjem, ki trajajo več kot dve uri, preizkusom znanja, ustrahovanju in prepričevanju udeležencev, naj nastopajo pred skupino ljudi.
- V Sloveniji: plačljivi udeležbi in nastopanju pred skupino ljudi (glej tudi informacije v zaključnih poglavjih knjige).

³ Med spremenljivkami obstaja statistično pomembna povezava.

Kar torej zadeva dejavnike in okoliščine, ki zmanjšujejo zanimanje za izobraževanja o zdravju, morajo organizatorji zdravstvene vzgoje in promocije zdravja po zgledu v projektu sodelujočih držav zaradi narodnostne in kulturne pripadnosti od nižje izobraženih delavcev pričakovati različne odzive. Tem razlikam navkljub pa ne glede na državo največje tveganje predstavljajo plačljiva in dolgotrajna izobraževanja. Poleg tega vsakega drugega nižje izobraženega delavca od udeležbe odvrne tudi nastopanje pred skupino ljudi.

6. Preference pri izbiri predavatelja

Prejemnikovo sprejemanje in zaupanje v predavatelja je pomembno za učinkovitost ukrepov, ki promovirajo zdravje. V tem pogledu so imeli delavci z različno stopnjo izobrazbe naslednje preference:

Razpr. 11. Preference delavcev z različnimi stopnjami izobrazbe iz štirih držav, vključenih v raziskavo, glede izbire predavatelja

Vrsta predavatelja	% nižje izobraženih	% višje izobraženih
Zdravnik, medicinska sestra, babica	42	42
Drugi strokovnjaki s področja zdravja	41	48
Nekdo, ki se je uspešno spopadel s težavo	32	35
Znan in priznan strokovnjak	29	28
Zdravilec (npr. bioenergetik, zeliščar)	16	13
Znana osebnost (npr. igralec, politik, pevec)	14	10
Duhovnik	2	1
Nekdo drug	5	3
Nihče	7	3

Kot lahko vidimo, med analiziranimi skupinami ni bilo opaznejših razlik. Nižje izobraženi delavci v zvezi z izbiro predavatelja, ki posreduje informacije o zdravih navadah, telesni kondiciji ipd., niso imeli drugačnih pričakovanj kot višje izobraženi. Skoraj polovica anketirancev je v tej vlogi videlo zdravnika ali medicinsko sestro in druge strokovnjake s področja zdravja, kot so psihologi ali strokovnjaki za prehrano. Torej, anketiranci bi najraje videli, da jim znanje posredujejo strokovnjaki, vendar, kar je zanimivo, ne nujno znani in priznani strokovnjaki. Veliko bolj zaupajo navadnim ljudem, ki so se sami spopadli s težavo in lahko delijo svoje izkušnje. Duhovnikov v tej vlogi sploh niso videli; zelo redko so v njej videli priljubljene, dobro znane posameznike ali predstavnike alternativne medicine. Morda jih povezujejo bolj z nastopi na televiziji ali radiu kot pa vodenjem izobraževanja.

Porazdelitev odgovorov kaže tudi, da izbira prave osebe za vodenje izobraževanja o zdravju sploh ni lahka naloga. Tipični predavatelji v najboljšem primeru zadovoljijo le vsakega drugega delavca, hkrati pa drugačen predavatelj, ki bi zadostil potrebam večine, ne obstaja.

Problem izbire najboljšega predavatelja za nižje izobražene delavce se zaplete tudi pri državi bivanja.

Tudi med državami so bile različne preference v zvezi z večino naštetih vrst predavateljev, razen pri: a) zdravnikih, medicinskih sestrah, babicah in b) predstavnikih alternativne medicine. Omenjene predavatelje je v tem vrstnem redu izbralo 40 % in 20 % anketirancev v vsaki državi. Pri preostalih potencialnih predavateljih pa so bili odgovori naslednji: a) znane osebnosti – zanimalo so vsakega četrtega delavca v Latviji in vsakega sedemnajstega v Sloveniji, b) drugi strokovnjaki s področja zdravja – izbral jih je vsak četrti Latvijec in vsak drugi Španec, c) znani in priznani strokovnjaki – lahko izpolnijo pričakovanja vsakega tretjega Slovenca in le vsakega šestega Španca, d) posamezniki, ki želijo deliti lastne izkušnje v zvezi z zdravjem – so bili primerni kandidati za predavatelja za 43 % Slovencev in le 23 % Poljakov.

Skratka, najboljši predavatelji, ki jim je naklonjen približno vsak tretji nižje izobražen delavec, so:

- v Španiji: zdravniki, medicinske sestre in babice ter drugi strokovnjaki s področja zdravja;
- v Latviji: znani in priznani strokovnjaki, zdravniki, medicinske sestre in posamezniki z osebnimi izkušnjami;
- na Poljskem: zdravniki, medicinske sestre in babice ter drugi strokovnjaki s področja zdravja;

- v Sloveniji: zdravniki, medicinske sestre in drugi strokovnjaki s področja zdravja, posamezniki, ki so se sami uspešno spoprijeli z zdravstveno težavo in želijo deliti lastne zdravstvene izkušnje z drugimi, ter znani in priznani strokovnjaki.

Razpr. 12. Preference nižje izobraženih delavcev v vsaki državi glede predavateljev

Vrsta predavatelja	Država				
	Španija	Latvija	Poljska	Slovenija	df = 3
Zdravnik, medicinska sestra, babica	42	35	49	44	
Drugi strokovnjaki s področja zdravja	51	27	48	40	p < 0,0001 X ² = 28,6
Nekdo, ki se je uspešno spopadel s težavo	31	31	23	43	p < 0,001 X ² = 18,7
Znan in priznan strokovnjak	17	37	28	33	p < 0,0001 X ² = 22,5
Zdravilec (npr. bioenergetik, zeliščar)	17	17	9	19	
Znana osebnost (npr. igralec, politik, pevec)	10	27	12	6	p < 0,0001 X ² = 42,9
Duhovnik	2	6	1	0	p < 0,001 X ² = 16,7
Nekdo drug	6	11	0	1	p < 0,0001 X ² = 37,7
Nihče	6	11	10	2	p < 0,001 X ² = 18,1

Največja izbira med potencialnimi predavatelji (ki so na splošno dobro sprejeti) obstaja tako v Sloveniji, kjer se lahko odločamo ne samo med zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi strokovnjaki s področja zdravja, ki so najbolj priljubljeni tudi v drugih državah, temveč tudi med znanimi in priznanimi strokovnjaki in posamezniki, ki so se sami uspešno spoprijeli z zdravstveno težavo in želijo deliti lastne izkušnje z drugimi. V tem pogledu je stanje najslabše na Poljskem in v Španiji, kjer je izbira omejena na zdravnike, medicinske sestre in babice.

Po zgledu držav, vključenih v projekt, lahko sklepamo, da ne glede na narodnostno in kulturno pripadnost nižje izobraženi delavci zdravnike, medicinske sestre in babice dojemajo kot dobre predavatelje. Le razmeroma malo bi jih bilo zadovoljnih, če bi v tej vlogi nastopali različne vrste zdravilci, ki nimajo ustrezne formalne medicinske izobrazbe.

7. Pričakovani ukrepi podjetij na področju zdravja

Podjetja so zelo priročna mesta za izvajanje z zdravjem povezanih projektov, namenjenih delovno aktivnemu prebivalstvu. Imajo prav to prednost, da zaposlujejo ljudi, ki lahko organizirajo ali vsaj podpirajo programe te vrste, razpolagajo s primerno tehnično in socialno infrastrukturo, predvsem pa omogočajo hitrejši stik s ciljno skupino. Načrtovanje in izvajanje dogodkov, ki zadostijo potrebam zaposlenih, predstavlja dobro naložbo tako v zdravje zaposlenih kot tudi v razvijanje ali oblikovanje pozitivne podobe podjetja (Korzeniowska, 1998; Ylikoski in sod., 2006; Härmäläinen, 2007).

V raziskavi smo preverili, kakšna pričakovanja bi imeli delavci, če bi jih zaposlili v podjetju, ki skrbi za zdravje svojih delavcev. Njihovi odgovori so predstavljeni v razpredelnici 13.

Pri programih s področja zdravja, ki jih organizira delodajalec, so imeli nižje in višje izobraženi delavci precej podobna pričakovanja⁴. Le cepljenja so pri nižje izobraženih delavcih vzbudila veliko večje zanimanje. Najpogosteje so anketiranci (približno vsak drugi delavec) želeli, da delodajalec krije stroške

⁴ Med spremenljivkami obstaja šibka statistično pomembna povezava.

zdravniških pregledov in zdravljenja pri različnih specialistih. Le nekoliko manjši delež delavcev si je želel, da bi delodajalec poskrbel za zdravje in varnost pri delu bolje, kot to določa zakon. Še več, vsak peti delavec je imel podobne zahteve glede videza in udobja na delovnem mestu, približno vsak tretji/četrti pa je pričakoval cepljenja. Vsak četrti anketiranec je upal, da mu bo delodajalec sofinanciral rekreativne dejavnosti, vendar pa je le vsak deseti delavec navedel, da bi delodajalec lahko organiziral predavanja in razdeljeval letake o zdravem življenjskem slogu. Še manj delavcev si je želelo, da bi delodajalec organiziral predavanja o omejevanju pitja alkohola ali prenehanju kajenja. Tako so anketiranci od delodajalca večinoma pričakovali, da bo financiral zdravniške preglede in zdravljenje pri različnih specialistih ali pa poskrbel za boljše delovne razmere. Le redko so pričakovali, da bo delodajalec spodbujal zdrave navade in zdrav življenjski slog.

Tovrstne potrebe so v razpredelnici razvrščene glede na državo bivanja.

Razpr. 13. Pričakovanja delavcev iz štirih držav, vključenih v raziskavo, glede ukrepov podjetij na področju zdravja

Vrsta ukrepa	% nižje izobraženih	% višje izobraženih	df = 1
Zdravniški pregledi in specialistična zdravljenja, ki jih financira delodajalec	53	54	
Skrb za zdravje in varnost pri delu na višji ravni, kot jo določa zakon	41	38	
Cepljenja, npr. proti gripi ali hepatitisu	37	25	p < 0,0001 X ² = 26,4
Sofinanciranje športnih/prostočasnih dejavnosti zaposlenih	27	24	
Skrb za lep videz in udobje na delovnem mestu	23	22	
Ustvarjanje manj stresnih delovnih razmer	22	28	
Organizacija športnih dejavnosti	19	24	
Izobraževanja, delavnice o obvladovanju stresa	15	17	
Dostop do zdrave prehrane v službeni menzi	15	21	p < 0,001 X ² = 11,1
Skrb, da nekadilci niso izpostavljeni tobačnemu dimu	12	12	
Predavanja in letaki o zdravem življenjskem slogu	10	8	
Podpora pri prenehanju kajenja	8	9	
Izobraževanja o omejevanju pitja alkohola	8	4	p < 0,001 X ² = 11,8
Ni ukrepov			

Pričakovanja nižje izobraženih delavcev iz vsake države so se glede delodajalcev, ki bi radi poskrbeli za zdravje svojih zaposlenih, razlikovala, kot prikazuje tudi razpredelnica. Pričakovanja so se najbolj razlikovala pri: vprašanju videza in udobja na delovnem mestu (zaželeno pri 44 % Špancev in le pri 7 % Poljakov), financiranju zdravniških pregledov in specialističnega zdravljenja (izbralo 69 % Latvijcev in 40 % Špancev), delavnicah za spopadanje s stresom (bolj priljubljeno pri 26 % Špancev in 5 % Latvijcev) in skrbi za zdravje in varnost pri delu na višji ravni, kot to zahteva zakon (to je pričakovalo 49 % Slovencev in 25 % Latvijcev). Nižje izobraženi delavci so se strinjali z manj pričakovanimi dejavnostmi, kot so: organizacija športnih dejavnosti, skrb, da nekadilci niso izpostavljeni tobačnemu dimu, in sofinanciranje rekreativnih dejavnosti.

- Najbolj pričakovani (vsaj pri 40 % nižje izobraženih delavcev) ukrepi na področju zdravja so bili:
- v Španiji: vprašanje videza, udobja in varnosti pri delu, cepljenja;
 - v Latviji: financiranje zdravniških pregledov, cepljenja in zdravljenj pri različnih specialistih;
 - na Poljskem in v Sloveniji: financiranje zdravniških pregledov in zdravljenj ter skrb za udobje in varnost na delovnem mestu (nadaljnje informacije so v zaključnih poglavjih knjige).

Razpr. 14. Ukrepi podjetij na področju zdravja, ki jih pričakujejo nižje izobraženi delavci iz štirih držav, vključenih v raziskavo

Vrsta ukrepa	Država				
	Španija (ES)	Latvija (LV)	Poljska (PL)	Slovenija (SI)	df = 3
Skrb za lep videz in udobje na delovnem mestu	44	29	7	12	p < 0,0001 X ² = 95,8
Cepjenja, npr. proti gripi ali hepatitisu	44	49	30	25	p < 0,0001 X ² = 34,8
Skrb za zdravje in varnost pri delu na višji ravni, kot jo določa zakon	44	25	48	49	p < 0,0001 X ² = 31,5
Zdravniški pregledi in specialistična zdravljenja, ki jih financira delodajalec	40	69	59	44	p < 0,0001 X ² = 47,6
Predavanja in letaki o zdravem življenjskem slogu	5	11	13	10	
Izobraževanja, delavnice o obvladovanju stresa	26	5	15	16	p < 0,0001 X ² = 33,6
Izobraževanje o omejevanju pitja alkohola	11	12	5	3	p < 0,01 X ² = 16,2
Organizacija športnih dejavnosti	17	18	14	26	
Skrb, da nekadilci niso izpostavljeni tobačnemu dimu	10	16	15	7	
Podpora pri prenehanju kajenja	14	6	5	6	p < 0,01 X ² = 15,7
Dostop do zdrave prehrane v službeni menzi	16	15	6	23	p < 0,0001 X ² = 22,3
Ustvarjanje manj stresnih delovnih razmer	17	18	21	31	p < 0,01 X ² = 14,3
Sofinanciranje športnih/prostočasnih dejavnosti	31	24	32	22	
Ni ukrepov	1	5	3	6	

Torej, pri načrtovanju z zdravjem povezanih projektov na delovnem mestu je po zgledu držav, vključenih v projekt LEECH, pri nižje izobraženih delavcih najmanjše tveganje povezano s financiranjem zdravniških pregledov in specialističnih zdravljenj. Povpraševanje po drugih vrstah ukrepov je treba podrobneje raziskati za vsak posamezen primer posebej.

8. Povzetek

Glede na zbrane podatke lahko sklepamo, da so nižje izobraženi delavci kot prejemniki zdravstvene vzgoje in promocije zdravja precej zahtevni. Hkrati so preference te ciljne skupine jasno odvisne od družbeno-kulturnih okoliščin, značilnih za državo bivanja. V primerjavi z višje izobraženimi delavci se stališča nižje izobraženih delavcev razlikujejo, kadar gre za: a) sprejemljive vire informacij o zdravju, b) splošna prepričanja o izobraževanju na to temo in c) dejstvo, da lahko različne okoliščine in dejavniki negativno vplivajo na njihovo odločitev, ali se bodo udeležili tovrstnih dogodkov.

Kar zadeva vire, s katerimi bi radi pridobili znanje o zdravstvenih vprašanjih, si delavci po eni strani želijo informacije prejeti pasivno, preko radija ali televizije, ali sodelovati v izobraževanju, ki združuje zabavo in zdravstveno vzgojo, po drugi strani pa pričakujejo, da jim bo nekdo svetoval, kako naj bolje skrbijo za svoje zdravje v njihovem specifičnem primeru. Ta način razmišljanja je morda preprosto posledica njihovih izkušenj, saj vemo, da se zdravstvena vzgoja izvaja večinoma preko množičnih medijev ali neposredno (Gniazdowski, 2000; Woynarowska, 2008). Kljub temu pa ne smemo pozabiti, da gre za precej zavestno odločitev o tem, kako pridobiti zdravju koristno znanje na preprost način (npr. dostopen doma) ali celo prijeten način (med igro) in imeti možnost individualnega posvetovanja s strokovnjakom, ki po opredelitvi težav ali potreb lahko svetuje, kako postopati.

Kar zadeva množične medije, ima ta vir informacij svoje že izoblikovane in dobro znane omejitve (Minelli in Breckon, 2009), vendar se pri nižje izobraženih delavcih pojavijo še dodatne težave. Ker se število takšnih posameznikov zmanjšuje, postanejo kot skupina prejemnikov manj pomembni. Tako bo pri izvajanju programov in strategij veliko težje (in verjetno dražje) izkoristiti ta vir vplivanja, saj moramo pri nižje izobraženih delavcih upoštevati tudi specifičnost njihove osveščenosti v zvezi z zdravjem (o kateri smo govorili prej) in nižjo sposobnost dojemanja.

Razmeroma visoka raven sprejemanja dejavnosti, ki skozi zabavo omogočijo, da ljudje storijo nekaj za svoje zdravje (kazalnik tega so bili družabni dogodki), je morda dober znak učinkovitosti programov, ki so namenjeni nižje izobraženim delavcem. Dokazano učinkovitost zabavnih dejavnosti kot načina spreminjanja odnosa in obnašanja lahko potemtakem pri tej ciljni skupini dobro uporabimo v projektih zdravstvene vzgoje in promocije zdravja (Pratkanis in Aronson, 2004).

Velik izziv (logistični in finančni) lahko za organizatorje z zdravjem povezanih projektov predstavlja tudi zelo razširjeno zanimanje nižje izobraženih delavcev za individualno svetovanje. Kljub temu se je s tem vredno spopasti. Obsežne zdravstvenovzgojne akcije se pogosto osredotočajo na preprečevanje civilizacijskih bolezni, vključno z osveščanjem, kako naj postopamo, da svojemu zdravju ne škodujemo. Te akcije pa pri ljudeh pogosto izzovejo vznemirjenost in strah, zaradi česar ne izpeljejo priporočenih dejanj; to se še posebno pogosto zgodi pri tistih, ki o sebi nimajo dobrega mnenja ali pa nimajo ustreznega znanja, kako zadevo izvesti. V takšnem položaju so najboljša rešitev podrobna navodila, prilagojena osebnim okoliščinam (npr. poskusi Howarda Leventhala glede prenehanja kajenja). Zahvaljujoč tem navodilom se takšni posamezniki s svojim strahom lahko soočijo in razumno ukrepajo.

Pridobljeni rezultati prav tako podpirajo dejstvo, da je pri izvajanju zdravstvenovzgojnih akcij, namenjenih nižje izobraženim delavcem, potrebna previdnost tako pri uporabi interneta in strokovnih knjig za samopomoč kot tudi pri predavanjih ali delavnicah. Obstaja namreč tveganje, da lahko z njimi dosežemo zgolj vsakega drugega prejemnika. Odnos do teh virov se pri nižje izobraženih delavcih jasno in na negativen način razlikuje od odnosa bolj izobraženih. Podobno je s časopisi in revijami. Za razliko od višje izobraženega delavca pa se bo nižje izobraženi nekoliko bolje odzval na ponudbo udeležbe v nagradnih igrah in natečajih na temo zdravja.

Odpor do predavanj in delavnic lahko razložimo s tem, da se povezujejo s šolo in formalnim izobraževanjem, ki pri nižje izobraženih ni bilo zadovoljivo, če sodimo po tem, da je bilo izobraževanje zgodaj prekinjeno. Za internet je znano, da ga uporabljajo predvsem mlajši in bolje izobraženi ljudje⁵ (Batorski, 2009; Finnegan in Viswanath, 2002; Owen in sod., 2002). Tako so zbrani podatki le potrdili, da ta trend še vedno velja, tudi na področju zdravja. Enako velja za časopise in revije: nižje izobraženi ljudje redkeje prebirajo tiskane medije in zdravstvena vprašanja niso nekaj, kar bi to spremenilo.

Kar pa zadeva izbiro učinkovitih virov pri izobraževalnih dejavnostih, namenjenih tej ciljni skupini v posamezni državi, velja po zgledu Španije, Latvije, Poljske in Slovenije spomniti, da se ta lahko razlikuje od predstavljenega modela. Celo obsežno uporabo radia in televizije kot virov zdravstvenih informacij ne smemo jemati kot samoumevno, saj se lahko zgodi, da največjemu številu nižje izobraženih delavcev ne bo ustrezala (kot se je izkazalo v Latviji). Podobno pri vplivanju na tovrstne prejemnike ne moremo dokončno izključiti uporabnosti predavanj, saj se lahko zgodi, da bodo v takšni skupini še vedno priljubljena (kot v Španiji).

Pri državah, ki so sodelovale v projektu LEECH, lahko organizatorji programov zdravstvene vzgoje ali promocije zdravja v Španiji izbirajo med široko paleto virov z visoko verjetnostjo, da bodo dosegli precejšnji delež prejemnikov. Te možnosti so očitno omejene na Poljskem. Izbira organizatorjev v Latviji mora biti posebej dobro premišljena, saj se Latvijci odločajo tako za zelo učinkovite kot tudi neuspešne metode. Slovenci pa bi morali uporabiti različne vire, saj imajo nižje izobraženi delavci do vsakega izmed njih zelo različne odnose.

Glede prepričanj o izobraževanjih v zvezi z zdravjem je raziskava pokazala, da se pri širjenju tovrstnega vpliva na delavce, posebej nižje izobražene, pojavijo kot resna ovira. Nižje izobraženi so se pogosteje strinjali z vsakim od analiziranih negativnih stališč o izobraževanju v zvezi z zdravjem. Od višje izobraženih delavcev so se najbolj razlikovali pri prepričanju, da je o svojem zdravju bolje vedeti manj in da ni potrebe po takšnih izobraževanjih, dokler je njihovo zdravje dobro. Predvsem prvo mnenje priča o precejšnji razširjenosti občutka nemoči (Schwarzer, 1997; Šek, 2000). Kaže na potrebo po zdravstveni vsebini, ki ne

⁵ Na Poljskem v primerjavi s 7 % ljudi z osnovnošolsko izobrazbo internet uporablja 94 % dijakov in študentov ter 83 % ljudi z višjo izobrazbo (Batorski, 2009).

bi utrjevala prepričanja, da se je z izzivi in grožnjami težko spopasti. Osredotočiti se je treba raje na jasne, podrobne in optimistične nasvete, ki spodbujajo razvoj samoučinkovitosti (Pratkanis in Aronson, 2004). Veliko težavo predstavlja tudi stališče, da je za zdravje vredno skrbeti (in izvedeti, kako to narediti) le med boleznijo. Precejšnja razširjenost tega prepričanja (po mnenju vsakega tretjega nižje izobraženega delavca) kaže na subjektivno odklanjanje zdravstvenih dejavnosti, ker naj ne bi imele smisla.

Poleg tega so bili nižje izobraženi delavci bolj prepričani, da za svoje zdravje znajo najbolje poskrbeti sami, in so manj verjeli informacijam, podanim na izobraževanjih. Kot je pokazal poskus Lanca Canona, ne želimo poslušati mnenja in argumentov drugih, kadar smo prepričani o pravilnosti lastnega. Tako predstavlja argument »sam vem najbolje« precejšen izziv za izobraževalne akcije, namenjene ljudem, ki se oklepajo takšnega razmišljanja. Vendar zadržki glede kakovosti vsebine nakazujejo, da je težko preceniti vlogo jasne in nedvoumne vsebine takšnih izobraževanj. Prav tako je treba upoštevati, da je pri omenjenih prejemnikih verjetneje, da svojega časa ne želijo zapravljati za izobraževanja in da jih je strah, da so ta izobraževanja le izgovor za sklepanje poslov. Takšna mnenja na žalost posredujejo precej jasno sporočilo:» To ni zame, "ali" ne bodo me prelisčili. "Izražajo lahko ne le pomanjkanje zanimanja, temveč tudi nasprotovanje.

Ugotovitve prav tako nakazujejo na možnost pomembnih razlik v odnosu nižje izobraženih delavcev iz različnih držav do izobraževanj o zdravju. Vzgojitelji in promotorji zdravja se lahko srečajo tako s številnimi negativnimi prepričanji v zvezi s tem (kot na Poljskem) kot tudi z možnostjo, da bodo pogosto naleteli le na peščico takšnih prepričanj (kot v Sloveniji).

Spet je treba poudariti, da takšna prepričanja o izobraževanjih v zvezi z zdravjem predstavljajo zelo resno težavo in izziv. Upoštevati jih moramo v številnih okoliščinah, ko si prizadevamo za doseganje ciljev strategije in zdravstvenih programov. Treba se je še bolj truditi za to, da se takšna mnenja spremenijo.

Izkazalo se je, da so nižje izobraženi delavci skupina, ki jo je zelo lahko odvrniti od ponudb za udeležbo na izobraževanjih na temo, kako skrbeti za svoje zdravje. Zagotovo se je treba izogniti zaračunavanju udeležbe na teh izobraževanjih in omejiti njihovo trajanje (v tem primeru veljajo ista priporočila tudi za višje izobražene). Še posebej velja pozornost nameniti temu, da udeležencev ne testiramo ali kako drugače preverjamo njihovega znanja in da jih ne postavimo v položaj, kjer bi morali nastopati pred skupino ljudi.

Nižje in višje izobražene delavce lahko obravnavamo enako, kadar gre za: a) vsebino, na katero bi se po njihovem mnenju morale osredotočati družbene zdravstvenovzgojne akcije, b) načine za povečanje udeležbe na izobraževanjih o zdravju, c) izbiro predavatelja, ki takšna izobraževanja vodi, in d) ukrepe podjetij na področju zdravja.

Glede vsebine, ki bi morala biti vključena v zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, sta obe skupini kot posebej pomembne izpostavili teme, povezane s kajenjem in z zdravo prehrano. Najredkeje sta izbrali poučevanje sodržavljanov o zdravju pri delu.

Edina specifična lastnost nižje izobražene populacije v primerjavi s tistimi s srednješolsko in z univerzitetno izobrazbo je bilo pripisovanje večje pomembnosti ozaveščanju glede alkohola in manjše pomembnosti promociji telesne dejavnosti. Predvidevamo lahko, da je eden od vzrokov za to dejstvo, da pogosteje opravljajo delo, ki zahteva fizično dejavnost, in ne trpijo za posledicami njenega pomanjkanja. Kar pa zadeva težave s čezmernim uživanjem alkohola, se z njimi v svojem življenjskem okolju veliko pogosteje srečujejo.

Bivanje v določeni državi je vplivalo tudi na teme, ki so se nižje izobraženim delavcem v njihovem okolju zdele pomembne. Njihovo mnenje se je najbolj razlikovalo glede kajenja, telesne dejavnosti in pravic bolnikov. Podobno pomembna se jim je zdela potreba po izobraževanju o skrbi za okolje in upoštevanje zdravnikovih navodil med boleznijo, vendar pa so to bile zadeve, ki so se jim le redko zdele pomembne.

Zbrani podatki so pokazali, da obstaja pri prepoznavanju družbeno pomembnih zdravstvenih tem več različnih scenarijev. Na primer, pričakujemo lahko položaj, v katerem se nižje izobraženi delavci zanimajo za več tem (kot v Latviji, na Poljskem in v Sloveniji), in tudi položaj, v katerem obstaja neka prevladujoča tema ali celo specifično vprašanje (kot v Španiji).

V zvezi z dejavniki, ki spodbujajo udeležbo na izobraževanjih o zdravju, ob upoštevanju splošnega negativnega odnosa do tovrstne oblike interakcije, je posebej dober znak dejstvo, da se je tri četrtine delavcev pripravljenih premisliti, če so izpolnjeni določeni pogoji. Posebej pomembna je brezplačna udeležba na takšnih izobraževanjih in možnost zdravniških pregledov ali zdravljenje pri različnih specialistih. Zanimivo je, da bi se 70 % delavcev izobraževanja udeležilo, če bi jim za prisotnost plačali. Dodatna motivacija za dve tretjini delavcev je bil potek izobraževanja med delovnim časom, prejem manjših daril

in možnost, da bodo na svoja vprašanja dobili odgovore. Poleg tega velja vsakič znova določiti dejavnike, ki neposredno vplivajo na odločanje o udeležbi na takšnih izobraževanjih, saj se lahko razlikujejo glede na delavčevo državo bivanja. Najbolj previdni moramo biti pri podeljevanju diplom ali certifikatov za opravljeno izobraževanje, plačljivi udeležbi in strežbi prigrizkov.

Izbira zdravnikov, medicinskih sester in babic kot izvajalcev izobraževanja zagotavlja največjo verjetnost (čeprav le na ravni 0,5), da bodo taka izobraževanja vodili pravi ljudje. Izkazalo se je, da delavci ne glede na stopnjo izobrazbe z izobraževanji o zdravju še vedno najpogosteje povezujejo zdravnike, medicinske sestre in babice ali druge strokovnjake, kot so psihologi, strokovnjaki za prehrano ali fizioterapevti. Če upoštevamo kulturne dejavnike, je izbira zdravnika ali medicinske sestre najmanj tvegana. Očitno je, da te vloge ne bi smeli zaupati duhovnikom, predstavnikom alternativne medicine ali znanim osebnostim, kot so igralci, pevci ali politiki. Ne glede na narodnostno pripadnost lahko pričakujemo le malo zanimanja, kadar so kandidati za izvajanje izobraževanja predstavniki alternativne medicine.

Dejavnosti podjetja, ki skrbi za zdravje svojih zaposlenih, delavci, vključno z nižje izobraženimi, najpogosteje povezujejo s financiranjem zdravniških pregledov ali z zagotavljanjem udobja in varnosti na delovnem mestu. Ne pričakujejo, da bo delodajalec izvajal dejavnosti, ki spodbujajo zdrave spremembe v delavčevem življenjskem slogu. Tak odnos lahko preprosto izhaja iz izkušenj delavcev, ki večinoma vidijo z zdravjem povezane dejavnosti podjetij zgolj na teh področjih. Lahko ga razlagamo tudi kot njihovo nezmožnost razumevanja, da ukrepi na področju zdravja zajemajo veliko več. Poleg tega velja v zdravstvene programe vključiti tudi dejavnosti, ki bodo pri delavcih vzbudile nove potrebe po skrbi za zdravje pri delu.

Vendar pa verjetno obstajajo druge ali nadaljnje razlage pričakovanih delavcev glede podjetij, ki želijo poskrbeti za zdravje zaposlenih, kar za strokovnjake na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja predstavlja še večji izziv. Morda so takšna pričakovanja posledica mehanizma izbiranja rešitev, ki do rezultatov pripeljejo brez prevelikega truda (Winn, 2003). Tako so delavci bolj naklonjeni temu, da delodajalec zmanjša njihovo odgovornost za lastno zdravje s ponujanjem zdravstvenih storitev in jim omogoči zdravo delovno okolje, kot pa temu, da bi jih spodbujal k bolj zdravemu načinu življenja. Takšno tolmačenje se zdi precej verjetno, če upoštevamo dejstvo, da je več anketirancev od vodstva podjetja pričakovalo, da bo na delovnem mestu prej omejilo stresne dejavnike, kot pa organiziralo izobraževanje, kako se s stresom spopasti. Temu v prid pričajo tudi podatki o navadah, povezanih z zdravjem, ki so bili predstavljeni v prejšnjih poglavjih.

Viri in literatura

1. Batorski D. Uporaba IKT. V: Czapiński J, Panek T, ur. Social Diagnosis. Conditions and quality of life of Poles [v poljščini]. Varšava: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich; 2009.
2. Finnegan JR, Viswanath K. Communication theory and health behaviour change. The media studies framework. V: Glanz K, in sod, ur. Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
3. Gniazdowski A. Educational and promotional actions in public health. V: Indulski J, Jethon AZ, Dawydzik LT, ur. Public health. Selected issues [v poljščini]. Lodž: IMP; 2000.
4. Härmäläinen RM. Workplace Health Promotion in Europe: The Role of National Health Policies and Strategies. Helsinki: FIOH; 2007.
5. Korzeniowska E. Organisation and implementation of health promotion programmes at work [v poljščini]. Lodž: IMP; 1998.
6. Minelli M, Breckon DJ. Community Health Education, Settings, Roles and Skills. Sudbery: Jones and Bartlett Publishers International; 2009.
7. Owen N, Fotheringham M, Marcus BH. Communication technology and health behaviour change. V: Glanz K, in sod, ur. Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
8. Pratkanis A, Aronson E. Age of Propaganda [v poljščini]. Varšava: PWN; 2004.
9. Schwarzer R. Self-efficacy in taking and continuation of health behaviour. Existing approaches and the new model. V: Heszen-Niejodek I, Sęk H, ur. Health Psychology [v poljščini]. Varšava: PWN; 1997.
10. Sęk H. Behavioral Health. V: Strelau J, ur. Psychology. Academic Handbook [v poljščini]. Gdansk: GWP; 2000.
11. Woynarowska B. Health Education. Academic Handbook [v poljščini]. Varšava: PWN; 2008.
12. Ylikoski M, in sod. Health in the World of Work: Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life. Helsinki: FIOH; 2006.
13. Zimbardo PG, Leippe MR. Psychology of behavior change and social influence [v poljščini]. Poznan: Zysk i S-ka; 2004.

8. POGLAVJE

Priporočila za oblikovanje zdravega življenjskega sloga nižje izobraženih delavcev

Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski

Raziskave, opravljene v okviru tega projekta, so podprte z dodatnimi in predhodno zbranimi izsledki in dokazujejo, da nižje izobraženi delavci v mnogih okoliščinah predstavljajo specifičnega in težavnega prejemnika projektov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Čeprav je v mnogih pogledih ta skupina konsistentna in se razlikuje od skupine bolj izobraženih delavcev, pa hkrati prihaja do razlik, kadar med seboj primerjamo pripadnike iz različnih držav.

Pri načrtovanju dejavnosti na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, namenjenih nižje izobraženim delavcem, je poleg lastnosti, značilnih za celotno skupino, treba upoštevati tudi specifične socialne in kulturne dejavnike, ki so relevantni za posamezno državo. Del podatkov, ki prikazujejo razlike, značilne za države, ki so sodelovale v projektu, smo v tej publikaciji že predstavili (na podlagi opravljenih raziskav), kljub temu pa velja z upoštevanjem dodatnih izsledkov, ugotovljenih v posamezni državi, analizo še razširiti. Koristno bi bilo, če bi se predstavniki držav, ki v projektu niso sodelovale, lahko osredotočili na naslednje predloge, ki zadevajo skupino nižje izobraženih delavcev, in se hkrati naslonili na lastne študije, analize in izkušnje. Prav tako bi bilo koristno, če bi te predloge lahko prilagodili lastnim družbenim in kulturnim posebnostim – ne le vsebini ter načinom razmišljanja in vedenja delavcev iz svojih držav, temveč tudi svoji tradiciji zdravstvenega varstva in promocije zdravja, organizacijskim strukturam, strokovnim vlogam, zakonodaji in tako naprej.

To poglavje predstavlja najpomembnejše ugotovitve in zaključke, pomembne za praktično uporabo, ki se nanašajo na celotno skupino nižje izobraženih delavcev iz štirih držav, vključenih v projekt. Možnosti razlikovanja med priporočili za posamezno državo tukaj nismo upoštevali.

Glavni izziv predstavlja ugotovitev, da je skupina nižje izobraženih delavcev nekonsistentna in ambivalentna v razmerju med objektivnimi lastnostmi zdravstvenega stanja in njegovim subjektivnim doživetjem. Na eni strani obstajajo tehtni objektivni razlogi, ki upravičujejo potrebo po intenzivnejših izobraževalnih in promocijskih dejavnostih, saj so za to skupino značilni slabše zdravstveno stanje, manj pogoste dejavnosti v korist zdravja ter slabše znanje in druge kompetence na področju zdravstvene nege. Po drugi strani pa pri osveščanju nižje izobraženih delavcev naletimo na subjektivno oviro, ki jo je težko premagati in ki omejuje možnosti za uspešno sporočanje vsebin v zdravstveni vzgoji. Ta ovira se ne nanaša izključno na kompetence, pogojene s splošno nižjo stopnjo izobrazbe, temveč tudi na način razmišljanja o zdravstvenih vprašanjih, ki se oblikuje v vsakodnevnih okoliščinah življenja v družbi, tudi zunaj okvira formalnega izobraževanja. V tej skupini je zelo pogosto subjektivno prepričanje, da, čeprav z zdravjem povezano znanje, ki ga imajo, ni obsežno, vseeno zadostuje za izpolnjevanje večine njihovih potreb, hkrati pa se o tem, kako skrbeti za lastno zdravje, ne želijo naučiti več.

Takšno stanje nas pripelje do zaključka, da so nižje izobraženi delavci skupina ljudi, ki zahteva intenzivnejše in dobro izdelane ukrepe na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Še vedno pa ta skupina jasno izkazuje odpor do poglobljanja znanja glede skrbi za zdravje. Morda je tako zaradi slabih

izkušenj pri predhodnem pridobivanju znanja, pomanjkanja zaupanja v možnost uporabe teoretičnega znanja v vsakdanjem življenju, omejene prakse uporabe tega znanja in aktivacije psiholoških mehanizmov, zaradi katerih se ne zavedajo primanjkljajev v obstoječem znanju in potreb po njegovem poglobljanju. Z intenzivnejšimi ukrepi na tem področju lahko odpor do poglobljanja znanja in različnih načinov njegovega pridobivanja v zvezi z zdravjem oslabimo. Še vedno pa, paradoksalno, v tem okviru velja omejiti ukrepe, ki jih ciljna skupina povezuje s posredovanjem znanja. Namesto tega je treba razvijati izobraževalne metode in strategije, ki do zdravega življenjskega sloga oblikujejo pozitiven odnos in bodo prej kot intelektualno usmerjeni ukrepi prinesle spremembe v vedenjskih vzorcih. Tako je namesto posredovanja teoretične vsebine s pomočjo izobraževanja, predavanj, letakov in podobnega bolje organizirati takšne dejavnosti in dogodke (npr. prostotčasne dejavnosti, zagotavljanje dostopa do različnih storitev s področja promocije zdravja), v okviru katerih se delavci začnejo zanimati za zdravje, "nevede" pridobijo znanje in razne spretnosti, ne da bi se sploh zavedali, da se učijo, pri čemer pa takšnih dejavnosti ne smemo uvrščati v kategorijo izobraževanja.

Intenzivnejši ukrepi, namenjeni nižje izobraženim delavcem, lahko vodijo do položaja, v katerem se bodo počutili tarča manipulacije ali celo stigmatizacije. Zato je pomembno, da se zaradi njihove nenaklonjenosti do pridobivanja znanja zdravstvena vzgoja in promocija zdravja naslovi tudi na delavce, ki sodijo v druge izobražbene skupine. Kljub temu je treba zagotoviti, da bolj izobraženi delavci zaradi večje aktivnosti ne ovirajo dostopa do ponudbe, namenjene nižje izobraženim delavcem – še posebej dostopa do elementov, ki so vključeni prav zaradi posebnosti te ciljne skupine – in da med izvajanjem dejavnosti ne vsiljujejo lastnih potreb in preferenc.

Naslednji izziv, ki je za učinkovitost izobraževalnih ukrepov še posebej pomemben, izvira iz dejstva, da se nižje izobraženi delavci z zdravstvenimi vprašanji ne ukvarjajo pogosto. Le redko razmišljajo o svojem zdravju ali posvečajo pozornost temu, kako njihovo vedenje vpliva na zdravje. Če pa o teh temah le razmišljajo, tovrstna razglabljanja zanemarijo.

Te ugotovitve podpirajo predpostavko, da ljudje niso tako razumski, kot to domnevajo strokovnjaki za zdravstveno vzgojo. Celo tako pomembna vrednota, kot je zdravje, nas ne pripravi do tega, da bi o tem razmišljali vsak dan. Zato ne smemo pričakovati, da bodo ljudje svoje z zdravjem povezano znanje uporabljali vsak dan ali da bodo prišli do ustreznih zaključkov, ki bi vplivali na njihovo vedenje. Kljub temu so nekatera z zdravjem povezana vedenja vseeno refleksivne narave, kažejo se na primer kot posledica razumskih vzgibov in premislekov. Pri oblikovanju teh vedenjskih vzorcev tako ne smemo podcenjevati vloge osveščenosti o zdravju (znanje, prepričanja, tolmačenja, mnenja ipd.), zato si moramo predvsem prizadevati k spodbujanju premisleka o zdravju in zdravju koristnem vedenju. V tem okviru lahko z uporabo marketinških strategij priporočimo različne dejavnosti in aktiviramo takšne (raznovrstne in privlačne) spodbude, ki bodo pozornost usmerile k zdravju, osebo nanj opomnile, pri njej spodbudile vsaj krajši premislek in ostale v spominu. Drugič, ker nižje izobraženi delavci le redko razmišljajo o svojem zdravju, je treba oblikovati tudi druge, neintelektualne spodbude ter olajšati izvajanje ukrepov v korist zdravja (kot so družbeni vzorci in standardi, organizacijske in infrastrukturne rešitve).

Omenjena posebnost nižje izobraženih delavcev je jasno vidna v delovnem okolju. Svoje zdravje na delovnem mestu namreč pogosteje zanemarijajo. Ne le, da ne poskušajo pogosteje delati tako, da bi najmanj škodovali svojemu zdravju, temveč tudi na splošno redkeje prepoznajo potrebo po varnejšem načinu dela. Med njimi vlada splošno prepričanje, da je na delovnem mestu vredno upoštevati zgolj tiste varnostne in zdravstvene predpise, katerih kršitev se kaznuje.

Te ugotovitve kažejo, da je metodo kaznovanja kršitev predpisov o varnosti in zdravju pri delu treba obdržati (in ob kršitvah kazni tudi dosledno izvajati), vendar pa je treba takšno negativno spodbudo dopolniti tudi s pozitivnimi spodbudami, ki vključujejo nagrajevanje delavcev, kadar pri delu skrbijo za svoje zdravje. Zdi se, da so mehanizmi, ki spodbujajo želene vedenjske vzorce, še posebej pomembni, kljub temu pa moramo delavce še naprej osveščati glede povezave med delom, ki ga opravljajo, in njihovim zdravjem, tako v okviru pozitivnih kot negativnih vplivov. Radi bi tudi jasno povedali, da namen predpisov o varnosti in zdravju pri delu ni samo disciplinirati delavce, temveč predvsem zmanjšati tveganja za zdravje. Ta informacija se ne sme nanašati zgolj na delo in zdravje na splošno, temveč tudi na specifične okoliščine posameznikov – prejemnikov izobraževalnih vsebin (na njihov delovni položaj in delovne okoliščine in tudi njihovo zdravstveno stanje, zdravstveni potencial in tveganje). Prav tako je treba pokazati, da zdravje

pri delu ni omejeno le na vprašanja, vključena v predpise o varnosti in zdravju pri delu. Številne teme, povezane z zdravstvenimi težavami, ki so trenutno najbolj pomembne, ostajajo neurejene ali pa so urejene zelo nenatančno, pri čemer lahko delavci bistveno vplivajo na še neurejene vidike v zvezi z njihovim zdravstvenim stanjem. Ti vključujejo samodestruktivno vedenje, prehrano, ergonomijo in stres (duševno zdravje na splošno), delavci pa jih podcenjujejo.

Naslednja težava, ki jo je treba pri tej ciljni skupini rešiti z zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, je povezana z dejstvom, da se večina delavcev začne zanimati za zdravstvena vprašanja šele, ko zbolijo, ko pa je zdrava, le redko vidi smisel v zdravem življenjskem slogu. Na nek način to spodkopava splošne domneve v sodobni zdravstveni vzgoji in promociji zdravja, ki se osredotočata na krepitev z zdravjem povezanih sposobnosti in ne zgolj na preprečevanje bolezni.

Nižje izobraženi delavci so pogostejše prepričani, da je o svojem zdravju bolje vedeti manj, zato se dosledno redkeje odločajo za redne preventivne zdravstvene preglede in pogostejše pričakujejo, da bodo takšni pregledi prinesli razne težave. Po drugi strani jih zanimajo preprosti testi (ki se izvajajo med izobraževanjem ali drugimi dejavnostmi v okviru promocije zdravja), za katere je verjetno, da bodo njihovo dobro zdravstveno stanje prej potrdili, kot pa odkrili večje zdravstvene težave in potrebo po zdravljenju.

Zato bi lahko predlagali, da se izvedejo lahko dostopni ukrepi, ki združujejo posredovanje znanja v zvezi z zdravjem in preglede zdravstvenega stanja ciljne skupine. Vendar pri tem nimamo v mislih ukrepov, katerih namen bi bil zgodnje odkrivanje bolezni (saj se nižje izobraženi delavci tega bojijo), temveč takšne posege, ki bi ugotavljali izbrane parametre delovanja telesa (merjenje krvnega tlaka, ravni holesterola, pljučne kapacitete, ITM, ravni sladkorja v krvi). Na podlagi teh parametrov bi delavcem lahko predlagali točno določene spremembe v življenjskem slogu in jih spodbudili, da te spremembe tudi izvajajo. Natančneje, načrtujemo lahko oblike ukrepov, s katerimi bi v prvi fazi izvajali preproste teste, v drugi, glavni fazi, pa bi na podlagi rezultatov teh testov utrdili subjektivno upravičenost in motivacijo za večjo skrb za zdravje. Ta vrsta dejavnosti ima tudi to prednost, da se z zdravjem ne ukvarja v nekem abstraktnem smislu, temveč s specifičnim zdravstvenim stanjem posameznega delavca, prejemnika izobraževalnih in promocijskih ukrepov.

Anketa, opravljena v okviru tega projekta, je pokazala, da je za skupino nižje izobraženih delavcev, za razliko od skupine bolj izobraženih delavcev, značilen občutek nemoči, ki vključuje pomanjkanje zaupanja v sposobnost spopadanja z zdravstvenimi težavami. Prav tako se nižje izobraženi delavci bojijo, da ne bodo zmožni slediti priporočilom, kako skrbeti za svoje zdravje. Če pa se za ukrepe te vrste že odločijo, so pri tem manj vztrajni.

V okviru navedenih ugotovitev lahko priporočimo vsaj tri glavne smernice za ukrepe na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja.

Prva vključuje krepitev psiholoških virov nižje izobraženih delavcev: pomagamo jim razviti večjo samozavest, notranji občutek učinkovitosti, samonadzor ukrepov ipd. Tovrstne dispozicije se lahko razvijajo ne samo na področju zdravja (njegove promocije in vzgoje), temveč tudi za namene širših ciljev in za katera koli druga področja, ki z zdravjem niso povezana (kot so npr. tečaji poklicnega izpopolnjevanja).

Druga smernica pomaga okrepiti učinke dejavnosti, izpeljanih v okviru prve smernice. Vključuje namreč razvijanje specifičnih znanj in spretnosti, kot na primer posredovanje preprostih priporočil za oblikovanje zdravih vedenjskih vzorcev. Pri tem mislimo na priporočila, katerih upoštevanje bo kot posledica prevzemanja novih vedenjskih vzorcev (ali spreminjanja negativnega vzorca v zdravju prijazen vedenjski vzorec) omogočalo hitre in opazne učinke ter bo zagotovilo, da bo prejemnik opazil uspešnost svojega ravnanja in ustreznost spopadanja z zdravstvenimi težavami.

Tretja smernica vključuje oblikovanje mehanizmov, ki bodo pospeševali pojavljanje zelenih vedenjskih vzorcev v okolju (npr. vedenjski vzorci, oblikovani na podlagi omenjenih smernic), še posebej pa v delovnem okolju. Ti mehanizmi vključujejo različne formalne predpise, ki podpirajo zdravju prijazen vedenje (npr. dodatno nagrajevanje za to, ker med delovnim časom ne kadijo tobačnih izdelkov), razvijajo in krepijo podporo skupnosti (npr. oblikovanje skupin, ki bodo skupaj izvajale delavcem zanimive, zdravju prijazne ukrepe, dale dober zgled zdravih navad, v takšne ukrepe vključile tudi vodstvo podjetja), infrastrukturo (npr. izboljšanje pogojev za odmor, razpoložljivost prostorov za čas malice in osebno higieno) ipd.

Raziskava je pokazala, da prej omenjeno nemoč (ali raje občutek nemoči) dodatno krepi prepričanje nižje izobraženih delavcev, da je njihovo skromno življenje pogojeno s stopnjo izobrazbe. Redkeje menijo,

da živijo udobna ali celo povprečna življenja. Neka druga študija je pokazala, da zdrav življenjski slog povezujejo s potrebo po zagotovitvi velike količine finančnih sredstev za ta namen. Pomanjkanje zdravju prijaznih dejavnosti pogosto upravičijo s pomanjkanjem denarja. Zato imamo pri ukrepih na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja še dve priporočili: 1) ponudba, namenjena nižje izobraženim delavcem, naj res ustreza njihovem materialnemu statusu (npr. športne in prostočasne dejavnosti, ki ne zahtevajo uporabe drage opreme ali dragih prostorov); 2) pri neposrednem podajanju vsebin je udeležencem treba pojasniti, da zdrav življenjski slog ni nujno tudi drag. Tovrstno obliko podajanja vsebin je treba podpreti tudi s specifičnimi primeri ukrepov in izbir, s katerimi se delavci z nizkim socialno-ekonomskih statusom v vsakdanjem življenju pogosto soočajo.

Kot smo že omenili, se zdi, da na nižje izobražene delavce pomembno vplivajo negativne izkušnje, povezane s predhodnim izobraževanjem, še posebej šolskim. Na te vrste ukrepov se slabo odzovejo, saj jih povezujejo s temi izkušnjami. Strah jih je preizkusov znanja, javnega nastopanja in tega, da bodo morali razumeti zahtevne vsebine. V tem pogledu velja omenjene negativne občutke sprejeti in se pri izobraževalni dejavnosti izogniti rabi izobraževalnih metod, ki jih udeleženci povezujejo s slabimi izkušnjami. Treba je zagotoviti, da se te metode res ne uporabljajo, in uporabiti povsem drugačne ukrepe, ki temeljijo na aktivnem oziroma izkustvenem učenju, skupnem reševanju težav, skupinskih predstavitev itd.

Strah, da se bodo pojavile težave pri razumevanju izobraževalne vsebine, je objektivno upravičen. Anketirana skupina pogosteje ne razume splošnega pomena mnogih pogosto rabljenih izrazov, povezanih z zdravjem in zdravim življenjskim slogom. Njeni pripadniki imajo pogosto tudi težave s preprostim računanjem (na primer pri odmerjanju količine zdravil) in niso zmožni opredeliti vpliva številnih dejavnikov na zdravje. V tem okviru se zdi pametno, da bi splošna priporočila glede izobraževanja (ne le zdravstvene vzgoje) za odrasle z nizko izobrazbo spodbujala preprosto posredovanje vsebin, delitev gradiva na manjše dele, preproste razlage ipd. Zelo pomembna je tudi priprava predavateljev, pa tudi to, da opustijo pogosto prepričanje, da vsi razumejo pomen z zdravjem povezanih besed (tudi najbolj očitnih), ki se pogosto pojavljajo v medijih. Spremeniti bi bilo treba še eno pogosto prepričanje strokovnjakov, da večina "preprostih ljudi" verjame, da med njihovim vedenjem in zdravjem obstaja vzročno razmerje in da imajo njihova dejanja specifičen vpliv na njihovo zdravstveno stanje.

V svojem neposrednem okolju nižje izobraženi delavci redkeje opazijo, da se njihovi sodelavci vedejo zdravju koristno – to bodisi pomeni, da dejansko delajo v okolju, v katerem takšnega vedenja ni, bodisi zdravju prijazni ukrepi in zdrav življenjski slog sploh ne pritegne njihove pozornosti. Prav tako redkeje opazijo, da se ljudje v njihovi neposredni okolici zanimajo za druge, ki se vedejo zdravju koristno – še posebej ne opazijo, da drugi spoštujejo in občudujejo tovrstno vedenje.

Taka opažanja kažejo na omenjeno potrebo po razvijanju podpore skupnosti v povezavi z zdravimi vedenjskimi vzorci ter utrjevanju že obstoječih in uvajanju novih družbenih vzorcev zdravju prijaznih ukrepov. Zamisel je, da bi razširili kakršne koli zanimive pobude, tako tiste načrtovane kot tudi tiste, ki jih delavci na področju zdravja že izvajajo (posamezno ali v skupini). S tem bi jih približali vsem delavcem in spodbudili njihovo zanimanje. Pomembno je tudi, da začnejo delavci zdrave vedenjske vzorce na splošno dojemati kot "nekaj normalnega" oziroma nekaj, s čimer se ukvarja množica ljudi v njihovi neposredni okolici. Prav tako velja izkoristiti uspeh (tudi manjši), dosežen pri izvajanju teh ukrepov, ter nagraditi posameznike in skupine, ki so ga dosegli (ali so vsaj sodelovali pri pobudah, usmerjenih k zdravju). Na splošno je dobro ustvariti psihološko-družbeno klimo (na primer kot element organizacijske kulture na delovnem mestu), v katerem je skrb za zdravje (tudi v obliki skupnih dejavnosti) vredna truda, široko priljubljena ter ne povzroča zadrege. Prepričanje, da zanemarjanje zdravja ni hvalevredno, in dejstvo, da s skrbjo za zdravje opozorimo na neodvisnost, moč in pogum, mora prav tako biti del tega ozračja.

Omembe vredno je tudi dejstvo, da imajo nižje izobraženi delavci poseben odnos do nekaterih pobud, ki se izvajajo na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Predvsem je treba analizirati vprašanje izobraževanja, ki je ena najpogostejše uporabljenih oblik za razvoj zdravih vedenjskih vzorcev.

Nižje izobraženi delavci imajo do izobraževanja protisloven odnos. Po eni strani je njihov odnos do izobraževanja negativen. Na splošno v to obliko vplivanja dvomijo in udeležbo v takšni dejavnosti dojemajo kot zapravljanje časa. Menijo tudi, da izobraževanje pogosto služi povsem drugačnemu in "skritemu" namenu. Udeležbo na izobraževanju povezujejo z vrsto negativnih občutkov ter kažejo pomanjkanje zaupanja v to obliko informiranja o zdravju in v sporočano vsebino. Z zdravjem povezano izobraževanje

ocenjujejo za najmanj priljubljen način pridobivanja znanja v zvezi z zdravjem. Po drugi strani pa so nižje izobraženi delavci ponavadi naklonjeni različnim spodbudam, ki bi jih prepričale, da se udeležijo tovrstnega izobraževanja. Imajo tudi preference glede oblik in lastnosti takšnih vplivov.

Čeprav so v več primerih nižje izobraženi delavci izobraževanje odklonili, smo opazili tudi, da so člani te skupine včasih posredno izrazili željo po izboljšanju svojega socialnega statusa in izobrazbe (četudi le zanemarljivo) in po tem, da bi se približali konceptu vseživljenjskega učenja. Zato obstajajo dobri pogoji, ki omogočajo, da nižje izobraženim delavcem ponudimo tovrstno obliko izobraževanja njihovem odporu navkljub, vendar pod pogojem, da je ustrezno pripravljeno. To pomeni, da se bo ta skupina postopoma morala navaditi na sodelovanje v tovrstnih oblikah izobraževanja, če bo želela svoj odpor premagati. V skladu s preferencami nižje izobraženih delavcev se moramo pri izobraževanju izogniti naslednjim elementom, če želimo, da sprejmejo izobraževanje: plačljivi udeležbi, predolgemu trajanju, javnemu nastopanju, preverjanju znanja, ustrahovanju in prepovedim. Po drugi strani bi bilo koristno vključiti tudi različne oblike nagrajevanja: žrebanje manjših nagrad, darila, prigrizke ali celo manjše denarne nagrade.

Nižje izobraženi delavci so razmeroma redkeje naklonjeni ne le tradicionalnemu izobraževanju, temveč tudi drugim oblikam posredovanja znanja – redkeje bodo sodelovali v izobraževanju, ki zahteva dodaten trud, kot je samostojno iskanje informacij na internetu, prebiranje priročnikov ali člankov v časopisih ali revijah, vendar so pogosteje pripravljeni sodelovati na različnih tekmovanjih (npr. v nagradnih igrah, natečajih), torej na dogodkih, kjer se posamezniku ni treba preveč udejstvovati. To kaže, da ne gre pričakovati, da bo ta skupina pripravljena svoje znanje samostojno poglobiti z omenjenimi mediji, kot tudi ne, da bodo poznali vsebino, ki se širi preko takih oblik posredovanja znanja.

Anketirana skupina se ne razlikuje veliko od skupine bolj izobraženih, kljub temu pa je pogosteje pripravljena kot vir informacij o zdravju uporabljati radio in televizijo – to funkcijo obeh medijev štejejo za samoumevno, tudi če jim drugače zavestno niso naklonjeni. Enako pogosto ta skupina pričakuje neposreden stik s strokovnjaki, kot so zdravniki, medicinske sestre in drugi strokovnjaki s področja zdravja. Želijo imeti možnost osebnega posvetovanja in postavljanja vprašanj o svojem zdravju na splošnejših sestankih. Kot kažejo druge raziskave, so tovrstna pričakovanja verjetno prej povezana s potrebo po razpravljanju o zdravstvenih težavah, ki so jih že izkusili, kot pa o splošnih temah, povezanih z zdravim načinom življenja.

V tem okviru se je treba vprašati, ali je vpliv posredovanja informacij preko radia in televizije kot orodja v zdravstveni vzgoji nižje izobraženih delavcev dejansko vreden zaupanja. Očitno je, da od tovrstnega načina posredovanja informacij ne bodo imeli polne koristi, saj je oblikovan za široko množico prejemnikov in ne za to specifično skupino. Zato je neposredni stik nižje izobraženih delavcev s strokovnjaki s področja zdravja zagotovo učinkovitejša in uspešnejša oblika vplivanja. Vendar zgolj njihovo strokovno znanje v zvezi z zdravjem ne bo zadoščalo. Za izvajanje tovrstne neposredne oblike izobraževanja bodo strokovnjaki potrebovali tudi strokovna znanja in spretnosti na področju razumevanja in sodelovanja z nižje izobraženimi delavci. Nekatere raziskave so pokazale, da se zdravstvenim delavcem ponavadi zdi, da za tako nalogo niso bili dovolj pripravljeni. Posamezne oblike izobraževanja so za organizatorje lahko tudi pomemben logističen izziv. Kljub vsem težavam pa se zdi, da je neposredno izobraževanje, ki ga izvajajo zdravstveni strokovnjaki (v najboljšem primeru tisti s širšimi kompetencami), vredno upoštevanja.

Stališča nižje izobraženih in bolj izobraženih delavcev se ne razlikujejo glede ukrepov, prijaznih zdravju, ki jih pričakujejo od delodajalca. Vsi delavci navadno pričakujejo, da bo delodajalec plačal zdravniške preglede in zdravljenje in poskrbel za udobje in varnost pri delu na višji ravni, kot to zahteva zakon. Nižje izobraženi delavci pogosteje kot druga skupina pričakujejo zgolj preventivna cepljenja. Poudariti velja naslednji dve ugotovitvi.

Prvič, delavci pričakujejo, da bo zanje in njihovo zdravje poskrbel nekdo drug in jim bo zato tudi delodajalec nudil nekaj, kar bo njihovem zdravju koristilo. To pričakovanje je močnejše kot je njihova pripravljenost, da bi za svoje zdravje sami naredili kaj dobrega ali prispevali k njegovemu izboljšanju. Na področju zdravja vidijo delavci delodajalca predvsem kot nekoga, ki bo financiral zdravstvene storitve ter poskrbel za udobne in kakovostne delovne razmere, ne pa kot nekoga, ki bi od njih pričakoval in zahteval primerno vedenje. Zato je v okviru načrtovanih izobraževalnih in promocijskih ukrepov, še posebej v njihovi prvi fazi, dobro zagotoviti, da udeležence najprej nagradimo, kot pa da od njih takoj nekaj zahtevamo (kot na primer spreminjanje navad, vlaganje časa, preverjanje dosedanjih prepričanj ipd.).

Drugič, splošno pričakovanje delavcev glede zdravstvenih storitev in skrbi za delovne razmere nam lahko tudi koristi. Če se načrtujejo takšne dejavnosti za delavce, priporočamo, da se ne izkoristijo le kot naložba, darilo ali oblika plačila, temveč tudi kot spodbuda za uvajanje zdravih sprememb v njihov življenjski slog. Zdravstvene storitve (kot so pregledi, cepljenja in posvetovanja) lahko združimo z omenjenim (in tudi predlaganim) neposrednim izobraževanjem, ki poteka v zdravniški ordinaciji in lahko razkrije povezavo med bolnikovim ugotovljenim zdravstvenim stanjem in njegovimi vedenjskimi vzorci, kar ga potem lahko tudi prepriča, da svoje vedenje spremeni v korist izboljšanja zdravja. Podobno lahko modernizacijo delovnih mest in infrastrukture dopolnimo z izobraževalnimi dejavnostmi, ki se na primer nanašajo na varnost pri delu (pri nadgrajevanju delovne opreme), zdravo prehrano (pri posodabljanju menze), sproščanje in obvladovanje stresa (pri prenovi prostorov za odmor ali počitek).

Naštete ugotovitve nas vodijo k pomembnemu zaključku, da je poleg izvajanja različnih samostojnih ukrepov, povezanih z zdravjem (vključno z izobraževalnimi), treba razviti in izvajati tudi zahtevnejše programe promocije zdravja. Ti združujejo izobraževanje z vzpostavljanjem takšnih razmer, ki bodo spodbudile in olajšale zdravju prijazne vedenjske vzorce. Prav tako utrjujejo ukrepe, ki se osredotočajo na preprečevanje poškodb in bolezni ter gradijo na delavčevem pozitivnem dojemanju zdravja.

Povzetek poglavja bo na podlagi rezultatov raziskav, opravljenih v okviru projekta, drugih ugotovitev in izkušenj, zbranih na področju neposredne ponudbe zdravju prijaznih dejavnosti, ponovno izpostavil ključna priporočila, ki se nanašajo na dejavnosti na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, osredotočene na spodbujanje zdravju prijaznega vedenja nižje izobraženih delavcev. Priporočiti velja naslednje rešitve:

1. Ponovno ovrednotenje stališč strokovnjakov s področja zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, pri čemer je treba upoštevati dejstvo, da ljudi ne vodi vedno razumsko razmišljanje (do česar so popolnoma upravičeni) in da jih morda vodi lastna razumskost, ki se zunanemu opazovalcu kot zagovorniku medicinskih stališč morda zdi drugačna ali "nelogična". V večji meri je treba sprejeti očitno dejstvo, da zdravje za nekatere ljudi ni najpomembnejša vrednota, da njihovo ravnanje pogosto vodijo čustva in da so izpostavljeni močnim vplivom skupnosti, v kateri živijo. Izobraževalne in promocijske dejavnosti na področju zdravja bi morale realno upoštevati, da se različne družbene skupine med seboj razlikujejo glede zdravja, navad, objektivnih možnosti za delovanje, načinov razmišljanja, znanj, spretnosti in razumevanja zdravstvenih izrazov in sporočil. To pri nižje izobraženih delavcih pomeni, da je dejavnosti treba prilagoditi (že v fazi načrtovanja, izvedbe in ocenjevanja) specifični naravi ciljne skupine – ta pristop bi se moral uporabljati poleg običajnega poenostavljanja informacij, ki naj bi jih posredovali.

2. Medtem ko so pri boljše izobraženih delavcih posamični ukrepi ali izobraževalni projekti lahko učinkoviti, je treba pri nižje izobraženih delavcih oblike izobraževalnih ukrepov pogostejše organizirati celoviteje. Ukrepi na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja bi po eni strani morali vključevati posredovanje informacij s področja zdravja, graditi pozitiven odnos, oblikovati psihološke spretnosti in sposobnosti, ki bodo olajšale zdrav življenjski slog, po drugi strani pa bi morali vzpostaviti okoliščine, ki bi omogočile izvajanje zdravju prijaznih dejavnosti. Da bi spodbudili z zdravjem povezane spremembe v vedenju (in v okolju), je treba te ukrepe izvajati kot dolgoročne in usklajene procese ter jih ohranjati in vzdrževati na dolgi rok.

3. Pomembno je, da se projekti na področju zdravja ne izvajajo samo v povezavi z zdravjem samim, temveč tudi v okvirih, ki se ne nanašajo neposredno na zdravje (npr. v okviru skrbi za videz in dobro telesno pripravljenost, zato, da bi posameznik dobil boljšo službo) in ki bodo delavce pripravili do bolj dejavnega sodelovanja. Priporočamo tudi, da so drugi projekti, ki se izvajajo v okolju skupine nižje izobraženih delavcev, še posebej na delovnem mestu (npr. programi spreminjanja organizacije dela, prenavljanje infrastrukture, tečaji strokovnega usposabljanja), oblikovani tako, da v večji meri obravnavajo zdravstvena vprašanja ter ustvarjajo zdrave okoliščine in razvijajo kompetence, ki se lahko uporabijo tudi pri zdravju prijaznih dejavnostih.

4. Ker imajo člani te skupine pogosto občutek, da so neučinkoviti, je dobro izvajati kompleksne in integrirane dejavnosti, ki se osredotočajo na: (a) razvijanje njihovih psiholoških sposobnosti in izboljšanje samozavesti (med izvajanjem ukrepov, povezanih z zdravjem ali drugimi omenjenimi dejavnostmi, ki z zdravjem niso povezane), (b) učenje preprostih algoritmov spreminjanja vedenjskih vzorcev, ki bodo zagotovili hiter uspeh, (c) vzpostavljanje orodij ter družbene in organizacijske podpore za zdrave vedenjske vzorce.

5. Dobro je slediti pravilu, ki pravi, da moramo nižje izobraženim delavcem najprej ponuditi nekaj, kar bodo razumeli kot nagrado, in izpolniti njihova pričakovanja, preden lahko pričakujemo, da bodo začeli spreminjati svoje, z zdravjem povezane navade (kar posredno zahteva, da v stvar vložijo nekaj truda, se na primer odpovedo "čemu prijetnemu" ali določenim navadam in temu namenijo nekaj svojega časa).

6. Pri ukrepih, ki vključujejo predvsem posredovanje znanja, namenjenega nižje izobraženim delavcem, priporočamo, da se poveča število in pogostost spodbud, ki povečujejo njihovo zanimanje za zdravje in razmišljanje. To naj vključuje sistematično, a neagresivno ozaveščanje o zdravstvenih vprašanjih in zdravem življenjskem slogu. Predstavljene marketinške strategije in metode se pri tem lahko izkažejo še za posebej uporabne.

7. Z zdravjem povezano znanje je treba širiti s takšnimi metodami, ki se ne povezujejo s šolskim izobraževanjem in formalnim izobraževalnim sistemom. To pomeni, da se morajo izvajalci izobraževanja izogniti uporabi takšnih oblik razvijanja z zdravjem povezanih kompetenc in vedenjskih vzorcev, kot so predavanja, razprave in daljša besedila (navodila), ki naj bi jih udeleženci prebrali. Kjer so tečaji in izobraževanja nujni, velja poseben poudarek nameniti upoštevanju splošnih načel izobraževanja odraslih. Izogniti se je treba plačljivi udeležbi, predolgemu trajanju, nastopanju pred drugimi, preverjanju znanja, ustrahovanju in prepovedim. Namesto tega raje ponudimo različne vrste nagrad, kot so žrebanja manjših nagrad, darila, prigrizki in celo manjše denarne nagrade.

8. Pri posredovanju sporočil nižje izobraženim delavcem ne smemo domnevati, da bodo razumeli vse izraze, ki se navadno uporabljajo na področju zdravstvene vzgoje, ali da bo njihovo razumevanje pravilno. Zato razlage teh izrazov ne smemo izpustiti, še posebej, ker delavci pogosto priznajo, da jih ne razumejo.

9. Premik od komuniciranja na ravni splošnih zdravstvenih vprašanj in povprečnih državljanov h komunikaciji, ki naslavlja posameznika oziroma konkretno osebo, je koristna metoda vplivanja na nižje izobražene delavce. To lahko dosežemo tako, da jim ponudimo možnost opravljanja preprostih zdravstvenih testov, ki naj bi povečali njihovo zanimanje za zdravje in jih spodbudili k temu, da svoje navade spremenijo. Prav tako pomagajo pri oblikovanju priporočil v zvezi z zdravim življenjskim slogom, ki so za posameznika uporabna ter specifična, saj temeljijo na specifičnih parametrih njegovega zdravja. To priporočilo se navezuje na potrebo po sodelovanju z zdravstvenimi strokovnjaki (ki so sposobni vplivati v družbi) na področju tovrstnih individualiziranih izobraževalnih in promocijskih ukrepov. Poleg tega se priporočilo navezuje tudi na organizacijo individualnih posvetovanj z zdravstvenimi strokovnjaki (psihologi, strokovnjaki za prehrano in vodje izobraževanj na področju zdravja).

10. Pojava izključenosti in stigmatizacije nižje izobraženih delavcev je treba preprečiti, še posebej pri projektih, ki se na primer izvajajo na delovnem mestu. To lahko vključuje (a) "zakrivanje" dejstva, da ponudba s področja zdravja, ki je dejansko namenjena nižje izobraženim delavcem, naslavlja prav njih, (b) dopolnjevanje ponudbe z dejavnostmi, namenjenimi skupinam, ki zajemajo vse stopnje izobrazbe, vendar pa je pri tem treba tudi (c) zagotoviti, da so nižje izobraženi delavci glavni prejemniki te ponudbe.

9. POGLAVJE

Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – španski primer

Jose Gil, Dolores García, Manuel López

1. Uvod v zdravstveno stanje v Španiji

Po podatkih Evropskega observatorija za zdravstvene sisteme in politike je zdravstveno stanje v Španiji naslednje:

- Povprečna življenjska doba je med najvišjimi na svetu, in sicer znaša 84,3 leta za ženske in 77,8 za moške.
- Prometne nezgode in nesreče pri delu predstavljajo eno izmed večjih javnozdravstvenih vprašanj v Španiji.
- AIDS in HIV sta pomembni zdravstvenimi vprašanji v Španiji.
- Odvisnost od drog (predvsem od kokaina) je pomembno javnozdravstveno in socialno vprašanje.
- Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je bilo leta 2007 v Španiji 27 % rednih kadilcev (podatkovna baza European Health for All, januar 2009).
- Uživanje alkohola in z alkoholom povezani vzroki smrti se v Španiji zmanjšujejo od 80. let 20. stoletja.
- Delež španskega prebivalstva, ki ima težave s čezmerno težo in debelostjo, se povečuje (Državni statistični urad, 2008).
- Opažene so bile izrazite neenakosti v zdravju (SESPAS, 2000; Ministrstvo za zdravje in potrošniške zadeve, 2003). Kljub nadpovprečni življenjski dobi žensk je njihova samoocena zdravstvenega stanja slabša.
- Po podatkih Ministrstva za zdravje Kraljevine Španije še vedno obstajajo neenakosti med socialnimi sloji na področju samoocene zdravstvenega stanja.

2. Temelji ranljivosti – zdravstvena vzgoja in finančni položaj nižje izobraženih delavcev

Španski državni akcijski načrt za socialno vključenost Kraljevine Španije (2008–2010) ranljivost povezuje z naslednjimi dejavniki:

- zaposlitev – velja za glavni vir dohodkov in preživetja;
- ekonomska revščina – odstotek odraslih, ki jim grozi revščina, se razlikuje glede na okoliščine njihove ekonomske dejavnosti;
- spolni in starostni vidik – revščina bolj ogroža ženske (21,2 %) kot moške (18,5 %);
- sestava gospodinjstev – oseba oziroma skupina oseb, ki živijo skupaj;
- družinska solidarnostna pomoč – družina je pomembna pri pojasnjevanju posameznih socialnih in delovnih položajev;
- dostop do novih tehnologij je dandanes bistven za gospodarski in družbeni razvoj;
- stopnja izobrazbe in zdravja.

Izobraževanje je osnovna dejavnost, ki vpliva na življenja moških in žensk, pa tudi na dostop do trga dela, napredovanje, prihodnji dohodek in sodelovanje v gospodarskem in socialnem življenju. Predstavljamo podatke in razpredelnice, ki nam pomagajo razumeti razmere v Španiji:

Razpr. 1. Prebivalstvo pod pragom tveganja revščine glede na stopnjo izobrazbe (%)

Stopnja izobrazbe	2004	2005	2006
Primarna izobrazba ali manj	32,2	28,3	29,9
Nižja sekundarna izobrazba	21,1	20,2	20,7
Višja sekundarna izobrazba	15,6	13,3	12,4
Terciarna izobrazba	7,9	7,4	7,2

Vir: Raziskava o življenjskih razmerah, Državni statistični urad

Glede na delež ljudi, ki so vključeni v terciarno izobraževanje, se neto deleži z višjo starostjo načeloma zmanjšujejo. Delež ljudi, starih od 25 do 64 let, ki so bili v Španiji vključeni v izobraževanje in usposabljanje, je znašal 10,4 % (9,4 % moških in 11,5 % žensk).

Glede na vse te podatke smo v projektu LEECH, ki poteka v okviru programa Grundtvig, analizirali vzorec 458 španskih delavcev in na tej podlagi dobili nove podatke o ekonomskem položaju, zdravstvenem stanju in stopnji izobrazbe španskih delavcev:

- Skupno 55,7 % nižje izobraženih delavcev (NID), ki so sodelovali v anketi, je povedalo, da živi skromno, medtem ko je v skupini višje izobraženih tako odgovorilo 34,6 % ljudi.
- Z naraščanjem stopnje izobrazbe delež kroničnih bolezni in poškodb, ki zahtevajo redne zdravniške kontrole, pada. Poškodbo ali bolezen je imelo 36 % oseb z nižjo stopnjo izobrazbe, medtem ko pri višje izobraženih ta delež pade na 24,3 %.
- Podobno, a ne enako, velja tudi za vprašanje v zvezi s poškodbami ali boleznimi, ki so jih utrpeli v zadnjem letu. Nižje izobraženi delavci so utrpeli 9,4 % poškodb ali bolezni, pri višje izobraženih pa je ta delež znašal le 4,2 %.
- Pri analizi treh spremenljivk ni bilo statistično pomembnejših razlik glede na spol.

Zaključki in predlogi

Razlogi za ranljivost v Španiji vključujejo stanje na področju zaposlovanja, revščino, spol, starost, družinsko strukturo in podporo, dostop do novih tehnologij, stopnjo izobrazbe in zdravje.

Vzorec 458 delavcev je potrdil naslednje:

- Stopnja izobrazbe je neposredno povezana z ekonomskim položajem.
- Nižje izobraženi delavci pogosteje trpijo za boleznimi in imajo pogosteje nezgode.
- Obstaja jasna povezava med stopnjo izobrazbe in tveganjem za revščino.
- Odkrite niso bili nobene jasne statistične razlike med spoloma.

3. Znanje s področja zdravja in zdravstvena pismenost pri skrbi za zdravje – subjektivni in objektivni vidiki

3. 1. Samoocena skrbi za lastno zdravje

Nižje izobraženi delavci so ocenjevali svoje zdravje zelo podobno kot tisti z višjo stopnjo izobrazbe. Skupno 63,4 % višje izobraženih delavcev je menilo, da so zdravi, v primerjavi s 60 % nižje izobraženih delavcev.

Tako 71,4 % nižje kot tudi 78 % višje izobraženih delavcev je zatrdilo, da bi radi izvedeli več o zdravju. Samo 17,4 % NID je menilo, da vedo dovolj o zdravju. Pri tej spremenljivki je prihajalo do občutnih razlik med spoloma: medtem ko je 80,2 % žensk izjavilo, da bi rade izvedele več o tem, kako bolje skrbeti za svoje zdravje, je enako stopnjo zanimanja pokazalo le 68,5 % moških.

3. 2. Zdravstvena pismenost NID

NID so pokazali veliko zanimanja za izboljšanje svojega znanja. Takšne ali drugačne oblike izobraževanja se udeležuje 30 % v primerjavi s 24 % oseb z višjo stopnjo izobrazbe.

31 % ljudi z nižjo izobrazbo verjame, da vedo več, kot to odraža njihova dosežena stopnja izobrazbe.

Pri navadah, osnovnih bralnih in računalniških veščinah ter znanju tujega jezika so bili rezultati pozitivni, čeprav so bile med obema skupinama velike razlike. Razlika se kaže pri deležu delavcev, ki govorijo drugi jezik (95 % visoko izobraženih delavcev in 36,8 % NID) in pri bralnih navadah (79 % visoko izobraženih delavcev in 47,2 % NID). Vsi pa znajo dobro oziroma zelo dobro uporabljati računalnik in internet.

Na področju zdravja so vsi, ki so sodelovali v anketi, povedali, da to temo dobro poznajo.

Zdi se, da je zdravje tema, o kateri ljudje radi govorijo ali razpravljajo. Večina anketirancev razmišlja o zdravju oziroma posluša informacije o tem, kaj je dobro za njihovo zdravje. Nasprotno pa je treba omeniti, da 31 % NID dnevno ne razmišlja oziroma ni pozorna na svoje zdravje.

V zvezi s stopnjo znanja o zdravju, ki jo imata obe izobražbeni skupini, smo ugotovili pomembne statistične razlike pri vseh preučevanih vidikih. Višje izobraženi delavci so zbrali veliko število točk pri vseh zastavljenih vprašanjih – pravilno so odgovorili na več kot 70 % vprašanj, medtem ko je le 22,89 % NID uspelo pravilno odgovoriti na nekatera vprašanja, kot je na primer tisto, povezano s pomenom izraza “prosti radikali”.

Področja, kjer so NID dosegli večji delež pravih odgovorov, so bila naslednja:

- 78,6 % jih ve, kaj je “pasivno kajenje”;
- 73,2 % jih ve, kaj pomeni “preventiva bolezni”;
- 70 % jih ve, da je zmerna telovadba koristna za zdravje.

Po drugi strani so NID imeli resne težave pri razumevanju pomena naslednjih izrazov:

- prosti radikali – samo 22,89 % jih je vedelo, da škodujejo zdravju. V tem primeru je pravih odgovor poznalo tudi le 35 % višje izobraženih delavcev;
- holesterol (58,3 %) in
- prehranska piramida (53,73 %).

Zaključki in predlogi

Prvi vidik, ki bi ga radi omenili, je dobro sodelovanje NID v izobraževalnih dejavnostih. To naj bi bila posledica odziva nekvalificiranih delavcev, ki jih skrbi slabo stanje španskega gospodarstva, in prizadevanj podjetij za izobraževanje svojih zaposlenih, predvsem tistih z nižjo stopnjo izobrazbe.

Delavci imajo načeloma dobro mnenje o zdravju, pri čemer se niso pojavile nobene razlike glede na spol ali stopnjo izobrazbe.

Zdravje je tema, ki ljudi skrbi in o kateri bi radi vedeli več. V tem pogledu je pomembno spremeniti miselnost 31 % NID, ki po rezultatih ankete ne skrbi za svoje zdravje.

V anketiranem vzorcu so NID pokazali dovolj zanimanja za izobraževalne procese (71,4 % jih želi vedeti več o svojem zdravju), primerno stopnjo zanimanja za branje ter dobro poznavanje interneta in računalnikov, kar bi se v prihodnje lahko izkazalo za zelo koristno pri organiziranju izobraževalnih dejavnosti, povezanih z zdravjem.

Glede na stopnjo izobrazbe anketirancev smo ugotovili velike razlike v poznavanju pomena glavnih pojmov, povezanih z zdravjem.

4. Z zdravjem povezano vedenje nižje izobraženih delavcev

Ministrstvo za zdravje in potrošniške zadeve Kraljevine Španije pripravlja letna poročila o vedenjskih vzorcih delavcev, povezanih z zdravjem, ki podajajo relevantne podatke, razčlenjene po posameznih kategorijah. Na tem mestu obravnavamo indeks telesne mase in shujševalne diete, telesno dejavnost, kajenje tobaka in uživanje alkohola.

Indeks telesne mase in shujševalne diete: to večinoma bolj zadeva nekvalificirane (16,9 %) kot kvalificirane delavce (10 %). Delež ljudi na shujševalni dieti pa je razviden iz razpredelnice:

Razpr. 2. Odstotek delavcev na shujševalni dieti

Kvalifikacija	DA	NE	BREZ ODGOVORA
Nekvalificirani delavci	9,6	89,3	1,1
Kvalificirani delavci	12,5	86,2	1,3

Vir: Državni statistični urad, 2009

Telesna dejavnost: 51,9 % nekvalificiranih delavcev se v prostem času ukvarja s telesno dejavnostjo. Pri kvalificiranih delavcih ta delež naraste na 66 %. Vzroki za neaktivnost so prikazani v razpredelnici:

Razpr. 3. Vzroki za telesno neaktivnost

Kvalifikacije	Zdravstvene težave	Drugi interesi	Pomanjkanje časa	Pomanjkanje volje	Drugo
Nekvalificirani delavci	19,6	10,9	36	22	8,7
Kvalificirani delavci	10,8	9,2	48,2	25	5,6

Vir: Državni statistični urad, 2009

Kajenje: 50 % prebivalcev v Španiji pravi, da niso nikoli kadili, 20,5 % jih trdi, da so nekdanji kadilci, 26,4 % prebivalcev (starih 16 let in več) pa naj bi kadilo vsak dan. Glede na spol kadi 31,6 % moških in 21,5 % žensk. Razpredelnica prikazuje kadilske navade bolje izobraženih kot tudi manj kvalificiranih delavcev:

Razpr. 4. Pogostost kajenja tobaka

Kvalifikacija	Dnevno	Občasno	Prenehal/a	Nikoli kadil/a
Nekvalificirani delavci	36	3,5	27,2	32
Kvalificirani delavci	27,2	3,1	23,1	46,4

Vir: Državni statistični urad, 2009

Uživanje alkohola: 26 % španskih prebivalcev (starih 16 let in več) trdi, da nikoli ne pije, 5,8 % jih pravi, da so prenehali piti, medtem ko 19,8 % ljudi pije občasno, 48,4 % pa alkoholne pijače uživa redno. Skupno 7 % moških in 3 % žensk uživa alkohol v količinah, ki so nevarne za zdravje.

Po drugi strani je vzorec ljudi, anketiranih v projektu LEECH, pokazal, da 59 % NID poskuša zmanjšati uživanje maščob, 59 % jih dnevno telovadi oziroma se ukvarja s športom, 75 % pa uživa manjše količine alkohola oziroma ga ne uživa. Opažena je bila velika razlika v telesni dejavnosti, pri čemer je 75 % ljudi v višje izobraženi skupini trdilo, da poskušajo zmanjšati uživanje maščob, v nasprotju z manj izobraženo skupino, kjer je ta delež znašal 59 %.

Zaključki in priporočila

Ko govorimo o vedenjskih vzorcih NID, moramo upoštevati nekatere pomembne teme, kot so kajenje, debelost, alkohol, uživanje drog in telesna dejavnost.

Izkazalo se je, da so tovrstni nezdravi vedenjski vzorci pogostejši pri najmanj kvalificiranih delavcih, zlasti debelost in uživanje alkohola.

5. Specifičnost stališč NID glede vedenjskih vzorcev, povezanih z zdravjem

31,9 % NID, ki so sodelovali v anketi, je pokazalo le malo vztrajnosti pri dejavnostih, ki izboljšujejo zdravje. Skupini sta imeli naslednje preference glede ponujenih možnosti:

Razpr. 5. Delež ljudi, ki se ukvarjajo z zdravimi dejavnostmi

Višje izobražena skupina	%	Nižje izobražena skupina	%
1. Način dela, ki manj škoduje zdravju	80	1. Način dela, ki manj škoduje zdravju	79
2. Pitje majhnih količin alkohola	73	2. Pitje majhnih količin alkohola	75
3. Zmanjšanje uživanja maščob	75	3. Telovadba/vzdrževanje dobre telesne pripravljenosti	59
4. Zmanjšanje uživanja sladkorja	61	4. Zmanjšanje uživanja maščob	59
5. Telovadba/vzdrževanje dobre telesne pripravljenosti	58	5. Zmanjšanje uživanja sladkorja	53
6. Zdravniški pregledi	47	6. Zdravniški pregledi	48

Pri uživanju maščob je prišlo do pomembne statistične razlike glede na stopnjo izobrazbe, pri čemer je samo 59 % NID izjavilo, da so poskušali zmanjšati njihovo uživanje.

Obe skupini sta povedali, da bi razmeroma zlahka izvajali te dejavnosti, še zlasti naslednje:

- delali na način, ki manj škoduje zdravju (82 %).
- opravljali zdravniške preglede (78 %).
- zmanjšali uživanje alkohola (76 %).

Po drugi strani velja zmanjševanje uživanja maščob za najtežjo nalogo.

Delež nižje izobraženih delavcev, ki se jim je zdelo, da jih sorodniki podpirajo pri izvajanju ukrepov za zdravo življenje, je bil za 12 odstotnih točk višji od ljudi z višjo stopnjo izobrazbe.

Zaključki in priporočila

Ukrepi, ki se NID zdijo najlažje izvedljivi, so: “delati na način, ki manj škoduje zdravju” (82 %), “zdravniški pregledi” (78 %), “pitje majhnih količin alkohola” (76 %) in “telesna dejavnost” (73,4 %).

Kljub temu ne smemo pozabiti, da je 31,9 % NID, ki so sodelovali v anketi, pokazalo malo vztrajnosti pri ukvarjanju z dejavnostmi za izboljšanje zdravja.

Pomembno je izkoristiti pozitivne odnose med NID in njihovimi družinami na tem področju. Več kot 50 % vseh anketiranih je namreč navedlo, da jih družinski člani razumejo in podpirajo pri izvajanju ukrepov za zdravo življenje.

6. Vedenjski vzorci in stališča NID na področju zdravja pri delu

Glede povezave med delovnimi razmerami in zdravjem nismo opazili statističnih razlik med obema skupinama delavcev. Kljub temu, da je Španija ena izmed evropskih držav z najvišjim deležem nesreč pri delu, samo 21,3 % NID, ki so sodelovali v anketi, meni, da delovne razmere škodujejo njihovemu zdravju. V bolj izobraženi skupini ta delež pade na 19,8 %.

V zvezi s skrbjo za zdravje na delovnem mestu so bile razlike med obema skupinama majhne. Polovica vseh anketiranih NID je odgovorila, da se ne zmeni oziroma skoraj ne zmeni za svoje zdravje na delovnem mestu.

Ko smo delavce vprašali o preprečevanju bolezni, poškodb in nezgod pri delu, so v obeh skupinah pokazali veliko zanimanje za načine preprečevanja bolezni, poškodb in nezgod. Ta tema zelo oziroma precej skrbi 71 % NID.

Po drugi strani pa smo ugotovili, da 16 % NID meni, da je edini vzrok za spoštovanje zakonov izogibanje denarnim kaznim. Ta delež se precej razlikuje od tistega v višje izobraženi skupini, kjer je bilo tega mnenja le 6 % delavcev.

Pri ukrepih na področju zdravja, ki bi jih morala uvesti podjetja, se mnenja med obema skupinama niso razlikovala. Prevladuje želja, da bi podjetja izvajala naslednje ukrepe:

1. ponudila možnost zdravniških pregledov in zdravljenja, ki jih financira delodajalec;
2. skrbela za videz in udobje delovnega mesta;
3. skrbela za zdravje in varnost pri delu na višji ravni, kot to določa zakon.

Zaključki in predlogi

Nižje izobraženi delavci se pomembnosti zdravja pri delu ne zavedajo dovolj, poleg tega se jih polovica ne zmeni oziroma skoraj ne zmeni za svoje zdravje na delovnem mestu. To dejstvo in prepričanje nekaterih, da je edini vzrok za spoštovanje predpisov na področju varnosti in zdravja pri delu izogibanje kaznim, sta lahko dejavnika, ki prispevata k temu, da je Španija ena izmed držav z največjim deležem nesreč pri delu; večina teh se pripeti prav ljudem z nizko stopnjo izobrazbe.

7. Odnos do zdravstvene vzgoje in preference glede njenih oblik

Stališča o različnih orodjih, ki se uporabljajo v zdravstveni vzgoji

Glede na preference anketirancev v zvezi s primernimi oblikami izobraževanja na področju zdravja so vsi največ naklonjenosti pokazali: a) strokovnim srečanjem z individualnim svetovanjem, b) poslušanju radia in gledanju televizije, c) sodelovanju na srečanjih, kjer skupina sodelujočih pod nadzorom strokovnjaka izvaja dejavnost, povezano z zdravjem. Najmanj priljubljena je bila možnost branja knjig o zdravju.

Teme, ki bi morale biti vključene v izobraževalne dejavnosti, vključujejo kajenje, prehrano, šport in telovadbo, alkohol (v večji meri pri NID) in spopadanje s stresom.

Preference v zvezi s predavatelji

V tem pogledu med skupinama ni bilo razlik. "Drugim strokovnjakom s področja zdravja" (psihologom, strokovnjakom za prehrano in psihoterapevtom) bi rade volje prisluhnilo 52 % vprašanih NID. 41 % bi želelo poslušati "zdravnike, medicinske sestre in babice". Po drugi strani se jih zelo malo zanima za alternativno medicino, skoraj nihče pa ne želi poslušati duhovnika.

Dejavniki, ki spodbujajo udeležbo na zdravstvenovzgojnih izobraževanjih

Na splošno med skupinama ni bilo opaziti razlik glede dejavnikov, ki spodbujajo sodelovanje v izobraževalnih dejavnostih. Edina izjema je odgovor "prejetje darila za sodelovanje", ki ga je izbralo 71 % NID, a samo 48 % višje izobraženih delavcev.

Anketirani NID so kot glavne dejavnike, ki bi jih spodbudili k sodelovanju v izobraževalni dejavnosti, navedli naslednje: "brezplačna udeležba" (89 %), "plačilo za udeležbo" (84 %), "možnost pridobitve certifikata o udeležbi" (80 %) in "možnost, da dobijo odgovore na svoja vprašanja" (80 %). Po drugi strani so le malo pozornosti namenili prigrizkom in možnosti pojavitve v medijih.

Dejavniki, ki zmanjšujejo zanimanje za zdravstvenovzgojna izobraževanja

V tem primeru je pri dejavnikih, ki zmanjšujejo zanimanje za sodelovanje v izobraževalni dejavnosti, prihajalo do velikih razlik glede na stopnjo izobrazbe.

51,3 % NID meni, da je zahteva po javnem nastopanju dejavnik, ki bi jih odvrnil od udeležbe na zdravstvenih izobraževanjih. V skupini bolje izobraženih delavcev je ta dejavnik od morebitnega sodelovanja odvrčal 36 % ljudi. Enako velja za težave z razumevanjem predavateljeve razlage. Ta dejavnik je odvrnil 50 % vprašanih NID, medtem ko je enako menilo le 30,2 % vprašanih v drugi skupini.

Obe skupini sta potrdili, da je plačljivost izobraževanja odločilen dejavnik pri odločanju o sodelovanju v izobraževalnih dejavnostih (tako je menilo 64 % vseh anketirancev).

Zaključki in priporočila

Pri odnosih in preferencah v zvezi z izobraževalnimi dejavnostmi nismo opazili pomembnih razlik glede na stopnjo izobrazbe.

Za NID so se za najprimernejša izkazala brezplačna srečanja pod vodstvom strokovnjaka, ki se jih udeleži večje število ljudi in se končajo s podelitvijo certifikata. Najprimernejše teme, ki bi jih na teh srečanjih obravnavali, pa so kajenje, prehrana, šport, telovadba in alkohol.

8. Povzetek

Različne španske raziskave, ki smo jih upoštevali, se jasno nanašajo na povezave med izobrazbo, zdravjem in ekonomskim položajem ljudi (delavcev). Odločilni dejavniki, ki jih je poleg tega treba upoštevati pri socialnem in poklicnem vključevanju ljudi (delavcev) ter njihovem sodelovanju v izobraževalnih programih, so tudi starost, spol, družinska struktura in podpora ter dostop do novih tehnologij.

Po podatkih teh raziskav so glavne težave, s katerimi se je treba spopasti, naslednje: AIDS, droge (predvsem kokain), uživanje alkohola, prometne nesreče, debelost in kajenje. Dejstvo je, da ima večina ljudi, ki se sooča s temi težavami, nižjo stopnjo izobrazbe.

Vzorec 458 delavcev, anketiranih v projektu LEECH, ki poteka v okviru programa Grundtvig, potrjuje izsledke, objavljene v prejšnjih poročilih. 24 % višje izobraženih delavcev je imelo nesrečo oziroma trpi za kroničnimi boleznimi, ki zahtevajo redne zdravniške kontrole. Delež takšnih ljudi med NID naraste na 36 %. Po drugi strani pa je bilo ugotovljeno, da manjši delež nižje izobraženih delavcev razume pojme, povezane z zdravjem.

V zvezi z zdravstveno vzgojo ljudi z nižjo stopnjo izobrazbe bi morali izkoristiti več ugotovljenih pozitivnih vidikov, kot na primer ugotovitev, da 71,4 % delavcev skrbi njihovo zdravje in želi o njem izvedeti več. Opazili smo ustrezno razumevanje in podporo družinskih članov (več kot 50 %), pa tudi sodelavcev. Delavci pravijo, da bi zlahka izvajali predvsem naslednje dejavnosti: se trudili delati na način, ki manj škoduje zdravju, opravljali zdravniške preglede in zmanjšali količino zaužitega alkohola. Poleg tega sta za ljudi z nižjo stopnjo izobrazbe najprivlačnejša šport in telovadba.

Za 31 % delavcev, ki se ne menijo za svoje zdravje, bi bilo treba načrtovati dejavnosti, ki bi izboljšale njihovo osveščenost na področju zdravja. Pri tem je treba upoštevati, da 31,9 % ljudi pri izvajanju dejavnosti ni dovolj vztrajnih, da jih ima veliko težave z zmanjševanjem uživanja maščob in da se jih 50 % med opravljanjem dela sploh ne meni za svoje zdravje.

Nenazadnje pa bi morala z zdravjem povezana izobraževanja, namenjena nižje izobraženim delavcem, upoštevati naslednje:

- usmerjena bi morala biti k praktičnim individualnim srečanjem, na katerih strokovnjak (psiholog, strokovnjak za prehrano, psihoterapevt, zdravnik, medicinska sestra itd.) udeležencem na razumljiv način svetuje, kako se spopasti z določenimi težavami;
- glavne obravnavane teme bi morale vključevati kajenje, prehrano, šport in telovadbo, alkohol in spopadanje s stresom;
- za pomoč pri posredovanju znanja bi morala uporabljati internet in televizijo;
- morala bi biti brezplačne, za udeležbo pa bi morali udeleženci dobiti plačilo in certifikat;
- od udeležencev ne bi smela zahtevati, da nastopajo pred drugimi.

Viri in literatura

1. Državni statistični urad [v španščini]. 2006, 2007, 2008, 2009. Dostopno na: <http://www.ine.es>.
2. Durán A, Lara JL, Van Waveren M. Spain: Health system review. Health Systems in Transition 2006;8(4). Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96386/E89491.pdf.
3. Ministrstvo za izobraževanje, socialno politiko in šport. National Action Plan on Social Inclusion of the Kingdom of Spain 2008-2010: Diagnosis of poverty and social exclusion in Spain. Madrid; 2008. Dostopno na: <http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-3-nap-inclusion-2008-2010-annex-iii-contributions-esf.pdf?documentId=0901e72b8003c916>.
4. Ministrstvo za zdravje in socialno politiko. Spanish National Health System 2007 Annual Report. Monitoring the health conditions of the population. Madrid; 2009. Dostopno na: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidad-SNS/pdf/equidad/informeAnual2007/monitoring.pdf>.
5. Svetovna zdravstvena organizacija. CSDH: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ženeva; 2008.

10. POGLAVJE

Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – latvijski primer

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

1. Uvod

Latvijska družba je v zadnjih 20 letih doživela številne spremembe na področju gospodarstva, izobraževanja in kulture, ki so jih žal spremljale številne težave na področju izobraževanja in zdravja. Hitra rast, ki jo je prekinila gospodarska kriza v letih 2008 in 2009, ni ustvarila dovolj sredstev za zdravje in izobraževanje in tako je država tema dvema področjema namenila najmanjši delež BDP v EU. Poleg tega je zdravstveni in izobraževalni sistem v državi nenehno v postopku reform, ki jim kar ni videti konca. To je pripeljalo do nekaterih precej neugodnih statističnih podatkov: Latvija je na primer med vodilnimi državami po številu umrlih zaradi ishemične bolezni srca s 1214 smrtnimi žrtvami na 100 000 prebivalcev (med ženskami v starosti od 65 do 84 let; Eurostat, 2006) in ima eno najvišjih stopenj samomorilnosti v EU (Eurostat, 2006). Ti podatki niso presenetljivi, če odnos do zdravega življenja na primer najbolje ponazorimo z rezultati ankete, po kateri 49 % Latvijcev pravi, da se nikoli ne ukvarja s športom (Športne navade latvijskih državljanov; SKDS, 2007).

Tako stanje seveda zahteva sprejetje ukrepov za zdravstveno vzgojo vse družbe, vključno z zaposlenimi. V okoliščinah z omejenimi sredstvi je zelo pomembno, da se denar razporeja iz najboljših razpoložljivih virov in na podlagi ustreznega znanja, pri čemer je treba nagovoriti tiste ljudi, ki so izpostavljeni največjim tveganjem, torej slabše izobraženim. Namen te raziskave je bil tako odgovoriti na vprašanje, kako najučinkoviteje vplivati na odločitve nižje izobraženih delavcev na področju zdravja.

2. Splošni podatki

V različnih latvijskih regijah in industrijskih panogah je bilo opravljenih skupaj 426 anket. 212 anket je bilo opravljenih med nižje izobraženimi delavci (NID), 214 pa med kontrolno skupino delavcev z vsaj sekundarno stopnjo izobrazbe ali visoko izobraženih delavcev (VID).

Anketiranje je večinoma potekalo v:

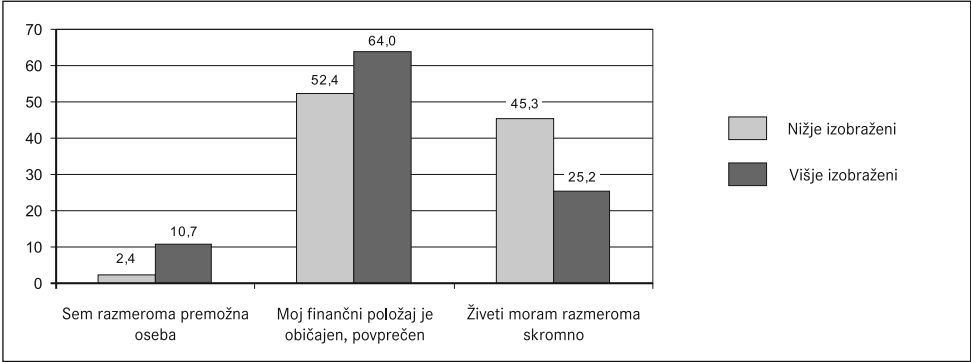
- Centru za medicino dela, kamor prihajajo bolniki s pritožbami glede poklicnih bolezni (večinoma nižje izobraženi delavci), in v ambulantni Kliniki za medicino dela Univerzitetnega kliničnega centra v Rigi (približno 20 % anket);
- podjetjih (običajno z vsaj 20 zaposlenimi) na podlagi prostovoljne privolitve o sodelovanju v anketi.

Anketirali smo oba spola in različne starostne skupine. V skupini 212 NID je bilo 42,9 % žensk in 57,1 % moških, v skupini VID pa 54,7 % žensk in 45,3 % moških. Menimo, da se to ujema s splošnimi ugotovitvami o izobraževalnih trendih v Latviji, in sicer, da ima visoko stopnjo izobrazbe občutno več

žensk kot moških. Anketiranci so bile glede na starost približno enakomerno razdeljeni v tri starostne skupine, in sicer na stare od 25 do 34 let, od 35 do 44 let in od 45 do 54 let.

Anketirali smo delavce z različnim finančnim položajem, pri čemer je večina anketirancev svoj finančni položaj ocenila kot povprečen (52,4 % med NID in 64 % med VID; glej sliko 1).

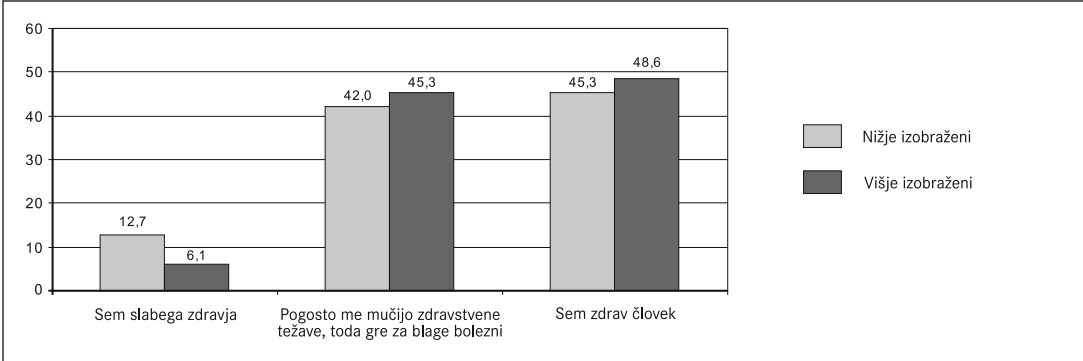
Slika 1. Kako bi opisali svoj finančni položaj?



3. Splošno zdravstveno stanje anketiranih delavcev

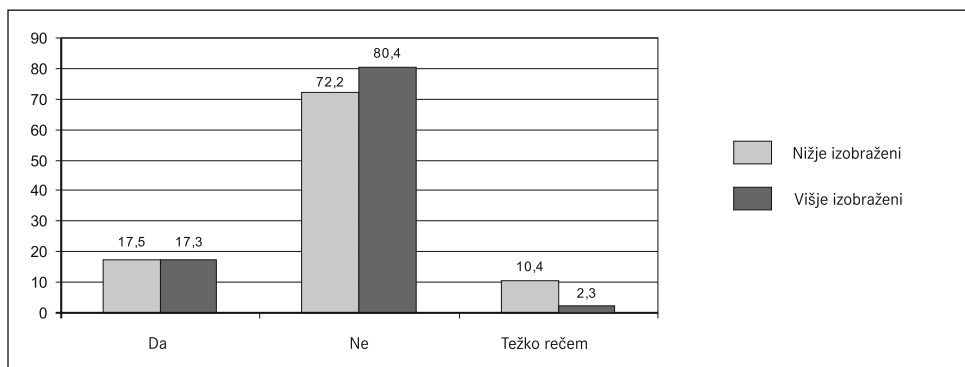
Na splošno je večina anketiranih iz obeh skupin svoje zdravje ocenila kot dobro (45,3 % NID in 48,6 % VID) ali pa so dejali, da pogosto trpijo zaradi manjših zdravstvenih težav (42,0 % NID in 45,3% VID), pri čemer med tema dvema skupinama ni vidnih razlik (glej sliko 2). Ti podatki se ujemajo s tistimi iz ankete, ki je leta 2008 potekala v okviru evropske raziskave zdravja latvijskih državljanov (Centralni statistični urad, 2008) in v kateri je 49,2 % anketirancev svoje zdravstveno stanje ocenilo kot dobro. Raziskava zdravstvenih navad Latvijcev iz leta 2008 pa je pokazala, da le nekaj več kot 20 % anketiranih svoje zdravje ocenjuje kot dobro (Pudule, 2010). Tak rezultat bi lahko pojasnili z dejstvom, da je omenjena anketa potekala po pošti, pri čemer se je nanjo odzvala le polovica naslovnikov.

Slika 2. Kako ocenjujete svoje zdravje?

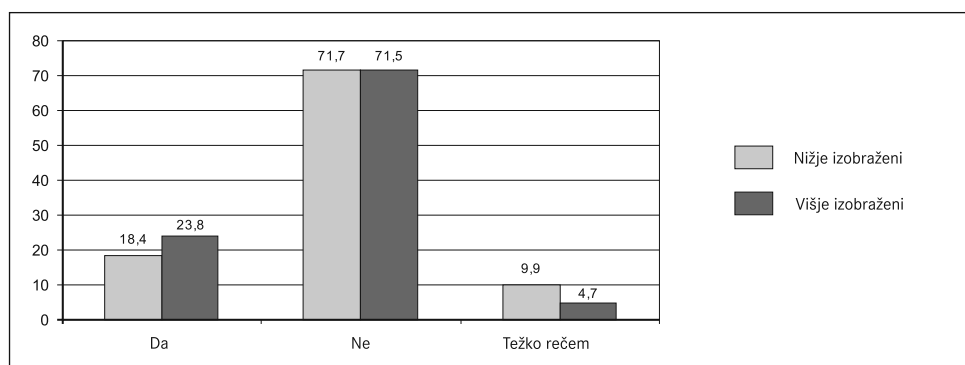


Večina delavcev iz obeh skupin v preteklosti ni imela poškodb ali bolezni, ki bi jih resno omejevale pri vsakdanjih aktivnostih (72,2 % NID in 80,4 % VID), skoraj petina (17,5 % in 17,3 %) pa je s tem že imela izkušnje (glej sliko 3). Podobno situacijo je opaziti tudi pri kroničnih boleznih, ki zahtevajo redne zdravniške kontrole: 18,4 % NID in 23,8 % VID je na to vprašanje odgovorilo pritrdilno (glej sliko 4). Na splošno lahko torej sklepamo, da je do 40 % anketiranih že imelo pomembne izkušnje z medicinskimi storitvami in bi zato morali vedeti več o svojem zdravstvenem stanju. Ti podatki se le malo razlikujejo od podatkov iz Raziskave zdravja latvijskih državljanov (Centralni statistični urad, 2008), pri kateri je 40,4 % anketirancev odgovorilo, da trpijo za resno in kronično boleznijo.

Slika 3. Ste kdaj utrpeli poškodbo ali bolezen, ki bi vas občutno omejevala?



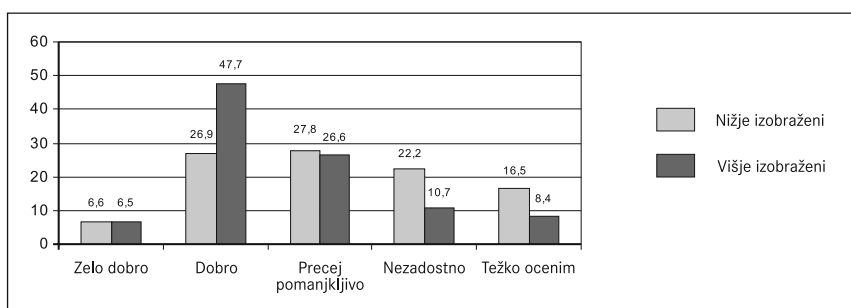
Slika 4. Ali trpite za kronično boleznijo, zaradi katere morate ostajati v rednem stiku z zdravstvenimi storitvami, opravljati redne preglede ali testiranja, se držati določenega režima ali jemati zdravila?



4. Splošno znanje s področja zdravja in odnos do zdravstvenih vprašanj

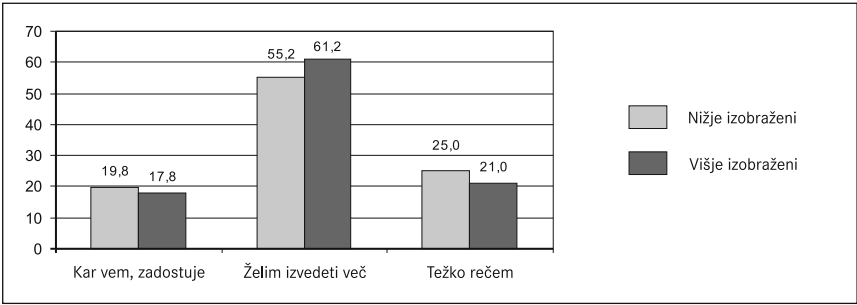
Več kot polovica višje izobraženih delavcev meni, da je njihovo znanje glede zdravja zelo dobro ali dobro (54,7 %), medtem ko tako meni le 33,5 % nižje izobraženih delavcev (glej sliko 5). Na vprašanje, ali želijo izvedeti več o svojem zdravju, je nekaj manj kot 20 % anketirancev odgovorilo, da jim njihovo znanje zadostuje (19,8 % NID in 17,8 % VID), toda večina bi si želela izvedeti več (55,2 % NID in 61,2 % VID; glej sliko 6).

Slika 5. Kako ocenjujete svoje znanje s področja zdravja?

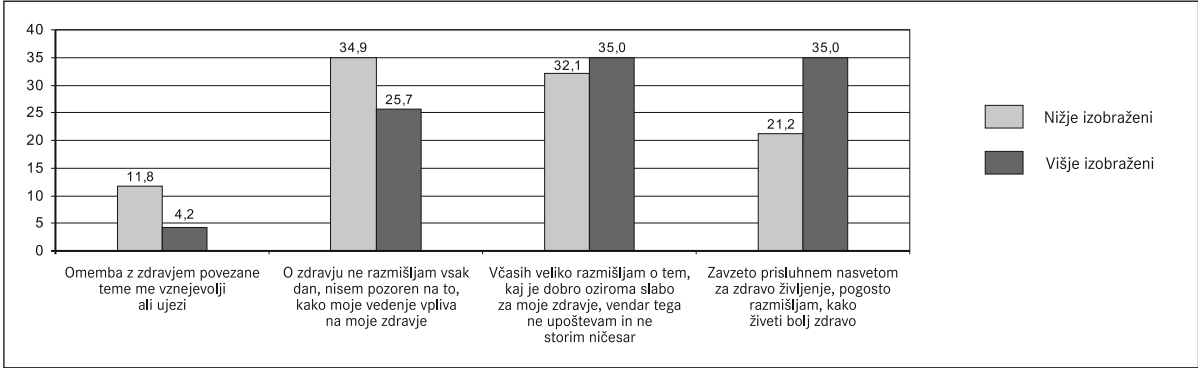


Analiza osebnostnih tipov anketirancev in njihovega splošnega odnosa do zdravja je pokazala, da le 21,2 % NID rado prisluhne nasvetom, kaj koristi njihovemu zdravju, in na splošno razmišlja o tem, kako živeti zdravo, medtem ko je bilo takih odgovorov v skupini višje izobraženih delavcev 35,0 % (glej sliko 7). Tistih, ki jih z zdravjem povezana tematika spravlja ob živce in ne razmišljajo o svojem zdravju vsak dan, je več v skupini nižje izobraženih (46,7 %) kot v skupini višje izobraženih delavcev (29,9 %; glej sliko 7).

Slika 6. Ali želite izvedeti več o tem, kako skrbeti za svoje zdravje?

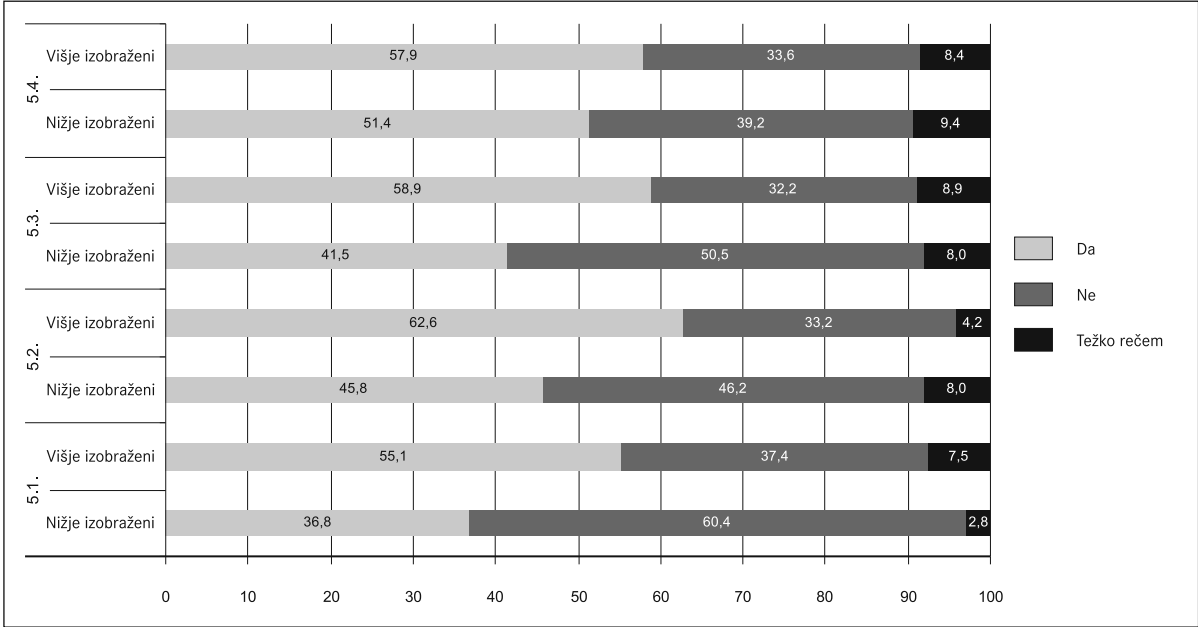


Slika 7. Ali kdaj razmišljate, kako vaše vedenje vpliva na vaše zdravje (če da, kako pogosto)?



Enak trend lahko opazimo, če skupine analiziramo glede na njihove navade pri pridobivanju novega znanja in informacij. Pri spraševanju anketirancev, ali se učijo tujih jezikov, berejo dnevne časopise in razvijajo druge spretnosti, se je pri vsakem vprašanju izkazalo, da je več pritrilnih odgovorov v skupini višje izobraženih delavcev (na vprašanje “Ali berete dnevne časopise, revije?” je na primer pritrilno odgovorilo 62,4 % VID v primerjavi s 45,8 % NID; glej sliko 8).

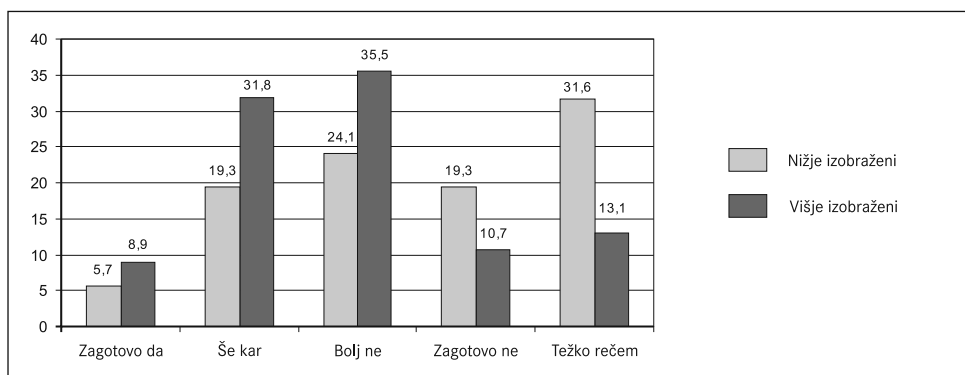
Slika 8. Ali ...?*



* 5.1. ... se učite tujih jezikov, 5.2. ... berete dnevne časopise, revije, 5.3. ... se učite dela z računalnikom, internetom, 5.4. ... izboljšujete svoje znanje v zvezi s poklicem ali hobiji, tako da se udeležujete seminarjev/tečajev, berete strokovne revije, uporabljate internet

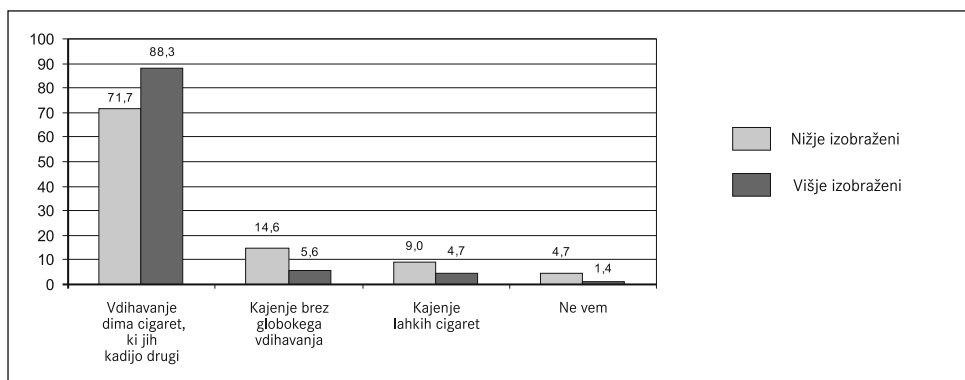
Pri analizi sposobnosti delavcev za izvajanje dejavnosti na področju izboljšanja zdravja smo v obeh skupinah opazili, da je več tistih, ki menijo, da so razmeroma slabo vztrajni pri svojih prizadevanjih za boljše zdravje ali sploh niso (46,2 % VID in 43,4 % NID), čeprav je bilo takih, ki so odgovorili z “zagotovo da” in “še kar”, več v skupini višje izobraženih (40,7 % v primerjavi s 25,0 % NID; glej sliko 9).

Slika 9. Ali ste vztrajni, kadar se lotite nečesa, kar koristi vašemu zdravju, telesni pripravljenosti ali obliki telesa (npr. dieta, telovadba)?



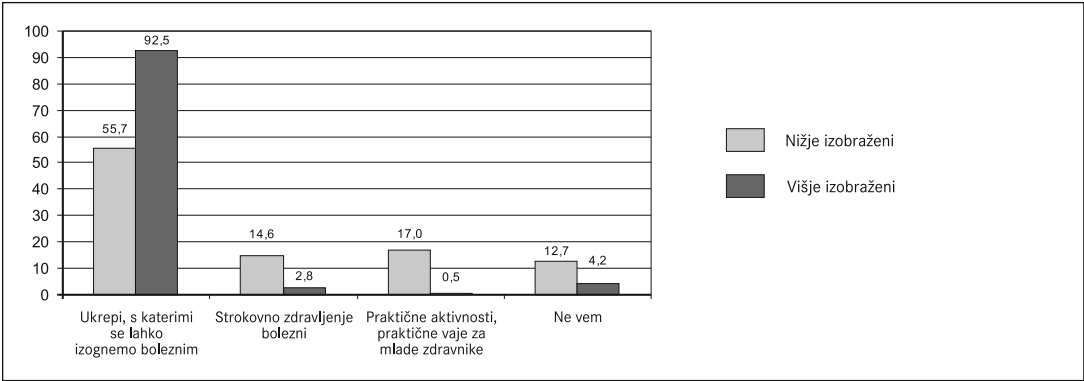
Pri analizi vprašanj glede resnične stopnje poznavanja različnih tematik, povezanih z zdravim življenjskim slogom, smo opazili, da se stopnja znanja spreminja glede na tematiko. Precej visoka je bila pri razmeroma preprostih vprašanjih, kot so tista, ki se nanašajo na pasivno kajenje in preventivo. Na vprašanje, kaj pomeni pasivno kajenje, je pravilno odgovorilo 70 % anketirancev z opazno večjim deležem pravilnih odgovorov med višje izobraženimi delavci (71,7 % NID in 88,3 % VID; glej sliko 10). Toda pri tem vprašanju bi človek pričakoval 90 % pravilnih odgovorov. Podobno je z odgovori na vprašanje glede preventive bolezni, s to izjemo, da je razkorak med nižje in višje izobraženimi še večji – pravilno je odgovorilo 92,5 % VID in le 55,7 % nižje izobraženih delavcev (glej sliko 11). Rezultati so podobni tudi pri vprašanju, kaj pomeni zdrav življenjski slog, saj je tudi tu razkorak med višje in nižje izobraženimi podoben: 93,5 % in 75,0 % (glej sliko 12).

Slika 10. Kaj pomeni izraz pasivno kajenje?

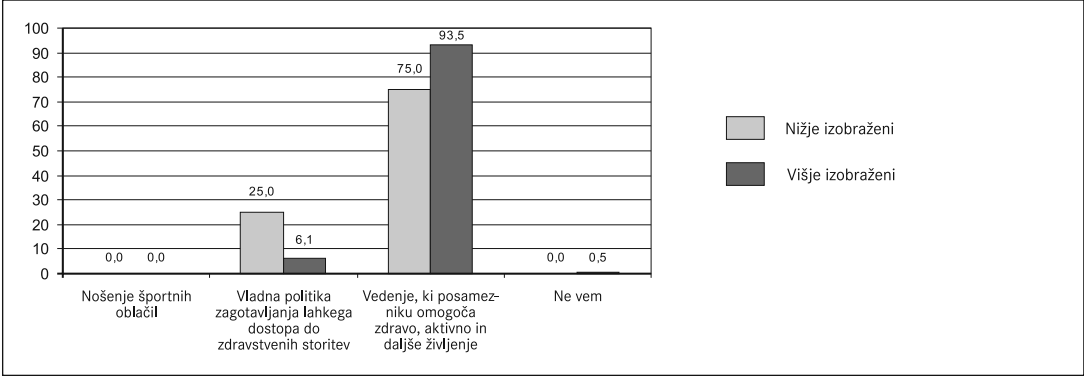


Rezultati so podobni tudi pri vprašanjih glede prehranske piramide, indeksa telesne mase in holesterola, s to razliko, da se pri teh vprašanjih pojavlja precej velik odstotek tistih, ki so izbrali odgovor “ne vem” – pri vprašanju glede prehranske piramide je ta odgovor izbralo 32,5 % nižje izobraženih in 12,6 % višje izobraženih (glej sliko 13). Stanje je skoraj enako pri vprašanju, kaj moramo storiti, če želimo določiti svoj indeks telesne mase: 34,9 % nižje izobraženih in 14,5 % višje izobraženih delavcev je dejalo, da odgovora ne poznajo (glej sliko 14). Podobne težave so delavci imeli tudi pri odgovarjanju na vprašanje, kaj pomeni holesterol, pri čemer je bil v tem primeru delež odgovorov “ne vem” med višje izobraženimi nekoliko nižji (8,9 %; glej sliko 15).

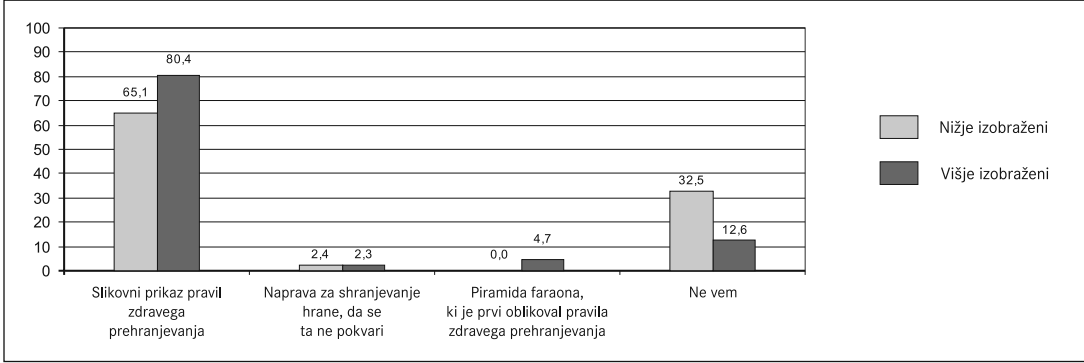
Slika 11. Kaj pomeni izraz preventiva bolezni?



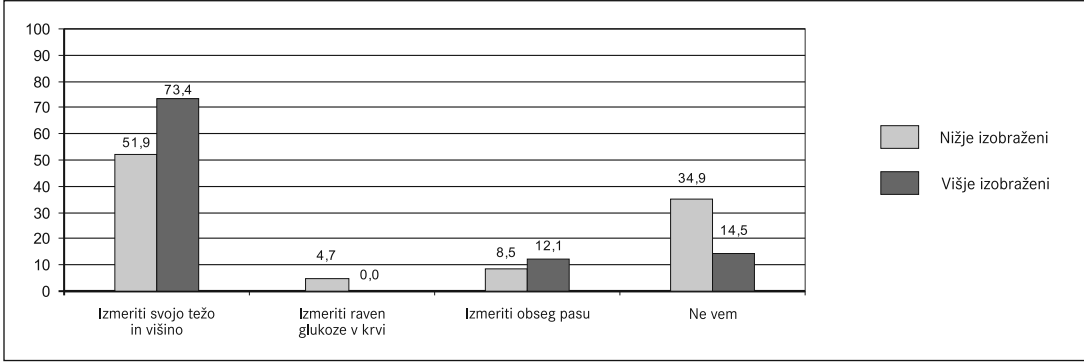
Slika 12. Kaj pomeni izraz zdrav življenjski slog?



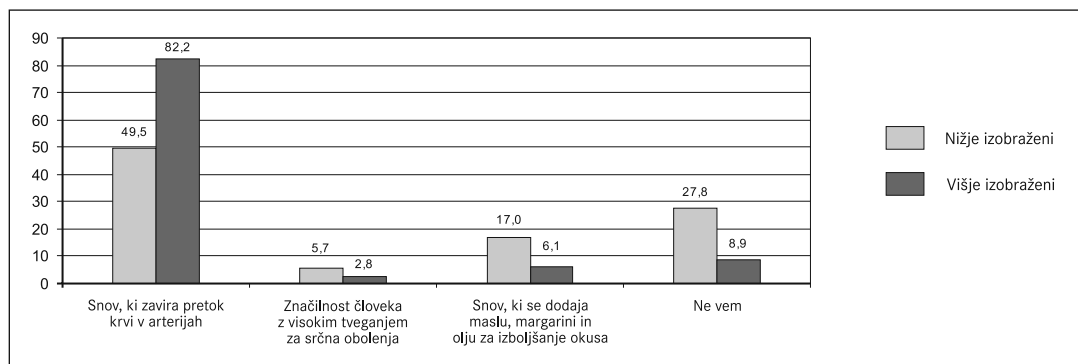
Slika 13. Kaj pomeni izraz prehranska piramida?



Slika 14. Kaj moramo storiti, če želimo določiti svoj indeks telesne mase?

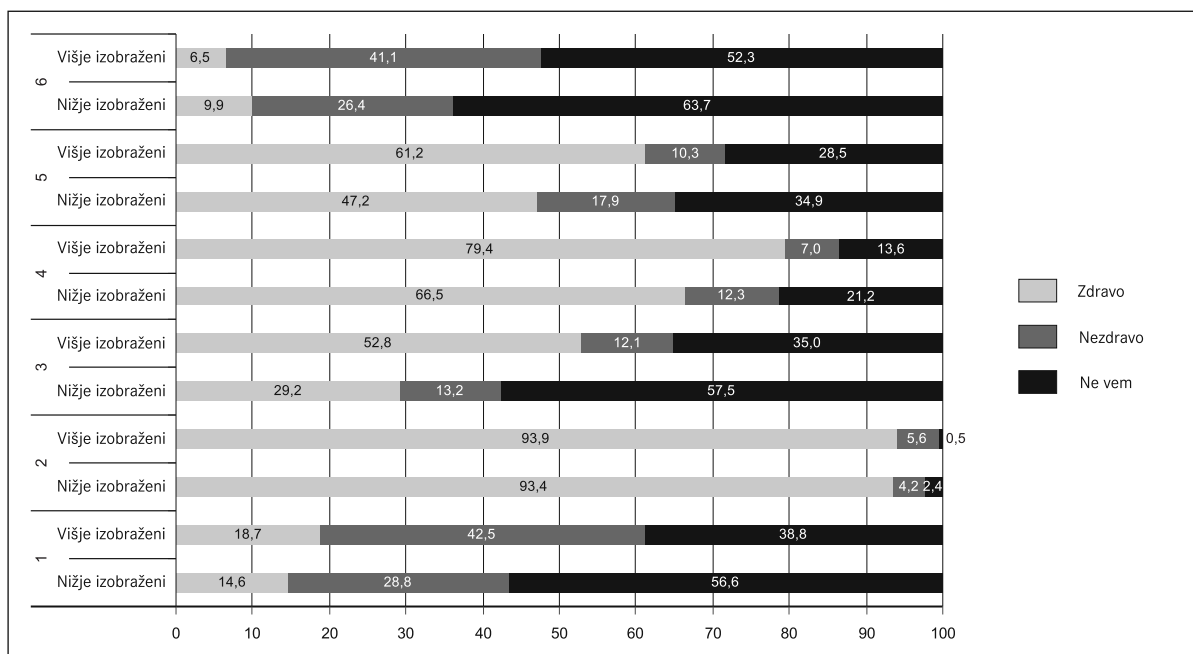


Slika 15. Kaj je holesterol?



Na vprašanja o pojmi, ki so zdravju koristni oziroma škodljivi, so anketiranci precej uspešno odgovarjali na razmeroma dobro poznana dejstva, kot so pozitivni učinki zmerne telesne vadbe in vlaknin v prehrani (več kot 93 % delavcev obeh skupin je odgovorilo, da vadba koristi zdravju, kot zdravju koristne pa je vlaknine ocenilo 66,5 % NID in 79,4 % VID; glej sliko 16). Toda precej težje je bilo odgovoriti na vprašanja glede holesterola LDL, nenasičenih maščobnih kislin, antioksidantov in prostih radikalov. Tukaj nekateri odgovori kažejo, da je znanje o teh snoveh nezadostno. Le 47,2 % nižje izobraženih in 61,2 % višje izobraženih delavcev denimo meni, da so antioksidanti zdravi (glej sliko 16). Poleg tega je pri vprašanjih o učinkih holesterola LDL in prostih radikalov na zdravje veliko anketirancev priznalo, da odgovora ne poznajo (56,6 % NID in 38,8 % VID je na primer odgovorilo, da ne vedo, ali je holesterol LDL zdrav, 63,7 % NID in 52,3 % VID pa ni vedelo, kako na zdravje učinkujejo prosti radikali; glej sliko 16).

Slika 16. Kaj menite, da zdravju koristi ali škoduje?*

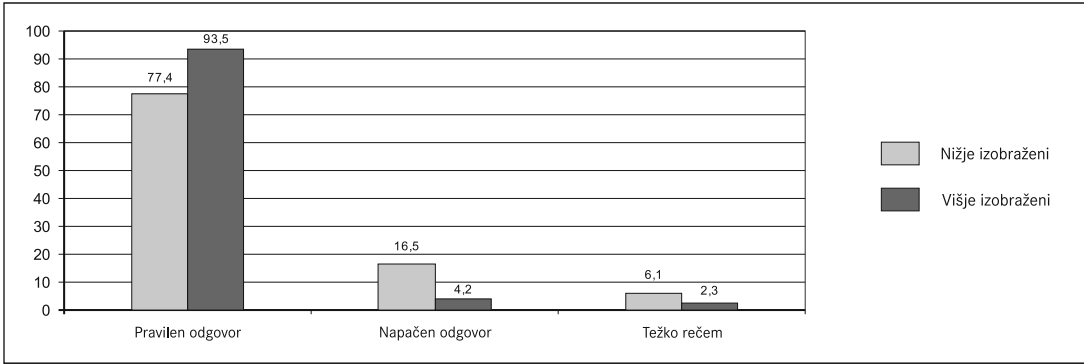


* 1. holesterol LDL, 2. zmerne telesne vadbe, 3. (poli)nenasičene maščobne kisline, 4. vlaknine, 5. antioksidanti, 6. prosti radikali

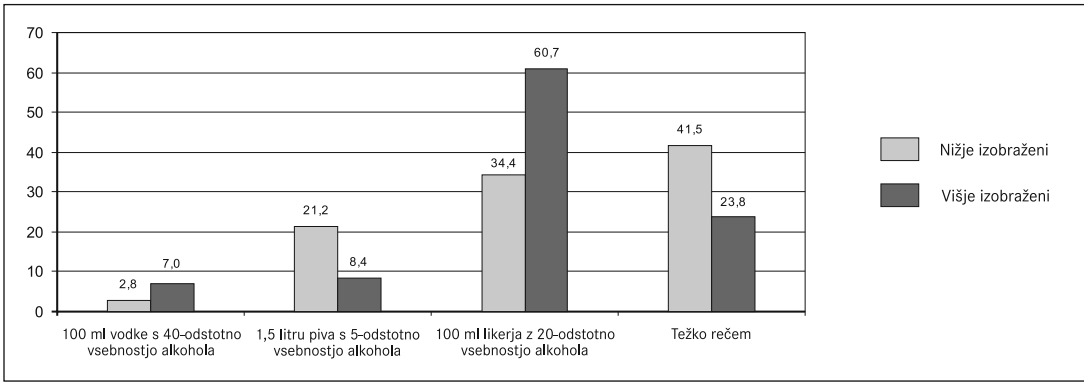
Pri analizi sposobnosti delavcev, da pravilno izračunajo število tablet ali količino alkohola, je stanje podobno kot pri omenjenih vprašanjih: okrog 75 % (77,4 %) nižje izobraženih delavcev lahko izračuna pravilno število tablet. Pri tem vprašanju so se bolje odrezali višje izobraženi delavci, in sicer jih je pravilno odgovorilo 93,5 % (glej sliko 17). Vprašanje glede pravilne količine alkohola je anketirancem povzročalo še večje težave, saj je pravilno odgovorilo le 34,4 % NID in 60,7 % VID. V tem primeru je precejšnje število

nižje izobraženih delavcev izbralo odgovor “težko rečem” (41,5 %) (glej tabelo 18) ali odgovorilo napačno (24 %). Med višje izobraženimi delavci jih je napačen odgovor izbralo 15,4 %, 23,8 % pa se jih ni moglo odločiti za pravilen odgovor (glej tabelo 18).

Slika 17. Koliko tablet bi morali vzeti?



Slika 18. 200 ml pijače z 10-odstotno vsebnostjo alkohola je enakovredno ...?



5. Odnos latvijskih delavcev do zdravstvene vzgoje in preference glede njenih oblik

Poznamo številne različne načine pridobivanja spretnosti in znanj na področju zdravja, čeprav seveda obstajajo različna mnenja glede tega, kateri način je najprimernejši. Zato smo se v pričujoči raziskavi te problematike lotili tako, da smo nižje in višje izobražene delavce povprašali o najbolj tipičnih in priljubljenih načinih tovrstnega izobraževanja. Analiza podatkov je pokazala (glej sliko 19), da nižje izobraženi delavci med najbolj priljubljene načine pridobivanja znanja o zdravju umeščajo:

- sodelovanje v tekmovanju, nagradni igri ali natečaju, ki spodbuja k zdravemu življenju in kjer lahko kaj zadenejo ali dobijo (ta odgovor je izbralo 75 % delavcev);
- udeleževanje družabnih dogodkov, ki spodbujajo zdrav življenjski slog in nudijo priložnost, da se zabavajo in obenem storijo kaj dobrega za svoje zdravje (71,7 %);
- individualna posvetovanja s strokovnjakom, npr. trenerjem, strokovnjakom za prehrano ali psihologom, ki se seznani z njihovimi težavami in potrebami ter jim nato svetuje, kako primerno skrbeti za svoje zdravje (70,8 %).

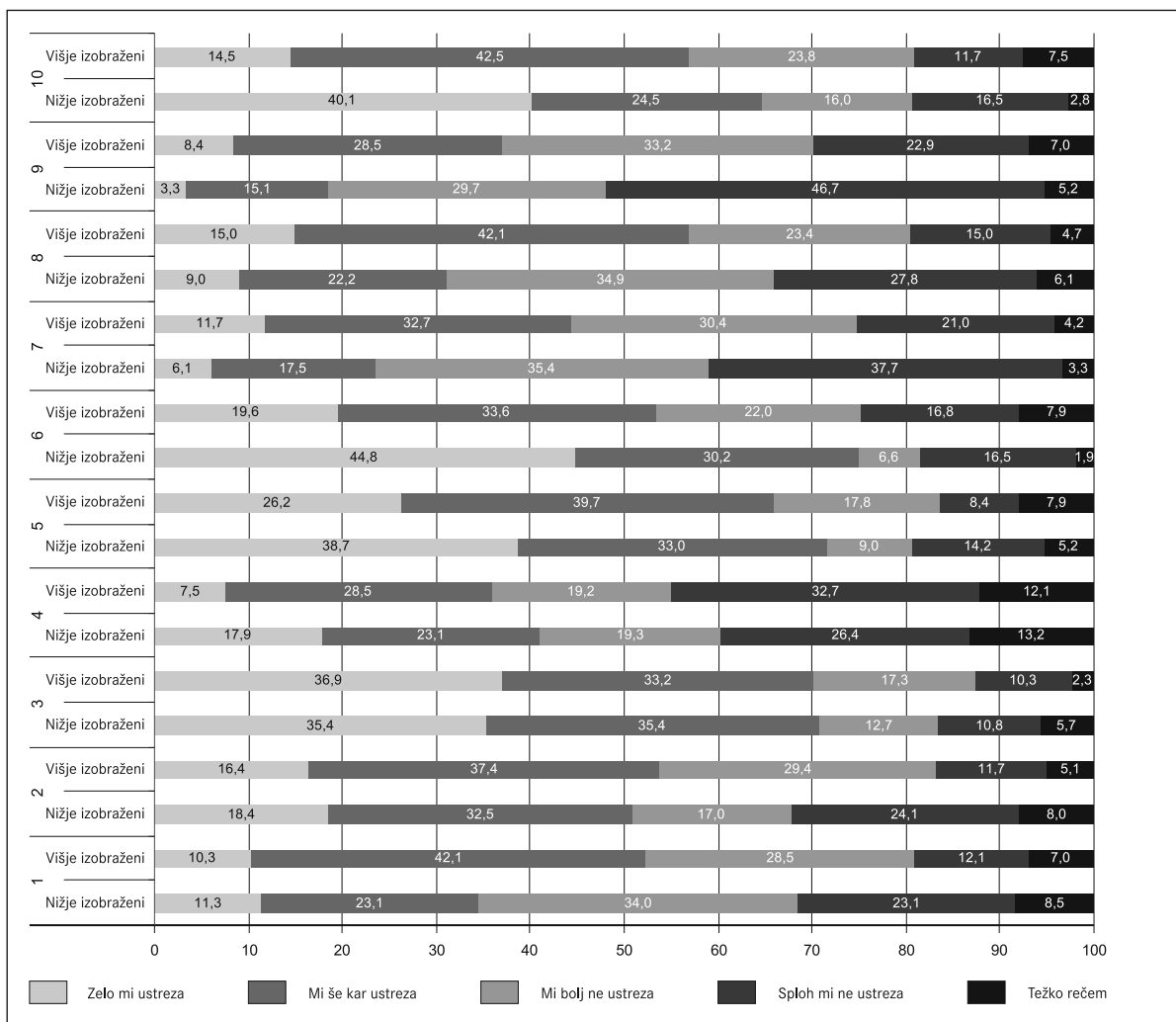
Na drugi strani so višje izobraženi delavci izbrali:

- individualna posvetovanja s strokovnjakom, npr. trenerjem, strokovnjakom za prehrano, psihologom, ki se seznani z njihovimi težavami in potrebami ter jim nato svetuje, kako primerno skrbeti za svoje zdravje (70,1 %);
- udeleževanje družabnih dogodkov, ki spodbujajo zdrav življenjski slog in nudijo priložnost, da se zabavajo in hkrati storijo nekaj dobrega za svoje zdravje (65,9 %); in

- gledanje televizijskih programov in poslušanje radijskih oddaj, posvečenih zdravju (57 %), branje člankov in informacij v zvezi z zdravjem v časopisih in revijah (57,1 %).

Kot vidimo, so si najbolj priljubljene izbire obeh skupin dejansko precej podobne z manjšimi razlikami. Do največjega razhajanja med skupinama prihaja pri vprašanju o brskanju za informacijami o zdravju po internetu, kjer je ta odgovor izbralo 23,6 % nižje izobraženih delavcev, med višje izobraženimi pa je ta delež znašal kar 44,4 %. Največ negativnih odgovorov se je med nižje izobraženimi delavci pojavilo pri vprašanju o branju strokovnih knjig za samopomoč s področja zdravja (51,9 %).

Slika 19. Zaželeni načini pridobivanja spretnosti in znanj s področja zdravja*



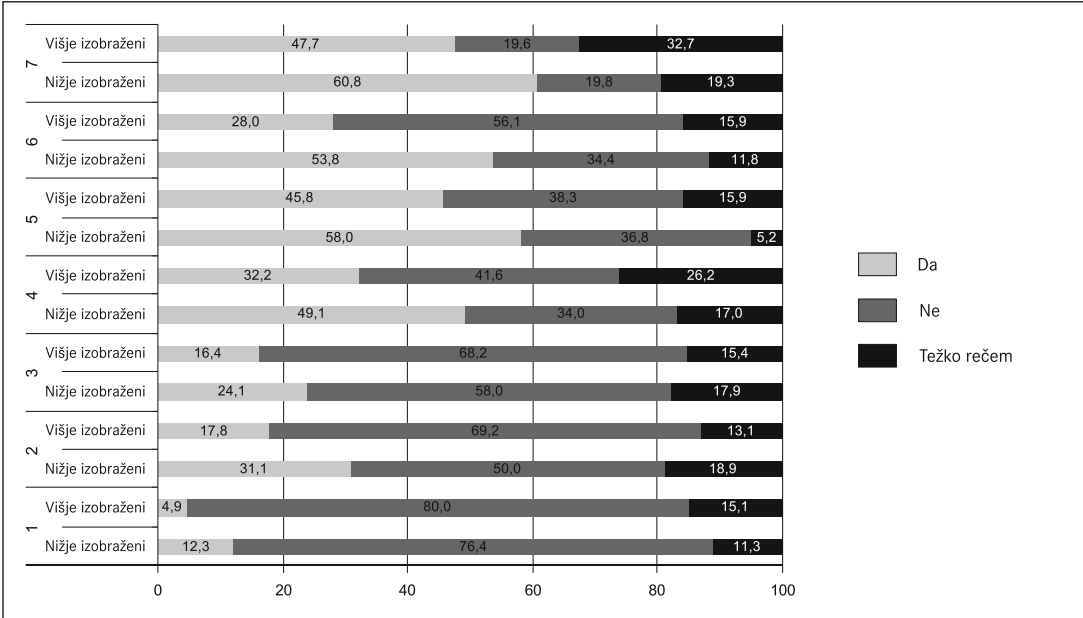
* 1 – Udeležba na predavanju, na katerem strokovnjak udeležencem predstavi načine, kako skrbeti za zdravje in se spopadati z boleznimi, 2 – Udeležba srečanj, kjer udeleženci pod nadzorom strokovnjaka vadijo nekatera vedenja, ki koristijo njihovem zdravju (npr. spopadanje s stresom, opustitev kajenja), 3 – Udeležba individualnih posvetovanj s strokovnjakom, npr. trenerjem, strokovnjakom za prehrano, psihologom, ki se seznani z mojimi težavami in potrebami ter mi nato svetuje, kako primerno skrbeti za svoje zdravje, 4 – Branje letakov, brošur, plakatov, ki nas obveščajo o tem, kako skrbeti za svoje zdravje, 5 – Sodelovanje na družabnih dogodkih, ki spodbujajo zdrav življenjski slog in nudijo priložnost, da se zabavamo in obenem storimo kaj dobrega za svoje zdravje, 6 – Sodelovanje v tekmovanju, nagradni igri ali natečaju, ki spodbuja k zdravemu življenju in kjer lahko kaj zadenem ali dobim, 7 – Brskanje po internetu za informacijami, ki so zanimive in pomembne za moje zdravje, 8 – Branje člankov in informacij v zvezi z zdravjem v časopisih in revijah, 9 – Branje strokovnih knjig za samopomoč s področja zdravja, 10 – Gledanje televizijskih programov in poslušanje radijskih oddaj, posvečenih zdravju

Pri analizi načinov, kako doseči ciljno skupino, ni pomembna le vrsta izobraževanja, temveč tudi razumevanje možnih spodbujevalnih dejavnikov, ki bi lahko izboljšali stopnjo udeležbe. Tako vprašanje smo umestili v anketo in v tem pogledu ni opaziti večje razlike med nižje in višje izobraženimi delavci. Obe skupini ugotavljata, da bi bili najspodbudnejši dejavniki (okoli 75 % anketirancev jih je postavilo na prva tri mesta) brezplačna izobraževanja, plačilo za udeležbo na izobraževanju in možnost masaže ali česa podobnega, kar koristi zdravju. Med najmanj spodbudnimi dejavniki so anketiranci najpogosteje navajali možnost pojavitve v množičnih medijih, prejemanje letakov in zloženkov o skrbi za zdravje ter možnost izmenjave mnenj in izkušenj. To jasno kaže, da klasično izobraževanje z elementi izmenjave izkušenj, vključitvijo množičnih medijev in oblikovanja informativnih zloženkov latvijskim delavcem niso najbolj pri srcu. Drugi spodbujevalni dejavnik bi lahko bil tako imenovani "vzornik" – oseba, ki jo drugi poslušajo in ji sledijo. Nižje izobraženi delavci bi poslušali znanega in priznanega strokovnjaka, višje izobraženi delavci pa raje zdravnika ali medicinsko sestro. Ostali priljubljeni odgovori v obeh skupinah vključujejo še poslušanje drugih zdravstvenih strokovnjakov ali osebe, ki se je sama uspešno spoprijela s težavo.

Pri analizi dejavnikov, ki bi anketirance lahko odvrnili od udeležbe na izobraževanjih, povezanih z zdravjem, sta obe skupini (več kot 60 % anketirancev) na prvo mesto postavili plačljivost izobraževanja. Temu sledi izobraževanje, ki bi trajalo več kot dve uri. Zanimivo je, da je bilo precej opaznih razlik med obema skupinama pri številnih odbijajočih dejavnikih, in sicer se nižje izobraženi delavci bojijo predvsem reševanja testov za preverjanje njihovega znanja s področja zdravja, nastopanja pred drugimi ljudmi in tega, da bi težko razumeli razlage predavatelja. Na splošno so bili v primerjavi z nižje izobraženimi višje izobraženi delavci pri vseh dejavnikih manj prestrašeni in so jih manj odvrčali.

Organizacija izobraževanj o navadah, povezanih z zdravjem, v ljudeh navadno vzbudi različne občutke. Najpomembnejše izjave so predstavljene na sliki 20. Analiza dojemanja zdravju namenjenih izobraževanj med latvijskimi anketiranci je pokazala, da sta obe skupini delavcev precej vajeni zlorabe takih izobraževanj za namene prodaje izdelkov (tipični primeri v Latviji vključujejo prodajo vitaminov, prehranskih dopolnil, vadbenih naprav itd.). Kar nekaj anketirancev je odgovorilo, da preprosto nimajo dovolj časa, da bi se udeleževali tovrstnih izobraževanj (58 % VID in 45,8 % NID). Med najpogostejšimi odgovori je bila tudi izjava, da takšna izobraževanja človeka zgolj zmedejo (predavatelji rečejo nekaj in nato spet nekaj čisto drugega; glej sliko 20). Presenetljivo malo anketirancev je med dejavniki, ki bi jih odvrnili od tovrstnih izobraževanj, izbralo ponižanje oziroma zadrego.

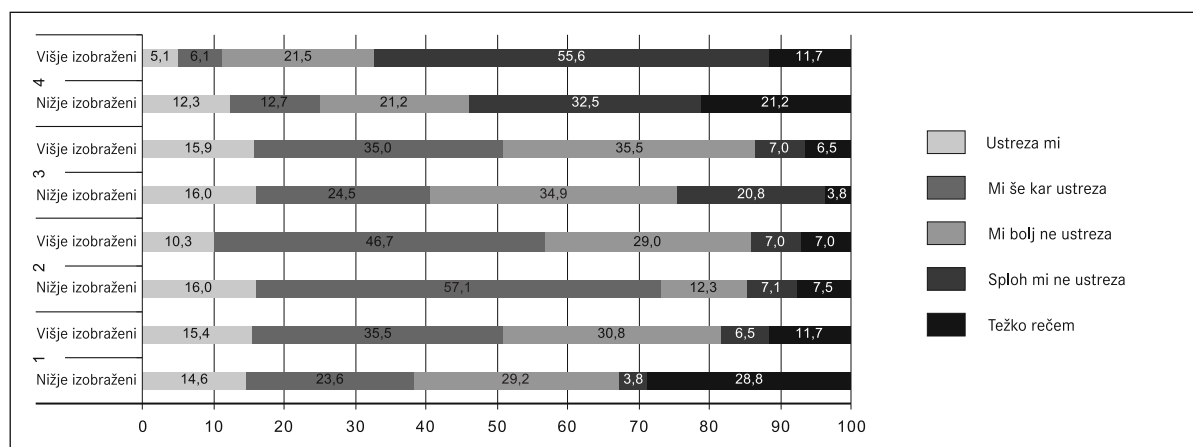
Slika 20. Strinjam se z naslednjimi izjavami glede izobraževanj v zvezi z zdravjem *



* 1 – Z udeležbo na takem izobraževanju bi se osmešil pred prijatelji, 2 – Dokler sem zdrav/-a, me taka izobraževanja ne zanimajo, 3 – Sam/-a najbolje vem, kako skrbeti za svoje zdravje brez takih izobraževanj, 4 – Taka izobraževanja človeka samo zmedejo, saj predavatelji povejo nekaj in nato spet nekaj čisto drugega, 5 – Za taka izobraževanja nimam dovolj časa, 6 – Včasih je bolje o svojem zdravju vedeti manj, 7 – Med takimi izobraževanji želijo organizatorji zgolj nekaj prodati pod pretveto predavanja o zdravju

Zanimivo in precej presenetljivo je, da latvijski delavci niso preveč navdušeni nad predlaganjem tem, ki bi jih želeli poslušati na izobraževanjih o zdravju. Med najpogostejšimi odgovori so klasične teme, kot so zmanjševanje pitja alkohola in kajenja, priporočila za preventivne zdravstvene preglede in informiranje o pravicah, kdaj se lahko takih pregledov udeležijo. Zanimiva razlika med skupinama je, da so višje izobraženi delavci predlagali tudi izobraževanja o spopadanju s stresom in pogostejši telovadbi, česar nižje izobraženi niso izpostavljali.

Slika 21. Strinjam se z naslednjimi izjavami*



* 1 – Moje delo in razmere, v katerih delam, škodujejo mojemu zdravju, 2 – Navadno se med delom ne zmenim za svoje zdravje, 3 – Trudim se izvedeti, kako se izogniti poškodbam, boleznim in nesrečam pri delu, 4 – Vredno je upoštevati le tiste varnostne in zdravstvene predpise, katerih kršitev bi se končala s kaznijo.

Predvsem v Latviji je značilno, da ljudje pri delu niso preveč zaskrbljeni glede svojega zdravstvenega stanja, dokler se ne pojavijo resne težave, kar nekaj delavcev pa svojega zdravstvenega stanja sploh ne povezuje z delom. To je precej jasno razvidno na sliki 21: 73,1 % nižje izobraženih delavcev pravi, da izjava “običajno se med delom ne zmenim za svoje zdravje” drži. Ta odnos je pogostejši med nižje izobraženimi delavci, kar potrjuje tudi naša raziskava, saj se s to izjavo strinja le 57 % višje izobraženih delavcev. Slednji so v primerjavi z nižje izobraženimi delavci tudi bolj obveščeni o tveganjih na svojem delovnem mestu (50,9 % VID in 38,2 % NID). Na žalost le približno polovica višje izobraženih delavcev in manj kot 40 % nižje izobraženih delavcev pravi, da se trudijo naučiti, kako delati bolj varno.

Kljub splošnemu prepričanju, zlasti med nižje izobraženimi delavci, da sodelavci ne podpirajo poskusov izboljšanja z zdravjem povezanih navad (npr. opustiti kajenje, shujšati ali telovaditi), rezultati naše ankete kažejo prav nasprotno: v vseh primerih, kjer smo delavce spraševali o podpori njihovih kolegov, jih je zelo malo izjavilo, da se sodelavci iz njih norčujejo, večinoma je bil prevladujoči odgovor (če so se take aktivnosti pred kratkim sploh pojavile), da sodelavci rade volje priskočijo na pomoč.

Ni presenetljivo, da so anketiranci ob vprašanju, kaj delavci pričakujejo od svojega podjetja na področju izboljšanja zdravstvenega in delovnega okolja, najpogosteje omenjali v Latviji dobro znane običajne ugodnosti, kot so brezplačno cepljenje ter možnost brezplačnih zdravstvenih pregledov in zdravljenj. Med pogostejšimi odgovori je bilo tudi sofinanciranje rekreativnih dejavnosti. Višje izobraženi delavci so omenjali tudi organizacijo športnih aktivnosti in ustvarjanje manj stresnih delovnih razmer.

6. Povzetek

Podatki latvijske raziskave kažejo, da približno 45 % vseh anketirancev meni, da so v dobrem zdravstvenem stanju, ta samoocena pa se ujema tudi s podatki drugih raziskav. A skoraj 20 % anketirancev trpi za kronično boleznijo oziroma so doživeli nesrečo, ki je pustila zdravstvene posledice, pri čemer pa ni opaznih razlik med nižje in višje izobraženimi delavci.

Razmeroma majhen delež anketirancev (okoli polovica višje izobraženih in le tretjina nižje izobraženih delavcev) meni, da je njihovo znanje s področja zdravja dobro, in večina med njimi si želi izvedeti več. To potrjujejo tudi rezultati raziskave, saj so anketiranci pri preverjanju znanja s področja zdravja uspeli pravilno odgovoriti na večino razmeroma lahkih vprašanj, težave pa so imeli pri odgovarjanju na najtežja in zapletena vprašanja.

Zdi se, da tradicionalne oblike izobraževanj, kot so sodelovanje na različnih tekmovanjih (npr. v nagradnih igrah in natečajih) ali na družabnih dogodkih, ki spodbujajo zdravo življenje, bolj ustrezajo nižje izobraženim delavcem, medtem ko se višje izobraženi raje odločajo za individualna posvetovanja, branje ter spremljanje posebnih televizijskih in radijskih programov, posvečenih zdravju.

Brezplačna udeležba in možnost brezplačnih ugodnosti (npr. masaž) sta najspodbudnejša dejavnika pri prepričevanju ljudi, da se udeležijo izobraževanja, medtem ko se zdi, da je uporaba zloženek in letakov v očeh Latvijcev že nekoliko zastarela.

Anketirance najbolj odvrčata plačljivost ali predolgo trajanje izobraževanja, delavce z nižjo izobrazbo pa tudi preveliko zanimanje predavateljev za njihovo obstoječo raven znanja in strah, da bi morali govoriti pred drugimi udeleženci.

Zdi se, da so latvijski delavci precej skeptični glede izobraževanj v zvezi z zdravjem, saj so vajeni, da se pogosto izrabljajo za namen prodaje.

V spreminjanje z zdravjem povezanih navad bi morali vključiti tudi sodelavce, saj presenetljivo velik delež anketirancev pravi, da se sodelavci pri tem med seboj podpirajo.

Za temo izobraževanj bi delavci najpogosteje izbrali kajenje in pitje, želijo pa si tudi aktivnosti, ki bi ponujale brezplačne zdravstvene preglede. Stres je očitno zanimivejša tema za višje izobražene delavce kot za nižje izobražene.

Kar zadeva področje zdravja pri delu, zelo malo anketirancev zanima učenje o varnosti pri delu in precej jih med delom navadno sploh ne razmišlja o svojem zdravju. Brezplačno cepljenje in zdravstvene storitve so verjetno še vedno najboljši način, kako pritegniti delavce v neko podjetje in verjetno tudi k udeležbi izobraževanja o zdravem življenju.

Viri in literatura

1. Centralni statistični urad. Survey of health of Latvian inhabitants [v letonščini]. Riga; 2008. Dostopno na: http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc_cat=471&id=10914.
2. Niederlaender E. Causes of death in the EU. Statistics in focus 2006;10. Dostopno na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF.
3. Pudule I, in sod. Health Behaviour among Latvian Adult Population, 2008. Riga: Center za zdravstveno ekonomijo; 2010. Dostopno na: http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt_1_dala.pdf.
4. SKDS. Sport habits of Latvian inhabitants [v letonščini]. Riga; 2007. Dostopno na: http://izm.izm.gov.lv/upload_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf.

11. POGLAVJE

Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – poljski primer

Elżbieta Korzeniowska

1. Uvod

Analiza obdobja zadnjih dvajset let na Poljskem je pokazala, da se je izobrazbena struktura družbe, vključno z aktivnim delovnim prebivalstvom, korenito spremenila. Medtem ko je število ljudi z nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo (30 %) ostalo podobno, so se bistvene spremembe med poljskimi delavci pojavile pri najnižjih in najvišjih stopnjah izobrazbe. Delež ljudi z izobrazbo nižjo od nižje ali srednje poklicne izobrazbe se je zmanjšal s 33 % na 10 %, medtem ko se je delež ljudi s terciarno izobrazbo povečal z 10 % na 22 %. Rahlo se je dvignil tudi delež ljudi s povprečno izobrazbo, in sicer s 30 % na 38 %. (Centralni statistični urad, 1993, 2006 in 2008). To pomeni, da ima Poljska trenutno veliko bolj izobraženo delovno prebivalstvo, saj ima 60 % oseb vsaj srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, kar pomeni, da le 40 % prebivalstva ne dosega te stopnje, medtem ko je bil pred 20 leti ta delež ravno obraten. Gre torej za popolnoma nove okoliščine, ki so na splošno izjemno pozitivne, vendar pa lahko na področju državnih politik, kamor prištevamo tudi zdravstvo in delo, zmanjšujejo pomembnost manj izobraženega prebivalstva. Ta nevarnost je še večja pri ljudeh z osnovnošolsko izobrazbo, ki predstavljajo zgolj 10 % delovnega prebivalstva, kar jih uvršča med obrobno ciljno (interesno) skupino.

Od izida Blackovega poročila (1988) je v veljavi splošno prepričanje, da nizka stopnja izobrazbe (in dohodkov) s seboj prinaša nezadostno znanje o zdravstvenih vprašanjih in manjšo skrb za zdravje, kar ima za posledico slabše zdravstveno stanje ljudi, ki sodijo v to sociološko kategorijo. Na Poljskem so prve analize povezav med stopnjo izobrazbe in zdravjem ter determinantami zdravja začeli opravljati šele sredi 90. let¹. Takrat so v zvezi s povezavami med izobrazbo in z zdravjem povezanim vedenjem (glede na podatke Centra za raziskave javnega mnenja CBOS, Inštituta za filozofijo in sociologijo poljske akademije znanosti IFiS PAN, Centralnega statističnega urada GUS in poljske agencije za raziskavo trga PBS) ugotovili, da višja stopnja izobrazbe med drugim pomeni bolj zdrave prehranjevalne navade, pogostejšo telesno dejavnost, manjši delež kadilcev in večji delež ljudi, ki so opustili kajenje (Ostrowska, 1999). Poleg tega so (od leta 2002) reprezentativne raziskave za vso Poljsko na področju srčno-žilnih bolezni (študiji NATPOL PLUS in WOBASZ) denimo razkrile slabše zdravstveno stanje med nižje izobraženimi ljudmi (na primer pogostejšo prekomerno težo in debelost), slabšo poučenost o tem, kako preprečiti visok krvni tlak ali njegove zaplete, ter manj zdrave prehranjevalne navade (Kwaśniewska in sod., 2007)². Rezultati tako imenovane Družbene diagnoze, ki so jo opravili na podlagi reprezentativnega vzorca Poljakov v letih 2000, 2003, 2005 in 2007, so pokazali, da je nižja izobrazba povezana s pogostejšo uporabo zdravstvenih storitev ter s pogostejšim kajenjem cigaret in uživanjem alkohola (www.diagnoza.com). Kar pa zadeva

¹ Pred tem so se tvorstne analize nanašale na primer samo na vedenje v zvezi z zdravjem (Titkow, 1976) oziroma na prebivalce Varšave (POL-MONICA-1983).

² Zbirka člankov, ki predstavljajo rezultate študije WOBASZ, je na voljo v delu Polish Cardiology (2005).

osebe v delovnem razmerju, so podobne težnje potrdile tudi ciklične raziskave Inštituta za medicino dela (IMP) v Lodžu, med drugim tiste, opravljene v letih 1988, 2002 in 2007. Njihovi izsledki potrjujejo, da je slabša izobrazba povezana z manjšo telesno dejavnostjo, s pogostejšim kajenjem cigaret in pitjem alkohola ter slabšimi prehranjevalnimi navadami (Gniazdowski, 1990; Korzeniowska, 2004; Korzeniowska, 2008). Ti ljudje na splošno posvečajo manj pozornosti zdravstvenim vprašanjem, so manj zadovoljni s svojim zdravstvenim stanjem in redko povezujejo morebitne spremembe takšnega stanja s svojimi vedenjskimi vzorci ali s svojo skrbjo za zdravje. Nižja stopnja izobrazbe pogosteje sovпада s pomanjkanjem zanimanja za informacije v medijih o tem, kako se izogniti boleznim ali kako bolje skrbeti za zdravje, ter z občutkom, da so tovrstne informacije težko razumljive (Korzeniowska, 2008).

Opisani pojavi kažejo na to, da nižje izobraženim delavcem na Poljskem grozi socialna izključenost na področju zdravja, kar posledično pomeni, da se lahko znajdejo tudi v slabšem položaju na trgu dela. Zato je nujno treba razširiti obseg ukrepov za zagotavljanje enakih možnosti tem ljudem. Ena izmed metod, s katero je mogoče ta cilj doseči, je ustrezno izvajanje zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. To pomeni, da je treba veliko bolj kot doslej upoštevati specifični način razmišljanja o zdravju in specifični odnos do zdravja, ki sta značilna za omenjeno skupino, kar služi kot podlaga za učinkovite tovrstne projekte, namenjene nižje izobraženim ljudem.

Toda soočamo se s položajem, v katerem so z zdravjem povezani ukrepi namenjeni vsem (in hkrati nikomur) ali pa na skupino z višjim socialnim statusom. Na primer, glede na podatke poljskega državnega centra za promocijo zdravja pri delu na Inštitutu za medicino dela Irzyja Noferja³ v Lodžu iz leta 2002 je vrsta dejavnosti v okviru zdravstvenih programov v poljskih podjetjih namenjena direktorjem (Korzeniowska, 2004). Množične izobraževalne akcije se izvajajo tako, da so dostopne tistim naslovnikom, ki so večji pisne komunikacije in ki zelo dobro razumejo sporočilo. Celo informacije o uporabi zdravstvenih pripomočkov niso prilagojene sposobnostim dojemanja nizko izobražene stranke (Cianciara, 2006). Promocijo zdravja nekateri kritično opisujejo kot togo strategijo ali celo kot strategijo, ki povečuje neenakosti v zdravju (Słońska, 2005).

Namen tega poglavja je predstaviti nižje izobražene delavce kot ciljno skupino na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, vključno z vidikom, ki se nanaša na oblikovanje zdravih vedenjskih vzorcev (tudi v primerjavi z drugimi državami, ki so sodelovale pri opisanem projektu). Besedilo torej predstavlja njihove specifične potrebe, ki pogojujejo dojemanje in sprejemanje ali zavračanje možnosti, vključenih v podobne projekte, in so bile izbrane na podlagi subjektivnih in objektivnih podatkov. "Profil" takega naslovnika je sestavljen iz naslednjih elementov: ocene lastnega zdravja, občutka odgovornosti za lastno zdravje, z zdravjem povezanega vedenja, subjektivne ocene znanja o tem, kako skrbeti za zdravje, pripravljenosti izboljšati objektivno raven poznavanja izbranih informacij (t. i. "zdravstveno pismenost") v okviru zdravstvene vzgoje ter preferenc v zvezi z dejavnostmi na področju zdravja (med drugim tudi na delovnem mestu).

Seznam temelji na podatkih, pridobljenih z anketo, opravljeno med 405 poljskimi delavci, rojenimi med letoma 1955 in 1984, ki smo jih enakomerno razdelili v štiri izobrazbene skupine: osnovnošolsko, nižjo ali srednjo poklicno, srednjo strokovno ali splošno in terciarno izobrazbeno skupino. Pol anketirancev je bilo ženskega in pol moškega spola. Specifične lastnosti nižje izobraženih ljudi, med katere prištevamo tiste z osnovnošolsko in nižjo poklicno izobrazbo, smo določili tako, da smo jih primerjali s tistimi, ki imajo vsaj srednjo strokovno ali srednjo splošno izobrazbo.

2. Vsakdanje razmišljanje o zdravju med nižje izobraženimi delavci na Poljskem

Predhodne raziskave KCPZwMP IMP v Lodžu so pokazale, da nižje izobraženi delavci na Poljskem ne razmišljajo o tem, kaj je zdravje, kakšno je in kaj lahko naredimo zanj, kadar je z njim vse v redu (Herzlich ta pojav imenuje "zdravje v praznini"; Herzlich, 1973). Zato v tej raziskavi izpostavljam samooceno zdravja posamezne osebe. Izkazalo se je, da samo približno vsak drugi nižje izobraženi delavec meni, da je dobrega zdravja, medtem ko je tega mnenja 73 % višje izobraženih delavcev. Dvakrat več intervjuvancev z nižjo

³ V nadaljnjem besedilu: KCPZwMP.

izobrazbo (41 % v primerjavi z 22 % višje izobraženimi) trdi, da pogosto trpi za nekaterimi boleznimi, ki pa niso resne narave⁴. Tako bi lahko predpostavili, da precejšen del nižje izobraženih delavcev na Poljskem želi sodelovati pri dejavnostih na področju zdravja.

Pomemben pojav, ki razkriva posameznikov odnos do zdravja in vnaprej določa njegovo zanimanje za pridobivanje znanja ali veščin, povezanih z zdravjem, je tudi njegov pogled na to, kako lahko osebno vpliva na svoje zdravje, skupaj s prepričanjem, da je ta vpliv ključnega pomena. Zdi se, da se nižje izobraženi delavci v tem pogledu razlikujejo od višje izobraženih; 45 % jih trdi, da na zdravje ne mislijo vsak dan in da niso pozorni na to, kako s svojim vedenjem vplivajo na zdravje (tako razmišlja le 28 % delavcev iz druge skupine). Poleg tega le približno vsak peti nižje izobraženi anketiranec pravi, da rade volje prisluhne nasvetom o tem, kaj je dobro za zdravje, in pogosto razmišlja, kako živeti bolj zdravo (v kontrolni skupini je tako odgovorila vsaka tretja oseba)⁵. Naleteli smo torej na očitno oviro v zvezi s tem, kako pristopiti do nižje izobraženih delavcev; številni ljudje, ki ne prevzamejo odgovornosti za svoje zdravstveno stanje, namreč čutijo, da sporočila in dejavnosti, ki spodbujajo k bolj zdravemu načinu življenja, niso namenjena njim. V tem pogledu je položaj med nižje izobraženimi delavci na Poljskem slabši kot pa med Latvijci, Slovenci ali Španci, med katerimi približno vsak tretji anketiranec ne misli vsak dan na to, kako njegovo vedenje vpliva na zdravje, medtem ko je delež tistih, ki pogosto mislijo na to, kaj bi lahko naredili za svoje zdravje, rahlo večji (21 % Latvijcev, 32 % Slovencev, 31% Špancev in 18 % Poljakov)⁶.

3. Z zdravjem povezano vedenje

Končni cilj zdravstvene vzgoje in promocije zdravja je, da bi naslovniki prevzeli zdrave vedenjske vzorce. Zato je ugotovitev o tem, kakšen odnos do zdravja ima ciljna skupina, temeljno izhodišče za načrtovanje dejavnosti v okviru tovrstnih programov in strategij. Zdi se, da nižje izobraženi delavci v primerjavi z višje izobraženimi veliko manj posnemajo zdrave vedenjske vzorce.

Razpr. 1. Skrb za zdravje med zaposlenimi glede na različne stopnje izobrazbe

Vrsta dejavnosti	% nižje izobraženih	% bolje izobraženih
Izogibanje ali zmanjšano uživanje maščob	35 %	62 %
Skrb za vsakodnevno telesno dejavnost	21 %	49 %
Redni zdravstveni pregledi	23 %	39 %
Opravljanje dela na način, ki čim manj škoduje zdravju	59 %	67 %
Težnja po čim manjšem uživanju alkohola ali popolni vzdržnosti	68 %	66 %

Kot prikazuje razpredelnica, lahko glede na analizirane dejavnosti sklepamo, da zaposleni z osnovnošolsko in nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo slabše skrbijo za svoje zdravje v primerjavi z višje izobraženimi. To pomeni, da bi morale biti dejavnosti v okviru zdravstvene vzgoje in promocije zdravja namenjene predvsem njim.

4. Znanje s področja zdravja – subjektivni in objektivni vidiki

Pomemben pogoj, ki vpliva na zanimanje za ponudbo dejavnosti, povezanih s skrbjo za zdravje, je samoocena znanja in potreba po njegovem širjenju. Izkazalo se je, da se delež ljudi, ki pravijo, da znajo skrbeti za svoje zdravje, bistveno zmanjšuje z nižjo stopnjo izobrazbe (79 %, 61 %, 40 % in 29 %⁷), v povprečju pa to trdi vsak tretji anketiranec v preučevani skupini. Le vsak tretji anketiranec (36 %) izjavlja, da je pripravljen

⁴ p < 0,0001; df = 2; X² (Pearsonov hi-kvadrat) = 20,4

⁵ p < 0,0001; df = 3; X² = 28,0

⁶ p < 0,0001; df = 12; X² = 113,7

⁷ p < 0,0001; df = 4; X² = 41,7

izboljšati svoje znanje, medtem ko v kontrolni skupini to trdi vsaka druga oseba.⁸ Nižje izobraženi delavci torej ocenjujejo, da je njihovo znanje slabše, vendar hkrati tudi redkeje vidijo smisel v tem, da bi ga izboljšali. Višje izobraženi delavci so na splošno zadovoljni s svojim znanjem na tem področju, vendar ga polovica vseeno želi izboljšati. Primerjava nižje izobraženih delavcev na Poljskem z ostalimi državami razkrije, da je delež Latvijcev, ki nizko ocenjujejo svoje znanje, podoben, medtem ko je delež Špancev in Slovencev, ki menijo, da je njihovo znanje dobro ali zelo dobro, dvakrat večji⁹. Poleg tega najnižji odstotek potrebe po izboljšanju znanja opazimo pri Poljski, medtem ko je ta v Sloveniji 48,5 %, v Latviji 55 % in v Španiji 71 %¹⁰.

Da bi natančneje določili potrebe nižje izobraženih delavcev v okviru zdravstvene vzgoje, smo v anketi preverjali, kako dobro razumejo pogosto rabljene izraze v tovrstnih sporočilih oziroma njihovo “zdravstveno pismenost” (Iwanowicz, 2009). Vprašanja so vsebovala naslednje izraze: pasivno kajenje, preventiva bolezni, zdrav življenjski slog, prehranska piramida, indeks telesne mase (ITM) in holesterol. Ob vsakem izrazu so morali anketiranci izbrati eno izmed treh definicij, ki je po njihovem ustrezala izrazu. Pri izrazih holesterol LDL, zmerna telesna aktivnost, polinenasičene maščobne kisline, vlaknine, prosti radikali in antioksidanti pa so morali navesti, ali te snovi zdravju škodujejo ali koristijo.

Razpr. 2. Pravilni odgovori delavcev z različno stopnjo izobrazbe na vprašanja glede izrazov, ki se uporabljajo v zdravstvenovzgojnih sporočilih

Izraz	% nižje izobraženih	% bolje izobraženih
Preventiva bolezni	90	95
Pasivno kajenje	93	96
Zmerna telesna dejavnost	88	90
Zdrav življenjski slog	80	89
Holesterol	74	91
Vlaknine	69	91
ITM	65	88
Prehranska piramida	65	89
Antioksidanti	18	31
Prosti radikali	23	49
Polinenasičene maščobne kisline	25	46
Holesterol LDL	43	52

Izraze, kot so preprečevanje bolezni, pasivno kajenje, zmerna telesna dejavnost in zdrav življenjski slog, sta na splošno pravilno razumeli obe izobrazbeni skupini. Pri ostalih izrazih so se nižje izobraženi delavci slabše odrezali kot delavci z višjo izobrazbo. Vsak peti delavec z osnovnošolsko ali nižjo in srednjo poklicno izobrazbo ne ve, kaj je holesterol, ter približno vsak tretji ne pozna izraza prehranska piramida in še ni slišal za indeks telesne mase, s katerim lahko izračunamo, ali je naša telesna masa primerna. Anketiranci so se podobno slabo odrezali pri vprašanju glede vpliva vlaknin na zdravje in še slabše pri vplivu holesterola LDL, antioksidantov, prostih radikalov in polinenasičenih maščobnih kislin. Izrazi, ki se v zdravstvenovzgojnih sporočilih pogosto uporabljajo, so torej za nižje izobražene delavce skoraj “popolnoma nerazumljivi”. Tukaj lahko dodamo, da celo poljski intelektualci le slabo poznajo vplive teh snovi na zdravje.

5. Odnos do zdravstvene vzgoje in njene zaželene oblike

Eno izmed vprašanj, ki si jih morajo zastaviti pobudniki ukrepov na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, je, preko katerih virov lahko ciljnim skupinam posredujejo znanje in veščine,

⁸ p < 0,01; df = 2; X² = 13,3
⁹ p < 0,0001; df =12; X² = 113,6
¹⁰ p < 0,0001; df =6; X² = 69,5

potrebne za razumno ravnanje z lastnim zdravjem in včasih tudi z zdravjem drugih. Razpredelnica prikazuje odgovore bolje in slabše izobraženih delavcev.

Razpr. 3. Zaželeni viri pridobivanja znanja in veščin o zdravju po mnenju delavcev z različno stopnjo izobrazbe

Vrsta vira	% nižje izobraženih	% višje izobraženih
Televizija, radio	74	81
Letaki, plakati	56	58
Individualno svetovanje	55	68
Članki v časopisih ali revijah	51	72
Strokovne knjige za samopomoč	44	66
Družabni dogodki	40	47
Tekmovanja, nagradne igre, natečaji	40	40
Internet	37	76
Delavnice	37	53
Predavanja	27	44

Najsprejemljivejši način pridobivanja znanja in veščin na področju zdravja, za katerega so se odločile več kot tri četrtine vseh anketirancev, je gledanje televizije in poslušanje radia. Podobno, čeprav manjše zanimanje, lahko pri delavcih z različnimi stopnjami izobrazbe opazimo pri odločanju med letaki in plakati, tekmovanji in natečaji, ki vključujejo nagrade, med družabnimi dogodki ter individualnimi posvetovanji s strokovnjaki, ki jim svetujejo, kako primerno skrbeti za svoje zdravje¹¹. Ti načini posredovanja informacij, povezanih z zdravjem, so torej podobno učinkoviti tako pri višje kot nižje izobraženih delavcih. Članki v časopisih in revijah, strokovne knjige za samopomoč, internet, predavanja in delavnice pa so po mnenju nižje izobraženih delavcev manj učinkoviti¹². To še zlasti velja za zadnje tri vire, s katerimi nam bo uspelo nagovoriti zgolj približno vsakega tretjega anketiranca. Poleg tega imajo nižje izobraženi delavci na Poljskem v primerjavi z ostalimi državami, ki so sodelovale pri projektu, največji odpor do predavanj. Slovenci in Španci so jim na primer za polovico bolj naklonjeni¹³.

O temah, o katerih bi po mnenju anketirancev morali poučiti Poljake, imajo višje in nižje izobraženi zaposleni podobno mnenje. Najpogosteje so izbrali zdravo prehranjevanje, kajenje cigaret (približno 40 % anketirancev), pitje alkohola in premagovanje stresa (približno 30 %).

Glede programov, ki promovirajo zdravje in jih organizirajo podjetja, imajo nižje in višje izobraženi delavci pravzaprav enake zahteve. Največji delež delavcev (približno vsak drugi anketiranec) želi imeti možnost zdravniških pregledov in specialističnih zdravljenj, ki jih financira delodajalec. Nekoliko manjši je delež tistih, ki želijo, da podjetje skrbi za zdravje in varnost pri delu mnogo bolj, kot to predvideva zakon. Skoraj vsak tretji delavec želi, da podjetje sofinancira njegove rekreativne in prostočasne dejavnosti. Približno vsak peti anketiranec želi, da bi vodstvo podjetja poskrbelo za manj stresne delovne razmere. Le manj kot vsak deseti delavec meni, da bi podjetje lahko organiziralo predavanja in razdeljevalo letake, s katerimi bi delavce poučilo o načinih, kako skrbeti za zdravje, jih vabilo na izobraževanja o zmernem pitju alkohola in jih spodbujalo, da opustijo kajenje.

Ukrepi na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja se pogosto izvajajo v obliki različnih izobraževanj. Kadar želimo posredovati znanje, ki presega zgolj izraze in osnovne informacije ali ki izboljšuje nekatere specifične veščine ciljne skupine, teh izobraževanj vsekakor ne smemo podcenjevati. Izziv pobudnikov programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja pa je, kako ljudi prepričati, da v njih sodelujejo. Naša anketa razkriva splošen odnos do tovrstnih izobraževanj, kaj posameznike pritegne k udeležbi na teh izobraževanjih, kaj jih od njih odvrne ter kakšne so njihove preference glede izvajalcev takšnih izobraževanj.

¹¹ Ni statistično pomembnih povezav med stopnjo izobrazbe in želenim virom.

¹² Glede na vrstni red v razpredelnici: $p < 0,01$, $df = 4$, $X^2 = 18,1$; $p < 0,001$, $df = 4$, $X^2 = 21,7$; $p < 0,0001$, $df = 4$, $X^2 = 67,6$; $p < 0,001$, $df = 4$, $X^2 = 19,3$; $p < 0,01$, $df = 4$, $X^2 = 16,5$

¹³ $p < 0,0001$, $df = 12$, $X^2 = 113,9$

Izkazalo se je, da 42 % nižje izobraženih delavcev in 31 % delavcev z višjo izobrazbo meni¹⁴, da sami brez vsakršnih izobraževanj najboljše vedo, kako skrbeti za svoje zdravje, kar priča o tem, da v njih ne vidijo smisla. Po drugi strani pa približno vsaka druga oseba z nižjo izobrazbo in približno vsaka tretja oseba z višjo izobrazbo (53 % in 35 %) navaja, da jo, “dokler je zdrava, tovrstna izobraževanja ne zanimajo”¹⁵. Raziskava je razkrila resno vprašanje v načinu razmišljanja nižje izobraženih delavcev glede izobraževanj o zdravju. Več kot 40 % anketirancev v tovrstnih izobraževanjih ne vidi smisla in več kot vsaka druga oseba bi se jih udeležila le, če bi bilo z njenim zdravjem kaj narobe. Obe mnenji sta v primerjavi z ostalimi državami, ki so bile vključene v anketo, v največji meri prisotni prav med nižje izobraženimi delavci na Poljskem¹⁶.

Kar zadeva strah pred tovrstnimi izobraževanji, je prepričanje, da je včasih o svojem zdravju bolje vedeti manj, statistično veliko pogostejše zastopano med nižje izobraženimi delavci – v to verjame približno vsak drugi delavec (56 %), medtem ko je med bolj izobraženimi delavci ta delež 33 %¹⁷. Podobne rezultate smo dobili pri mnenju, da “ti takšna izobraževanja samo zmešajo glavo, saj predavatelj najprej reče eno stvar, potem pa nekaj čisto drugega”. Znova se je pokazalo, da se več kot polovica nižje izobraženih in približno vsak tretji višje izobražen anketiranec s tem mnenjem strinja.¹⁸ Poleg tega manj izobraženi delavci sumijo, da “med takšnimi izobraževanji organizatorji ponavadi želijo kaj prodati pod pretvezo, da bodo govorili o zdravju”. To je izrazilo 58 % nižje izobraženih, v kontrolni skupini pa je delež znašal 42 %¹⁹. Po drugi strani stopnja izobrazbe ne vpliva na tipične pritožbe o pomanjkanju časa za takšna izobraževanja, kar trdi skoraj tri četrtine vseh anketirancev. Omembe vredno je tudi to, da ob upoštevanju odgovorov samo nižje izobraženih delavcev na vprašanje pomanjkanja časa večinoma opozarjajo Poljaki (79 %). Med Latvijci je delež takšnih 58 %, med Slovenci 49 % in med Španci 41 %. Delavci z osnovnošolsko in nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo na Poljskem imajo torej premalo časa za izobraževanja o zdravju²⁰.

Razpr. 4. Dejavniki, ki vplivajo na udeležbo na izobraževanjih o zdravju med delavci z različno stopnjo izobrazbe

Vrsta spodbujevalnega dejavnika	% nižje izobraženih	% višje izobraženih
Brezplačna udeležba	73	78
Plačilo za udeležbo	73	65
Izvajanje različnih zdravilnih in lepotnih obravnav med izobraževanjem	71	83
Izobraževanje organizirano med delovnim časom	72	64
Izobraževanje ponuja možnost preverjanja zdravja	70	80
Simbolično darilo	65	61
Možnost, da udeleženci dobijo odgovore na svoja vprašanja	65	78
Možnost izvajanja določene dejavnosti ob pomoči strokovnjaka	64	75
Sodelovanje v žrebanju manjših nagrad	58	51
Ponudba prigrizkov med izobraževanjem	51	45
Možnost izmenjave mnenj in izkušenj	48	59
Možnost pridobitve diplome ali certifikata o udeležbi	48	57
Možnost prejema brošur in letakov	44	48
Možnost pojavitve v množičnih medijih	31	25

Če povzamemo, so delavci z osnovnošolsko in nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo bolj skeptični glede izobraževanj o zdravju kot delavci s srednjo strokovno in splošno ter terciarno izobrazbo. Pogostejše verjamejo, da sami najboljše vedo, kako skrbeti za svoje zdravje brez izobraževanj, ter da je boljše vedeti manj o lastnem

¹⁴ Rezultati niso pokazali statistično pomembnih povezav.

¹⁵ $p < 0,001$, $df = 2$, $X^2 = 17,9$

¹⁶ $p < 0,0001$, $df = 6$, $X^2 = 52,6$; $p < 0,0001$, $df = 6$, $X^2 = 59,1$

¹⁷ $p < 0,0001$, $df = 2$, $X^2 = 22,8$

¹⁸ $p < 0,0001$, $df = 2$, $X^2 = 23,1$

¹⁹ $p < 0,01$, $df = 2$, $X^2 = 10,4$

²⁰ $p < 0,0001$, $df = 6$, $X^2 = 84,2$

zdravju in se ne obremenjevati s takšnimi vprašanji, vsaj dokler so zdravi. Informacijam, ki se posredujejo na takih izobraževanjih, ne zaupajo, in celo sumijo, da jim organizatorji želijo kaj prodati pod pretvezo, da gre za izobraževanje. Za anketirano skupino se je torej izkazalo ne le, da ne vidi smisla v izobraževanjih, pač pa tudi, da ima pred izobraževanji kar precej strahu.

Zdravstvena vzgoja in promocija zdravja sta v glavnem namenjeni ljudem, ki ne čutijo potrebe ali ne morejo širiti svojega znanja in veščin, povezanih s skrbjo za zdravje. To pogosto pomeni, da je treba pripraviti ne samo najboljši način izvedbe in najboljše teme tovrstnih programov in akcij, ampak tudi načrtovati in izvajati ukrepe, katerih cilj je spodbuditi morebitne naslovnike, da jim postanejo zanimivi in da jih pritegnejo. Temam, ki bi naslovnike prestrašile in odvrnile, se moramo izogniti. V razpredelnici so prikazana mnenja anketirancev o tovrstnih dejavnostih, ki jih pogosto uporabljamo v praksi.

Izkazalo se je, da se nižje izobraženi delavci ne razlikujejo od tistih z višjo izobrazbo²¹. Najbolj spodbujajoč dejavnik je brezplačna udeležba. Zanimivo je, da so se anketiranci pogosto odločali za možnost, da je njihova udeležba na izobraževanju plačana. Spodbudile bi jih tudi različne storitve, povezane z zdravjem, kot so masaže in možnost preverjanja zdravja (denimo merjenje ravni glukoze v krvi ali krvnega tlaka), pa tudi izobraževanja, ki potekajo med delovnim časom in jih organizira podjetje.

V razpredelnici so predstavljeni dejavniki, ki anketirani skupini odvrčajo od udeležbe na izobraževanjih o zdravju.

Razpr. 5. Dejavniki, ki delavce odvrčajo od udeležbe na zdravstvenih izobraževanjih

Vrsta dejavnika, ki odvrča od udeležbe	% nižje izobraženih	% višje izobraženih
Plačljivost izobraževanja	90	85
Izobraževanje traja več kot dve uri	72	66
Opravljanje preverjanja znanja	58	33
Zahteva po nastopanju pred drugimi	52	33
Izobraževanje prepoveduje določeno početje ali od njega odvrča	51	29
Posredovano znanje je težko uporabljati v vsakdanjem življenju	45	23
Strah, da bo delodajalec obveščen o zdravstvenem stanju udeleženca	39	22
Vsebina je težko razumljiva	38	22
Preverjanje zdravstvenega stanja	31	19

Mnenja predstavnikov preučevane skupine se v primerjavi s prejšnjim vprašanjem veliko bolj razlikujejo od kontrolne skupine. Obe izobrazbeni skupini sta enako pogosto izbrali le naslednje možnosti: plačljivost izobraževanja, predolgo trajanje in zaskrbljenost, da izobraževanje vključuje preverjanje zdravstvenega stanja. Medtem ko sta prva dva dejavnika oviri, ki ju delavci najpogosteje navajajo, je bil zadnji najredkeje izbran. Z vidika statistične pomembnosti delavci z osnovnošolsko ali nižjo in srednjo poklicno izobrazbo pogosteje navajajo, da se izobraževanja ne bi udeležili, če bi se od njih zahtevalo, da rešijo test, da govorijo pred skupino ljudi ali da bi jim bilo prepovedano početi določene stvari oziroma bi jih od njih odvrnili. Približno polovica se izobraževanj boji, medtem ko v kontrolni skupini to velja le za približno vsako tretjo osebo. Poleg tega se skoraj polovica slabše izobraženih delavcev ne bi udeležila izobraževanj z vsebinami, ki bi jih bilo težko uporabljati v vsakdanjem življenju, nekaj manj pa jih ne bi sodelovalo na izobraževanjih, med katerimi bi izvajalec podajal težko razumljivo vsebino (v tem primeru bi sodelovanje odpovedala zgolj vsaka peta oseba). Nizko stopnjo izobrazbe povezujemo tudi s strahom, da bi bili podatki o zdravstvenem stanju udeleženca dostopni delodajalcu²².

Preference glede izvajalcev izobraževanj o zdravju so med delavci z nižjo in višjo stopnjo izobrazbo podobne. Edina statistično pomembna razlika se nanaša na pripravljenost, da se udeleženec izobraževanja nauči nekaj od osebe, ki je uspešno premagala zdravstveno težavo, čeprav je tudi ta razlika neznatna. Takšnega izvajalca najpogosteje sprejmejo višje izobraženi delavci (vsak tretji), v skupini z nizko izobrazbo

²¹ Statistično pomembne, a šibke razlike smo ugotovili zgolj za certifikate in diplome, ki se podeljujejo za udeležbo na izobraževanjih.

²² Za vse primere: $p < 0,0001$, $df = 2$, a X^2 32,7; 22,1; 22,7; 28,9; 14,2; 28,5.

pa le vsak četrty²³. Na splošno se zdi, da velika večina delavcev (približno vsak drugi anketiranec) v tej vlogi pričakuje nekoga s strokovnimi izkušnjami na področju varovanja zdravja, na primer zdravnika, medicinsko sestro ali psihologa. Ostali potencialni izvajalci (znan in priznan strokovnjak, predstavnik alternativne medicine, duhovnik) so dobili občutno manj točk.

6. Povzetek rezultatov in zaključkov o zdravstveni vzgoji in promociji zdravja

Z raziskavo smo potrdili, da se splošni odnos do zdravja in skrbi zanj med zaposlenimi z osnovnošolsko in nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo na Poljskem v negativnem smislu razlikuje od odnosa višje izobraženih delavcev²⁴. Nižje izobraženi delavci na Poljskem redkeje uvajajo spremembe, ki koristijo zdravju, na primer spremembe prehranjevalnih navad, se manj posvečajo vsakodnevni telesni dejavnosti in ne opravljajo rednih zdravniških pregledov. Poleg tega jih polovica vsak dan ne razmišlja o tem, kako s svojim vedenjem vplivajo na lastno zdravje, in le vsak peti delavec pozorno spremlja informacije o tem, kaj je dobro za zdravje, ter razmišlja o tem, kako živeti bolj zdravo. Torej se le redko ukvarjajo s tovrstnimi vprašanji. Za približno vsako drugo osebo velja, da se začne zanimati za izobraževanje o zdravju šele, ko zbolijo.

Trije od štirih anketirancev precej pogosto priznavajo, da je njihovo znanje o zdravju precej pomanjkljivo ali celo nezadostno, toda hkrati bi le približno vsaka tretja oseba rada o zdravju vedela več. Tak odnos bi lahko opisali z besedami: "Ne vem veliko o tem, kako skrbeti za svoje zdravje, toda to, kar vem, mi zadošča." Mnenje višje izobraženih bi potemtakem bilo: "Moje znanje je dobro, vendar bi želel vedeti več." Razlaga tega odnosa predstavlja precejšen izziv. Za takšno vedenje ne moremo preprosto (ali zgolj) reči, da je posledica nevednosti, povezane z zdravjem. Rekli bi lahko, da je za intervjuvance, ki kritično (in glede na stopnjo "zdravstvene pismenosti" intervjuvanca tudi natančno) ocenjujejo svoje znanje, lastno zdravje pomembno. To potrjujejo tudi izsledki drugih raziskav o tem, kako poljska družba ceni zdravje (Puchalski, 2009). Natančno bi bilo treba preučiti tudi vzroke, zakaj ljudje ne želijo vedeti več o zdravju, če ocenjujejo, da je njihovo znanje o zdravju pomanjkljivo. V več kot 40 % primerov je prepričanje, da "kar vem, mi zadošča", morda posledica mišljenja, da "sam najbolje vem, kako skrbeti za svoje zdravje". Če je tako, lahko položaj precej dobro razumemo. Toda pojavi se vprašanje, ali v ostalih primerih ne gre morebiti za mnenje "kar vem, mora zadoščati". Takšno razlago potrjujejo znaki a) zaskrbljenosti, b) splošnega nezaupanja v to, kar se uči, ter c) umika ali nezaupanja v to, da bi lastno znanje lahko izboljšali. V zvezi z zaskrbljenostjo lahko povemo, da več kot polovica anketirancev z nižjo stopnjo izobrazbe meni, da je včasih bolje o svojem zdravju vedeti manj. Možno je, da je njihovo mišljenje predvsem posledica kritične ocene delovanja zdravstvenega sistema na Poljskem, vključno z možnostjo pomoči ob nastopu bolezni²⁵. Kazalnik splošnega nezaupanja oziroma sumničavosti je na primer ta, da skoraj 60 % anketirancev z osnovnošolsko in nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo meni, da želijo s temi izobraževanji organizatorji nekaj prodati pod pretvezo, da govorijo o zdravju. Kritičen odnos do zdravstvene vzgoje izraža mnenje približno vsakega drugega nižje izobraženega delavca, ki meni, da tovrstna izobraževanja posredujejo nasprotujoče si informacije ("predavatelj najprej reče eno stvar, potem pa nekaj čisto drugega") oz. da je informacije težko uporabljati v vsakdanjem življenju oz. da vznemirjajo ali nekaj prepovedujejo. Poleg tega vsako tretjo osebo skrbi, da bi bila vsebina izobraževanja težko razumljiva. Takšen odnos do izobraževanj o zdravju očitno izhaja iz predhodnih izkušenj z izobraževanjem v šoli in ne iz kritične ocene zdravstvenih ukrepov. Kljub temu ga je potrebno upoštevati. Če povzamemo, ni mogoče sklepati, da so prav vsi predstavniki treh četrtin nižje izobraženih delavcev, ki trdijo, da je njihovo znanje zadostno, nenaklonjeni izboljšanju znanja o tem, kako skrbeti za svoje zdravje.

Analiza določenih preferenc glede virov, preko katerih bi nižje izobraženi delavci radi izvedeli, kako skrbeti za zdravje, je pokazala, da so se tri četrtine zaposlenih odločile za televizijo in radio, medtem ko jih je več kot polovica izbrala plakate, letake, članke v tisku in individualno strokovno svetovanje. Torej se

²³ $p < 0,01$, $df = 1$, $XP = 8,2$

²⁴ O izsledkih študij Poljskega nacionalnega centra za promocijo zdravja pri delu na Inštitutu za medicino dela Irzyja Noferja v Lodžu smo govorili na začetku tega poglavja.

²⁵ To je bilo med drugim ugotovljeno v raziskavi petdesetih nižje izobraženih delavcev, ki jo je leta 2009 opravil KCPZWMP v Lodžu z metodo nestrukturiranega intervjuja.

prištevajo med naslovnike elektronskih medijev in izobraževalne kampanje. Kot drugi vir za pridobivanje znanja navajajo individualna srečanja, denimo s strokovnjakom za prehrano ali s psihologom. Torej lahko sklepamo, da so delavci iz preučevane skupine v primerjavi s kontrolno skupino (ki je poleg medijev izpostavila internet, tisk in knjige za samopomoč) bolj dovzetni za pasivno sprejemanje, na primer, kadar poslušajo radio, gledajo televizijo, opazujejo oglasne panoje in plakate, ter kadar izberejo individualno svetovanje, kot je na primer obisk zdravnika. Po drugi strani obe skupini zelo redko vidita delodajalca v vlogi posredovalca znanja ali veščin o zdravju. Kljub temu ga vidita v vlogi organizatorja omenjenih značilnih dejavnosti, usmerjenih k skrbi za zdravje in varnost pri delu ter ustvarjanju manj stresnih delovnih razmer. Poleg tega pričakujeta, da bo kril stroške zdravstvenih pregledov in specialističnih zdravljenj svojih delavcev, pa tudi njihovih rekreacijskih in pristočasnih dejavnosti.

Med okoliščinami, ki bi anketirance spodbudile, da bi se udeležili izobraževanja o zdravju, so v prvi vrsti (za približno tri četrtine nižje izobraženih delavcev) brezplačna udeležba, izobraževanje med delovnim časom in možnost zdravilnih in lepotilnih obravnav ter preverjanja zdravja med izobraževanjem. Presenetljivo je, da bi podobno število anketirancev k udeležbi spodbudila možnost prejema plačila za sodelovanje na izobraževanju.

Med dejavniki, ki delavce z osnovnošolsko in nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo odvrčajo od udeležbe na teh izobraževanjih, približno vsak drugi anketiranec navaja reševanje testa in nastop pred skupino ljudi. Nizka stopnja izobrazbe je povezana tudi s strahom, da bi imel delodajalec preko izobraževanja dostop do podatkov o zdravstvenem stanju delavca.

Kar zadeva izvajalce izobraževanj, se nižje izobraženi Poljaki najpogosteje (približno 40 %) odločajo za zdravnike, medicinske sestre, babice ali druge strokovnjake s področja zdravja, kot so psihologi, strokovnjaki za prehrano in fizioterapevti. Le 10 % anketirancev v tej vlogi na primer vidi znano osebnost in petkrat redkeje predstavnika alternativne medicine. Subjektivno gledano bi torej anketiranci najprej pripisali pravico in najverjetneje tudi sposobnost za izvajanje tovrstnih izobraževanj vsem predstavnikom medicinske stroke (oziroma tistim, ki jih povezujejo z medicino).

Organizatorje zdravstvenovzgojnih izobraževanj, namenjenih nižje izobraženim delavcem, torej čaka zelo velik izziv. Najprej bi morali poskrbeti za večje zanimanje za zdravje in občutek odgovornosti za zdravstveno stanje med temi ljudmi. To pomeni, da jim morajo pomagati spremeniti prepričanje, da "nima smisla skrbeti za zdravje, dokler so zdravi", oziroma domnevo, da vsak zdrav človek zna skrbeti za svoje zdravje, saj se je tega naučil skozi življenje. Zdravstvena vzgoja se v tem smislu sooča s pomembno oviro – premajhnim povpraševanjem po informacijah, ki jih ponuja. Vsekakor pa ne gre za to, da ljudje mislijo, da je pomanjkljiva ali preslabe kakovosti.

Naslednji korak je zmanjšanje odpora do učenja, ki je prisoten pri dveh tretjinah delavcev z nizko izobrazbo. To dosežemo s širjenjem znanja o tem, kako odgovorno skrbeti za svoje zdravje, mu ne škodovati in kako ga okrepiti. Na srečo so nižje izobraženi delavci navajeni, da se o zdravju govori v množičnih medijih, saj so obkroženi z oglasnimi panoji, letaki in s plakati, ki so posvečeni zdravju. To je torej eden izmed načinov, kako pristopiti do njih. Vendar pa pri množičnih medijih naletimo na težavo, saj ti ljudje tvorijo precej majhno skupino (manjšino), medtem ko množični mediji nagovarjajo širše občinstvo (večino), kar pomeni, da jih morda ne bo zanimalo posredovanje informacij za omenjeno skupino oziroma jih bodo posredovali v omejenem obsegu. Raziskave kakovosti, ki jih dela KCPZwMP IMP v Lodžu, kažejo, da televizijske ali radijske oddaje, ki so posvečene zdravju, težko tekmujejo s filmi ali športnimi tekmovanji, ki jih ima ta skupina raje (IMP, 2009). Tako se zgodi, da plakati in letaki, ki jih razdeljujejo v njihovi okolici, ostanejo neprebrani, medtem ko jih podjetja, kjer so ti ljudje zaposleni, ne razdeljujejo, saj od delavcev pričakujejo, da se bodo posvečali klasičnim dejavnostim, povezanim z zdravjem in varnostjo pri delu, zdravstvenim pregledom in zdravljenju. Druga možnost pa je, da nižje izobraženim delavcem posredujemo informacije preko kratkih člankov v časopisih in revijah, kot je pokazala omenjena raziskava kakovosti, ki pa naj se pojavijo skupaj z drugimi interesnimi področji, kakršna so zabava in različne informacije (denimo skupaj s televizijskim sporedom). Tako jim omogočimo, da na istem mestu najdejo stvari, ki jih res zanimajo, obenem pa še sporočila o zdravju.

S še eno težavo se soočimo, ko želimo njihovo znanje in veščine izboljšati v večji meri, kot pa nam to omogočajo na primer radio in televizijske oddaje ali letaki. Takrat so potrebna izobraževanja. Raziskava je namreč pokazala, da ljudje ne vedo dovolj o pojavih in izrazih, ki se pogosto uporabljajo

v okviru zdravstvene vzgoje. Poleg tega se pri približno vsakem drugem delavcu z osnovnošolsko in nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo sproži vrsta negativnih asociacij. Ne želijo ponovno “sedeti v šolski klopi” (samo vsak tretji delavec bi se udeležil predavanja ali delavnice) in se bojijo, da bodo vsebine na izobraževanju težko razumeli in da bodo pridobljeno znanje le težko uporabljali v vsakdanjem življenju. Skrbi jih tudi reševanje testa, ki preverja njihovo znanje, oziroma da bodo morali nastopiti pred skupino ljudi. Povrh vsega so si za izobraževanje pripravljeni vzeti največ dve uri in še to najraje med delovnim časom. Kljub vsemu večina misli, da za izobraževanje niti nimajo časa. Tri četrtine delavcev v tej skupini pričakuje, da bodo izobraževanja brezplačna, za udeležbo na njih pa bi z veseljem prejeli plačilo. Radi bi imeli možnost udeležbe na izobraževanjih, ki vključujejo zdravilne in lepotilne storitve ali preverjanje zdravja, dve tretjini bi jih želelo prejeti manjše darilo. Polovica se med izobraževanjem ne bi branila prigrizkov in sodelovanja pri žrebanju manjših nagrad. Vse to za organizatorje predstavlja velike stroške in tudi logistične omejitve. Na srečo je za dve tretjini anketirane skupine spodbudna možnost postavljanja vprašanj oziroma izvajanja določene dejavnosti, ki koristi zdravju, pod nadzorom strokovnjaka. Trenutno stanje kaže, da je treba na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja v primeru nižje izobraženih delavcev na Poljskem presekati “gordijski voz”. Več kot očitno je, da takšna ciljna skupina zahteva še posebej dobro premišljene in izdelane dejavnosti. Zdi se, da komercialni mediji (televizija, radio), ki so usmerjeni v velike množice, ne izpolnjujejo vloge kanala, ki bi zapolnil vrzel v znanju ali spremenil nenaklonjena stališča do zdravja. Nekaj možnosti sicer lahko zasledimo v tisku, zlasti dnevnem, toda le, če članki o zdravju pritegnejo bralčevo pozornost, medtem ko bere članke in zbira informacije o drugih temah. Članki morajo izpolnjevati nekatera dodatna merila, saj morajo pritegniti pozornost (z izbiro teme), biti morajo zelo kratki in lahko razumljivi. To pomeni, da z zelo ozko ponudbo vsebin dosežemo izbrano ciljno skupino. Podobni izzivi in omejitve veljajo tudi za plakate in letake.

Opravljen raziskava v prvi vrsti nakazuje, da nižje izobraženi delavci čutijo potrebo po osebnem stiku s strokovnjaki s področja zdravja, najpogosteje z zdravniki. Kaže tudi, da bi radi imeli možnost postavljanja vprašanj in celo priložnost, da se pod strokovnim nadzorom naučijo nekaterih novih veščin. To je najverjetneje najsprejemljivejši način, kako lahko skrbijo za svoje zdravje. Seveda to ni dobra novica za organizatorje projektov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, ker gre za dolgotrajen in drag način. Kljub vsemu takšnega pristopa do nižje izobraženih delavcev ne smemo zanemariti. Metodo bi lahko uporabljali med izobraževalnimi akcijami za delovno prebivalstvo, pri čemer moramo upoštevati, da je zanimanje zanje zelo slabo (to so na primer pokazala preverjanja), kar znova pomeni, da potrebujemo zelo dobro premišljeno strategijo, kako promovirati to obliko ponudbe. To težavo kot tudi ostale izzive lahko rešimo z organizacijo individualnih posvetovanj v podjetjih, ki zaposlujejo nižje izobražene delavce. Problem udeležbe na izobraževanjih lahko učinkovito rešimo tako, da v obvezne prve zdravniške preiskave, preglede in nadaljnjo oskrbo vključimo kakovostna posvetovanja o zdravju. Če predpostavljamo, da bi bila ta posvetovanja dobro sprejeta in da bi bila naslednja tovrstna svetovanja organizirana med delovnim časom ter bi vključevala tudi preglede ter zdravilne in lepotilne storitve, ki bi jih financiral delodajalec (četudi ne bi bili povezani s samo službo), bi se s tem povečala tudi možnost uspeha tovrstnih projektov. Zdi se torej, da so programi, ki promovirajo zdravje in se izvajajo v podjetjih, dober način, kako se soočiti z izzivi, ki nastajajo zaradi posebnega načina obnašanja in razmišljanja o zdravju, značilnega za nižje izobražene delavce. Ti programi bi morali vključevati individualno zdravstveno vzgojo in nuditi dodatne preventivne preglede ali druge storitve (na primer fizioterapijo). Vključimo lahko tudi nekatere oblike sofinanciranja rekreacijskih in prostočasnih dejavnosti delavcev, in dejavnosti, ki izboljšujejo estetski vidik in udobje na delovnem mestu ter ustvarjajo manj stresne delovne razmere itd. Vse to seveda v okviru zmožnosti posameznega podjetja.

Viri in literatura

1. Centralni statistični urad. Statistical Yearbook [v poljščini]. Varšava; 1988.
2. Centralni statistični urad. Statistical Yearbook of the Republic of Poland [v poljščini]. Varšava; 1993.
3. Centralni statistični urad. Demographic Yearbook [v poljščini]. Varšava; 2006.
4. Centralni statistični urad. Statistical Yearbook of the Republic of Poland [v poljščini]. Varšava; 2008.

5. Cianciara D. Evaluation of the Structure and Usefulness of Information Present in the Materials Promoting Non-prescription Medicines from the Perspective of New Public Health [v poljščini]. Varšava: Państwowy Zakład Higieny; 2006.
6. Gniazdowski A. Health Behaviours outside Work of People Employed in Industry. V: Gniazdowski A, ur. Health Behaviours. Theoretical Issues, An Attempt to Characterize Health Behaviours of the Polish Society [v poljščini]. Łódź: IMP; 1990.
7. Herzlich C. Health and illness. A socio-psychological analysis. London: Academic Press; 1973.
8. [http:// www.diagnoza.com/](http://www.diagnoza.com/). Prevezeto 6. 5. 2010.
9. IMP. Perception of Messages within Health Education of Low Educated People, neizdano raziskovalno poročilo [v poljščini]. Łódź; 2009.
10. Iwanowicz E. Health literacy as one of the contemporary public health challenges. [v poljščini]. Medycyna Pracy 2009;60(5):427–437.
11. Korzeniowska E. Health beliefs and health behavior in older employees of medium-size and large enterprises [v poljščini]. Medycyna Pracy 2004;55(2).
12. Korzeniowska E. Health Awareness of Professionally Active Low Educated Employees as a Challenge for Health Education. V: Chrzanowska I., Jachimczak B, ur. A place of the Other in the Contemporary Education Science. Challenges for the Practice [v poljščini]. Łódź: Satoridruk.pl.; 2008.
13. Kwaśniewska M, Bielecki W, Kaczmarczyk-Hałas K, Pikala M, Drygas W. An Evaluation of Popularization of a Healthy Lifestyle among Adult Citizens of the Voivodeships of Łódź and Lublin. Projekt WOBASZ [v poljščini]. Przegląd Lekarski 2007;64(2).
14. Ostrowska A. Lifestyle and Health [v poljščini]. Varšava: IFiS PAN; 1999.
15. Puchalski K. Health value based on survey results. V: Bąk A, Kubisz-Muła Ł, ur. Methods, Techniques and Practice of Social Surveys [v poljščini]. Bielsko Biała: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej; 2009.
16. Słomska Z. Sociological Review of Health Promotion. Selected problems. V: Piątkowski W, Brodnyak WA, ur. Health and Illness. Sociological Perspective [v poljščini]. Tyczyn: WSSG; 2005.

12. POGLAVJE

Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju – slovenski primer

Nataša Dernovšek Hafner, Tanja Urdih Lazar, Klavdija Besednjak

1. Uvod

Temelji ranljivosti slabše izobraženih delavcev so nizek socialno-ekonomski status, deprivilegiran položaj na trgu dela, slabša možnost za vključevanje v dodatno izobraževanje. Za to skupino je značilno tudi slabše zdravje, nezdrav življenjski slog in majhna motivacija za spremembe, predvsem spremembe na področju zdravja.

1. 1. Zdravje delovno aktivnega prebivalstva

V Sloveniji že dvajset let spremljamo zdravje zaposlenih na podlagi odsotnosti z dela zaradi bolezni, ki jo prikazujemo z različnimi kazalniki bolniškega staleža, najpogosteje z odstotkom bolniškega staleža. Ta v zadnjih letih v povprečju znaša od 4 % do 5 %, med vzroki za odsotnost z dela med slovenskimi delavci pa so najpogosteje poškodbe zunaj dela in pri delu, bolezni mišičnoskeletnega sistema in duševne motnje.

Na splošno Slovenci najpogosteje zbolevalo za boleznimi dihalnega sistema, duševnimi motnjami, boleznimi mišično-skeletnega sistema in boleznimi prebavnega trakta. Najpogostejši vzrok smrti med prebivalci Slovenije so srčno-žilne bolezni, ki povzročijo skoraj polovico vseh smrti (Albreht in sod., 2002; Highlights on Health in Slovenia 2005, 2006).

Po podatkih mednarodne raziskave o kakovosti življenja, v kateri je sodelovalo sedem držav, Slovenija, Nemčija, Avstrija, Madžarska, Švedska, Švica in Španija, so sodelujoči zdravje postavili na prvo mesto po pomembnosti v življenju (Toš in sod., 2004).

V raziskavi Statističnega urada RS iz leta 2007 je kar 58 % oseb, ki so izrazile mnenje o svojem splošnem zdravstvenem stanju, ocenilo, da so zelo dobrega ali dobrega zdravja, 14 % jih je menilo, da je njihovo zdravje slabo ali zelo slabo, preostali pa, da je njihovo zdravstveno stanje srednje dobro. Moški so imeli nekoliko boljše mnenje o svojem zdravju kot ženske. Največji delež oseb s slabim mnenjem o svojem zdravstvenem stanju je bil med upokojenci (32 %) in drugimi neaktivnimi osebami (30 %) ter med brezposelnimi (20 %). Med delovno aktivnimi osebami jih je 6 % menilo, da je njihovo zdravstveno stanje slabo ali zelo slabo (IVZ, 2010).

1. 2. Izobrazbena struktura in stopnja pismenosti delovno aktivnega prebivalstva

Državni statistični podatki o izobrazbeni strukturi delovno aktivnega prebivalstva iz leta 2008 kažejo, da 14,8 % zaposlenih nima srednješolske izobrazbe, 26,8 % pa jih je zaključilo nižjo ali srednjo poklicno šolo (Statistični urad Republike Slovenije, 2008a). Pregled izobrazbene strukture zaposlenih po dejavnostih za leto 2007 kaže, da delež delavcev z izobrazbo, ki je nižja od srednješolske (polkvalificirani oziroma nekvalificirani delavci), prevladuje v naslednjih panogah: gradbeništvo (37,0 %), kmetijstvo, lov in gozdarstvo (30,6 %), predelovalna industrija (29,4 %) in gostinstvo (24,0 %) (Statistični urad Republike Slovenije, 2008b).

Izobrazbena struktura zaposlenih se v zadnjih dveh desetletjih izboljšuje z zaposlovanjem bolj izobražene delovne sile in odlivom nižje izobraženih delavcev zaradi zahtev po prestrukturiranju gospodarstva (Ivančič in sod., 2007). Kljub temu podatki iz leta 2007 za Slovenijo kažejo, da 41,6 % delavcev ne dosega srednje strokovne ali splošne izobrazbe, "ki je pogoj za nadaljevanje šolanja na terciarni ravni in kazalnik dosežkov pismenosti, potrebnih za uspešno delovanje v sodobnih informacijskih družbah" (Statistični urad Republike Slovenije, 2008a; Ivančič in sod., 2007).

Po podatkih mednarodne raziskave pismenosti, ki jo je opravila Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD), je pismenost opredeljena kot "sposobnost razumevanja in uporabe tiskanih informacij med vsakodnevnimi dejavnostmi doma in na delovnem mestu znotraj skupnosti, da bi dosegli cilj in razvili [svoje] veščine in potencial". Dosežki pismenosti so pojasnjeni s štirimi glavnimi dejavniki: stopnjo izobrazbe, izobrazbo staršev, starostjo in zaposlitvenim statusom. Na področju pismenosti je bila Slovenija med dvajsetimi sodelujočimi državami uvrščena skoraj na dno lestvice – slabše rezultate so dosegle samo še Poljska, Portugalska in Čile (Ivančič in sod., 2007).

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravstveno pismenost kot "kognitivne in socialne spretnosti, ki določajo posameznikovo motivacijo in sposobnost, da pridobijo dostop do informacij ter jih razumejo in uporabljajo na način, ki spodbuja in ohranja dobro zdravje. Z izboljšanjem dostopa ljudi do zdravstvenih informacij in njihove sposobnosti, da jih uporabijo učinkovito, je zdravstvena pismenost bistvena za opolnomočenje posameznika." Ameriški Nacionalni zdravstveni svet pri svojem opisu zdravstvene pismenosti dodaja še "pripravljenost sprejeti informacije o zdravju", branje, stopnjo izobrazbe in kulturno ozadje (Kempner, 2003).

Nizka raven zdravstvene pismenosti vpliva na sposobnost osebe, da sprejema informirane odločitve o svojem zdravju. Privede lahko do neučinkovitega zdravljenja in neuspešne rehabilitacije. Nizke stopnje zdravstvene pismenosti imajo v vseh državah. Raziskava, opravljena leta 1995 v ZDA, je pokazala, da tretjina angleško govorečih bolnišničnih bolnikov ne zna prebrati ali ne razume osnovnih zdravstvenih besedil. Starejši in osebe s splošno slabim zdravstvenim stanjem so bili zdravstveno najmanj pismeni (Kempner, 2003).

Že dolgo je znano, da bralna sposobnost vpliva na zdravje. Glede na slabo stopnjo splošne pismenosti med delavci, ki imajo manj kot štiri leta srednješolske izobrazbe, lahko zaključimo, da imajo slab dostop do zdravstvenih informacij, ki jih zaradi nezadostnega znanja ne morejo učinkovito uporabiti.

1. 3. Finančni položaj

Nizka izobrazba, še posebej dokončana ali celo nedokončana osnovna šola, je napovedovalec nizkega dohodka. Delež nizko izobraženih med revnimi je dvakrat večji kot v celotnem prebivalstvu, je pokazala raziskava o omrežjih socialnih opor prebivalstva Slovenije, ki je bila opravljena leta 2002 (Novak, 2004).

Po mnenju tujih raziskovalcev ima približno polovica vseh delavcev z nizko stopnjo izobrazbe slabo plačana delovna mesta. Doseganje srednje oziroma visoke stopnje funkcionalne pismenosti je bistveno za to, da se izognemo nizkim plačam in dohodkom. Od 65 % delavcev, ki so v okviru ameriške Nacionalne raziskave pismenosti odraslih dosegli tretjo (srednjo) ali višjo raven, je le 3,5 % moških in 6,5 % žensk prejelo nizke plače in prihajalo iz družin, katerih dohodki so bili manj kot 1,5-krat višji od uradnega praga revščine. Po drugi strani nizka funkcionalna pismenost občutno poveča možnost zaposlitve na slabo plačanem delovnem mestu. Tako je bila na primer razširjenost nizkih plač pri ženskah z najnižjo stopnjo pismenosti 30 odstotnih točk višja kot pri ženskah, ki so se v funkcionalni pismenosti uvrstile v sredino lestvice (Lerman in Skidmore, 1999).

Nizka izobrazba poleg starosti in invalidnosti precej znižuje tudi možnosti iskanja nove zaposlitve brezposelnim delavcem, kar se v Sloveniji še posebej izrazito kaže v času recesije. Tako nekvalificirane brezposelne osebe predstavljajo več kot 40 % vseh brezposelnih. Poleg tega je samo ena izmed sedmih invalidnih oseb zaposlena, medtem ko je 20 % dolgotrajno brezposelnih oseb invalidnih. Brezposelnost med osebami nad 40 let starosti se je v letu 2005 povečala na 43,6 % s 34,1 %, kolikor je znašala leta 1995 (Evropski socialni sklad v Sloveniji, 2007–2013).

V letu 2009 so med upravičenci do denarnega nadomestila za primer brezposelnosti največji delež predstavljali upravičenci s I. in II. stopnjo izobrazbe (35,7 %), upravičencev s III. in IV. stopnjo izobrazbe je bilo 30,5 % in s V. stopnjo izobrazbe 23,6 %. 10,3 % upravičencev pa je imelo VI. oz. VII. stopnjo izobrazbe (Zavod RS za zaposlovanje, 2010).

2. Temelji ranljivosti – zdravje, izobrazba in finančno stanje nižje izobraženih delavcev (NID)

Podatki za raziskavo v okviru projekta “Nižje izobraženi delavci na poti k zdravju” so bili zbrani na vzorcu 402 delavcev slovenskih podjetij. Zbiranje podatkov je potekalo v obliki osebnih intervjujev na domovih anketirancev. Polovica udeležencev je imela izobrazbo, nižjo od srednješolske: sestavljali so ga t. i. nižje izobraženi delavci (NID) z (ne)dokončano osnovno šolo, osnovno šolo, izobrazbo, nižjo od poklicne, ali poklicno izobrazbo. Druga polovica udeležencev je imela vsaj srednješolsko izobrazbo, tj. zaključeno srednjo ali višjo šolo, visoko šolo, univerzitetno izobrazbo, magisterijem ali doktoratom znanosti. Vzorec je bil izenačen po spolu.

Rezultati so pokazali, da med različnimi izobrazbenimi skupinami delavcev ni statistično pomembnih razlik v oceni lastnega zdravja. Več kot 70 % anketirancev navaja, da so dobrega zdravja. Vendar pa se pri skupini delavcev z najnižjo stopnjo izobrazbe, to je tistih z nedokončano osnovno šolo ali z izobrazbo, nižjo od poklicne, nakazuje trend pogostejšega navajanja, da so v zadnjem letu utrpeli nezgodo ali tako zboleli, da je to vplivalo na izvajanje njihovih vsakodnevnih aktivnosti pri delu in doma, ter da so tudi pogostejše boleli za katero od kroničnih bolezni, ki zahtevajo redne zdravniške kontrole.

Glede ocenjevanja lastnega znanja obstajajo statistično pomembne razlike med izobrazbenima skupinama delavcev: nižje izobraženi delavci ocenjujejo svoje znanje in spretnosti kot višje od uradno pridobljene izobrazbe.

Zanimalo nas je, kako se zaposleni vključujejo v različne interesne prostočasne dejavnosti: 42 % vprašanih se uči tujih jezikov, 80 % jih bere dnevne časopise in revije, 62 % se jih uči dela z računalnikom, internetom, 61 % vprašanih širi in izboljšuje svoje znanje v zvezi s poklicem ali hobiji. Med izobrazbenimi skupinami delavcev so se pokazale statistično pomembne razlike pri vseh aktivnostih, o katerih smo spraševali, razen pri branju dnevnih časopisov in revij. Zaposleni s srednjo/višjo in visoko/univerzitetno izobrazbo ali več se v primerjavi z nižje izobraženimi delavci hitreje, lažje in v večjem deležu vključujejo v različne interesne aktivnosti.

Kar 70 % anketiranih je odgovorilo, da je njihov finančni položaj povprečen, vendar med izobrazbenimi skupinami delavcev obstaja statistično pomembna razlika. Manj izobraženi anketiranci imajo slabši finančni položaj v primerjavi z višje izobraženimi anketiranci. Skoraj polovica anketiranih z nedokončano osnovno šolo ali z izobrazbo, nižjo od poklicne, je poročala, da morajo živeti precej skromno, medtem ko je med delavci s terciarno izobrazbo le 10 % takšnih odgovorov.

Zaključki in predlogi

V raziskavi smo ugotovili, da več kot 70 % delavcev ocenjuje svoje zdravstveno stanje kot dobro. Po drugi strani se zdi, da so NID bolj izpostavljeni zdravstvenim težavam kot bolje izobraženi delavci – v povprečju imajo več kroničnih bolezni, obenem pa je tudi njihov finančni položaj slabši v primerjavi z višje izobraženimi anketiranci.

Z višanjem izobrazbe se viša raven znanja tujih jezikov, uporabe računalnika in interneta, pa tudi vpis v tečaj in branje strokovnih revij.

3. Znanje s področja zdravja in zdravstvena pismenost pri skrbi za zdravje – objektivni in subjektivni vidiki

3. 1. Samoocena skrbi za lastno zdravje

Rezultati slovenske raziskave kažejo, da skoraj 70 % anketirancev svoje znanje s področja zdravja ocenjuje kot “zelo dobro” ali “dobro”. Kljub temu obstajajo velike in statistično pomembne razlike med izobrazbenimi skupinami. Več kot 40 % anketirancev z osnovnošolsko izobrazbo ocenjuje svoje znanje s področja zdravja kot “precej šibko” oziroma “nezadostno”, medtem ko je v skupini s terciarno izobrazbo takšnih odgovorov le 10 %.

Na vprašanje, ali bi o skrbi za svoje zdravje želeli izvedeti več, 56 % anketirancev odgovarja pritrdilno, 30 % obstoječe znanje zadostuje. Med izobrazbenimi skupinami delavcev je statistično pomembna razlika: zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe si bolj želijo novih znanj o tem, kako skrbeti za svoje zdravje, kot nižje izobraženi delavci.

3. 2. Zdravstvena pismenost med NID

Zdravstveno pismenost anketirancev smo ugotavljali s poznavanjem nekaterih osnovnih pojmov v zvezi z zdravjem, kot so pasivno kajenje, preventiva bolezni, zdrav življenjski slog, prehrambena piramida, indeks telesne mase (ITM) in holesterol.

Na splošno so anketiranci pokazali dobro prepoznavanje in razumevanje terminov. Odstotek pravih odgovorov na posamezna vprašanja je znašal:

- za pasivno kajenje 90 %,
- za preventivo bolezni 95,8 %,
- za zdrav življenjski slog 94,8 %,
- za prehrambeno piramido 77,4 %,
- za indeks telesne mase 89,6 %,
- za holesterol 92,5 %.

Med izobrazbenimi skupinami delavcev so se pokazale statistično pomembne razlike na vseh področjih, razen v poznavanju prehrambene piramide in holesterola. V vseh preostalih primerih so zaposleni s srednjo/višjo ter visoko/univerzitetno izobrazbo bolj zdravstveno pismeni od nižje izobraženih delavcev.

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako anketiranci prepoznavajo naslednje besedne zveze glede na škodljivost oz. koristnost zdravju: holesterol LDL, zmerena telesna dejavnost, (večkrat) nenasičene maščobne kisline, vlaknine, antioksidanti in prosti radikali. Več kot tretjina anketirancev ne ve, ali je holesterol LDL zdravju koristna ali škodljiva snov, enako velja za proste radikale. Skoraj vsi anketiranci (98,3 %) prepoznavajo zmerno telesno dejavnost kot dobro za zdravje, nekoliko manjši delež (83 %) pa tako meni za vlaknine. Da so (večkrat) nenasičene maščobne kisline koristne za zdravje, se strinja 56 % vprašanih, koristnost antioksidantov za zdravje prepoznavajo v 65 %.

Med izobrazbenimi skupinami delavcev so se pokazale statistično pomembne razlike pri naslednjih postavkah:

- (večkrat) nenasičene maščobne kisline: zaposleni z visoko/univerzitetno izobrazbo pogosteje prepoznavajo nenasičene maščobne kisline kot snovi, ki so dobre za zdravje, medtem ko jih zaposleni z (ne)dokončano osnovno šolo prepoznavajo kot zdravju škodljive oz. ne vedo, kakšen je njihov vpliv na zdravje,
- vlaknine: zaposleni s srednjo/višjo ter visoko/univerzitetno izobrazbo v primerjavi z zaposlenimi z (ne)dokončano osnovno šolo ter poklicno šolo statistično pogosteje prepoznavajo vlaknine kot zdravju koristne snovi,
- antioksidanti: da so antioksidanti zdravju koristni, statistično pogosteje menijo zaposleni z visoko/univerzitetno izobrazbo kot zaposleni z (ne)dokončano osnovno šolo.

3. 3. Zaznane potrebe na področju zdravstvene vzgoje državljanov

Zanimalo nas je, o katerih zdravstvenih temah bi bilo po mnenju anketiranih treba poučiti ljudi v naši državi. 45 % anketiranih se je zdelo najpomembnejše znanje o tem, kako obvladovati stres. 40 % anketiranih je odgovorilo, da bi bilo treba ljudi naučiti, da bi bolj redno telovadili oz. se ukvarjali s športom, 37 % jih zaznava potrebo po preventivnih pregledih, ki so namenjeni zgodnjemu odkrivanju bolezni. Tema, da bi bolj skrbeli za svoje zdravje pri delu, se je zdelo pomembna 8 % vprašanih. Odgovori zaposlenih različnih izobrazbenih skupin se med seboj niso statistično razlikovali.

Zaključki in priporočila

Skoraj 70 % anketirancev je svoje znanje s področja zdravja ocenilo kot "dobro" oziroma "zelo dobro". Med izobrazbenimi skupinami obstajajo velike razlike – NID se zavedajo, da je njihovo znanje "precej šibko" oziroma "nezadostno". Ker so motivirani, bi lahko bili dobra ciljna skupina programov promocije zdravja.

Preizkus poznavanja osnov s področja zdravja in zdravstvene pismenosti je dal na videz dobre rezultate, vendar zopet obstajajo razlike med anketiranimi skupinami – manj izobraženi imajo manj znanja, zato bi jim programi promocije znanja verjetno bolj koristili.

Med zaznanimi potrebami na področju zdravstvene vzgoje je bil največkrat izbran odgovor obvladovanje stresa. Po podatkih relevantnih virov je obvladovanje stresa med najbolj učinkovitimi inter-

vencijami na področju promocije zdravja na delovnem mestu (Maes in Van der Doef, 2004). Zato bi morali organizirati takšne programe zdravstvene vzgoje, ki se osredotočajo na obvladovanje stresa.

Dobro bi bilo tudi načeti temo o skrbi za zdravje pri delu, saj se zdi, da je ta izjemno podcenjena – samo 8 % vseh anketirancev jo je uvrstilo med tri najpomembnejše izbire.

4. Z zdravjem povezano vedenje NID

Med ukrepi za izboljšanje lastnega zdravja so anketiranci najpogostejše (78 %) izbrali omejevanje pitja alkoholnih pijač (“trudim se piti le majhne količine alkohola oz. sploh ne pijem alkohola”), 59 % se jih trudi, da vsak dan delajo tako, da kar se le da malo škodijo svojemu zdravju, 57 % jih je odgovorilo, da se trudijo uživati manj maščob oz. izogibati se mastni hrani. Polovica anketirancev je povedala, da si prizadeva biti v dobri telesni kondiciji, redno telovadi ali se redno ukvarja s športom. Prav tako se polovica vprašanih trudi jesti manj sladkorja in sladkarij. 43 % vprašanih se načrtno in sistematično trudi hoditi na zdravniške preglede, da bi se seznanili s tveganji, povezanimi z rakom, srčnimi boleznimi in ostalimi težavami, ki jih lahko prizadenejo.

Statistično pomembne razlike med odgovori zaposlenih iz različnih izobrazbenih skupin so se pokazale pri skrbi za dobro telesno kondicijo, redno telovadbo in ukvarjanjem s športom. Tej dejavnost se posveča pomembno višji odstotek delavcev iz najnižje in najvišje izobrazbene skupine, medtem ko zaposleni s poklicno, srednjo in višjo izobrazbo zaostajajo.

Zaključki in priporočila

Osnovna zdravstvena vzgoja bi morala vključevati vsaj teme, kot so obvladovanje stresa, vzdrževanje telesne kondicije in poudarjanje pomena rednih zdravstvenih pregledov za zgodnje odkrivanje bolezni.

5. Specifičnost stališč NID glede vedenjskih vzorcev, povezanih z zdravjem

Rezultati slovenske raziskave kažejo na pomembne razlike med izobrazbenimi skupinami glede vpliva z zdravjem povezanega vedenja anketirancev na njihovo zdravje. Približno tretjina ljudi z osnovnošolsko oziroma nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo navaja, da pogosto razmišlja o tem, kako bolj zdravo živeti. V srednješolski oziroma terciarni izobrazbeni skupini je takih odgovorov polovica in več.

Med anketiranci ni razlik glede vztrajnosti pri vzdrževanju zdravih vedenjskih vzorcev. Okoli dve tretjini jih trdi, da “vedno” oziroma “skoraj vedno” vztrajajo pri ohranjanju zdravih vedenjskih vzorcev. Anketiranci se najlažje odrečejo pitju večjih količin alkohola in se udeležujejo sistematičnih zdravstvenih pregledov. Večina teh, z zdravjem povezanih vedenjskih vzorcev, je pri sorodnikih sprejeta z razumevanjem. Za najtežji zdravju koristni navadi sta se izkazali vsakodnevna telovadba in vsakodnevno delo na način, ki zdravju najmanj škoduje. Večino potencialnih navad, povezanih z zdravjem, so anketiranci ocenili kot zdravju koristne, zlasti redno in vsakodnevno telovadbo.

Zanimalo nas je, kakšne so reakcije sodelavcev, ko se nekdo odloči za spremembo življenjskega sloga in bolj zdravo življenje. Nižje izobraženi sodelavci cenijo poskus spremembe vedenja in se jim zdi spoštovanja vreden v naslednjih deležih:

- pri tretjini sodelavcev, ko nekdo poskuša manj kaditi ali pa popolnoma preneha s kajenjem, medtem, ko je v skupini delavcev s terciarno in srednješolsko izobrazbo podpore več kot 50 %,
- pri tretjini sodelavcev, ko nekdo poskuša shujšati, medtem ko je takšnih primerov v skupini delavcev s srednješolsko izobrazbo 52 %, v skupinah s terciarno izobrazbo pa 42 %,
- pri četrtini sodelavcev, ko nekdo poskuša jesti manj sladkarij ali se jim popolnoma odpovedati, med izobrazbenimi skupinami ni razlik,
- pri tretjini sodelavcev, ko nekdo poskuša jesti manj maščob, med izobrazbenimi skupinami ni razlik,
- pri dobri tretjini sodelavcev, ko se nekdo poskuša ukvarjati s športom, medtem, ko je v skupini s terciarno in srednješolsko izobrazbo podpore več kot 45 %,

- pri tretjini sodelavcev, ko nekdo poskuša redno opravljati preventivne zdravstvene preglede, med izobrazbenimi skupinami ni razlik,
- pri četrtini sodelavcev, ko nekdo jemlje vitamine, med izobrazbenimi skupinami ni razlik,
- pri četrtini sodelavcev, ko se nekdo na lastno pobudo udeleži izobraževanja na temo zdravja, med izobrazbenimi skupinami ni razlik,
- pri tretjini sodelavcev, ko nekdo poskuša spremeniti svoj način dela z namenom, da bi bilo njegovo delo varnejše in bolj zdravo, med izobrazbenimi skupinami ni razlik.

Zaključki in priporočila

Na splošno je zmanjševanje količine zaužitega alkohola trenutno edino širše priznано pozitivno vedenje, povezano z zdravjem, zato bi bilo treba pri pripravi predmetnika novega izobraževalnega programa upoštevati druge teme (npr. izogibanje sladkorju, manj mastna prehrana in redna telovadba). Pozitivna ugotovitev je, da sodelavci na splošno niso vir negativnega vpliva pri odločanju za bolj zdrav življenjski slog, saj je zelo malo vprašanih zatrdilo, da bi se sodelavci iz njih norčevali, če bi se odločili za bolj zdrav življenjski slog.

6. Vedenjski vzorci in stališča NID na področju zdravja pri delu

Rezultati slovenske raziskave kažejo, da se 55 % zaposlenih iz celotnega vzorca med opravljanjem svojega dela ponavadi ne meni za svoje zdravje, 64 % se trudi izvedeti, kako delati, da bi se izognili poškodbam, boleznim in nesrečam pri delu. 43 % zaposlenih se zelo ali precej strinja s trditvijo, da njihovo delo in delovne razmere škodujejo njihovemu zdravju. Samo 11 % zaposlenih meni, da je pri delu vredno upoštevati le tiste varnostne in zdravstvene ukrepe, katerih kršitev bi se končala s kaznijo.

Ugotovili smo statistično pomembne razlike med zaposlenimi z različno stopnjo izobrazbe pri dveh od štirih postavk vprašanja o odnosu delavcev do zdravja na delovnem mestu:

- “moje delo in razmere za delo škodujejo mojemu zdravju”: zaposleni z nižjo stopnjo izobrazbe so se bolj pogosto kot zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe strinjali s trditvijo, da njihovo delo in razmere za delo škodujejo njihovemu zdravju;
- “na delu je vredno upoštevati le tiste varnostne in zdravstvene ukrepe, katerih kršitev bi se končala s kaznijo”: zaposleni z nižjo stopnjo izobrazbe so se bolj pogosto kot zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe strinjali s trditvijo, da je na delu vredno upoštevati le tiste varnostne in zdravstvene ukrepe, katerih kršitev bi se končala s kaznijo.

Anketiranci od podjetja pričakujejo, da bo v zvezi z zdravjem na delovnem mestu storilo predvsem: skrbelo za zdravje in varnost pri delu na veliko višji ravni, kot jo določa zakon, (48 %), nudilo možnost obiska specialista in specialističnega zdravljenja pri različnih specialistih na stroške podjetja (41 %) ter skrbelo za oblikovanje čim manj stresnih delovnih razmer (34 %). Med pričakovanji zaposlenih iz različnih izobrazbenih skupin ni statistično pomembnih razlik.

Zaključki in priporočila

Delo in razmere na delovnem mestu negativno vplivajo na zdravje anketirancev: to še posebno velja za tiste z nižjo izobrazbo, saj ocenjujejo, da njihove delovne razmere škodijo zdravju. Če ta zaključek združimo z ugotovitvijo, da več kot 50 % anketirancev med opravljanjem dela ponavadi ne namenja dovolj pozornosti svojemu zdravju, je jasno, da poznavanje razmer za zdravo delo še vedno ni dovolj dobro. Ker je želja, da podjetje “skrbi za zdravje delavcev bolj, kot predvideva zakon”, široko zastopana, bi bilo koristno o tem izobraziti tudi delodajalce in jih spodbuditi k uvajanju ukrepov za boljše zdravje zaposlenih.

7. Odnos do zdravstvene vzgoje in njene zaželenе oblike

7. 1. Stališča o primernosti različnih orodjih, ki se uporabljajo v zdravstveni vzgoji

Zanimala nas je opredelitev zaposlenih do različnih načinov pridobivanja znanj in spretnosti, povezanih z zdravjem. Branje člankov in informativnih besedil o zdravju v časopisih in revijah ustreza 76 %

vprašanih, gledanje televizijskih programov in poslušanje radijskih postaj, ki govorijo o skrbi za zdravje, pa je primerno za 75 % anketiranih. 63 % vprašanih bi se udeleževalo strokovnih srečanj z individualnim svetovanjem, kako na čim primernejši način skrbeti za lastno zdravje, ter se udeleževalo dogodkov, kjer se spodbuja zdrav življenjski slog ter hkrati nudi možnost za zabavo in so tudi priložnost, da storijo nekaj dobrega za svoje zdravje. Vprašani bi v enakem deležu brali letake, brošure in plakate, ki obveščajo o tem, kako skrbeti za svoje zdravje, ter brskali po internetu za informacijami, ki so pomembne ali zanimive za njihovo zdravje. 55 % vprašanih bi obiskovalo predavanja specialista, ki udeležence seznani, kako skrbeti za svoje zdravje in kako se spoprijemati z boleznimi. 52 % ustreza branje strokovnih knjig za samopomoč s področja zdravja. Polovica vprašanih bi se udeleževala skupinskih srečanj pod strokovnim vodstvom z namenom izboljšati vedenje v korist zdravja (npr. skupine za pomoč pri odvijanju od kajenja, obvladovanju stresa ipd.). Udeležba na tekmovanju ali natečaju, ki spodbuja k zdravemu načinu življenja in kjer je možnost dobiti ali zadeti kako nagrado, bi pritegnila 44 % vprašanih.

Ugotovili smo statistično pomembne razlike med zaposlenimi z različno stopnjo izobrazbe na petih postavkah (od skupaj desetih) glede vprašanj o načinih pridobivanja znanj in spretnosti, povezanih z zdravjem. V štirih od petih primerov je zaposlenim s srednjo/višjo in visoko/univerzitetno izobrazbo pogostejše kot zaposlenim z (ne)dokončano osnovno ali poklicno šolo zelo/precej ustrezala predlagana oblika oz. način pridobivanja znanja in spretnosti, povezanih z zdravjem. Izjema je bilo gledanje televizijskih programov in poslušanje radijskih oddaj, ki bolj ustreza zaposlenim z nižjo stopnjo izobrazbe.

7. 2. Preference v zvezi s predavatelji

Zanimalo nas je, kakšne vrste strokovnjaka bi zaposleni najraje poslušali med izobraževanjem/delavnico zdravstvene vzgoje. 45 % vprašanih je izbralo strokovnjaka s področja zdravja, npr. psihologa, strokovnjaka za prehrano, fizioterapevta. S 44 % sledi odgovor, da bi želeli poslušati osebo, ki se je sama uspešno spoprijela s težavo in želi izkušnjo deliti z drugimi. Na tretjem mestu po izboru anketirancev je s 40 % odgovor, da so za to najprimernejši zdravnik, medicinska sestra ali patronažna sestra. 33 % vprašanih je odgovorilo, da bi najraje poslušalo znanega in priznanega strokovnjaka. Zdravilca oz. predstavnika alternativne medicine (bioenergetika, zeliščarja) bi bilo pripravljeno poslušati 16 % vprašanih. Za predloge, kot so: oseba, znana s televizije (igralec/igralka, politik/političarka, pevec/pevka) ter predstavnik cerkve se je odločilo manj kot 4 % vprašanih. Med odgovori zaposlenih z različno stopnjo izobrazbe ni bilo statistično pomembnih razlik.

7. 3. Dejavniki, ki spodbujajo udeležbo na izobraževanjih o zdravju

Vprašane bi k udeležbi na izobraževanju/delavnici najbolj vzpodbudilo zagotovilo, da bodo na vsa svoja vprašanja dobili odgovore (79 %), sledi brezplačna udeležba (75 %) ter odgovora "možnost izvajanja neke dejavnosti s pomočjo in pod nadzorom strokovnjaka" ter "možnost za preverjanje zdravja, kot sta npr. merjenje sladkorja v krvi ali krvnega tlaka" (71 %). Najmanj vzpodbudna za udeležbo na izobraževanju /delavnici sta se anketiranim zdela naslednja dejavnika: "prigrizki med izvajanjem izobraževanja/delavnice" (20 %) ter "možnost pojavitve v množičnih medijih (npr. na televiziji, v časopisu) v povezavi z udeležbo na izobraževanju/delavnici" (12 %). Med odgovori zaposlenih z različno stopnjo izobrazbe ni bilo statistično pomembnih razlik.

7. 4. Dejavniki, ki zmanjšujejo zanimanje za izobraževanja o zdravju

Dejavniki, ki bi anketirane odvrnili od udeležbe na izobraževanju/delavnici o zdravju, so naslednji: plačljivost delavnice oz. izobraževanja v 66 %, zahteva, da bi bilo na izobraževanju/delavnici treba govoriti pred skupino ostalih udeležencev v 40 %, izobraževanje/delavnica, ki bi trajalo/a več kot 2 uri, bi odvrnilo/a 34 % vprašanih, preizkus znanja, ki bi ga bilo treba opravljati ob zaključku delavnice, pa 33 % vprašanih.

Statistično pomembne razlike med zaposlenimi z različno stopnjo izobrazbe se pojavljajo pri naslednjih štirih odgovorih:

- za izobraževanje/delavnico bi bilo treba plačati,
- izobraževanje/delavnica bi trajalo/a več kot dve uri,
- ob zaključku izobraževanja/delavnice bi bilo treba opraviti preizkus znanja,
- na izobraževanju/delavnici bi morali govoriti pred ostalimi udeleženci.

Vsi navedeni primeri bi zaposlene z (ne)dokončano osnovno ali poklicno šolo v večjem deležu odvrnili od sodelovanja v izobraževanju/delavnici kot zaposlene s srednjo/višjo in visoko/univerzitetno ali večjo izobrazbo.

Zaposlene z (ne)dokončano osnovno ali poklicno šolo bi v večjem deležu kot tiste z najvišjo izobrazbo odvrnila od sodelovanja v izobraževanju/delavnici skrb, da bi imeli težave pri razumevanju predavatelja.

Zaključki in predlogi

Med najbolj priljubljene oblike zdravstvene vzgoje sodijo branje člankov in informacij v časopisih oziroma revijah ter gledanje televizije oziroma poslušanje radijskih oddaj. Ker so te dejavnosti pasivne in od udeleženca ne zahtevajo veliko truda, bi bilo znanje dobro izboljševati in dvigati osveščenost v zvezi z zdravjem tudi v okviru srečanj in delavnic, kjer bi sodelujoči lahko aktivno sodelovali pri razpravi oziroma na tečaju. Glede na odgovore anketirancev bi morale biti takšne delavnice brezplačne, hkrati pa bi morale odgovoriti na vsa vprašanja udeležencev. Poleg tega bi morali pri organizaciji delavnic upoštevati tudi naslednje: udeležencev ne bi smeli izpostavljati oz. jih siliti, da govorijo pred ostalimi; delavnica ne sme trajati predolgo.

8. Povzetek

Po podatkih slovenske raziskave je več kot 70 % vseh anketirancev navedlo, da so dobrega zdravja. Po drugi strani se zdi, da so NID bolj izpostavljeni zdravstvenim težavam kot bolje izobraženi delavci – v povprečju imajo več kroničnih bolezni, v primerjavi z višje izobraženimi pa so tudi v slabšem finančnem položaju.

Nižje izobraženi delavci statistično pomembno ocenjujejo svoje znanje in spretnosti bolje od uradno pridobljene izobrazbe, po drugi strani se počasneje in težje učijo tujih jezikov in dela z računalnikom in v manjšem deležu izpopolnjujejo svoje znanje.

Skoraj 70 % vseh anketirancev samoocenjuje svoje znanje s področja zdravja kot “dobro” oziroma “zelo dobro”. Kljub temu obstajajo velike in statistično pomembne razlike med izobrazbenimi skupinami. Več kot 40 % anketirancev z osnovnošolsko izobrazbo ocenjuje svoje znanje s področja zdravja kot “precej šibko” oziroma “nezadostno”, medtem ko je v skupini s terciarno izobrazbo takšnih odgovorov le 10 %. Na vprašanje, ali bi o skrbi za svoje zdravje želeli izvedeti več, 56 % anketirancev odgovarja pritrdilno, 30 % obstoječe znanje zadostuje. Med izobrazbenimi skupinami delavcev je statistično pomembna razlika: zaposleni na višji stopnji izobrazbe si bolj želijo novih znanj o tem, kako skrbeti za svoje zdravje, kot nižje izobraženi delavci.

Osnovna zdravstvena vzgoja bi morala vključevati teme o obvladovanju stresa, telesni dejavnosti in pomembnosti rednih zdravniških pregledov za zgodnje odkrivanje bolezni. Koristno bi bilo tudi načeti temo o skrbi za zdravje na delovnem mestu, saj je zelo podcenjena – samo 8 % vseh anketirancev je to temo uvrstilo med prva tri mesta po pomembnosti izbire.

Na splošno je zmanjševanje uživanja alkohola trenutno edina širše sprejeta navada, povezana z zdravjem, ki se je ljudje držijo, tako da je pri pripravi predmetnika za novi program zdravstvene vzgoje treba upoštevati tudi druge teme (kot je izogibanje sladkorju, manj mastna prehrana, redna telovadba). Pozitivna ugotovitev je, da sodelavci na splošno nimajo negativnega vpliva na odločitev posameznika za bolj zdrav življenjski slog (zelo malo anketirancev je navedlo, da se bi sodelavci norčevali, če bi se odločili za bolj zdrav življenjski slog).

Na področju zdravja pri delu anketiranci verjamejo, da delo in delovne razmere negativno vplivajo na njihovo zdravje. To še posebej velja za tiste z nižjo izobrazbo, saj ocenjujejo, da njihove delovne razmere škodujejo zdravju. Če ta zaključek združimo z ugotovitvijo, da več kot 50 % anketirancev med opravljanjem dela ponavadi ne namenja dovolj pozornosti svojemu zdravju, je jasno, da poznavanje razmer za zdravo delo še vedno ni dovolj dobro. Ker je želja, da podjetje “skrbi za zdravje zaposlenih bolj, kot predvideva zakon”, široko zastopana, bi bilo koristno o tem izobraziti tudi delodajalce.

Med različnimi oblikami zdravstvene vzgoje so NID med najbolj priljubljene izbire uvrstili gledanje televizijskih programov oziroma poslušanje radijskih oddaj, ki govorijo o skrbi za zdravje, ter branje člankov in informativnih besedil o zdravju v časopisih oziroma revijah. Ker sta gledanje televizije in poslušanje radijskih oddaj samo pasivni dejavnosti in od udeleženca ne zahtevata veliko truda, bi bilo znanje dobro

izboljševati in dvigniti osveščenost v zvezi z zdravjem tudi v okviru srečanj in delavnic, kjer bi sodelujoči lahko aktivno sodelovali pri razpravi oziroma na tečaju. Glede na odgovore anketirancev bi morale biti takšne delavnice brezplačne, hkrati pa bi morale odgovoriti na vsa vprašanja, ki bi jih udeleženci imeli. Drugi pomembni dejavniki, ki jih je treba upoštevati pri organizaciji delavnic, so: udeležencev ne bi smeli izpostavljati oz. jih siliti, da govorijo pred ostalimi; delavnice ne bi smele trajati predolgo.

Viri in literatura

1. Albreht T, in sod. Health Care Systems in Transition: Slovenia, 2002. Health Care Systems in Transition 2002;4(3).
2. Anon. Highlights on Health in Slovenia 2005. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
3. Evropski socialni sklad v Sloveniji, 2007–2013. Prevzeto: 13. 9. 2010. Dostopno na: http://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/sl_country_profile_sl.pdf.
4. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana; 2010. Prevzeto: 13. 9. 2010. Dostopno na: http://ivz.arhiv.over.net/javne_datoteke/datoteke/2178-ZdravjecvcSloveniji.pdf.
5. International Alliance of Patients' Organizations. Health Literacy. London; 2003. Prevzeto: 14. 12. 2009. Dostopno na: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372>.
6. Ivančič A, Drofenik O, Možina E. Smernice strategije razvoja temeljnih spretnosti zaposlenih: predlog. Ljubljana: ACS; 2007.
7. Kempner N. Health Literacy in a Changing World. The Patient's Network, 18. junij 2003. 4–8. Prevzeto: 14. 12. 2009. Dostopno na: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372>.
8. Kuper H, Adami HO, Theorell T, Weiderpass E. Psychosocial Determinants of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women: A Prospective Study in Sweden. American Journal of Epidemiology 2006;164(4): 349–357.
9. Lerman RI, Skidmore F. Helping Low-Wage Workers: Policies for the Future. Washington D.C.: Urban Institute; 1999. Prevzeto: 16. 12. 2009. Dostopno na: <http://www.dol.gov/oasam/programs/history/herman/reports/futurework/conference/low-wage.htm>.
10. Less educated women face greater heart risks. Reuters Health 24. 8. 2006. Prevzeto: 9. 12. 2009. Dostopno na: http://www.redorbit.com/news/health/630637/less_educated_women_face_greater_heart_risks/index.html.
11. Low-educated women experience greater health risks than their male counterparts. Prevzeto: 9. 12. 2009. Dostopno na <http://www.epha.org/a/2014>.
12. Maes S, Van der Doef M. Worksite Health Promotion. V: Kaptein AA, Weinman J, ur. Health Psychology. Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.; 2004: 358–83.
13. Novak M. Omrežja socialne opore prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo; 2004.
14. Svetovna zdravstvena organizacija. CSDH: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ženeva; 2008.
15. Statistični urad Republike Slovenije. Statistične informacije. Rezultati ankete o delovni sili. Ljubljana; 2008. Prevzeto 9. 12. 2009. Dostopno na <http://www.stat.si/doc/statinf/07-si-008-0904.pdf>.
16. Statistični urad Republike Slovenije. Statistični letopis. Ljubljana; 2008. Prevzeto 9. 12. 2009. Dostopno na http://www.stat.si/letopis/2008/12_08/12-06-08.htm.
17. Toš N, in sod. Vrednote v prehodu III, Slovensko javno mnenje 1999–2004. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV – CJMMK; 2004.
18. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. Letno poročilo 2009. Ljubljana; 2010. Prevzeto: 13. 9. 2010. Dostopno na: http://www.ess.gov.si/_files/886/letno_porocilo_zrsz_%202009.pdf.

Viri in literatura

1. Albreht T, in sod. Health Care Systems in Transition: Slovenia, 2002. Health Care Systems in Transition 2002;4(3).
2. Ameriško zdravniško združenje. Health Literacy Introductory Kit. Chicago; 2000.
3. Anon. Highlights on Health in Slovenia 2005. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
4. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. Report from the perspective of public health [v poljščini]. Varšava: PARPA Media; 2007.
5. Anderson R, Mikulič B, Vermeylen G, Lyly-Yrjanainen M, Zigante V. Second European Quality of Life Survey – Overview, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxemburg; 2009. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>.
6. Bardone L, Guio AC. In-Work Poverty. New commonly agreed indicators at the EU level. Statistics in focus 5/2005. Eurostat. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-005/EN/KS-NK-05-005-EN.PDF.
7. Batorski D. Uporaba IKT. V: Czapiński J, Panek T, ur. Social Diagnosis. Conditions and quality of life of Poles [v poljščini]. Varšava: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich; 2009.
8. Batorski D. Conditions and consequences of using ICT technologies. V: Czapiński J, Panek T, ur. Social Diagnosis 2007. Objective and Subjective Quality of Life in Poland. The Report. [v poljščini]. Varšava; 2007. Dostopno na: http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf.
9. CBOS. Current issues and events. Research Report, BS/138/2007 [v poljščini]. Varšava: CBOS; 2007.
10. Centralni statistični urad, statistični urad v Krakovu. Beneficiaries of social welfare and family benefits in 2008. Statistical analysis [v poljščini]. Krakov; 2009. Dostopno na: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/krak/ASSETS_2009_Beneficjenci.pdf.
11. Centralni statistični urad. The Adult Education. [v poljščini]. Varšava; 2009. Dostopno na: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_WZ_ksztalcenie_doroslych.pdf.
12. Centralni statistični urad. Statistical Yearbook of the Republic of Poland [v poljščini]. Varšava; 1993.
13. Centralni statistični urad. Statistical Yearbook of the Republic of Poland [v poljščini]. Varšava; 2008.
14. Centralni statistični urad. Statistical Yearbook [v poljščini]. Varšava; 1988.
15. Cianciara D. Evaluation of the Structure and Usefulness of Information Present in the Materials Promoting Non-prescription Medicines from the Perspective of New Public Health [v poljščini]. Varšava: Państwowy Zakład Higieny; 2006.
16. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2008. Dostopno na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
17. Demetrio D. Adult education. V: Śliwerski B, ur. Pedagogy. Subdisciplines of pedagogy knowledge. Volume 3 [v poljščini]. Gdansk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
18. Center za raziskovanje javnega mnenja. Educational aspirations and motives of the Polish society in 1993–2009. [v poljščini]. Varšava; 2009. Dostopno na: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_070_09.PDF.
19. Center za raziskovanje javnega mnenja. Professional life in Poland. The research report “Life conditions in Poland: problems and strategies”. [v poljščini]. Varšava; 2008. Dostopno na: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_034_08.PDF.
20. Centralni statistični urad. Statistical Yearbook [v poljščini]. Varšava; 1988.
21. Centralni statistični urad. Survey of health of Latvian inhabitants [v letonščini]. Riga; 2008. Dostopno na: http://www.csb.gov.lv/csp/events/?mode=arh&period=11.2009&cc_cat=471&id=10914.
22. Center za raziskovanje javnega mnenja. Working poor. The research report [v poljščini]. Varšava; 2008. Dostopno na: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_182_08.PDF.

23. Generalni direktorat za izobraževanje in kulturo. [v poljščini]. Dostopno na: www.llp.org.pl.
24. <http://www.diagnoza.com/>. Prevezeto 6. 5. 2010.
25. Državni statistični urad [v španščini]. 2006, 2007, 2008, 2009. Dostopno na: <http://www.ine.es>.
26. Dubas E. Age category 50+. Developmental characteristics and educational aspects. V: Dubas E, Pyżalski J, Muszyński PM, Rapuś PJ, ur. Supporting of the development of the unemployed aged 50+. Experience of the Adults Mentoring Project [v poljščini]. Lodž: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2008.
27. Durán A, Lara JL, Van Waveren M. Spain: Health system review. Health Systems in Transition 2006;8(4). Dostopno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96386/E89491.pdf.
28. <http://europass.frse.org.pl/files/iscsed.pdf>
29. Evropska komisija. Europe in figures – Eurostat yearbook 2009. Eurostat; 2009. Dostopno na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-CD-09-001.
30. Evropska komisija. Sustainable development in the European Union. 2009 monitoring report of the EU sustainable development strategy. Eurostat; 2009. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-78-09-865/EN/KS-78-09-865-EN.PDF.
31. Evropska komisija. Combating poverty and social exclusion: a statistical portrait of the European Union 2010. Eurostat; 2010. Dostopno na: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF.
32. Evropska komisija. Sporočilo Komisije »Evropa 2020 – strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast«, COM (2010) 2020 konč. Bruselj; 2010.
33. Evropska komisija. Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij – Prenovljena socialna agenda: priložnosti, dostopnost in solidarnost v Evropi 21. stoletja, COM/2008/0412 konč. Bruselj; 2008.
34. Evropska komisija. Eurobarometer survey on poverty and social exclusion. Luxembourg; 2009. Dostopno na: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_321_en.pdf.
35. Evropska komisija. Evropsko leto boja proti revščini in socialni izključenosti. Dokument o strateškem okviru. Prednostne naloge in smernice za dejavnosti evropskega leta 2010. Bruselj; 2008.
36. Evropska komisija. The Social Situation in the European Union 2007. Social Cohesion through Equal Opportunities. Eurostat; 2008.
37. Evropski svet. CO EUR 4, CONCL 1. Bruselj; 2010.
38. Evropski socialni sklad v Sloveniji, 2007–2013. Prevezeto: 13. 9. 2010. Dostopno na: http://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/sl_country_profile_sl.pdf.
39. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer. Access to employment for vulnerable groups. Foundation paper NO. 2 JUNE 2002. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/44/en/1/ef0244en.pdf>.
40. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer. Employment security and employability: A contribution to the flexicurity debate. 2008. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/36/en/2/EF0836EN.pdf>.
41. Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih razmer. Working poor – bringing them into the net, Information sheet. 20 January 2010. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/1094/en/1/EF091094EN.pdf>.
42. Evropski parlament in Evropski svet. Sklep št. 1350/2007/EC Evropskega parlamenta in Sveta z dne 23. oktobra 2007 o uvedbi drugega programa ukrepov Skupnosti na področju zdravja za obdobje 2008–2013. Strassbourg; 2007.
43. Federacja Konsumentów. 2007. Prevezeto: 12. 10. 2009 [v poljščini]. Dostopno na <http://www.federacja-konsumentow.org.pl/story.php?story=440>.
44. Finnegan JR, Viswanath K. Communication theory and health behaviour change. The media studies framework. V: Glanz K. in sod, ur. Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
45. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, ur. Health behaviour and health education: Theory, research and practice, 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
46. Gniazdowski A. Educational and promotional actions in public health. V: Indulski J, Jethon AZ, Dawydzik LT, ur. Public health. Selected issues [v poljščini]. Lodž: IMP; 2000.
47. Gniazdowski A. Health Behaviours outside Work of People Employed in Industry. V: Gniazdowski A, ur. Health Behaviours. Theoretical Issues, An Attempt to Characterize Health Behaviours of the Polish Society [v poljščini]. Lodž: IMP; 1990.
48. Górowska-Fells M, Kolasińska E, Smoczyńska A. Preschool education and nonvocational adult education as crucial steps in the process of lifelong learning in Europe [v poljščini]. Varšava: FRSE; 2007. Prevezeto 3. 3. 2010. Dostopno na: <http://www.eurydice.org.pl/files/wpnkd.pdf>.

49. Grantham-McGregor SM, in sod. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007;369(9555):60-70.
50. Grossmann R, Scala K. Health promotion and organisational development, European Health Promotion Series, No. 2. Vienna: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1993.
51. Hämäläinen RM. Workplace Health Promotion in Europe: The Role of National Health Policies and Strategies. Helsinki: FIOH; 2007.
52. Herzlich C. Health and illness. A socio-psychological analysis. London: Academic Press; 1973.
53. Niederlaender E. Causes of death in the EU. Statistics in focus 2006;10. Dostopno na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-010/EN/KS-NK-06-010-EN.PDF.
54. IMP. Perception of Messages within Health Education of Low Educated People, neizdano raziskovalno poročilo [v poljščini]. Lodž; 2009.
55. International Alliance of Patients' Organizations. Health Literacy. London; 2003. Prevezeto: 14. 12. 2009. Dostopno na: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372>.
56. Ivančič A, Drofenik O, Možina E. Smernice strategije razvoja temeljnih spretnosti zaposlenih: predlog. Ljubljana: ACS; 2007.
57. Iwanowicz E. Health literacy as one of the contemporary public health challenges. [v poljščini]. *Medycyna Pracy* 2009;60(5):427-437.
58. Joling C, Kraan K. Use of technology and working conditions in the European Union. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008. Dostopno na: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/63/en/1/EF0863EN.pdf>.
59. Kempner N. Health Literacy in a Changing World. The Patient's Network, 18. junij 2003. 4-8. Prevezeto: 14. 12. 2009. Dostopno na: <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=125&n=372>.
60. Korzeniowska E. Education in sociology of health research – changes of the phenomenon and interpretation dilemmas. V: Bąk A, Kubisz-Muła Ł, ur. Methods, techniques and practice of social surveys. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe ATH; 2009. p. 129-147 [v poljščini].
61. Korzeniowska E. Organisation and implementation of health promotion programmes at work [v poljščini]. Lodž: IMP; 1998.
62. Korzeniowska E, Puchalski K, Pyżalski J, Wojtaszczyk P, Iwanowicz E. Development and dissemination of health promotion methods tailored to the low educated employees' specific needs [v poljščini]. Lodž: IMP; 2007.
63. Korzeniowska E. Health Awareness of Professionally Active Low Educated Employees as a Challenge for Health Education. V: Chrzanowska I., Jachimczak B, ur. A place of the Other in the Contemporary Education Science. Challenges for the Practice [v poljščini]. Lodž: Satoridruk.pl.; 2008.
64. Korzeniowska E. Health beliefs and health behavior in older employees of medium-size and large enterprises [v poljščini]. *Medycyna Pracy* 2004;55(2).
65. Kuper H, Adami HO, Theorell T, Weiderpass E. Psychosocial Determinants of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women: A Prospective Study in Sweden. *American Journal of Epidemiology* 2006;164(4): 349-357.
66. Kwaśniewska M, Bielecki W, Kaczmarczyk-Hałas K, Pikala M, Drygas W. An Evaluation of Popularization of a Healthy Lifestyle among Adult Citizens of the Voivodeships of Łódź and Lublin. Projekt WOBASZ [v poljščini]. *Przegląd Lekarski* 2007;64(2).
67. Lerman RI, Skidmore F. Helping Low-Wage Workers: Policies for the Future. Washington D.C.: Urban Institute; 1999. Prevezeto: 16. 12. 2009. Dostopno na: <http://www.dol.gov/oasam/programs/history/herman/reports/futurework/conference/low-wage.htm>.
68. Less educated women face greater heart risks. Reuters Health 24. 8. 2006. Prevezeto: 9. 12. 2009. Dostopno na: http://www.redorbit.com/news/health/630637/less_educated_women_face_greater_heart_risks/index.html.
69. Low-educated women experience greater health risks than their male counterparts. Prevezeto: 9. 12. 2009. Dostopno na <http://www.epha.org/a/2014>.
70. Maes S, Van der Doef M. Worksite Health Promotion. V: Kaptein AA, Weinman J, ur. Health Psychology. Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.; 2004: 358-83.
71. Managed Care Outlook. Partnership for Clear Health Communication Works to Improve Health Literacy. 2007;20(8).
72. Manning DK, Kripalani S. The Use of Standardized Patients to Teach Low-Literacy Communication Skills. *American Journal of Health Behavior* 2007; 31(1):105-110.
73. Minelli M, Breckon DJ. Community Health Education, Settings, Roles and Skills. Sudbery: Jones and Bartlett Publishers International; 2009.

75. Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske: Thematic Review on Adult Learning. Poland Country Note. [v poljščini]. Varšava; 2006. Dostopno na: http://www.mpips.gov.pl/_download.php?f=userfiles%2FFile%2FDepartament+Rynku+Pracy%2FNotatka+na+temat+kraju.pdf.
76. Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske: Poland 2007. Report on labour market and social protection. [v poljščini]. Varšava 2007. Dostopno na <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1061>.
77. Ministrstvo za delo in socialno politiko Republike Poljske: Thematic Review on Adult Learning. [v poljščini]. Varšava; 2010. Dostopno na: <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=505>.
78. Ministrstvo za izobraževanje, socialno politiko in šport. National Action Plan on Social Inclusion of the Kingdom of Spain 2008-2010: Diagnosis of poverty and social exclusion in Spain. Madrid; 2008. Dostopno na: <http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-3-nap-inclusion-2008-2010-annex-iii-contributions-es.pdf?documentId=0901e72b8003c916>.
79. Ministrstvo za zdravje in socialno politiko. Spanish National Health System 2007 Annual Report. Monitoring the health conditions of the population. Madrid; 2009. Dostopno na: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidad-SNS/pdf/eqidad/informeAnual2007/monitoring.pdf>.
80. Novak M. Omrežja socialne opore prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo; 2004.
81. O'Connell PJ. Adults in training: an international comparison of continuing education and training. Pariz: OECD, Centre for Educational Research and Innovation; 1999. Dostopno na: http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/16/ce/f0.pdf.
82. OECD. Beyond Rhetoric: Adult Learning Policies and Practices. Pariz; 2003.
83. OECD. Education Policy Analysis 2003. Pariz; 2003.
84. OECD. Promoting Adult Learning. Pariz; 2005.
85. Ossowski S. Works. Volume 3: Problems of social psychology [v poljščini], Varšava: PWN; 1967.
86. Ostrowska A. Lifestyle and Health [v poljščini]. Varšava: IFiS PAN; 1999.
87. Owen N, Fotheringham M, Marcus BH. Communication technology and health behaviour change. V: Glanz K, in sod, ur. Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
88. Parent-Thirion A, Fernández Macías E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey, European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Luxemburg; 2007. Dostopno na: <http://www.euro-found.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
89. Pentor. Feeding habits of Poles. Report of Knorr [v poljščini]. 2005. Prevezeto: 12. 2. 2009. Dostopno na: <http://www.pentor.pl/19963.xml?MEDIA=pop>.
90. Petrakowa A, Sadana R. Problems and progress in public health education. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(12):963–970.
91. Pratkanis A, Aronson E. Age of Propaganda [v poljščini]. Varšava: PWN; 2004.
92. Pudule I, in sod. Health Behaviour among Latvian Adult Population, 2008. Riga: Center za zdravstveno ekonomijo; 2010. Dostopno na: http://vec.gov.lv/docs/new2009/Finbalt_1_dala.pdf.
93. Puchalski K, Korzeniowska E, Piwowska-Pościk L. Health activity and common awareness [v poljščini]. Lodž: IMP; 1999.
94. Puchalski K, Korzeniowska E. Why don't we take care of our own health. The role of common rationalisations in explaining health behaviours. V: Piątkowski W, ur. Health, disease, society. Studies of sociology of medicine [v poljščini]. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2004: 107–126.
95. Puchalski K. Determinants of health activities in the context of health promotion – a draft of a sociological model. V: Heszen I, Życińska J, ur. Health psychology in the search of positive inspiration [v poljščini]. Varšava: SWPS Akademica; 2008. p. 205–222.
96. Puchalski K. Unhealthy behaviours and reasons for it in the thinking of employees [v poljščini]. Medycyna Pracy 2004;55(5):417–424.
97. Puchalski K. Health value based on survey results. V: Bąk A, Kubisz-Muła Ł, ur. Methods, Techniques and Practice of Social Surveys [v poljščini]. Bielsko Biala: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej; 2009.
98. Reeves MJ, Rafferty AP. Health lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. Archives of Internal Medicine 2005;165(8):854–857.
99. Royuela-Mora V, Moreno R, Maya E. Monitoring the Lisbon Strategy. V: Lenain P, in sod, ur. Halfway through the Lisbon Strategy: expectations and reality. [v poljščini]. Varšava: Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych; 2005.

100. Schwartzberg JG. Low health literacy: what do your patients really understand? *Nursing Economics* 2002;20(3):145–7.
101. Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior* 2007;31(5):96–104.
102. Schwarzer R. Self-efficacy in taking and continuation of health behaviour. Existing approaches and the new model. V: Heszen-Niejodek I, Sęk H, ur. *Health Psychology* [v poljščini]. Varšava: PWN; 1997.
103. Schyve PM. Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. *Journal of General Internal Medicine* 2007;22(2):360–361.
104. Sęk H. Behavioral Health. V: Strelau J, ur. *Psychology. Academic Handbook* [v poljščini]. Gdansk: GWP; 2000.
105. Słońska Z. Sociological Review of Health Promotion. Selected problems. V: Piątkowski W, Brodnjak WA, ur. *Health and Illness. Sociological Perspective* [v poljščini]. Tyczyn: WSSG; 2005.
106. SKDS. Sport habits of Latvian inhabitants [v letonščini]. Riga; 2007. Dostopno na: http://izm.izm.gov.lv/upload_file/Sports/Latvijas-iedzivotaju-sportosanas-paradumi.pdf.
107. Statistični urad Republike Slovenije. Statistične informacije. Rezultati ankete o delovni sili. Ljubljana; 2008. Prevezeto 9. 12. 2009. Dostopno na <http://www.stat.si/doc/statinf/07-si-008-0904.pdf>.
108. Statistični urad Republike Slovenije. Statistični letopis. Ljubljana; 2008. Prevezeto 9. 12. 2009. Dostopno na http://www.stat.si/letopis/2008/12_08/12-06-08.htm.
108. Steinbrunn RL. Blue collar workers: what factors influence participation in health education programmes. *Benefits Quarterly* 1988;4(4):72–79.
109. Szarfenberg R. The European Union strategy against exclusion. [v poljščini]. Varšava: IPS UW; 2008.
110. Szomburg J. The Lisbon Strategy a chance for Europe, Information Seminar of the Polish Lisbon Strategy Forum. [v poljščini]. 2004. Dostopno na <http://www.pfsl.pl>.
111. Toš N, in sod. Vrednote v prehodu III, Slovensko javno mnenje 1999–2004. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, IDV – CJMMK; 2004.
112. Woynarowska B. Health Education. *Academic Handbook* [v poljščini]. Varšava: PWN; 2008.
113. Ylikoski M, in sod. Health in the World of Work: Workplace Health Promotion as a Tool for Improving and Extending Work Life. Helsinki: FIOH; 2006.
114. Zimbardo PG, Leippe MR. Psychology of behavior change and social influence [v poljščini]. Poznan: Zysk i S-ka; 2004.

Seznam avtorjev

Baķe Mārīte,

Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts, Latvija

Besednjak Klavdija,

Univerzitetni kliniķi center Ljubljana, Kliniķi inštitut za medicīno dela, prometa in športa, Slovenija

Dernovšček Hafner Nataša,

Univerzitetni kliniķi center Ljubljana, Kliniķi inštitut za medicīno dela, prometa in športa, Slovenija

Eglīte Maija,

Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts, Latvija

García Dolores,

Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Španija

Gil Jose,

Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Španija

Goszczyńska Eliza,

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poljska

Konopa Šarlote,

Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts, Latvija

Korzeniowska Elżbieta,

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poljska

López Manuel,

Instituto Valenciano De Atención a Los Disapacitados, Španija

Mārtiņšone Inese,

Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts, Latvija

Puchalski Krzysztof,

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poljska

Pyżalski Jack,

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poljska

Sprūdža Dagmāra,

Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts, Latvija

Urdih Lazar Tanja,

Univerzitetni kliniķi center Ljubljana, Kliniķi inštitut za medicīno dela, prometa in športa, Slovenija

Vanadziņš Ivars,

Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts, Latvija

Wojtaszczyk Patrycja,

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Poljska

Zellāne Mairita,

Rīgas Stradiņa Universitātes Darba un Vides Veselības Institūts, Latvija

Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKCL) je javni zavod z več kot 7000 zaposlenimi. Njegove temeljne dejavnosti so zdravstvena dejavnost na sekundarni in terciarni ravni, izobraževalna in raziskovalna dejavnost.

UKCL s svojimi klinikami, kliničnimi inštituti in kliničnimi oddelki ter drugimi organizacijskimi enotami opravlja bolnišnično in ambulantno specialistično dejavnost na področju ljubljanske regije in drugih regij, če nimajo ustrezne zdravstvene dejavnosti na regionalni ravni, ter zdravstveno dejavnost na terciarni ravni.

Terciarno zdravstveno dejavnost predstavlja skrb za uravnotežen razvoj specialističnih zdravstvenih dejavnosti v državi, uvajanje novih zdravstvenih metod, posredovanje novega znanja in veščin drugim zdravstvenim zavodom, izvajanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev ter izvajanje tistih zdravstvenih ukrepov, ki so potrebni za izvajanje izobraževalne dejavnosti.

Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) je bil ustanovljen leta 1971 in deluje kot samostojna enota znotraj UKCL. Poslanstvo 27-članskega kolektiva je vplivati na izboljševanje zdravja aktivne populacije.

KIMDPŠ se ukvarja s specialistično zdravstveno stroko in znanstveno disciplino, ki obsega predvsem preventivno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni na področju zdravja delavcev in prebivalcev v tistem življenjskem okolju, kjer je prisoten sovpliv delovnega okolja. Zadnja leta je inštitut v svoje delo vnašal nove vsebine, značilne za podobne inštitute v Evropi in svetu. Članstvo Slovenije v Evropski uniji zahteva razvoj doktrine o zdravju delavcev v skladu s konvencijami in direktivami EU s področja zdravja in varnosti pri delu, KIMDPŠ pa se dejavno vključuje v ta proces. Glavna področja dela inštituta so poklicne bolezni in ocenjevanje delazmožnosti, ergonomija in fiziologija dela, varnost in zdravje v prometu, poklicna/okoljska toksikologija in higiena, epidemiologija delovnega okolja, psihologija in humanizacija dela, promocija zdravja pri delu ter medicina športa.

Inštitut organizira izobraževanja za zdravnike specialiste medicine dela ter številna druga strokovna srečanja o skrbi za zdravje pri delu, namenjena podjetjem in predstavnikom zaposlenih. V sodelovanju s Katedro za javno zdravje skrbi za organizacijo podiplomskega študija medicine dela, prometa in športa, specializanti medicine dela, prometa in športa pa na inštitutu opravljajo velik del svojih obveznosti. KIMDPŠ sodeluje v domačih in mednarodnih raziskovalnih projektih s področja zdravja delavcev in športnikov ter v številnih programih promocije zdravja pri delu. Inštitut izdaja revijo *Sanitas et labor* ter druge znanstvene in strokovne publikacije.