

SOCJOLOGIA W PROMOCJI ZDROWIA



ELŻBIETA KORZENIOWSKA

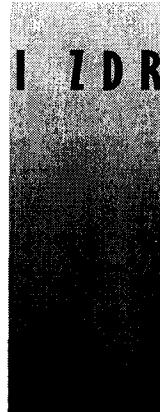
ZACHOWANIA
i ŚWIADOMOŚĆ
ZDROWOTNA
w SFERZE PRACY

INSTYTUT MEDYCYNY PRACY
im. prof. dra med. Jerzego Nofera

KRAJOWE
CENTRUM
PROMOCJI
ZDROWIA
W MIEJSCU
PRACY

Łódź 1997

SOCJOLOGIA W PROMOCJI ZDROWIA



Wydanie sfinansowano w ramach Strategicznego Programu Rządowego "Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy". Temat SPR IV. 22.4 "Upowszechnienie programów promocji zdrowia w miejscu pracy"

ISBN 83-86-052-38-4

Wydawca: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera
90-950 Łódź, ul. Św. Teresy 8, skr. poczt. 199
tel. (0-42) 6314 685, 6314 686, fax (0-42) 55 61 02

Opracowanie graficzne: ArtStudio (0-42) 657 21 86

ELŻBIETA KORZENIOWSKA

**ZACHOWANIA
i ŚWIADOMOŚĆ
ZDROWOTNA
w SFERZE PRACY**

**INSTYTUT MEDYCyny PRACY
im. prof. dra med. Jerzego Nofera**

**KRAJOWE
CENTRUM
PROMOCJI
ZDROWIA
W MIEJSCU
PRACY**

Łódź 1997



WPROWADZENIE

Niniejsze opracowanie to efekt analiz teoretycznych i badań empirycznych sytuujących się w obszarze socjomedycznej problematyki zachowań zdrowotnych. Duża i stale rosnąca na arenie międzynarodowej popularność tej dziedziny wiedzy i praktyki społecznej ma swe źródło w nowoczesnych, holistycznych koncepcjach zdrowia, ujmujących je w kategoriach bio-psycho-socjo-kulturowych /Noack, 1987/ oraz w projektach jego ochrony, wśród których szczególne miejsce zajmuje program Światowej Organizacji Zdrowia "Zdrowie dla wszystkich do roku 2000" /1985/ i związane z nim działania z zakresu promocji zdrowia.

Podstawowym przedmiotem zainteresowania tego opracowania jest specyficzny i relatywnie słabiej rozpoznany obszar zachowań zdrowotnych, a mianowicie zachowania zdrowotne w sferze pracy oraz wybrane elementy towarzyszącej im świadomości zdrowotnej.

Truizmem w świetle ustaleń współczesnej wiedzy naukowej jest stwierdzenie, że praca wywiera liczący się wpływ na zdrowie jednostki. Koncepcja tzw. "Mandali zdrowia", lista zagrożeń zdrowia Dalgrena i Diderishen /Włodarczyk, 1988, Karski, 1992/ jak i przede wszystkim dorobek medycyny pracy sytuują pracę zawodową na liczącej się pozycji wśród determinant stanu zdrowia poszczególnych ludzi i całych populacji. Z drugiej strony coraz silniej uprawomocniana jest teza o trudnej do przecenienia roli, jaką w procesie kształtowania zdrowia spełnia sposób postępowania człowieka /Illich, 1975/, w tym także w procesie pracy. Stanowisko to popiera np. Międzynarodowa Organizacja Pracy, która podkreśla w swoich

dokumentach, że aktywna postawa i prozdrowotne reguły działania zatrudnionych warunkują skuteczność innych przedsięwzięć na rzecz zdrowia czynnych zawodowo /Dawydzik, 1997,b/

Sposoby realizacji obowiązków służbowych wywierają tym większy wpływ na zdrowie populacji pracujących im bardziej niekorzystne dla zdrowia są warunki pracy w danym kraju

Jeśli idzie o Polskę to w całej powojennej historii znaczna część czynnych zawodowo obywateli pracowała właśnie w takich warunkach. W ostatnim czasie pomimo wielu gruntownych zmian politycznych i ekonomicznych zjawisko to nadal występuje w niepokojącej skali. W raporcie Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej opracowanym na potrzeby rządu w 1996 r. stwierdza się np, że większość przedsiębiorstw sektora publicznego realizuje swoje zadania z zakresu poprawy bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników w sposób niewspółmierny do potrzeb, ograniczając się jedynie do bieżących napraw i konserwacji maszyn i urządzeń. Jeśli idzie o zakłady prywatne to przyjmuje się, że sytuacja jest jeszcze bardziej niepokojąca. Wielu rozpoczynających działalność pracodawców kieruje się przede wszystkim chęcią uzyskania szybkich efektów ekonomicznych, lekceważąc np. kwestie zdrowotnych warunków pracy i realizacji obowiązków w zakresie profilaktycznej opieki lekarskiej nad pracownikami. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 1995 r. na 6.050,1 tys. osób objętych sprawozdawczością 1.010,8 tys. tj. 16,7% pracowało w warunkach zagrożenia czynnikami szkodliwymi, uciążliwymi lub mechanicznymi z czego 682,1 tys. osób w warunkach przekroczenia dopuszczalnych stężeń i natężeń tych czynników /Ocena stanu ..., 1996 r./. Oznacza to, że co około szósty pracownik zatrudniony w polskich przedsiębiorstwach wystawiał na szwank swoje zdrowie realizując obowiązki służbowe. Pamiętać przy tym należy, że są to tylko dane fragmentaryczne. Nie uwzględniają one bowiem sytuacji samozatrudniających się oraz wielu małych przedsiębiorstw, w których pomiary tego typu nie są dokonywane. Nie obrazują też pełnego zakresu narażeń z jakimi styka się człowiek na współczesnym stanowisku pracy. Idzie tu np. o tzw. czynniki psychospołeczne, a więc zagrożenia związane z występowaniem stresu w pracy.

Niekorzystne dla zdrowia warunki pracy powodują poważne skutki zdrowotne. Do najważniejszych z nich należą wypadki przy pracy oraz choroby zawodowe. Od 1990 r. praktycznie nie spada liczba ofiar wypadków przy pracy, a za dominującą ich przyczynę uznaje się właśnie nieprawidłowe

zachowania pracowników. Tylko w omawianym tu 1995 r. 112.205 osób zostało poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, z czego 2.115 ciężko, a 621. pracowników straciło życie w ich rezultacie. Każdy z poszkodowanych nie przepracował średnio 32,2 dnia roboczego, a 3.007. wypłacać się będzie renty inwalidzkie z tego tytułu.

Jeśli idzie o choroby zawodowe to również ich liczba w latach 90-tych utrzymuje się mniej więcej na podobnym poziomie /wyjątek stanowił rok 1991/. Warto jednak zaznaczyć, że w latach 1990-1994 wzrastał ich współczynnik na 100 tys. zatrudnionych. W 1995 r. stwierdzono 11.320 przypadków schorzeń tego rodzaju. Przyznano z ich powodu 7.088 rent inwalidzkich. Prawie wszystkie orzeczone choroby zawodowe były skutkiem dłużej /minimum 10-letniej/ ekspozycji na czynniki zagrażające zdrowiu. Najczęściej zapadali na choroby tego typu pracownicy edukacji, ochrony zdrowia i opieki socjalnej oraz przemysłu /tamże/.

Fakt, że co szósty Polak naraża swoje zdrowie na stanowisku pracy, oraz że tylko na przestrzeni pierwszej połowy lat dziewięćdziesiątych blisko 650 tys. osób, czyli tyle ile zamieszkuje np. Wrocław poniosło uszczerbek na zdrowiu z powodu wypadków przy pracy, a 65 tys. /a więc ludność miasta średniej wielkości/ zapadło na schorzenia zawodowe nie może nie budzić niepokoju. Jeśli dodamy do tego choroby związane z pracą /tzw. parazawodowe/ i możliwy wpływ pracy na inne choroby, w tym przede wszystkim układów: krążenia i nerwowego /Health Promotion..., 1995/ to mamy do czynienia z naprawdę niepokojącym zjawiskiem.

Przytoczone powyżej powody, tak natury teoretycznej, jak i praktycznej skłoniły zespół socjologów Zakładu Promocji Zdrowia, a obecnie Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi do zajęcia się kwestią zachowań zdrowotnych w sferze pracy aktywnych zawodowo Polaków zatrudnionych w przemyśle.

Niniejsze opracowanie stanowi jeden z efektów prac poświęconych temu zagadnieniu. Zawiera niezbędne informacje na temat kształtowania się problematyki zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Podejmuje kwestie terminologiczno-pojęciowe istotne z punktu widzenia dalszego rozwoju wiedzy i syntetyzowania doświadczeń w tym zakresie. Prezentuje też stan zachowań i świadomości zdrowotnej w sferze pracy pracujących w przemyśle Polaków oraz wynikające z nich sugestie dla działań oświatowo-promocyjnych. Przeznaczone jest przede wszystkim badaczy społecznych zainteresowanych problematyką behavioru zdrowotnego człowieka jak

również organizatorów przedsięwzięć prozdrowotnych w zakładach pracy. Powstało na kanwie rozprawy doktorskiej pt.: "Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy", przygotowanej pod naukowym kierownictwem prof. dr hab. Jolanty Kulpińskiej i obronionej przez autorkę tego opracowania na Uniwersytecie Łódzkim w 1993 r.

Źródło danych empirycznych prezentowanych w niniejszej publikacji stanowiły:

a/ badanie wykonane w 1988 r. w ramach tematu RPBR MZ IV 2.1. "Postawy i zachowania zdrowotne społeczeństwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników przemysłu"

b/ badanie zrealizowane w ramach Grantu KBN "Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego" z 1993 r.

c/ badanie z 1996 r., stanowiące element Strategicznego Programu Rządowego "Bezpieczeństwo i Ochrona Człowieka w Środowisku Pracy" Nr I.3.3. pt. "Ocena występowania nierówności w korzystaniu z opieki zdrowotnej populacji pracujących"

d/ badanie przeprowadzone w 1996 r. w ramach w.w. SPR, opatrzone symbolem IV.22.3 pt. "Program prozdrowotnej modyfikacji zachowań w sferze pracy".

Opracowanie składa się z dwóch części i zakończenia. W pierwszej skoncentrowano się na kwestiach teoretycznych. Pokazano jak przebiegał proces rozwoju wiedzy w zakresie zachowań wpływających na zdrowie, a realizowanych w związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych na gruncie wybranych nauk. Przedstawiono też różne aspekty pojęcia zachowań zdrowotnych i problemy terminologiczno-pojęciowe związane z zachowaniami zdrowotnymi w sferze pracy.

Część druga ma wyraźnie charakter aplikacyjny. Rozpoczyna się przeglądem przeprowadzonych w Polsce badań na temat zachowań związanych z bezpieczeństwem i higieną pracy. Zasadniczy jej fragment poświęcony jest diagnozie i analizie stanu wybranych zachowań oraz elementów świadomości zdrowotnej w sferze pracy pracowników naszego przemysłu oraz prezentacji wynikających z nich sugestii i zaleceń dla działań oświatowo-promocyjnych w zakładach pracy.

W zakończeniu zawarto pewne generalne wnioski wynikające z przeprowadzonej diagnozy stanu zachowań zdrowotnych i treści myślenia o zdrowiu w sferze pracy oraz ogólne przemyślenia autorki będące syntezą analiz teoretycznych i ustaleń empirycznych.



CZĘŚĆ I

ZACHOWANIA I ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA W SFERZE PRACY - KSZTAŁTOWANIE SIĘ DZIEDZINY BADAWCZEJ I PROBLEMY POJĘCIOWE

1. ROZWÓJ PROBLEMATYKI ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH W SFERZE PRACY

1.1. WSTĘP

Współczesna medycyna /szczególnie w swojej warstwie teoretycznej/ i inne nauki zainteresowane zdrowiem, zwracają dużo uwagi na zachowania człowieka, traktując je jako istotny czynnik utrzymania lub umacniania zdrowia, tak poszczególnych osób jak i całych populacji. Szacunkowe wyliczenia przytaczane w wielu publikacjach /np. Illich, 1975/ oceniają, że to właśnie zachowania zdrowotne warunkują zdrowie aż w 50%, podczas gdy, do niedawna gloryfikowane w swoim znaczeniu działania medyczne, tylko w około 10%.

Zachowania zdrowotne to najogólniej rzecz biorąc /bez wdawania się w problemy definicyjne tego terminu, które zostaną omówione później/ zachowania związane ze zdrowiem. Aktualnie problematyka zachowań zdrowotnych funkcjonuje przede wszystkim na pograniczu dwóch różniących się pod wieloma względami nauk: medycznych i społecznych. Szczególne znaczenie w procesie jej kształtowania mają te tezy, które dotyczą zmieniających się na przestrzeni wieków koncepcji zdrowia. W za-

leżności od nich, zachowania zdrowotne jako dziedzina badawcza pojawiały się i przeżywały swój rozkwit, albo też traciły na znaczeniu, czy nawet znikwały z pola zainteresowań naukowych.

Na wstępie niniejszego rozdziału przedstawiony zostanie proces kształtowania się refleksji naukowej w zakresie ogólnie /szeroko/ pojmowanych zachowań zdrowotnych na tle koncepcji stanowiących teoretyczne zaplecze nauk medycznych, oraz ustaleń nauk społecznych zainteresowanych zdrowiem - w tym szczególnie socjologii medycyny. Następnie zaprezentowany będzie rozwój problematyki zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Jest to specyficzna podgrupa zachowań zdrowotnych, których cechą wyróżniającą jest to, że wynikają one ze specyfiki obowiązków zawodowych i podejmowane są w trakcie ich wykonywania. Rozwój tej dziedziny rozpatrywany będzie przede wszystkim w kontekście kształtowania się takiej dyscypliny szczegółowej jaką jest medycyna pracy i problematyka ochrony pracy, a wzbogacony o analizę i charakterystykę refleksji właściwej współczesnym naukom społecznym, zainteresowanym problemami zdrowia i pracy człowieka.

1.2. ZACHOWANIA ZDROWOTNE W KONCEPCJACH ZDROWIA I CHOROBYI - WYBRANE REFLEKSJE SOCJOMEDYCZNE

Kariera zachowań zdrowotnych - jako kluczowego dziś pojęcia na gruncie refleksji socjomedycznej - związana jest przede wszystkim, jak już wspomniano, z przemianami szeroko rozumianych koncepcji zdrowia zawierających tezy co do jego istoty i genezy.

Znacznie rzecz upraszczając można uznać, że historia różnych koncepcji zdrowia zatoczyła coś na kształt koła. Najstarsze z nich ujmowały zdrowie jako zjawisko złożone, choć bliżej nie precyzowały charakteru elementów składowych. Później nastąpił etap dominacji prostego modelu, w myśl którego zdrowie zredukowano do stanu organizmu. Współcześnie obserwujemy sytuację powrotu i pogłębiania ujęć wielowymiarowych. Analogicznie przebiegała refleksja na temat uwarunkowań zdrowia. Początkowo włączano w ich obręb wiele elementów z różnych sfer życia, potem znacznie ograniczono ich liczbę, by ostatnio ponownie widzieć ten problem w wielu płaszczyznach. Zachowania

zdrowotne jako jeden z elementów kształtujących zdrowie też zatem stawały się obiektem zainteresowania w analogicznym cyklu.

Zróżnicowanie zachowaniami zdrowotnymi, jako wyznacznikami stanu zdrowia poszukiwać można już w starożytności /papi-rusy egipskie, higieniczno-dietetyczne zalecenia Starego Testamentu, kodeksy judaizmu/.

Na gruncie myśli stricte medycznej szczególnie wiele uwagi poświęciła im medycyna grecka z V i IV w. p.n.e. Zdrowie określała ona jako pewien stan organizmu z jednej strony, oraz jako warunek uczestnictwa w życiu społecznym z drugiej /Szumowski, 1961/. Głosiła tezę, że wiodącą rolę lekarza nie jest terapia lecz troska o to jak zachować i umacniać zdrowie /Jaeger, 1964, s.48/. Naturalną konsekwencją tego było przyznanie zachowaniom zdrowotnym wiodącej roli w utrzymaniu i rozwoju zdrowia /Capra, 1987, s. 425/ oraz przekazanie odpowiedzialności za stan własnego zdrowia odczuwającej jednostce. Hipokrates, uznawany za ojca medycyny europejskiej, uważał, że zdrowie /choroba/ zależy od równowagi między tym co nas otacza, a indywidualnym sposobem życia, a więc odżywianiem, zwyczajami seksualnymi, pracą i odpoczynkiem.

Podobna postawa znalazła także wyraz w filozoficznych koncepcjach Platona, który projektując swoje idealne państwo dowodził, że nie powinno być w nim sądów ani lecznic, gdyż właściwie wychowane społeczeństwo ich nie potrzebuje /Jaeger, 1964, s. 280/.

W średniowieczu nastąpiło zahamowanie rozwoju sztuki medycznej. Pogarda dla ciała, traktowanie choroby jako kary za grzechy, nie sprzyjało postępowi w tej dziedzinie. Dramatycznie obniżył się poziom higieny i ogólnej dbałości o ciało. W procesie leczenia istotne znaczenie odgrywał czynnik teurgiczny, magia, egzorcyzmy itp. /Vigarello, 1997/. Pewien postęp nastąpił w czasach odrodzenia. Wprawdzie zdrowie i choroba dalej miały "charakter nadprzyrodzony" /spirytualizm/, ale wiercono, że natura utożsamiana z Bogiem stanowi istotny środek leczniczy. Stąd wzrosło zainteresowanie różnymi naturalnymi środkami leczniczymi takimi jak np. dieta, świeże powietrze, spokój /Paracelsus/ /Szumowski, 1961/. W Oświeceniu pojawiły się sugestie związane z rolą stylu życia w unikaniu chorób i na ten okres przypada początek dyskusji na temat odpowiedzialności jednostki za swój stan zdrowia. Lata następne to długotrwały proces

prowadzący, do mechanistycznego wizerunku świata i człowieka oraz medycyny klinicznej.

Problematyka zachowań zdrowotnych prawdziwą furorę zrobiła dopiero na przestrzeni ostatnich dwóch dekad XX wieku, choć systematyczne badania na temat związków zachowań ze zdrowiem podjęto już w pierwszych latach po drugiej wojnie światowej /Gniazdowski, 1990/.

Generalnie wyróżnić można dwie wizje zdrowia, które wywierają zasadniczy wpływ na współczesny sposób myślenia o nim, określane jako dwa paradygmaty: socjomedyczny i socjoekologiczny /Noack, 1987, Włodarczyk, 1988, Puchalski 1990/. Na ich gruncie kształtuje się także problematyka zachowań zdrowotnych.

Nowoczesna naukowa medycyna, początek której ulokować można w połowie XIX w. opierała się na biomedycznej koncepcji zdrowia. Jej źródła poszukiwać można w pracach Virchow'a /teza o chorobie jako zmianie strukturalnej na poziomie komórkowym/, Pasteura /bakteryjna etiologia chorób/, Kocha /koncepcja określonej etiologii choroby/ /Historia medycyny, 1963, Capra, 1987, s. 175 i nast./.

Zdrowie w tym ujęciu było stanem organizmu określanym przez lekarzy i stanowiącym przeciwieństwo choroby /Korzeniowska, 1988/. U źródeł tego typu pojmowania zdrowia tkwił mechanistyczny wizerunek człowieka /nawiązujący do mechanistycznego paradygmatu nauk przyrodniczych/ przyrównujący organizm do urządzenia i traktujący chorobę jako uszkodzenie jego części. Jednostkę ludzką rozdzielano na dwie sfery: fizyczną i psychiczną, zatem chorował nie człowiek, ale pewien jego fragment. Chorobę wywoływała ściśle określona bakteria /monokauzalna teoria choroby/ /Capra 1987, s. 176/. Jej wystąpienie rozpoznawał i analizował na podstawie zmysłowo doświadczalnych i empirycznie sprawdzalnych wskaźników lekarz. On też miał za zadanie naprawienie wadliwego organu lub usunięcie go. Przyznanie pełnych kompetencji w orzekaniu, leczeniu i zapobieganiu chorobie lekarzom było podstawową zasadą ideologii "medycznego profesjonalizmu", towarzyszącej biomedycznemu ujęciu zdrowia /Włodarczyk, 1988/. Rola chorego - na gruncie tej ideologii - ograniczała się jedynie do szukania pomocy u profesjonalisty i ścisłego wypełniania jego poleceń. Wszelkie przejawy samodzielnej inicjatywy poczytywano za sprzeczne ze zdrowym rozsądkiem. Zatem w ramach takiego pojmowania zdrowia między stanem

zdrowia człowieka a jego działaniami /z wyjątkiem kontaktów z lekarzem/ nie zachodził żaden związek /tamże, s. 80, Puchalski, 1989/, a więc nie były one traktowane jako wyznacznik stanu zdrowia. Jediną aktywnością, jaką zwykły człowiek mógł przejawiać w interesie swego zdrowia, było nawiązanie kontaktu z medycyną oficjalną i ściśle podporządkowanie się zaleceniom jej specjalistów. Postulat ten przenoszono także na szersze zbiorowości ludzkie. Uznawano za bezsensowne wszelkie samodzielne działania podejmowane przez społeczność w celu poprawy poziomu zdrowotności, z wyjątkiem korzystania ze świadczeń lekarskich. Z biegiem czasu zalecenia medycznych profesjonalistów zaczęły obejmować nie tylko sytuację choroby, ale także i zdrowie. Wiązało się to ze wzrostem zainteresowania profilaktyką. W wyniku tego wykształciło się szereg instytucjonalizowanych przepisów i zasad obligujących jednostkę do wykonywania m.in. badań okresowych, szczepień ochronnych itp.

Biomedyczny model zdrowia na gruncie medycznej refleksji teoretycznej - w wersji o której była mowa powyżej - dotrwał prawie do połowy naszego wieku. Wówczas to skonstatowano, iż pomimo spektakularnych sukcesów medycyny naprawczej nie następuje istotny postęp w stanie zdrowia społeczeństw. Zauważono, że zmienia się jedynie struktura dominujących chorób oraz przyczyn zgonów. Pokonane zostały bowiem najbardziej niebezpieczne choroby zakaźne /np. w USA tylko 1% populacji umiera przed 75 rokiem życia z powodu tych schorzeń - Healthy People, 1979, s. VIII/, ale w ich miejsce masowo pojawiły się choroby, określane mianem cywilizacyjnych tj. układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia. Trudno było ten stan rzeczy tłumaczyć na gruncie monokauzalnej metody powstawania chorób, trudno także było skutecznie leczyć tego typu schorzenia stosując jedynie skomplikowane i specjalistyczne formy terapii, wynikające z orientacji inżynierskiej.

Zauważono ponadto, że przedłużenie przeciętnego trwania życia osiągnięte na przestrzeni ostatnich 80-ciu lat, było zasługą przede wszystkim realizowanych na szeroką skalę działań zapobiegawczych, takich jak: lepsze wyżywienie, poprawa warunków mieszkaniowych, lepsza jakość wody pitnej, szczepienia ochronne oraz zmniejszenie śmiertelności niemowląt, a nie - jak dotąd powszechnie sądzono - postępów w zakresie środków i metod terapii, a w szczególności zastosowania nowych skutecznych leków /Capra, 1987, s. 185 i 186/.

Zjawiska te, jak również rozwój trzech nawiązujących do tradycji hipokratejskiej dyscyplin medycznych, /które w znacznym stopniu oparły się kanonowi biomedycznemu/: higieny, epidemiologii i medycyny społecznej powodowały stopniową, ale systematyczną krytykę istniejącego paradygmatu. Nowe koncepcje w naukach społecznych wzmacniały ten proces. Zmiany następowały głównie w warstwie teoretycznej. Stopniowo odchodzono od pozytywistycznej, bakteryjnej koncepcji choroby /Ochman, 1986/ i przywracano problematyce zdrowia szerokie, wieloaspektowe tło /Dubois, 1962, s.120, Monografia WHO z 1975 r. za Sokołowska, 1985/. Narastała zdecydowana negacja medycznego profesjonalizmu i zasad funkcjonowania opieki medycznej. Illich upowszechnił swoją koncepcję jatrogeny społecznej i strukturalnej /Illich, 1975/. Mówiło się o medykalizacji życia społecznego /Sokołowska, 1980/. Nieustannie trwał także proces gorących sporów i dyskusji wokół wprowadzonej przez WHO w 1948 r. definicji zdrowia, określającej je jako pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa.

Uznanie tej definicji za obowiązującą oznaczało odejście od traktowania zdrowia jedynie jako braku choroby i od określania jego stanu w oparciu o kryteria profesjonalne. Zdrowie stało się zatem czymś pozytywnym, a prawo do orzekania o jego stanie uzyskała sama odczuwająca jednostka. Tym samym zostało ono uwikłane w zespół norm i wartości społecznych. Ukoronowaniem dyskusji nad definicją zdrowia WHO, a zarazem przełamaniem hegemonii biomedycznego modelu zdrowia, stała się nowa strategia jego ochrony, przygotowana przez WHO, znana pod nazwą "Zdrowie dla wszystkich do 2000 r." /w skrócie "ZDW 2000"/. Umocniła ona ujmowanie zdrowia w kategoriach bio-psycho-społecznych. Określała je jako zdolność do prowadzenia produktywnego, sensownego i twórczego życia, uznając biologiczny stan organizmu jedynie za jeden z wielu warunków umożliwiających satysfakcjonujące życie /Targets, 1985, Włodarczyk, 1987/.

Teoretyczne zaplecze tej koncepcji stanowił nowy paradygmat zwany w literaturze społecznoekologicznym /Noack, 1987/. Zgodnie z tym paradygmatem wszechświat jest układem wzajemnie powiązanych i oddziałujących na siebie elementów układających się pod względem złożoności w hierarchiczne struktury. Człowiek to wielowymiarowa bio-psycho-socjo-kulturowa całość będąca elementem szerszych struktur rzeczywistości /np.

technicznej czy społecznej/, dla której zrozumienia konieczne jest ujmowanie jej właśnie na tle różnorodnych powiązań z tymi strukturami. Istotę zdrowia na gruncie tego paradygmatu określają dwa pojęcia: dynamiczna równowaga zdrowotna i potencjał zdrowotny /tamże/.

Równowaga to dynamicznie ujmowany stan relacji między podsystemami opisującymi funkcjonowanie człowieka w płaszczyźnie fizjologicznej, społecznej i ekologicznej. Zdrowie jako stan równowagi może być postrzegane przez zwykłego człowieka lub określane przez profesjonalistów, jeśli zastosują oni skomplikowane metody pomiaru. Stan równowagi może dotyczyć różnych podsystemów, lub różnych szczebli organizacji systemu, poczynając od poziomu molekularnego, aż po ekosystem. Potencjał zdrowotny jest cechą systemu /lub podsystemu/, która warunkuje utrzymywanie równowagi. Im jest on większy tym większe prawdopodobieństwo, że negatywne zmiany nie rozwiną się, a równowaga może być przywrócona. Potencjał zdrowotny to cecha, którą przypisuje się zarówno jednostce, jak i grupie ludzi. Ujawnia się on jako odporność na zachorowanie, ale także jako np. wzorce działania.

Ze względu na to, że równowaga może być zachowywana lub przywracana, potencjał wzmacniany lub osłabiany, pojęcie zdrowia - znowu jak u zarania medycyny - uwikłane zostało w kontekst działań służących jego ochronie. Cele tych zadań określone zostały na gruncie strategii "Zdrowie dla wszystkich do 2000", jako "dodanie lat do życia", "dodanie zdrowia do życia" i "dodanie życia do lat". Dodanie lat do życia oznacza zapobieganie przedwczesnym zgonom i przedłużanie życia. Dodanie zdrowia do życia to walka o samodzielność, samowystarczalność i autonomię. A więc zwalczanie chorób /np. zakaźnych/, które pozostawiają trwałe uszkodzenia. To także np. znoszenie barier przestrzennych dla osób niepełnosprawnych, lub kształtowanie właściwych postaw i zachowań. Dodanie życia do lat, wreszcie, to zespół działań nastawionych nie na proste tj. "mechaniczne" przedłużanie życia, lecz na umożliwienie prowadzenia życia sensownego, twórczego wszystkim jednostkom, także tym, które są chore, a nawet kalekie. Przy czym określenie twórcze, produktywnie /"productive life"/ nie ma tu znaczenia wyłącznie ekonomicznego, ale przede wszystkim odniesione jest do różnych niematerialnych wartości składających się na sens życia.

Zagadnienie zachowań zdrowotnych na gruncie socjoeekologicznego paradygmatu uzyskało zatem bardzo wysoką rangę. Wspomniana wcześniej strategia "ZDW 2000" wylansowała nawet hasło "Twoje zdrowie w twoich rękach". Stanowiło ono kwintesencję tego typu rozbudowanych już bardzo przekonań i opinii, według których decydujące znaczenie dla zdrowia jednostek i społeczeństw ma właśnie ich osobista i zbiorowa aktywność, związana z jego utrzymaniem, rozwojem, czy wreszcie leczeniem, a nie - jak powszechnie dotąd sądzono - działalność szeroko rozumianej służby zdrowia. Wśród 38 celów strategii zapisanych w dokumencie WHO /"Targets for health for all"/ dwa odnoszą się wprost do kwestii zachowań zdrowotnych. Cel 15 zobowiązywał sygnatariuszy do opracowania do roku 1990 programów edukacyjnych dostarczających społeczeństwom wiedzy, umiejętności i motywacji do podejmowania działań na rzecz zdrowia. Cel 16 natomiast ustalał, że w r. 1995 widoczne powinny być pozytywne zmiany w zachowaniu się tych społeczeństw, w dziedzinie odżywiania się, korzystania z używek /np. alkohol, tytoń/, aktywności fizycznej i radzenia sobie ze stresem /Targets, 1985/. W tym sensie problematyka zachowań zdrowotnych stała się wiodącym elementem promocji zdrowia.

Także w polskiej wersji programu /"Cele i zadania polskiego programu Zdrowie dla wszystkich w roku 2000", 1985/ zachowaniom zdrowotnym poświęcono wiele miejsca. Krytycznie oceniono ich stan, wskazano na rolę jaką odgrywają w etiologii wielu chorób oraz wskazano na pilną potrzebę działań na rzecz zmiany stylu życia Polaków. Uznano, że zmiana taka, obok poprawy warunków bytowych, stanowi podstawowy czynnik warunkujący osiągnięcie celów strategii. Zaplanowano cztery konkretne zadania służące "kształtowaniu właściwych postaw i zachowań zdrowotnych". Były to: a/ tworzenie niezbędnych mechanizmów prawnych, administracyjnych i ekonomicznych umożliwiających procesy promocyjne, b/ sformułowanie i wdrożenie programów wzmacniających rolę rodziny i innych grup społecznych w kształtowaniu pożądanych stylów życia, c/ opracowanie ogólnopolskich programów oświatowych rozwijających motywację do właściwego postępowania oraz d/ wdrożenie programów kształtujących prozdrowotne zachowania, głównie żywieniowe i związane z aktywnością fizyczną oraz zwalczaniem nałogów picia alkoholu i palenia tytoniu /tamże/. Niewątpliwie realizacja tych zadań była daleka od stanu

optymalnego, ale pewien proces został zapoczątkowany. Kontynuację tego toku myślenia odnajdujemy także w najnowszym Narodowym Programie Zdrowia, /NPZ, 1996/. Jego cel nadrzędny to "Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności" Stan ten ma być osiągalny poprzez:

a/ stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych,

b/ kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki

c/ zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych

Z analizy osiemnastu szczegółowych celów operacyjnych wynika, że trzy z nich bezpośrednio odnoszą się do zmian wzorów zachowań, a jeden /szósty/ dotyczy zwiększania skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań z zakresu promocji zdrowia. Tak więc kształtowanie prozdrowotnych zachowań to liczący się element naszego Narodowego Programu Zdrowia.

N a u k i s p o ł e c z n e zainteresowane problematyką zdrowia, akceptując założenia socjomedycznego paradygmatu, początkowo pełniły jedynie rolę służebną, używając swego warsztatu badawczego na potrzeby medycznych profesjonalistów, zajmujących się np. rozprzestrzenianiem się chorób czy realizacją zaleceń personelu medycznego przez biorców świadczeń systemu ochrony zdrowia /Sokołowska, 1986, 1989/. Szczególnie wiele uwagi poświęcały zachowaniom otaczającym chorobę. Było to naturalną konsekwencją ścisłej współpracy z naprawczo uprofilowaną medycyną, skoncentrowaną na walce z chorobą, a nie na zdrowiu /Titkow, 1993/. Przekroczyły jednak wkrótce ramy dogmatycznego "medycznego profesjonalizmu" interesując się osobą pacjenta, jego przekonaniami, odczuciami i wierzeniami. Ich związek z tą ideologią istniał wszelako nadal, gdyż analiz świadomości i działań pacjentów dokonywały z punktu widzenia ich zgodności z modelem postulowanym przez szeroko rozumiane nauki medyczne /nurt normatywno-opisowy/. I tak psychologowie społeczni podjęli próby konstruowania i aplikacji teoretycznych modeli wyjaśniających zachowania związane z korzystaniem z opieki medycznej /np. I. Rosenstock - Health Belief Model", 1963, 1966, Locus of Control Model - Becker 1985, Kirscht, 1988/, a socjologowie gromadzili wiedzę o społeczeństwie, w kontekście wpływu stanu zdrowia na działania

społeczne /Titkow, 1983/. Perspektywę teoretyczną pozwalającą analizować zjawiska zdrowia /choroby/ w kategoriach działań społecznych stworzył T.Parsons /Parsons, 1969/. Jego definicje zdrowia i choroby abstrahujące w warstwie brzmieniowej od biomedycznego aspektu zdrowia /choroby/ stworzyły podstawę do badań coraz luźniej związanych z medycyną, a koncentrujących się na psycho-społeczno-kulturowych wyznacznikach działań otaczających chorobę. Kontynuatorem, ale i krytykiem myśli Parsonsa był E.Freidson, który pokazał, że fachowo-medyczne konceptualizacje pojęcia choroby nie są jedynie słuszne, ale że można tego dokonywać także poprzez "zachowania społeczne otaczające chorobę" /Sokołowska, 1989, Uramowska-Żyto, 1990/.

Charakteryzując badania socjologiczne i psychologiczne poświęcone zachowaniom zdrowotnym, a przeprowadzone w okresie 1951-1983 A.Titkow /Titkow, 1983, s. 72-73/ uznała, że zasadniczą uwagę poświęcano w nich:

a/ zachowaniom mającym na celu podtrzymanie zdrowia /odżywianie, wykorzystanie czasu wolnego, wykonywanie badań kontrolnych, nawyki higieniczne/

b/ zachowaniom wynikającym z procesu przyjmowania roli chorego, a więc sposobom szukania pomocy w momencie pojawienia się objawów

c/ zachowaniom otoczenia chorego, będącym reakcją na wystąpienie objawów

d/ wyborom alternatywnych źródeł pomocy w chorobie

e/ pełnieniu roli chorego.

Analizowano je najczęściej, zdaniem A.Titkow, w czterech kontekstach: kulturowym, stratyfikacyjnym, psychologicznym i instytucjonalnym. Badania w kontekście kulturowym stawiały sobie za cel wyjaśnienie roli zmiennych kulturowych takich np. jak przynależność do grupy etnicznej /badanie I.Zoli/ czy różnice w socjalizacji /badanie M.Zborowskiego/ w procesie wyjaśniania postaw i zachowań ze sfery zdrowia /choroby/ /tamże/. Analizy stratyfikacyjne weryfikowały hipotezy co do zróżnicowania zachowań zdrowotnych ze względu na zajmowanie odmiennych pozycji w strukturze społecznej. Badanie E.Koosa z lat 50-tych wykazało np. zróżnicowanie tychże zachowań w poszczególnych klasach społecznych,

a badania B. Hollingsheada i F.Redlicha w różnych grupach społeczno-zawodowych /tamże/. Aktualnie ten nurt badań to analizy tzw. nierówności w zdrowiu. Do badań w kontekście instytucjonalnym A.Titkow zaliczyła te, które analizowały relacje pacjent-instytucja medyczna. Wychodziły one z założenia, że oficjalna służba zdrowia jest jedynym kompetentnym miejscem dla rozstrzygania problemów zdrowia i interesowały się wyborem innego niż oficjalny systemu leczenia, zwracając uwagę na cechy instytucji medycznych.

Najuboższy, jeśli idzie o zrealizowane badania empiryczne - zdaniem cytowanej autorki - był zestaw analiz zajmujących się kontekstem psychologicznym. Klasyczne w tym względzie było badanie I.Rosenstocka nad motywami korzystania z instytucji służby zdrowia. W pracach tych analizowano zachowania zdrowotne ze względu na cechy osobiste jednostek takie jak np. skłonność do wchodzenia w rolę chorego, poziom neurotyczności, depresji itp.

Istniał jeszcze inny, odrębny nurt badawczy. Analizował on zachowania zdrowotne z punktu widzenia ich przydatności dla pomiarów stanu zdrowia. Na jego gruncie zmienne behawioralne służyły do określania poziomu zachorowalności w różnego typu zbiorowościach. Wyróżnić można w jego obrębie dwie odrębne orientacje metodologiczne. Jedną skoncentrowaną na podstawowych sferach funkcjonowania człowieka /np. indeks Katza/ i drugą budującą syntetyczne indeksy stanu zdrowia społeczeństwa traktowane jako ekwiwalenty wszystkich pozostałych sposobów mierzenia stanu zdrowia /koncepcje: Sullivana, Patricka, Buscha, Chena/ /tamże, s. 25-33/.

Antropologia kulturowa wzbogaciła refleksję na temat zachowań zdrowotnych przez odrzucenie schematu ich analizy z punktu widzenia kanonu euroamerykańskiej oficjalnej wiedzy medycznej i ich opis na gruncie panujących w danej kulturze norm i wartości. Zainspirowało to, jak się zdaje, socjologów do badania treści składających się na świadomość zdrowotną danej grupy, zamiast poszukiwania w niej wyłącznie racjonalności lub irracjonalności w stosunku do ustaleń medycyny profesjonalnej /np. badanie C.Herzlich, Herzlich, 1973/.

Kolejna faza przemian w socjologicznych zainteresowaniach zachowaniami zdrowotnymi związana jest m.in. z teoretyczną krytyką

funkcjonalizmu do jakiej doszło w latach osiemdziesiątych. Funkcjonalnej teorii choroby zarzucano przede wszystkim to, że nie uwzględnia dwóch liczących się obszarów rzeczywistości społecznej jakie stanowią: a/ subiektywne znaczenie choroby /Sokołowska, 1985/ i b/ działalność zdrowotna laików /Sokołowska, 1989, Uramowska- Żyto, 1989/. Stąd w latach dziewięćdziesiątych systematycznie narasta zainteresowanie socjologów m.in. wiedzą zdroworozsądkową na temat zdrowia - choroby oraz stanem i przemianami w zakresie zachowań zdrowotnych.

W ostatnim okresie polscy socjologowie medycyny analizowali np. różne działania jednostek i grup społecznych realizowane poza lub na obrzeżach oficjalnego systemu ochrony zdrowia. Poświęcili dużo uwagi grupom samopomocy, ruchom społecznym na rzecz zdrowia czy zdrowego środowiska, roli rodziny, przyjaciół w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych, a także problemowi samoleczenia /np.Firkowska-Mankiewicz,1992, Krawczyńska-Butrym, 1992/.

W badaniach zrealizowanych np. przez IMP w Łodzi /1993 r./ oraz IFIS PAN i CBOS /1995 r./ zbierali informację m.in. na temat samooceny stanu zdrowia, przekonań Polaków na temat uwarunkowań zdrowia, roli jaką odgrywa jednostka w kształtowaniu swego samopoczucia czy stanu realizacji wybranych zachowań zdrowotnych, a nawet posiadania pewnych strategii kształtowania swego zdrowia /Psychospołeczne ..., 1995, Ostrowska, 1997/.

Niezwycie palący problem przed którym stoją socjologowie to poszukiwanie nowych, dobrych schematów do analiz rzeczywistości zdrowia i choroby. Prof. M.Sokołowska pewne nadzieje wiązała np. z kierunkami istniejącymi w ramach tzw. socjologii interakcji m.in. z socjologią fenomenologiczną A.Schutza /Sokołowska, 1989/.

Przedstawiciele orientacji fenomenologicznej koncentrują się na tym co człowiek odczuwa i jaką postawę przyjmuje np. wobec utraty zdrowia. Generalnie według Schutza dla ludzkiego działania charakterystyczne jest to, że ma ono subiektywne znaczenie i ukierunkowanie nadane mu przez daną osobę. A więc aby zrozumieć działania innych, trzeba nie tylko obserwować ich zachowania, ale znać również przypisywane im znaczenia. Należy zatem widzieć różnicę między doświadczaniem np. bólu, a doświadczaniem drugiego typu, które jest postawą

wobec niego i analizować subiektywną wiedzę laicką na temat zdrowia i choroby, a więc to czym one są dla jednostki. Jeśli idzie o postawę wobec zdrowia to należy ona do kategorii świata życia codziennego. Zdrowe, dobrze funkcjonujące ciało przyjmowane jest na zasadzie czegoś oczywistego, zrozumiałego, z góry przesądzonego. Nie trzeba zatem poświęcać mu świadomej uwagi. Choroba natomiast, zdaniem niektórych badaczy nurtu fenomenologicznego, może być doświadczeniem określanym w tej koncepcji mianem szoku, a więc stanem zmiany napięcia świadomości i zmiany zainteresowania życiem. Zastosowanie schematów badawczych socjologii fenomenologicznej może więc sprzyjać analizom ogromnego obszaru wiedzy medycznej, której znaczenie wcześniej pomijano. Jest nim subiektywna rzeczywistość społeczna tj. subiektywne znaczenia, które jednostki przypisują zachowaniom związanym z utrzymaniem zdrowia lub zwalczaniem choroby /za Uramowska-Żyto, 1990/.

Inną szerszą dziedziną w ramach, której dokonać się może postęp w ramach schematów teoretycznych związanych z socjologiczną problematyką świadomości zachowań zdrowotnych jest promocja zdrowia. Ta nowa koncepcja kształtowania zdrowia jednostek i całych społeczeństw określana jest najczęściej jako proces, który ma umożliwiać ludziom coraz lepszą kontrolę nad czynnikami kształtującymi ich zdrowie, a tym samym pomagać im w jego doskonaleniu /Ottawska Karta Promocji Zdrowia, 1986/. Istotą promocji zdrowia jest prawo osobistego wyboru i zasada społecznej odpowiedzialności za zdrowie i tworzenie zdrowej przyszłości. Promowanie zdrowia polega na integracji działań nakierowanych na pozytywne z punktu widzenia zdrowia zmiany jego ekonomicznych, środowiskowych, społecznych i osobistych wyznaczników. Koncentruje się na przyrostach zdrowia, a więc na możliwościach jego poprawy. Kluczowym jej celem jest właśnie kształtowanie pozytywnych zachowań zdrowotnych i strategii radzenia sobie z trudnościami. Procesem promocyjnym kierują następujące zasady:

1. Dotyczy on całej populacji, a nie jedynie osób zagrożonych ryzykiem wystąpienia określonej choroby
2. Ukierunkowany jest na działanie w zakresie różnych determinant zdrowia, wymaga zatem ścisłego współdziałania międzysektorowego
3. Obejmuje różnorodne, wzajemnie uzupełniające się metody i podejścia

/np. kształcenie, akty prawne, środki finansowe, zmiany organizacyjne/ eliminujące zagrożenia zdrowia

4. Istotną rolę przywiązuje do aktywnego uczestnictwa społeczeństwa, a więc do umiejętności określania problemów zdrowotnych i decydowania o sposobach ich rozwiązania

5. Zakłada uczestnictwo profesjonalistów medycznych, w tym szczególnie tych z podstawowej opieki zdrowotnej, w ukierunkowywaniu i realizowaniu działań promocyjnych /tamże/.

Socjologowie współuczestniczą w tworzeniu konkretnych programów promocji, opracowywaniu metod i technik skutecznej ich realizacji oraz ewaluacji. Coraz częściej też optują za zintensyfikowaniem prac nad teoretycznym zapleczem tej ogromnej dziedziny wiedzy i praktyki społecznej. To właśnie na gruncie koncepcji promocyjnych ze szczególną ostrością pojawił się problem zachowań zdrowotnych, ich rozumienia, uwarunkowań i strategii przekształcania na bardziej sprzyjające zdrowiu.

Podsumowując aktualną wiedzę z zakresu zachowań zdrowotnych, główny autor i redaktor najbardziej, jak dotąd, wyczerpującego opracowania im poświęconego D.Gochman /Gochman, 1988/, wyróżnia trzy podstawowe kategorie ich badań:

a/ te, które zajmują się zachowaniami jako przyczyną występowania określonych chorób, lub bardziej ogólnie, jako wyznacznikiem stanu zdrowia

b/ takie, w których zachowania analizowane są jako obiekt interwencji mających na celu ich przekształcanie /badania z zakresu oświaty zdrowotnej, promocji zdrowia/

c/ oraz badania, w których zachowania zdrowotne są obiektem analizy same w sobie, jako szczególny przypadek zachowań w ogóle

Dla rozwoju problematyki zachowań zdrowotnych zdaniem tego autora konieczne jest prowadzenie prac badawczych mających na celu:

- wyklarowanie i sprecyzowanie pojęć i koncepcji teoretycznych
- powiązanie tych pojęć i koncepcji z podstawowymi teoriami nauk społecznych
- integrację różnorodnych podejść koncepcyjno-metodologicznych stosowanych w badaniach
- przełożenie ogólnych koncepcji na język badań i analiz empirycznych

Wyrazem wzrostu zainteresowania polskich socjologów problematyką zdrowia, zachowań zdrowotnych i prozdrowotnymi strategiami społecznymi są m.in. czasopismo "Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna", coraz częściej pojawiające się publikacje książkowe, ogólnopolskie cykliczne seminaria, a także szkolenia i konferencje. Istnieje więc realna szansa, że nasze, krajowe środowisko aktywnie włączy się w prace i dyskusje nad problemami wskazywanymi przez D.Gochmana.

1.3. ZACHOWANIA ZDROWOTNE W SFERZE PRACY JAKO PRZEDMIOT ANALIZ WYBRANYCH DYSCYPLIN NAUKOWYCH

1.3.1. Wstęp

Problematyka zachowań zdrowotnych w sferze pracy pojawia się w różnych wymiarach i zakresie na gruncie wielu dyscyplin szczegółowych takich jak np.: medycyna pracy, ergonomia, technologia, organizacja pracy, psychologia i socjologia pracy, bezpieczeństwo i higiena pracy, prawo pracy. Nie jest ona jednak w nich wyraźnie wyodrębniana.

Dla potrzeb niniejszej prezentacji uporządkowano te dziedziny wiedzy na pewnym continuum od tych, które mają na celu przede wszystkim zdrowie pracowników i prawie wcale nie zajmują się ekonomicznymi parametrami funkcjonowania firm, aż do tych, które bardziej zabiegają o efektywną działalność zakładów, interesując się przy tym zdrowiem załogi jakby na dalszym planie.

I tak dyscypliną, która nakierowana jest przede wszystkim na ochronę zdrowia pracowników jest medycyna pracy, którą określa się jako naukę o współzależności między pracą i zawodem z jednej strony, a człowiekiem jego zdrowiem i chorobami z drugiej /Medycyna Pracy, 1985/. Ergonomia zajmuje się przystosowywaniem maszyn, urządzeń, narzędzi pracy, sprzętu oraz pozostałych składników środowiska pracy /przede wszystkim materialnego/ do właściwości fizjologiczno-psychologicznych człowieka. Jej celem podstawowym jest zatem, podobnie jak medycyny pracy, zdrowie zatrudnionych, ale służy ona również podnoszeniu wydajności pracy. Bezpieczeństwo i higiena pracy /przez jednych traktowane jako wiedza, przez innych jako nauka - Filipkowski, 1975,/ zajmuje się rozpoznawaniem

istniejącego zagrożenia wypadkowego lub chorobowego i doborem środków oraz sposobów eliminowania tych zagrożeń. Niewątpliwie zatem efektem prac specjalistów w tym zakresie ma być ochrona zdrowia pracowników, ale w znaczącym stopniu służby bhp powołane są dla ochrony ekonomicznych interesów przedsiębiorstwa tj. zmniejszania strat wynikających z zaistnienia wypadków czy chorób /kosztów absencji, uszkodzeń parku maszynowego itp./. I wreszcie np. organizacja pracy /w tym jej wymiarze, który określa ją jako naukę badającą czynniki warunkujące bezpieczeństwo pracy/, ma na celu przede wszystkim kwestie związane z efektywnością produkcji, przy uwzględnieniu interesów zdrowia załogi.

Zamiast drobiazgowej prezentacji problemu kształtowania się dziedziny badawczej zachowań zdrowotnych w sferze pracy i jej funkcjonowania na gruncie tak wielu dyscyplin skoncentruję się na omówieniu tego procesu na przykładzie niektórych z nich, sytuujących się na różnych pozycjach wskazanego continuum. Rozpocznę od tego krańca, który charakteryzuje się koncentracją na zdrowiu i przedstawię jak problem zachowań zdrowotnych w sferze pracy pojawiał się i rozwijał na gruncie medycyny pracy. Następnie pokażę proces kształtowania się refleksji na ich temat w obrębie wiedzy, która zrodziła się na skutek istotnego zmniejszenia się opłacalności produkcji wskutek pogarszania się stanu zdrowia robotników. Idzie tu o bezpieczeństwo i higienę pracy. Uwzględnię jednakże szerszy jej kontekst tj. problematykę ochrony pracy. W końcu omówię jak problematyka zachowań zdrowotnych w sferze pracy funkcjonuje na gruncie nauk społecznych, zainteresowanych zdrowiem, uznając, że sytuują się one w części środkowej zaproponowanego continuum. Wynikami swych badań służą bowiem interesom produkcji i interesom zdrowia wykonujących ją ludzi, traktując je jako swojego rodzaju integralną całość.

Usytuowanie różnych nauk czy też całych problematyk, w których pojawiają się kwestie związane z zachowaniami zdrowotnymi w sferze pracy na zaproponowanym continuum, ma służyć oprócz celu porządkującego sposób prezentacji także ilustracji pewnej tezy, która zostanie postawiona w dalszej części tego rozdziału. Dotyczy ona dominującego w naszej powojennej praktyce społecznej sposobu podejścia do problemu zachowań zdrowotnych w sferze pracy i związanego z tym usytuowania ich w obszarze refleksji naukowej .

1.3.2. Obszar medycyny pracy

Refleksja na temat związków między pracą a zdrowiem osób, które ją wykonują, stanowiąca logicznie pierwotny warunek dla zainteresowań zachowaniami zdrowotnymi w sferze pracy, sięga początku dziejów cywilizacji ludzkiej. W papirusach egipskich, w prawach babilońskich /Kodeks Hammurabiego/, przepisach religijnych - chińskich i hinduskich, a także w Starym Testamencie odnajdujemy informacje świadczące o tym, że zdawano sobie sprawę z wpływu wykonywanej pracy na zdrowie, czyli konsekwencji wynikających z faktu, że określone czynności zawodowe nie są wykonywane według określonych zasad /Higiena Ogólna, 1961/. W starożytnych ośrodkach kultury - Grecji i Rzymie - również dostrzegano związek między pracą a powstałą przy jej wykonywaniu chorobą. Ojciec medycyny Hipokrates /460-377 p.n.e./ podał pierwszy znany opis ołowicy /Krasucki, 1989/. O chorobach gońców, szybkobiegaczy i zapaśników pisał Arystoteles ze Stagiry /384-322 p.n.e./, a o zagrożeniach zdrowia górników, uczony rzymski, Pilinusz Starszy /23-79 p.n.e./ */tamże/*.

W średniowieczu znano trujące działanie ołowiu, arszeniku i wielu innych substancji. W 1524 r. Ulrich Ellenborg z Feldkirch napisał pierwszą książkę o truciznach przemysłowych pt. "Morbi metallici" - tzn. "choroby metalowe" i przedstawił w niej rtęć i ołowicę */tamże/*.

W dziełach lekarzy Odrodzenia spotyka się opisy chorób gróńników, hutników, marynarzy i alchemików /Paracelsus, Agricola z Jachimowa/. Były one prawdopodobnie znane w Polsce, a w 1584 r. Wojciech Szeliga napisał pierwszy rodzimy traktat z zakresu toksykologii pt. "De venesis et morbis venesis" */Indulski, 1981/*.

Za ojca medycyny pracy uznaje się włoskiego lekarza Bernardino Ramazziniego, który w 1700 r. wydał dzieło zatytułowane "Rozprawa o chorobach rzemieślników". Zawierało ono charakterystykę i klasyfikację chorób zawodowych, opis metod ich leczenia oraz sposobów zapobiegania. W tym sensie było pionierską pracą z zakresu profilaktyki zdrowia w sferze pracy oraz wytycznych higieny społecznej i higieny pracy /Sze-szenia-Dąbrowska, 1986, Wałęga, 1988/.

W Polsce już w XVIII wieku tłumaczono różne fragmenty tego dzieła. W r. 1788 przełożono na język polski także pracę zbiorową Nicolasa,

Demarquas i Laservelas pt. "Dykcyonarz powszechny medyki i chirurgii" omawiającą choroby w 37 zawodach /Indulski, 1981/. W XVIII w. ponadto Jan, Piotr Franck, uczony wiedeński działający w Polsce, w dziele swoim pt. "System einer vollstandigen medizinischen Polizey" podał szereg wskazówek higienicznych mających znaczenie dla robotników /Higiena Ogólna, 1961/. Dwie prace z zakresu higieny ogólnej z elementami higieny zawodowej napisał również Polak, Ludwik Perzyna /Indulski, 1981/.

W XIX w. wraz z rozwojem przemysłu mnożyły się obserwacje chorób zawodowych, powstało wiele prac z tej dziedziny, ukazały się też pierwsze podręczniki medycyny pracy. W okresie tym w Polsce, konkretnie w latach 1801-1802, ukazywały się w Warszawie "Dzienniki zdrowia dla wszystkich stanów", w których popularyzował zagadnienia chorób zawodowych, sposoby ich unikania i leczenia prekursor polskiej higieny pracy - Leopold Lafontaine /tamże/. Na przełomie XIX i XX w. powstały muzea higieny pracy /Monachium, Charlottenburg, Wiedeń, Amsterdam itd/, a na początku naszego stulecia w Mediolanie założono pierwszą w świecie klinikę chorób zawodowych - "Clinica del Lavoro" /Higiena Ogólna, 1961/. W tym samym mniej więcej czasie został utworzony Międzynarodowy Komitet Medycyny Pracy. Przed I wojną światową powstały pierwsze instytuty higieny pracy w Niemczech, Anglii, Włoszech i Francji. W latach międzywojennych medycyna pracy przeżywała okres ogromnego rozkwitu. Także u nas w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie utworzono Oddział Higieny Pracy pod kierunkiem prof. Brunona Nowakowskiego /Historia Medycyny, 1963/.

Ukoronowaniem procesu gromadzenia wiedzy na temat związków między pracą a zdrowiem wykonujących ją ludzi stało się posiedzenie Międzynarodowego Komitetu ds. Chorób Zawodowych i Higieny Pracy w 1929 r. w Londynie. Przyjęto tam termin "medycyna pracy", na określenie nauki o współzależności między pracą i zawodem z jednej strony, a człowiekiem jego zdrowiem i chorobami z drugiej. Termin ten stał się wkrótce powszechny w wielu krajach świata. W języku angielskim medycynę pracy określa się jako "occupational medicine" we francuskim jako "medicine du travail" /Medycyna Pracy, 1985/.

Do wyodrębnienia się samodzielnej i niezależnej dyscypliny jaką jest medycyna pracy przyczyniły się:

- rosnące znaczenie pracy i zawodu dla jednostki,
- postępy badań nad wymaganiami środowiska pracy w stosunku do pracujących
- stałe pogłębianie wiedzy o chorobach zawodowych i wypadkach przy pracy i ich skutkach dla zdrowia
- oraz, w latach późniejszych, wprowadzenie nowych biologicznych, psychologicznych i socjologicznych technik badawczych /tamże/.

Wyraźny instytucjonalny rozwój medycyny pracy obserwujemy po II wojnie światowej. Przemysłowa służba zdrowia we Francji, wydzielona została w 1946 r., a niedługo później utworzono ją w Finlandii i wielu innych krajach /Piwowarska-Pościk, 1988/.

Jeśli idzie o Polskę to podwaliny systemu ochrony zdrowia pracujących stworzono w okresie międzywojennym /Sadowska, 1985/. Np. w Łodzi w 1939 r. pracowało 17-tu lekarzy fabrycznych /Fijałek i inni, 1986/. Tuż po wojnie funkcjonowały jeszcze przyfabryczne ośrodki zdrowia, ale od r. 1950 w, którym wydano Ustawę o Zakładach Lecznictwa Pracowniczego /Dz.U.z 1950 r., nr 36, poz. 334/ i Ustawę o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych /Dz.U. z 1950 r. nr 36, poz. 333/ rozpoczęło się tworzenie jednolitego państwowego systemu pracowniczej służby zdrowia, wzorowanego na rozwiązaniach radzieckich. W 1953 r. powołana została Przemysłowa Służba Zdrowia, która miała na celu przede wszystkim sprawowanie pieczy nad zdrowiem pracowników wielkich zakładów przemysłowych.

Jej placówki funkcjonowały bez większych zakłóceń aż do chwili zasadniczych przekształceń ustrojowych, które rozpoczęły się w 1989 r. Wówczas to na skutek nagłej zmiany kondycji ekonomicznej i zasad gospodarowania wielu dużych, państwowych zakładów pracy zaczęły być one rugowane z zajmowanych pozycji. W latach 1989-1993 zlikwidowano w ten sposób ok. 17% ogólnej liczby placówek psz. Krytyka funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi pojawiła się też ze strony administracji resortowej. Szło tu głównie o zaniedbywanie przez przemysłową służbę zdrowia zadań profilaktycznych, kosztem leczniczych /udzielała ona czterokrotnie częściej porad tego ostatniego rodzaju/. Wreszcie, generalnego uporządkowania polskiej służby zdrowia zaczęły domagać się organizacje międzynarodowe /np. Bank Światowy/. Zobowiązywały nas do tego

też Konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy /Dawydzik 1997/. W chwili obecnej prace nad gruntowną reformą przemysłowej służby zdrowia toczą się od około 5. lat. Istotną rolę odgrywa w nich m.in. Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. Stworzono już podwaliny formalno-prawne nowego systemu. Stanowią je przede wszystkim: zmiana Kodeksu Pracy /Ustawa z dn. 2 lutego 1996 r., Dz.Ustaw nr 24 poz. 110/ oraz Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy /Dz.Ustaw Nr 96, poz. 593/. Zgodnie z nowymi rozwiązaniami dotyczącymi służby medycyny pracy wszyscy zatrudnieni, a nie jak dotąd tylko określone grupy, .. mają prawo do opieki ze strony tych placówek. Opieka ta ma polegać przede wszystkim na szeroko rozumianej profilaktyce czyli przeciwdziałaniu negatywnym dla zdrowia skutkom warunków w miejscu pracy, ale również na wyzwalaniu i wspomaganiu postaw i zachowań sprzyjających zdrowiu /tamże/.

Jeśli idzie o problematykę zachowań zdrowotnych w sferze pracy to zarówno na gruncie refleksji nad relacjami między pracą a zdrowiem wykonujących ją ludzi, jak później funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej nad pracującymi, nie zajmowała ona jakiegś liczącej się pozycji aż do chwili obecnej.

Od początku XIX w. medycyna pracy opierała się podobnie jak i inne nauki medyczne, na biomedycznej koncepcji zdrowia i funkcjonowała zgodnie z ideologią medycznego profesjonalizmu. Jej wysiłki badawcze i aplikacyjne koncentrowały się zatem na enumeracji szkodliwych dla zdrowia elementów fizycznego środowiska pracy, charakterystyce wpływu jaki wywierają one na organizm, opisie i klasyfikacji chorób zawodowych oraz poszukiwaniu i doskonaleniu metod ich leczenia. Można zatem uznać, że dziedzina zachowań zdrowotnych zepchnięta została na margines zainteresowań specjalistów medycyny pracy. Zachowania zdrowotne utożsamiali oni jedynie z wykonywaniem badań wstępnych i okresowych oraz przerywaniem pracy lub zmianą stanowiska w przypadku choroby.

Aktualnie toczy się proces zmiany podejścia medycyny pracy do aktywności jednostki na styku sfer zdrowia i wykonywanych przez nią obowiązków zawodowych. Akceptując założenia socjoekologicznego paradygmatu medycyna pracy inaczej definiuje cel swoich działań czyli zdrowie pracujących i odmiennie profiluje zadania swych służb. Koncentrując się na szeroko rozumianej prewencji i promocji zdrowia pra-

cujących nie może pozostawiać na uboczu problemu wpływu indywidualnych decyzji i sposobów postępowania na siłę i zakres w jakim warunki i charakter pracy oddziałują na stan zdrowia wykonujących ją ludzi. W tym sensie pracownicy /podobnie jak pracodawcy/ stają się partnerami w jej działalności. Aktywna postawa zatrudnionych i realizacja takich zachowań, które sprzyjają zdrowiu w miejscu pracy, ale i w życiu osobistym, stają się wręcz warunkiem skuteczności wielu przedsięwzięć podejmowanych przez służby medycyny pracy. Na znaczenie procesu kreowania prozdrowotnych wzorów postępowania pracujących zwrócono dobitnie uwagę już w 1988 r. w raporcie ekspertów WHO nr 765 "Health promotion for working populations", w którym uznano promocję zdrowia za integralną część medycyny pracy. Podtrzymane zostało to stanowisko w trakcie drugiego spotkania w Pekinie w 1994 r. współpracujących z WHO Ośrodków Zdrowia Pracujących i znalazło swój wyraz w Światowej Strategii Zdrowie dla Wszystkich Pracujących. Wśród jej 10. celów rozwój procedur zdrowych praktyk roboczych oraz promocja zdrowia w środowisku pracy znalazły się na bardzo wysokim trzecim miejscu /Strategia..., 1995/.

Dokument ten wydaje się tworzyć bardzo dobre podstawy do rozwoju problematyki zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Jego twórcy reprezentują bowiem stanowisko zgodnie z którym ważną sprawą jest powiązanie działań związanych z kształtowaniem prozdrowotnych zachowań na stanowisku pracy i kreowaniem tzw. zdrowych stylów życia /którą to kategorią obejmuje się zazwyczaj właściwe odżywianie, aktywność fizyczną, radzenie sobie ze stresem, unikanie palenia tytoniu, środków psychoaktywnych czy nadmiaru alkoholu itp./. Co więcej zalecają oni służbom zdrowia pracujących przede wszystkim właśnie działalność nakierowaną na informowanie, szkolenie, doradzanie i tworzenie warunków do tego by zatrudnieni stosowali zdrowe praktyki robocze. Propagowanie zachowań zdrowotnych poza pracą traktują natomiast jako zadanie dodatkowe, ważne o tyle, o ile codzienny sposób postępowania pracownika wpływa na jego zdolność do pracy oraz ze względu na to, że mogą występować łączne skutki zdrowotne trybu życia i narażeń występujących w środowisku pracy /tamże, str. 76/. To przełożenie akcentów wydaje się być istotne z punktu widzenia praktyki promocji zdrowia w sferze pracy i zadań w tym zakresie służb medycyny pracy.

Większość realizowanych dotychczas przedsięwzięć promujących zdrowie w miejscu pracy w krajach wysokorozwiniętych koncentrowało się na stylu życia poza pracą, a zagadnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa i higieny pracy uwzględniało głównie z punktu widzenia ich wpływu na występowanie chorób cywilizacyjnych /np. choroby wieńcowej, wrzodowej, zaburzeń umysłowych/ /Theorell, 1991/.*

Analiza zrealizowanych w USA i Europie zakładowych programów promocji zdrowia wykazuje dobitnie przewagę interwencji promocyjnych nakierowanych na rozwiązywanie typowych dla społeczeństw rozwiniętych problemów zdrowotnych /np.: choroby cywilizacyjne, AIDS, opieka prenatalna, picie alkoholu, nadużywanie środków psychoaktywnych/ /Fielding, 1990, Malzson, Lindsay, 1992/. Jeśli idzie o zachowania zdrowotne w sferze pracy to najczęściej promowano te spośród nich, które związane są ze stresem /np. program w urzędach pocztowych w Wielkiej Brytanii /Dudek, 1997/ oraz wymuszoną pozycją przy pracy /np. program w zakładach metalowych w Belgii - Mairiaux, 1997, czy dla personelu szkolnego w Holandii, Wijnsma, 1997/. Co ciekawe analizuje się już również związki między występowaniem tzw. bólów krzyża, a stresem pracy i próbuje przeciwdziałać tym dwom zjawiskom łącznie /Symonds i inni, 1996/. W Stanach Zjednoczonych jest chyba najlepsza sytuacja w zakresie promowania zachowań zdrowotnych w sferze pracy. W 1992 r. 64% spośród 1507 przebadanych przedsiębiorstw przeprowadziło przedsięwzięcia prozdrowotne związane z pracą i zapobieganiem urazom, 37% z kontrolą stresu, a 32% z tzw. bólami krzyża. /U.S.Department... 1993/. Badanie 333 przedsiębiorstw z 30 krajów Europy pokazało, że programy związane ze stresem zrealizowało 34% ankietowanych firm /Malzson, Lindsay, 1992/. Specyficzna sytuacja występuje jeśli idzie o kształtowanie zachowań

* Wydaje się, że roboczy dokument WHO z 1995 r. "Health Promotion in the Workplace, Strategy Options" /1995/ jest bliższy właśnie takiemu postrzeganiu wzajemnych relacji między środowiskiem i zachowaniami charakterystycznymi dla sfery pracy, a tymi z życia codziennego. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla w tym opracowaniu jednak inną ważną kwestię związaną z terminem "promocja zdrowia w miejscu pracy". Wskazuje bowiem na fakt, że sama praca jako źródło satysfakcji społecznej, identyfikacji, poczucia godności może być źródłem zdrowia i dobrego samopoczucia, a więc może promować zdrowie.

związanych np. ze stosowaniem sprzętu ochrony osobistej. Ich używanie wymagane jest często na mocy prawa, stąd częściej zajmują się nimi specjaliści od bezpieczeństwa i higieny pracy niż promocji zdrowia. Można jednak i tu obserwować stosowanie podejścia właściwego promocji zdrowia /White, 1988, Ben-Ami i inni, 1997/.

W naszym kraju zachowaniom zdrowotnym w sferze pracy, w kontekście działań promujących zdrowie, szczególnie wiele uwagi poświęcają specjaliści z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Od szeregu już lat zajmują się oni zarówno problematyką ich stanu i psychospołecznych uwarunkowań jak i upowszechnianiem promocji zdrowia w miejscu pracy, jako strategii ich prozdrowotnego kształtowania. W ramach tych zainteresowań, już od 1989 r. przekazują wiedzę z zakresu zakładowych programów prozdrowotnych na kursach specjalizacyjnych z medycyny pracy. W latach 1992-97 zrealizowali szereg specjalnych szkoleń dla pielęgniarek i lekarzy przemysłowych rozpoczynając proces kształcenia profesjonalistów medycyny pracy w zakresie kształtowania prozdrowotnych zachowań i kreowania sprzyjających im warunków w zakładach pracy. W 1995 r., Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, usytuowane w Instytucie Medycyny pracy w Łodzi rozpoczęło proces tworzenia ogólnokrajowej struktury organizacyjno-kadrowej o charakterze sieciowym, mającej na celu szerokie upowszechnienie programów promocji zdrowia w polskich zakładach pracy. Niektóre pielęgniarki oraz wybrani lekarze medycyny pracy pełnią w ramach tej sieci bardzo ważną rolę terenowych liderów. Inni zostali przygotowani do roli liderów zakładowych, czyli nabyli podstawowe umiejętności związane z zaplanowaniem, wdrożeniem i oceną programu promocji zdrowia w miejscu pracy. Niektórzy już realizują przedsięwzięcia tego rodzaju. Znaczna część personelu służb medycyny pracy, szkolonego w zakresie podstawowym, zapoznała się z koncepcją promocji zdrowia i może pewnie jej zasady stosować w swoich rutynowych kontaktach typu lekarz-pacjent. Tym samym tworzone są niezbędne warunki do angażowania się specjalistów medycyny pracy na polu szeroko rozumianej promocji zdrowia, a więc i kształtowania prozdrowotnych wzorów postępowania, w tym w sferze pracy.

1.3.3. Problematyka bezpieczeństwa i higieny pracy

Jeśli idzie o bezpieczeństwo i higienę pracy /bhp/ to początków tej dziedziny wiedzy dopatrywać się można w okresie podziału pracy i powstania stosunku pracy najemnej. Gwałtowny jej rozkwit nastąpił w XIX w., w okresie gruntownych przeobrażeń związanych z pierwszą rewolucją przemysłową. Ciężka praca fizyczna, wydłużający się czas pracy, zatrudnianie kobiet i dzieci spowodowały znaczne spustoszenie w stanie zdrowia robotników. /np. Raport Horna do króla pruskiego o niedorozwoju fizycznym poborowych, za Medycyną Pracy, 1985/. Zaistniała zatem pilna potrzeba podjęcia działań, które zmieniłyby ten niekorzystny stan rzeczy. Rozpoczęto od stworzenia ustawodawstwa o ochronie pracy. Pierwszy akt prawny tego typu to ustawa angielska z 1802 r. "O ochronie zdrowia i moralności terminatorów". Regulowała ona kwestie higieny pracy, mieszkań młodocianych zatrudnionych w przemyśle oraz ograniczała czas ich pracy do 12 godzin /Sokołowska, 1951/. W 1833 r. powstała w Anglii pierwsza inspekcja pracy, a w roku 1849 wydana została ustawa o zwalczaniu czynników szkodliwych dla zdrowia i akt o zdrowiu publicznym. Początkowe koncepcje ochrony pracy opierały się na przeświadczeniu, że państwo, poprzez działalność naukową i nakazową /akty prawne/, a więc ingerencję zewnętrzną, doprowadzi do zmiany warunków pracy na lepsze. Później tj. po 1867 r. zrewidowano ten pogląd i uznano, że zrzeszenia pracodawców nadzorujące rozwój bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w zakładach jednej branży będą w stanie zrealizować ten cel /Francja-Anglel Dolfus// Fal, 1980, Fijałek i inni, 1986/.

Początek naszego wieku to okres gwałtownego wzrostu liczby wypadków przy pracy. Szczególnie silnie zjawisko to wystąpiło w hutach na terenie Stanów Zjednoczonych. Ponury rekord padł w 1906r. w United Steel Corporation. Prasa rozpętała wówczas prawdziwą kampanię przeciwko zabijaniu ludzi przez pracę /making steel and killing men/. Następował stopniowy przewrót w myśleniu o ochronie pracy, a właściwie o ochronie zdrowia ludzkiego w procesie pracy. Nie do utrzymania była dłużej teza, że wypadek to wyraz fatalizmu życia /Filipkowski, 1975/. Zrozumiano, że sytuację zdrowotną należy kształtować na poziomie zakładu pracy, który winien mieć obowiązek prowadzenia działalności zapobiegawczej /ani państwo, ani zrzeszenia branżowe nie rozwiążą problemu bez czynnego uczestnict-

wa zakładów/. Pierwszą szeroko zakrojoną akcją zapobiegającą wypadkom przy pracy zrealizował Leon Chaney, /późniejszy wysoki urzędnik Federalnego Departamentu Pracy/. Jego zasługą jest zwrócenie uwagi na człowieka - jego p o s t ę p o w a n i e na stanowisku pracy - jako na niezmierzenie istotny element sprawczy wielu wypadków. On też jako pierwszy potraktował dane statystyczne jako znaczący instrument prewencji. Efektem prac Chaneya stały się także pierwsze wewnątrzzakładowe służby bhp z inżynierami bhp. W wyniku szeroko zakrojonej akcji pod jego kierunkiem zmniejszono w przeciągu 8 lat o 75% liczbę wypadków przy pracy /Ochrona Pracy, 1980, Fal, 1980/.

Zatem już w okresie poprzedzającym pierwszą wojnę światową rozpoczęły się badania nad udziałem tzw. czynnika ludzkiego w powstawaniu wypadków, a więc między innymi analizy zachowań szczególnie odpowiedzialnych za wystąpienie niebezpiecznych dla zdrowia, a nawet życia zatrudnionych sytuacji. Z tego okresu też pochodzi stwierdzenie, że bezpieczeństwo i higiena pracy, to nie tylko zagadnienia techniczne, ale i społeczne. W okresie międzywojennym prace nad ograniczaniem liczby wypadków przy pracy były kontynuowane. W 1931 r. P. Didier na podstawie analizy danych, które przekazały zrzeszenia niemieckich organizacji związkowych, stwierdził, że przynajmniej 47% wypadków powstaje z winy człowieka /Fal, 1974/. H.W. Heinrich, pracownik amerykańskich ubezpieczeń po przebadaniu 5 tysięcy wypadków uznał, że aż 88% z nich powstało w wyniku niebezpiecznych czynności człowieka. Te i inne ustalenia, potwierdzające wpływ sposobów postępowania pracownika na zaistnienie wypadku przy pracy doprowadziły w efekcie do wniosku, że osiągnięcie stanu bezpieczeństwa możliwe jest tylko przy czynnym udziale w tym procesie całej załogi - od kierownictwa począwszy, które określać ma bezpieczne metody pracy i czuwać nad ich przestrzeganiem -na robotnikach, którzy mają zachowywać się zgodnie z regułami bhp, kończąc.

Jeśli idzie o Polskę, to działalność w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także ochrony pracy rozwijała się odmiennie w poszczególnych zaborach. Najwcześniej ustawy chroniące kobiety i dzieci zatrudnione w przemyśle pojawiły się w zaborze pruskim /1828 r./. W latach 1883-1889 stworzono tam podwaliny systemu ubezpieczeniowego /ustawa o przymusowym ubezpieczeniu chorobowym, o ubezpieczeniu od wypadków przy

pracy, o ubezpieczeniu na wypadek inwalidztwa/. Najgorzej sytuacja w tym zakresie przedstawiała się w zaborze rosyjskim /Leszczyński, 1981/.

W odrodzonym po wieloletniej niewoli narodowej państwie polskim uznano, że ochrona zdrowia robotników jest niezwykle istotnym zadaniem. Jego realizacji służyły m.in. dekret o 8-godzinnym dniu pracy i o inspekcji pracy /1919 r/, dekret, a później ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby /1919 i 1920 r/ oraz ustawa sanitarna /1919 r./ /Sadowska, 1985/. Za nadzorowanie i egzekwowanie wykonywania przepisów bhp odpowiedzialne były: Inspekcja Pracy i Państwowa Służba Zdrowia /tamże/. Zdaniem A.Sz. Grabary /Grabara, 1987/ największy wpływ na stan bhp w tym okresie miał Zakład Ubezpieczeń Społecznych, którego inspektorzy określając wysokość składek ubezpieczeniowych w zależności od zagrożenia wypadkowego i chorobowego, wywierali tym samym wpływ na stan bhp.

Po II wojnie światowej państwo oraz szereg instytucji w obrębie systemu ochrony zdrowia pracujących /m.in. pracodawcy, Państwowa Inspekcja Pracy, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Przemysłowa Służba Zdrowia, obecnie Służba Medycyny Pracy/ zobligowanych jest do czuwania nad kwestiami bezpieczeństwa i higieny pracy. Podstawowe obowiązki pracodawcy i zatrudnionych w zakresie pracy higienicznej, a przede wszystkim bezpiecznej zawarte są w Kodeksie Pracy.

Najczęściej podejmowanym problemem refleksji nad bezpieczeństwem i higieną pracy, uwzględniającym zagadnienie zachowań zdrowotnych, jest kwestia wypadków przy pracy. Element dyskusyjny w rozważaniach na ten temat to rola jaką wśród syndromu przyczyn wypadków odgrywają sposoby postępowania pracowników.

M.Wynimko np., opierając się na badaniu ankietowym 4,1 tys. wypadków w wybranych przedsiębiorstwach resortu handlu wewnętrznego i usług, analizując stopień realizacji obowiązków pracowniczych przez osoby, które uległy wypadkom, ale i przez te, bezpośrednio nadzorujące ich pracę stwierdził, że w obu tych zbiorowościach występowały liczące się zniebdania w tej dziedzinie. I tak jeśli idzie o poszkodowanych to 1/3 z nich nie wykonywała pracy zgodnie z zasadami i przepisami bhp, a 22% nie przestrzegało poleceń i wskazówek przełożonych w tym zakresie. Natomiast co do bezpośrednich przełożonych, to żaden ze zbadanych 10

obowiązków związanych organicznie z funkcjami kierowniczymi w dziedzinie bhp nie był w pełni przez nich respektowany. Najłabszym ogniwem w łańcuchu tych obowiązków była organizacja stanowisk pracy i sprawowanie właściwego nadzoru nad przestrzeganiem przez pracownika zasad i przepisów bhp /Wynimko, 1985/. Inna analiza 461 wypadków w Bełchatowskim Okręgu Przemysłowym wykazała, że 78% z nich wydarzyło się z powodu nieumiejętnego lub złego zachowania się poszkodowanych, ale w subiektywnych opiniach tylko 37% osób, które uległy wypadkowi obwinięło o to samych siebie /Adamczuk i inni, 1986/.

Według danych GUS właśnie nieprawidłowe zachowanie się pracownika było dominującą przyczyną wypadków przy pracy w 1995 r. /46,4% ogólnej liczby przyczyn/. Na drugim miejscu lokowała się niewłaściwa organizacja - 15,7%, /z tego pracy 8,2%, a stanowiska pracy 7,5%/. Na trzecim miejscu znalazł się niewłaściwy stan czynnika materialnego /13,1%/, a następnie brak lub niewłaściwe posługiwanie się czynnikiem materialnym /10,5%/. /Ocena stanu bezpieczeństwa ..., 1996/.

Generalnie, nowoczesne koncepcje zarządzania bezpieczeństwem w miejscu pracy akcentują rolę zachowań pracowniczych w całym syndromie zjawisk składającym się na bezpieczną i zdrową pracę. Podejście to określa się jako behavioralne, od angielskiego słowa "behaviour" - zachowanie. Akcentuje się w nim, że nawet najlepsze procesy technologiczne i najsprawniejsze maszyny nie wystarczają, gdy zawodzi człowiek, łamiąc określone normy postępowania. Dlatego próbuje się analizować różnorakie mechanizmy, które powodują, że ludzie zachowują się wbrew przepisom i zasadom przewidzianym na ich stanowisku pracy. Kształtuje się też specjalne procedury zarządzania stymulującego prodrowotne wzory wykonywania operacji technologicznych /Krause, 1997/.

1.3.4. Nauki społeczne

Na gruncie nauk społecznych w Polsce zachowaniom zdrowotnym w sferze pracy poświęcano, jak dotąd, bardzo niewiele uwagi. Socjologia medycyny, jak już wspomniano, głównie koncentrowała się na problematyce zachowań otaczających chorobę, a więc analizowała sposoby przejścia od stanu zdrowia do choroby /przyjmowanie roli chorego/, sposo-

by bycia chorym /elementy roli pacjenta/, sposoby korzystania z instytucji medycznych /Sokołowska, 1976, Titkow, 1993/. Nieco więcej uwagi problemom zdrowia w sferze pracy poświęcili socjologowie przemysłu, szczególnie ci związani z problematyką humanizacji pracy. Jak pisał H.L. Sheppard każda odpowiedzialna definicja humanizacji pracy powinna obejmować kategorię zdrowia. Jednocześnie zdrowie jest najlepszym miernikiem humanizacji pracy. Inne kryteria, które można stosować takie jak np. autonomia jednostki czy szanse rozwojowe nie muszą być uznawane przez wszystkich badaczy /Humanizacja Pracy, 1977/. Wydawać by się mogło zatem, że skoro zdrowiu przyznawano wysoką rangę w obszarze działań humanizacyjnych to i zachowania zdrowotne w procesie pracy - jako istotny wyznacznik zdrowia - były znaczącym obiektem analiz na gruncie m.in. socjologii przemysłu, żywo zainteresowanej koncepcjami humanizacji pracy. Niestety zrealizowane zamierzenia z tego zakresu nie należały do licznych. Wprawdzie już w latach siedemdziesiątych specjalistyczne czasopismo "Humanizacja Pracy" poświęcało sporo miejsca problemom związanym ze zdrowiem zatrudnionych, ale przeważały różnego typu rozważania na temat wpływu określonych warunków pracy czy intensywności pracy na zdrowie lub absencję, traktowaną jako jego wskaźnik. Nurt ten można by zatem nazwać humanizacją warunków pracy /Pyzik, 1972, Amanowicz, 1973, Szumpich, 1976/. Zdaniem S.Wróblewskiego, który przeanalizował czterdzieści dwa zakładowe programy humanizacji pracy /a więc praktyczną realizację koncepcji humanizacji/ zadania dotyczące - bezpieczeństwa i higieny pracy nie nazbyt często włączane były w obszar tego typu zamierzeń. Tylko 46% zakładowych programów uwzględniało ten obszar działań. Najczęściej natomiast, bo w 86% programów podejmowano kwestię adaptacji społeczno-zawodowej; szkolenie, bodźcowanie ekonomiczne było przedmiotem 76% programów, a różnego typu działania organizacyjne 60% /Wróblewski, 1975/. Stopniowo wraz ze wzrostem zainteresowania problematyką wypadków przy pracy częściej podejmowano kwestie niebezpiecznych zachowań na stanowiskach pracy /np. Rek, 1973, Puchajda, 1982/. Pod koniec lat siedemdziesiątych ukazywać się zaczęły wyniki badań realizowanych przez pracowników CIOP, poświęcone stosunkowi pracowników do przepisów bhp /Bursche, 1978/. Były to pierwsze sensu

stricto teksty koncentrujące się na zachowaniach wpływających na zdrowie, a wynikających ze specyfiki pracy zawodowej. Badania uwzględniające kontekst społeczny w rólach człowiek-wypadek przeprowadziła T.Brachacka /Brachacka, 1979/. Później także socjologowie z Akademii Nauk Społecznych oraz z Instytutu Medycyny Pracy zajmowali się tą problematyką. /ustalenia te przytoczone zostaną w innym fragmencie tego opracowania/.

Nieco więcej uwagi ludzkim działaniom na stanowisku pracy, ale tylko tym niebezpiecznym dla zdrowia, bo prowadzącym do wypadku poświęcili psychologowie. Zainteresowanie procesem powstawania wypadków rozpoczęło się na gruncie tej nauki w latach dwudziestych XX w., kiedy to stworzono teorię indywidualnej skłonności do wypadków. W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych zwrócono uwagę na rolę czynników zewnętrznych wobec sprawcy, obniżających jego sprawność, takich jak zmęczenie, szkodliwe czynniki fizycznego środowiska pracy, konflikty z otoczeniem itp. Kolejnym etapem był tzw. human engineering, czyli badanie człowieka w sytuacji pracy.

Generalnie można stwierdzić, że dorobek polskich socjologów, a także psychologów społecznych w zakresie zachowań zdrowotnych w sferze pracy nie należy do pokaźnych. Poza opracowaniem pt. "Psychologia a bezpieczeństwo i higiena pracy pod redakcją T. Tyszki oraz pracami Studenskiego, nie dysponujemy nowoczesnymi opracowaniami na ten temat. Szczególnie zaś ubogo prezentuje się płaszczyzna teoretyczna tej problematyki. Krytyczne oceny tej sytuacji systematycznie pojawiają się w refleksji nad zdrowiem pracujących /Ochrona Pracy, 1980, Stankiewicz, Walkowiak, 1980, Ziółkowski, 1984, Gniazdowski, 1990/, więc być może jest szansa na szersze zainteresowanie się tą problematyką przez badaczy społecznych. Jeśli idzie o kraje wysokoprzemysłowe, w tym szczególnie Stany Zjednoczone, Kanadę oraz kraje skandynawskie to psychologowie i socjologowie we współpracy z lekarzami, organizatorami, inżynierami bhp w nieco większym zakresie pracują nad problematyką zachowań wpływających na zdrowie, a realizowanych w miejscu pracy. /Komaki, Barwick & Scott, 1978. Cohen & Jensen, 1984, White, Baker, Larson, Wolford, 1988 /, aczkolwiek i tam postuluje się

konieczność rozwoju wiedzy w tym zakresie. Henry P.Cole i jego współpracownicy /Cole, Berger, Garrity, 1988/ z Uniwersytetu w Kentucky poddali komputerowej analizie światową literaturę na temat badań, których przedmiotem były zachowania polegające na stosowaniu się przez pojedynczych ludzi /lub ich grupy/ do skierowanych pod ich adresem zaleceń związanych ze zdrowiem /compliance behavior/. Zalecenia te mogły pochodzić od personelu lekarskiego - gdy chodziło o osoby chore lub zagrożone chorobą - albo od specjalistów bhp, gdy odnosiły się do pracowników. W pierwszym przypadku określa się działania związane z tymi zaleceniami zachowaniami typu "compliance" w sferze medycznej, w drugim, w sferze bezpieczeństwa pracy. Autorzy ci stwierdzili, że badań nad zachowaniami typu "compliance" w sferze pracy jest zdecydowanie mniej, niż tych poświęconych "compliance" w sferze medycznej. Ustalili także, że badacze z obu pól słabo orientują się w rezultatach swoich prac, ze szkodą dla ich rozwoju, gdyż szereg ustaleń dałoby się z korzyścią zastosować w obu obszarach analiz. Zespół, o którym mowa przygotował nawet bibliografię zawierającą opis praktyk służących zwiększaniu stopnia zgodności ludzkich zachowań z kierowanymi pod ich adresem zaleceniami czy przepisami /Cole at all, 1985/, która może być przydatna do przekształcania "compliance behaviour" w obu sferach.

Problemy wspólne, wyspecyfikowane przez zespół Cole'go, które analizowali badacze, zachowań "compliance" w sferze medycznej i w sferze pracy to:

- typowe poziomy /normy/ tych zachowań
- wpływ ostrych chorób i szczególnie niebezpiecznych warunków pracy na te zachowania
- fazy kształtowania się zachowań typu "compliance" oraz sposoby ich instytucjonalizacji
- czynniki wpływające na poziom tych zachowań
- procedury zwiększające zgodność tych zachowań w stosunku do regulujących je zaleceń.

H.P. Cole i jego zespół zwracają uwagę, że stosunkowo ubogi nurt analiz nad zachowaniami wynikającymi z przepisów i norm bezpieczeństwa i higieny pracy szczególnie dużo mógłby skorzystać z wyników uzyskanych w związku z zachowaniami typu "compliance" ludzi przewlekłe

chorych. Sytuacja pracownika w niebezpiecznym czy szkodliwym środowisku pracy ma bardzo wiele wspólnego z sytuacją przewlekle chorego. Obie te osoby mogą nie stosować się do zaleceń czy to lekarza, czy inspektora bhp bo nie zawsze prowadzi to do natychmiastowych, negatywnych skutków /mogą być one bardzo odległe w czasie albo słabo zauważalne/. Nie podejmując natomiast zaleconych działań i jedna i druga strona może uzyskiwać natychmiastowe korzyści np. uprzyjemniając sobie życie, oszczędzając czas czy pieniądze. W wysiłkach mających na celu przekształcanie obu typów tych zachowań w podobny sposób oddziałują czynniki zewnętrzne takie jak np. materialny status rodziny, dostępność do instytucji medycznych itp. - w przypadku chorego - czy poziom dochodów albo warunków pracy w przedsiębiorstwie - w przypadku pracownika. Podobne są też etapy procesu kształtowania tych zachowań. Pierwszy z nich to uświadomienie jednostce ryzyka zdrowotnego oraz korzyści i strat wynikających ze stosowania się /bądź nie/ do zaleceń. Drugi to przekazanie jej pewnych zdolności do zachowywania się w określony sposób. Etap trzeci polega na dostosowaniu zaleceń, procedur czy przepisów do osób, które mają je przestrzegać. I wreszcie czwarty to internalizacja celów podejmowanych działań, dzięki której podlegać będą one autokontroli wykonującej je jednostki, co zapewni im trwanie w czasie. Czynniki, które pozytywnie oddziałują na zwiększenie stopnia zgodności zachowań z określającymi je przepisami są przede wszystkim: wsparcie społeczne, łatwość wykonania /a więc niski koszt podejmowanych tego typu działań/, umiejętne nauczanie i częste informowanie o uzyskanych postępach oraz pewne skłonności psychologiczne.

Zdaniem interdyscyplinarnego zespołu złożonego ze współpracowników H.P.Cole'ya nadal nierozwiązana pozostaje kwestia wypracowania modelu służącego do przewidywania tego typu zachowań /tamże/.

1.3.5. Podsumowanie

Od zakończenia II wojny światowej, aż do schyłku lat 80-tych zachowania wpływające na zdrowie, a relizowane w miejscu pracy i zależne od jej charakteru i warunków wykonywania - jeśli idzie o Polskę -

sytuowały się prawie wyłącznie w obszarze zainteresowań badaczy i praktyków związanych z problematyką ochrony pracy, na którą składają się przede wszystkim takie zagadnienia jak: technika bhp, ochronne ustawodawstwo pracy, profilaktyka wypadków przy pracy. Medycyna pracy, a ściślej rzecz biorąc lekarze przemysłowej służby zdrowia, nastawieni głównie na walkę z chorobami /niekoniecznie zawodowymi/ i ciągle niedoceniający w swych działaniach profilaktyki /Piwowarska-Pościk, 1988, Opieka Zdrowotna...,1990/ prawie zupełnie nie angażowali się w kształtowanie prozdrowotnych zachowań w sferze pracy. Realizując zasadę rygorystycznego podporządkowania laików medycznym profesjonalistom, lekarze przemysłowi, nawet jeśli odwoływali się do działań jednostki na rzecz zdrowia na stanowisku pracy, to robili to z pozycji nakazodawcy, wspierając się przy tym przepisami wypracowanymi na gruncie właśnie ochrony pracy. Problematyka zachowań zdrowotnych w procesie pracy była więc właściwie problematyką ochrony pracy. Już same terminy “ochrona **pracy**”, czy “bezpieczeństwo i higiena **pracy**” /a nie **zdrowia** czy **pracownika**/ jasno pokazują do jakiej roli zachowania te w gruncie rzeczy sprowadzono. Ich funkcja prozdrowotna pozostawała gdzieś daleko w tle, a coraz silniej eksponowano ich znaczenie organizacyjno-prawne. W społecznej percepcji zachowania chroniące zdrowie w sferze pracy stawały się jeszcze jednym z wymogów, które stawia pracodawca pracownikowi, jeszcze jednym obowiązkiem obwarowanym sankcjami prawnymi /a więc elementem przymusu/, a nie przywilejem społecznym, który chronić ma tak ważną wartość, jaką jest ludzkie zdrowie. Realizacja planów za wszelką cenę, /najczęściej cenę zdrowia/, uprzedmiotawianie pracowników uczyły ich, że jest to obowiązek z którego w określonych warunkach można a nawet trzeba zrezygnować. /Firkowska-Mankiewicz, 1986/. Ten typ rozumowania, w pewnym stopniu, odzwierciedlał się także w analizach o charakterze naukowym. Podejmując w gruncie rzeczy zagadnienia zdrowia pracującej jednostki czy społeczeństwa eksponowały one ich wymiar organizacyjny czy ekonomiczny /np. traktując je jako element postaw wobec pracy czy stabilizacji załogi/. Stąd zachowania człowieka na jego stanowisku pracy kojarzono przede wszystkim z problematyką ochrony czy wydajności pracy, a więc z tym krańcem zaproponowanego na początku tego rozdziału continuum, który grupował dziedziny wiedzy mające na

celu przede wszystkim sprawne funkcjonowanie gospodarki /tak w wymiarze konkretnego zakładu jak i państwa/. Dlatego też, zdaniem autorki, tak mało opracowań tego rodzaju pojawiło się w obrębie nurtu humanizacji pracy, z założenia koncentrującego się na jednostce, jej szeroko pojmowanym interesie osobistym. Instytucjonalna przynależność wielu specjalistów np. socjologów, zainteresowanych tego typu zachowaniami, /mam tu na myśli chociażby zatrudnionych w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy/ także w naturalny sposób ukierunkowywała ich optykę postrzegania tej sfery ludzkiej aktywności.

Tymczasem w krajach wysokoprzemysłowych modyfikacje w obrębie paradygmatu nauk medycznych i zmieniające się koncepcje medycyny pracy jako nauki i działalności praktycznej powodują, że zachowania wpływające na zdrowie, a realizowane w miejscu pracy analizuje się coraz częściej na styku nauk zajmujących się szeroko rozumianą ochroną zdrowia i ochroną pracy. Multidyscyplinarne zespoły złożone z lekarzy, ergonomistów, psychologów, socjologów, organizatorów, inżynierów bhp itp. podejmują badania oraz działalność praktyczną zmierzającą do lepszej ich realizacji, traktując je jako istotne wyznaczniki tak stanu zdrowia populacji pracujących jak i sytuacji ekonomiczno-prawnej danego społeczeństwa. Na nowym, wyższym poziomie, zgodnie z systemowym ujmowaniem świata, interes zdrowotny pracowników próbuje splatać się z interesem ekonomicznym przedsiębiorstw, eksponując ich wzajemne zależności /idzie tu szczególnie o programy promocji zdrowia w miejscu pracy/.

Procesy te przyczyniają się do poszerzenia zakresu pojęcia zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Nie ogranicza się już jego desygnatów do zachowań, które minimalizują niekorzystne oddziaływanie fizycznego środowiska pracy, ale bierze się pod uwagę także te związane ze środowiskiem społeczno - organizacyjnym. Ponadto zwraca się uwagę na takie zachowania, które mogą poprawiać stan zdrowia /stan środowiska pracy/ a więc o charakterze pozytywnym /promocyjnym/, a nie jedynie zapobiegawczym /prewencyjnym/.

2. ZACHOWANIA ZDROWOTNE W SFERZE PRACY - PROPOZYCJE DEFINICYJNE

2.1. POJĘCIE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Długotrwały proces krystalizowania się socjoekologicznego paradygmatu w naukach medycznych, a przede wszystkim uznanie zasad i celów WHO-wskiej strategii ZDW 2000 za podstawę kształtowania narodowej polityki ochrony zdrowia przez wiele krajów świata spowodowały - jak już wspomiano - gwałtowny wzrost zainteresowania problematyką zachowań zdrowotnych. Silna presja na przekształcanie behavioru zdrowotnego całych społeczeństw sprawiła jednak, że w pogoni za szybkim sukcesem w sferze praktyki społecznej, zaniedbano kwestię prawidłowego i harmonijnego rozwoju refleksji teoretycznej. W rezultacie tego w chwili obecnej mamy do czynienia z sytuacją, w której zachowania zdrowotne są elementem m.in.: problematyki "stylów życia", uwarunkowań stanu zdrowia, promocji zdrowia, stanowią oś konstrukcyjną medycyny i epidemiologii behawioralnej, a wreszcie stają się samodzielnym interdyscyplinarnym kierunkiem poszukiwań badawczych, a jednocześnie brakuje dobrej definicji samego pojęcia "zachowania zdrowotne".

Na określenie zachowań związanych ze zdrowiem używa się terminów takich jak np.: zachowania zdrowotne, zachowania medyczne, działania zdrowotne, praktyki zdrowotne, zachowania w chorobie, działania profilaktyczne, zdrowe style życia. W literaturze anglojęzycznej spotykamy terminy: health behaviour, medical behaviour, health-related activities, health practices, healthy lifestyles, illness behaviour, health - damaging behaviour itp. Wielu autorów używając tych terminów, bądź w ogóle nie podejmuje prób ich zdefiniowania, traktując je jako zwrot z języka potocznego, posiadający powszechnie zrozumiały sens, bądź też konstruuje definicje bardzo ogólne, słabo charakteryzujące zakres pojęcia. Zdarza się nawet i tak, że definicja skonstruowana na użytek badań empirycznych obejmuje inną klasę obiektów niż obiekty badane.

W piśmiennictwie polskim najczęściej badacze stosują terminy "zachowania zdrowotne" i "zachowania medyczne". Są to równocześnie terminy najbardziej ogólne.

Takie zachowania człowieka jak: nawyki higieniczne, stosowanie diety, uprawnianie ćwiczeń fizycznych, podejmowane celem umocnienia

zdrowia nazwali mianem "zachowań zdrowotnych" po raz pierwszy w 1971 r. J. Indulski i J. Leowski zajmując się problemami wychowania zdrowotnego /Indulski, Leowski, 1971/.

S. J. Poździoch zachowaniami zdrowotnymi nazywa wszelkie zachowania związane ze zdrowiem człowieka. Podstawowe ich typy to:

a/ zachowania ludzi zdrowych i zachowania ludzi chorych

b/ zachowania jednostkowe i zbiorowe

c/ zachowania biopozytywne i bionegatywne /z obiektywnego punktu widzenia/

d/ zachowania ukierunkowane na człowieka i zachowania skierowane na środowisko

e/ zachowania instrumentalne /celowe i świadome/ i zachowania symptomatyczne /nieświadome, odruchowe/

f/ zachowania racjonalne i zachowania irracjonalne

g/ zachowania leczących i leczonych

h/ zachowania bezpośrednio związane z korzystaniem ze świadczeń lekarskich i zachowania niezwiązane z korzystaniem z tych świadczeń lecz mające związek ze zdrowiem /Poździoch, 1975/

A. Mackiewicz i J. Krzyżanowski natomiast zachowania zdrowotne określają jako "zachowania rozpatrywane z punktu widzenia ich znaczenia dla zdrowia" /Mackiewicz, Krzyżanowski, 1981/.

Pewną dającą się wyodrębnić grupą wśród definicji zachowań zdrowotnych są te, które obejmują pojęciem zachowań także świadomość działającego podmiotu. I tak np. E. Mazurkiewicz przez zachowania zdrowotne rozumie wszelkie zachowania /nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości przez jednostki i grupy społeczne/ w dziedzinie zdrowia /Mazurkiewicz, 1978/. D. Gochman, redaktor najwszechstronniejszego jak dotychczas opracowania w zakresie problematyki zachowań zdrowotnych, także prezentuje takie rozszerzone spojrzenie na zachowania zdrowotne. Otóż w/g niego "health behavior" obejmują takie jednostkowe atrybuty jak: przekonania, oczekiwania, przewidywania, motywy, wartości, spostrzeżenia i inne kognitywne elementy, osobowościowe charakterystyki, włączając uczuciowe i emocjonalne stany i cechy i wszelkie wzory zachowania oraz działania i nawyki odniesione do utrzymywania, przywracania i umacniania zdrowia" /Gochman, 1988/. Termin "zachowania medyczne" wpro-

wadziła w 1968 r. M. Sokołowska i określiła nim dziedzinę zachowań uwarunkowanych przez chorobę i medycynę /Sokołowska, 1968 r./. Szczególnie wiele uwagi terminowi "zachowania medyczne" poświęciła A. Titkow. Autorka ta uważa, że jest to określenie szersze niż "zachowania zdrowotne", nie ma bowiem konotacji "profilaktycznych". Zachowaniem medycznym określa każdego rodzaju działanie związane ze zdrowiem i chorobą podejmowane przez jednostki /oczywiście z wyjątkiem fachowych usług świadczonych przez medycynę oficjalną/, albo też mówi o dziedzinie badawczej, którą tworzą "czynności i działania ludzkie wyrażone za pomocą zmiennych behavioralnych - związanych ze sferą zdrowia i choroby /Titkow, 1983/. A. Ostrowska z kolei nazwą "zachowania medyczne" określa tę sferę ludzkich działań, która odnosi się do zdrowia, choroby i profilaktyki /Ostrowska, 1980/.

Jednym z bardziej popularnych a zarazem zawężających sposobów definiowania zachowań związanych ze zdrowiem jest zwrócenie uwagi na cel jaki zdaniem jednostki przyświeca danemu działaniu. Klasyczną, szczegółową propozycją tego typu jest ta, autorstwa S.V. Kasla i S. Cobba. Wyróżnili oni 3 pojęcia: health behaviour, illness behaviour i sick-role behaviour. Idzie tu odpowiednio o: działania podejmowane przez osobę zdrową pragnącą zapobiec wystąpieniu choroby, działania osoby uznającej się za chorą, która pragnie być zdiagnozowana oraz działania podejmowane w celu wyleczenia się /Kasl, Kobb, 1966/. Na naszym gruncie podobne stanowisko prezentują Indulski i Leowski w odniesieniu do zachowań związanych z korzystaniem z instytucji medycznych takich jak: szpital, pogotowie ratunkowe, przychodnia zdrowia. /Indulski, Leowski, 1971/ i I. Heszen-Klemens. Posługuje się ona kategorią działań zdrowotnych określanych jako "wszelkie formy aktywności celowej ukierunkowanej na ochronę lub osiągnięcie poprawy własnego stanu zdrowia", wśród których wyróżnia działania: profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne /Heszen-Klemens, 1979/.

Na celowy aspekt zachowań /w powiązaniu z innymi kryteriami/ zwrócił także uwagę L. Kolbe dokonując systematyzacji pojęć w obrębie problematyki zachowań zdrowotnych /Kolbe, 1988/.

Inny sposób definiowania zachowań zdrowotnych polega na przyjęciu skutkowej koncepcji działania. Wówczas to poszukuje się

zachowań, które w świetle badań np. epidemiologicznych, wywierają wpływ /pozytywny bądź negatywny/ na stan zdrowia i w stosunku do nich używa określenia "zdrowotne". Zakres tak konstruowanego pojęcia mogą stanowić te zachowania, które są czynnikami ryzyka wystąpienia określonej jednostki chorobowej, tzn. zwiększają możliwość zachorowania /lub zgonu/ albo też zachowania, które uznane są za istotne, dla szerzej pojętego stanu zdrowia mającego swe źródło w paradygmacie socjoekologicznym. Efektem tego typu rozumienia pojęcia zachowań zdrowotnych są różnorakie zestawy zachowań sprzyjających bądź wywierających niekorzystne skutki dla zdrowia. Najbardziej znane są te umieszczone w różnych miejscach europejskiej wersji strategii ZDW 2000 /Targets, 1985/. Swoje konfiguracje takich zachowań zaprezentowali także np. R.J. Hagarty, I. Milsum, czy L. Breslow /Behavioral Medicine, 1980, s. 223, 122, 124/.

Kontrowersje pojęciowo-terminologiczne, paradygmatyczno-preferencyjne i metodologiczno-prakseologiczne związane z użyciem pojęcia "zachowania zdrowotne", a także potrzeba precyzyjnego ustalenia tego kluczowego dzisiaj dla refleksji socjomedycznej pojęcia, którą wyrażały m.in. M. Sokołowska /Sokołowska, 1968/ i A. Titkow /Titkow, 1983/ skłoniły K. Puchalskiego do podjęcia próby skonstruowania schematu formalnego do analizowania zróżnicowania znaczeń pojęcia "zachowania zdrowotne" oraz przedstawienia nowej, ogólnej jego definicji /Puchalski, 1989 a,b, Puchalski, 1990/. Każda definicja zachowań zdrowotnych zdaniem tego autora składa się z trzech elementów: pojęcia zachowań /działań, praktyk itp./, pojęcia zdrowia /choroby, profilaktyki, instytucji medycznych itp./ oraz sposobu powiązania w/w pojęć /Puchalski, 1990/. O różnorodności przyjmowanych znaczeń pojęcia zachowań zdrowotnych decyduje najsilniej trzeci ze wskazanych elementów. On bowiem określa zasady na jakich z uniwersum wszelkich możliwych zachowań dokonuje się wyboru tych, którym przypisuje się atrybut bycia związanymi ze zdrowiem. Wiążąc zachowania ze zdrowiem określa się przede wszystkim kierunek oraz wskazuje się na obszar wiedzy, w zakresie której będą one identyfikowane.

Jeśli idzie o kierunek to można wskazywać jak zachowania wpływają na zdrowie /takim problemem zajmuje się na ogół medycyna/ bądź jak zdrowie wpływa na zachowania /to z kolei interesuje np. socjologa/.

Zatem, gdy bierzemy pod uwagę ten typ nauki, który bazuje na analizie zmiennych, naukom medycznym bliższe jest traktowanie jako zmiennej niezależnej zachowań, a socjologii - zdrowia.

Jeśli wziąć pod uwagę natomiast obszar wiedzy, do którego odwołujemy się dla powiązania zachowań ze zdrowiem, to może tu wchodzić w grę bądź świadomość podmiotu podejmującego działania, bądź wiedza względem niego zewnętrzna, a więc zespół jakiś przekonań przyjętych w celu interpretacji zachowań przez obserwatora. Podobnie jak w stosunku do kierunku relacji, tak i tutaj wskazać można tereny zainteresowań medyków i socjologów. Medycyna koncentruje się zazwyczaj na wiedzy zewnętrznej, skodyfikowanej, a więc uporządkowanej w określony sposób i na jej tle rozpoznaje zachowania zdrowotne, a np. socjologia interesuje się bardziej subiektywną wiedzą podmiotu /tamże/.

Właśnie kierunek relacji między zdrowiem a zachowaniami oraz typ wiedzy na temat tych powiązań stanowią zdaniem K. Puchalskiego dwa, krzyżujące się kryteria formalne dla schematu analizy różnicowania znaczeń pojęcia "zachowania zdrowotne". W wyniku ich zestawienia można uzyskać zasady uznawania zachowań za zachowania zdrowotne.

Kierunek analizy zmiennych			
Typ wiedzy	Wiedza podmiotu działania	Zachowania-zdrowie A	Zdrowie-zachowania B
	Wiedza obserwatora działań	C	D

W polu A i B, uzasadnienia dla nazwania określonego zachowania zdrowotnym badacz poszukuje w obszarze myślenia podmiotu tego zachowania - jednostki czy zbiorowości - a więc świadomości indywidualnej lub społecznej. Zachowania z pola A podmiot określa jako wpływające

na zdrowie, a zachowania z pola B podejmuje z myślą o zdrowiu /zdrowie jest celem tych działań/.

W polu C i D uzasadnień badacz poszukuje w obszarze wiedzy skodyfikowanej /np. medycznej, religijnej, etnicznej/, która jest dla niego dostępna w formie zobiektywizowanej. Pole C obejmuje zachowania uznane na gruncie takiej wiedzy za wpływające na zdrowie, pole D zawiera natomiast takie, które są skutkiem określonego stanu zdrowia /np. kryteria, wskaźniki do pomiaru stanu zdrowia/ lub te, które są elementami empirycznych uogólnień opisujących zachowanie uzależnione od stanu zdrowia /tamże, str. 50 i nast./. Systematyzacja ta, zdaniem jej pomysłodawcy, pozwala na wpisanie w jej pola wszystkich sposobów rozumienia zachowań zdrowotnych.

K. Puchalski formuuje też ogólną definicję pojęcia zachowań zdrowotnych i wskazuje na potrzebę dokonywania szczegółowych jej relatywizacji na użytek konkretnych analiz. W sformułowaniu K. Puchalskiego definicja ta brzmi następująco: "Zachowania zdrowotne to wybrane przez obserwatora lub/i podmiot działania zachowania /typy zachowań/, które na gruncie pewnego systemu wiedzy /np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp./ pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy". /Puchalski, 1990/.

2.2. POJĘCIE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH W SFERZE PRACY

Wydawać by się mogło, że istniejąca w refleksji socjomedycznej przewaga prac o charakterze empirycznym, mających na celu diagnozę i przekształcanie określonych zachowań w pożądanym z punktu widzenia zdrowia kierunku zaowocuje dobrymi definicjami podklas zachowań w obrębie zachowań zdrowotnych. Tymczasem analiza piśmiennictwa wykazuje, że tak nie jest. Na ogół zestawy zachowań analizowane w określonych przedsięwzięciach empirycznych nie są jasno określone, a ich rozumienie przyjmowane jest na zasadzie założenia pewnego powszechnie zrozumiałego sensu, potocznej zgodności sądów.

Tymczasem precyzyjne definiowanie podklas zachowań zdrowotnych, szczególnie w przypadku badań empirycznych czy programów

prozdrowotnych, niewątpliwie ułatwia poprawne syntetyzowanie wiedzy na temat behavioru zdrowotnego poszczególnych zbiorowości oraz umożliwia porównywanie wyników uzyskiwanych w odniesieniu do różnych grup czy społeczności.

W polskich publikacjach pojawiają się kwestie zachowań wpływających na zdrowie, a wynikających ze specyfiki pracy zawodowej, ale explicite ich funkcja zdrowotna nie jest wskazywana i refleksja ta nie ma socjomedycznego ugruntowania. Zagadnienia teoretyczne takie jak: pojęcie tych zachowań, ich relacje do innych typów zachowań i względem siebie, stosowane terminy i ich zakresy itp. nie są podejmowane. Dotychczas badacze-empirycy zajmowali się przede wszystkim zachowaniami wynikającymi z reguł i zasad higienicznej i bezpiecznej pracy, stąd używali na ogół określenia "zachowania związane /zgodne/ z wymaganiami bezpieczeństwa pracy" lub pokrewnego np. "zachowania związane z przepisami bhp", uznając, że w wystarczający sposób charakteryzują one interesującą ich dziedzinę badawczą (co zresztą było zrozumiałe ze względu na to, że sytuowali ją właśnie w obrębie problematyki ochrony lub bezpieczeństwa i higieny pracy), /Bursche, Grzelak, 1977, Bursche, Franaszczuk, 1980, Jarosińska, 1989/.

W literaturze anglojęzycznej zachowania związane z istniejącymi przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy włącza się do grupy zachowań zdrowotnych zwanej "compliance behavior" (była już o nich mowa wcześniej) /Cole, 1988/. Grupa ta obejmuje wszystkie takie zachowania, które zalecane są jednostce /lub zbiorowości/ przez profesjonalistów w dziedzinie zdrowia, w związku z jej sytuacją zdrowotną. A zatem mogą to być działania zgodne z zaleceniami personelu medycznego w stosunku do osób chorych lub bezpośrednio zagrożonych chorobą i wtedy mówi się o "compliance" w sferze medycznej. Mogą też pochodzić od specjalistów bhp /"lekarzy przemysłowych"/, ich poleceń względem osób zatrudnionych w warunkach szkodliwych lub niebezpiecznych i wówczas są to zachowania "compliance" w sferze bezpieczeństwa przemysłowego /tamże/.

Przyjmując socjomedyczną optykę widzenia zachowań, opisywanych m.in. przez przepisy bhp nie wydaje się jednak, by na gruncie naszego języka określenie "zachowania zgodne /czy wynikające/ z zasad bhp" było wystarczające na określenie problematyki działań wpływających

na zdrowie, a realizowanych w procesie pracy. Termin ten zdolny jest opisać jedynie część z szerokiej gamy desygnatów pojęcia tego typu zachowań. Terminologia taka wiąże się ściśle z biomedyczną koncepcją zdrowia i medycznym profesjonalizmem, jako ideologią jego ochrony, jak również z tradycyjnym modelem medycyny pracy /oczywiście przy funkcjonującym u nas obecnie zestawie tych przepisów, będącym konsekwencją tak zorientowanego paradygmatu/. Przy takim podejściu koncentruje się uwagę prawie wyłącznie na zachowaniach mających na celu ograniczenie negatywnego wpływu tzw. materialnego środowiska pracy, a przede wszystkim czynników szkodliwych i niebezpiecznych /generujących choroby i wypadki/ na stan organizmu, abstrahuje się natomiast od działań zabezpieczających przed niekorzystnym oddziaływaniem środowiska psycho-społecznego czy wreszcie sposobów postępowania umacniających zdrowie (a nie jedynie zapobiegających chorobie czy urazom). Nie jest - inaczej mówiąc - termin ten i stanowiąca jego zaplecze koncepcja w stanie adekwatnie odzwierciedlić psycho-społecznych wymiarów zdrowia ani partycypacyjno-promocyjnej koncepcji jego ochrony.

Podobnie nie wydaje się trafne nazywanie wszystkich tego typu zachowań mianem zachowań typu "compliance", tj. wynikających z konkretnych zaleceń profesjonalistów. To określenie bowiem, aczkolwiek bardziej pojemne (gdy wziąć pod uwagę np. nowoczesne podejście do sfery bhp czy nową koncepcję medycyny pracy) jest adekwatne również tylko dla niektórych zachowań podejmowanych w czasie pracy, a mianowicie takich, które są określone prawnie obowiązującymi normami i zasadami bhp lub ustaleniami wiedzy medycznej. Nie obejmuje natomiast działań, które wynikają z indywidualnych potrzeb, przekonań, nastawień czy wartości, w tym ich obszarze, który nie pokrywa się /a nawet może być sprzeczny/ z ustaleniami o charakterze obiektywnym.

Wydaje się, że terminem bardziej ogólnym, lepiej oddającym różnorodność tego typu zachowań byłby termin "zachowania zdrowotne w sferze pracy". Zachowaniami zdrowotnymi w sferze pracy, jak sama nazwa wskazuje, byłyby zachowania zdrowotne określonego rodzaju, a więc specyficzna klasa w obrębie wszystkich zachowań zdrowotnych. Procedura za pomocą której definiowałoby się to pojęcie polegałaby zatem na:

a/ wskazaniu cechy /cech/ charakterystycznych dla zachowań zdrowotnych

b/ wskazaniu cechy /cech/ za pomocą której właśnie te, specjalnie nas tu interesujące działania, zostaną wyodrębnione spośród wszystkich tych zachowań, którym przysługuje miano "zdrowotnych".

Dla uniknięcia sytuacji, w której wyszczególnianie zachowań zdrowotnych w sferze pracy miałoby jedynie charakter mechaniczny, zakłada się, że cechą o której mowa w punkcie "b" nie może być wyłącznie moment realizowania danego zachowania /czas pracy/. Przyjmuje się ponadto, że istnieje cecha specyficzna nadająca sens wyróżnianiu tego typu zachowań. Wydaje się, że podstawowym kryterium decydującym o zaliczeniu danej formy aktywności do kategorii zachowań zdrowotnych w sferze pracy powinno być istnienie genetycznego związku danej czynności, a więc jej **wynikanie** z c h a r a k t e r u wykonywanej pracy zawodowej, /która może być np. fizyczna, umysłowa, monotonna, wymagająca stałej koncentracji uwagi/ oraz /lub/ w a r u n k ó w w jakich ona przebiega /np. fizycznych, chemicznych, biologicznych, społeczno-organizacyjnych/. Tak więc desygnatami pojęcia "zachowania zdrowotne w sferze pracy" byłyby zachowania podejmowane w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych, a więc w czasie przebywania w miejscu pracy, ale niekoniecznie na stanowisku pracy /bo przecież szereg działań istotnych dla zdrowia realizowanych może być gdzieś indziej np. w pomieszczeniach socjalnych/, które generowane są przez sytuację pracy, a więc wykonywanie określonych czynności na określonym stanowisku pracy. Inaczej mówiąc idzie o wybór takich form aktywności, które nie byłyby podejmowane wcale lub w określonym zakresie /w związku ze zdrowiem/, gdyby nie fakt zatrudnienia w danym miejscu pracy. Np. gdyby nie hałas towarzyszący pracy tkaczki, nie nosiłaby ona ochraniaczy słuchu, gdyby nie konieczność stałej koncentracji umysłu u kontrolera ruchu nie stosowałby on ćwiczeń relaksacyjno-koncentrujących, gdyby nie stojąca pozycja przy pracy fryzjerki nie odciażałaby ona nóg siadając bądź wykonując określone ćwiczenia.

Podstawowa procedura wyłączenia danego zachowania z całego uniwersum zachowań zdrowotnych i zaliczania go do obszaru zachowań w sferze pracy polegałby zatem na:

a/ wskazaniu /ustaleniu/ elementu /elementów/ środowiska lub/ i charakteru pracy istotnych dla zdrowia /istotnych w różnym sensie, zgodnym z przyjętym rozumieniem zachowań zdrowotnych/

b/ wskazaniu zachowań realizowanych w czasie pracy mających zdolność modyfikowania /in plus lub in minus/ zdrowotnych skutków oddziaływania owych elementów na organizm i/lub psychikę zatrudnionych.

Pozostaje jeszcze do rozwiązania problem relacji /pokrywania się/ zakresów pojęcia klasycznych zachowań zdrowotnych i zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Takie działania jak np.: sposób odżywiania się, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem mogą przy odpowiedniej interpretacji wchodzić w zakres zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Jeśli idzie o odżywianie się czy aktywność fizyczną na ogół problem tego rodzaju znajduje proste rozwiązanie. Daje się bowiem wyodrębnić konkretny czynnik charakteru lub warunków pracy istotny dla zdrowia, który wywołuje specyficzne zachowanie z tego powodu uznawane za zdrowotne w sferze pracy /np. praca szwaczki w wymuszonej pozycji ciała obciąża konkretne elementy układu mięśniowo-szkieletowego, można stąd wskazać konkretne ćwiczenia ograniczające lub niwelujące tego typu niekorzystne oddziaływanie, ciężka praca fizyczna uzasadnia wysokokaloryczne odżywianie/. Z paleniem tytoniu, czy sposobami radzenia sobie ze stresem sprawa bardziej się komplikuje. Trudno bowiem niekiedy w sposób prosty i jednoznaczny wskazać czy i jakie relacje występują między tymi działaniami a specyfiką pracy zawodowej. Wyjątek stanowi tu sytuacja, w której da się określić konkretny element środowiska pracy np. zapylenie czy kontakt z azbestem, ze względu na które owo palenie nabiera zupełnie innej, silniejszej wartości antyzdrowotnej, czy lęk przed wypadkiem albo hałas, jako źródło określonego postępowania związanego ze stresem. W pozostałych przypadkach, rozsądnym rozwiązaniem wydaje się być zaliczanie tego typu form aktywności do klasycznych zachowań zdrowotnych. Być może problem identyfikacji zachowań związanych ze stresem w pracy ułatwią np.: analizy tzw. burnout, czyli wypalenia pracą, /Dudek, Koniarek, 1988/, czy badania psychicznego obciążenia pracą /Dudek, 1992/. Pomocne mogą też być ustalenia badań wskazujących źródła stresu w pracy /wyspecyfikowano około 40 elementów wyzwalaających sytuację stresową/. Komplikacje o których

mowa powyżej tracą swoje znaczenie przy wąskim rozumieniu pojęcia zachowań zdrowotnych w sferze pracy, stosowanym dotychczas najczęściej. Polega ono na obejmowaniu tym terminem tylko takich zachowań, które stanowią odpowiedź na charakterystykę tzw. materialnego środowiska pracy, a więc na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne w nim występujące /np. na: oświetlenie, warunki akustyczne, drgania mechaniczne, różnego rodzaju promieniowanie, mikroklimat, bakterie, zapylenie/. Przy szerokim ujęciu, które wydaje się być bardzo obiecujące, potrzebne są nowe, lepsze metody enumeracji określonych, a odpowiedzialnych za zdrowie pracowników elementów społeczno-organizacyjnego środowiska pracy. Wówczas możliwe będzie bardziej precyzyjne wskazywanie odpowiadających im pozytywnych i negatywnych z punktu widzenia zdrowia sposobów postępowania.

Uwzględniając cechy charakterystyczne dla zachowań zdrowotnych w sferze pracy /a więc ich związek ze specyfiką wykonywanej pracy i podejmowanie ich w czasie wykonywania obowiązków zawodowych/ oraz krzyżujące się kryteria kierunku relacji między zdrowiem a zachowaniami i typu wiedzy na gruncie którego są one identyfikowane /schemat K. Puchalskiego/ możliwe są następujące sposoby rozumienia pojęcia zachowań zdrowotnych w sferze pracy.

A/ Zachowania wynikające ze specyfiki pracy zawodowej i podejmowane w trakcie jej wykonywania, które na gruncie wiedzy /świadomości/ potocznej jednostki /lub zbiorowości/ wpływają na zdrowie

B/ Zachowania wynikające ze specyfiki pracy zawodowej i podejmowane w trakcie jej wykonywania, które na gruncie wiedzy /świadomości/ potocznej jednostki /lub zbiorowości/ podejmowane są z myślą o zdrowiu

C/ Zachowania wynikające ze specyfiki pracy zawodowej i podejmowane w trakcie jej wykonywania, które na gruncie określonego typu wiedzy, np. z zakresu medycyny pracy lub bhp wpływają na zdrowie

D/ Zachowania nakierowane na zdrowie będące skutkiem tych parametrów stanu zdrowia, które zostały określone w sposób obiektywny przez czas trwania i specyfikę pracy zawodowej.

We wszystkich tych ujęciach zachowania mogą mieć charakter pro lub antyzdrowotny.

Kolejnym problemem, który wymaga rozstrzygnięcia przy budowaniu pojęcia zachowań zdrowotnych w sferze pracy, jest zakres zachowań, które będą jego desygnatami wówczas, gdy identyfikacja przebiega w obszarze rzeczywistości obiektywnej. I tak zachowania te można rozumieć wąsko, tj. określać tym mianem tylko te, które umieszczono np. w Kodeksie Pracy w dziale bezpieczeństwa i higieny pracy. Do analiz takich właśnie zachowań ograniczali się badacze z Centralnego Instytutu Ochrony Pracy. Można też zachowania te rozumieć szerzej, a więc jako kompleks zachowań objętych normami prawnymi i zachowań wynikających z ustaleń nauk medycznych ze szczególnym uwzględnieniem medycyny pracy /higieny, fizjologii i patologii pracy/, a także np. ergonomii, socjologii czy psychologii pracy. Wówczas to zachowaniem zdrowotnym w sferze pracy będzie nie tylko np. noszenie środków ochrony osobistej, ale i wykonywanie pewnych ćwiczeń fizycznych /czy psychicznych/ redukujących zmęczenie, przestrzeganie zdrowego rytmu pracy, spożywanie posiłków energetycznie dostosowanych do wysiłku w czasie pracy, wykonywanie określonych zabiegów higienicznych, unikanie palenia tytoniu przy zapyleniu itp., itd.

Zachowania, o których mowa, można także uporządkować ze względu na funkcję, jaką pełnią względem zdrowia. Wyróżnimy wtedy zachowania bezpośrednio ochraniające zdrowie przed niekorzystnymi czynnikami środowiska pracy i/lub antyzdrowotnymi elementami charakteryzującymi dane czynności zawodowe oraz takie zachowania, które same w sobie nie minimalizują ani nie wykluczają negatywnych zdrowotnie wpływów wynikających ze specyfiki danej pracy, ale służą temu celowi pośrednio. W grupie pierwszej znalazłyby się np. takie działania jak: stosowanie sprzętu i odzieży ochronnej, bezpieczne, a więc zgodne z technologią realizowanie czynności zawodowych, wykonywanie zabiegów higienicznych wymaganych przy istnieniu określonych substancji szkodliwych, przerywanie pracy przy silnym zmęczeniu itp. W grupie drugiej natomiast np. poddawanie się badaniom okresowym, zaprzestanie pracy na czas choroby, usprawnianie stanowisk pracy, tak aby były bezpieczniejsze dla zdrowia itp.

O pierwszych można by powiedzieć, że są to zachowania zabezpieczające lub zachowania prewencyjne w stosunku do określonych schorzeń zawodowych i zagrożeń wypadkowych. O drugich, że należą do sfery profilaktyki nieswoistej, realizowanej w sytuacji pracy.

Zastosowanie tych terminów /prewencyjne, profilaktyczne/, wymaga pewnego wyjaśnienia. W pracach autorów zajmujących się problematyką działań kształtujących zdrowie spotkać można wiele określeń je charakteryzujących. Czasami różnice między stosowanymi pojęciami są bardzo subtelne i nie do końca sprecyzowane. Tradycyjnie jednak termin profilaktyka, profilaktyczny /z greckiego prophylacticos - zapobiegawczy/ używany był na określenie o g ó ł u środków zapobiegających chorobie. Prewencja natomiast kojarzona była z jakimś konkretnym rodzajem ryzyka, zagrożeniem i określano za pomocą tego terminu działania kontrolujące bądź redukujące to ryzyko lub jego wczesne skutki. Szczegółowe definicje wskazywały różne jej poziomy. Najbardziej znany podział obejmował: tzw. primary, secondary i tertiary prevention. Ostatnio proponuje się cztery takie poziomy. Pierwszy z nich wydaje się być bardzo adekwatny na określenie wyodrębnianej tu grupy zachowań. Określa ono prewencję jako redukowanie ryzyka wystąpienia choroby lub wypadku i zwraca uwagę na ograniczanie ryzykownych zachowań /Downie i inni, 1992, s. 51/. Doskonale pasujące do zachowań bezpośrednio chroniących zdrowie przed niekorzystnymi czynnikami pracy wydaje się być określenie z systematyzacji Kolbe /1988/ "at risk behaviour", ale w tłumaczeniu na język polski nie brzmiałoby to najlepiej.

Wydaje się zatem, że termin "profilaktyka" i to w połączeniu z przymiotnikiem "nieswoista" może dobrze oddawać sens pewnych ogólnych działań, pośrednio związanych z konkretnym ryzykiem, a "prewencja" zachowań bezpośrednio redukujących określone zagrożenia.

Rozróżnienia zachowań zdrowotnych w sferze pracy ze względu na funkcje, jakie pełnią względem zdrowia, można oczywiście dokonywać bądź w wąskim rozumieniu tych zachowań, bądź w poszerzonym.

Dotychczas zrealizowane u nas przedsięwzięcia badawcze zajmowały się na ogół zachowaniami zdrowotnymi w sferze pracy w rozumieniu odpowiadającym, wg przytoczonego schematu K.Puchalskiego, kategorii C, przy czym podstawą identyfikacji poszczególnych działań były przede wszystkim reguły pracy bezpiecznej /Bursche, Grzelak, 1975, a,b, 1977, 1978, Jarosińska, 1989/. Brakuje analiz wykonywanych np. z punktu widzenia higieny pracy, a więc dostosowania warunków pracy do możliwości ustrojowych /anatomicznych i psychicznych/, a także czyn-

nościowych /fizjologicznych/ robotnika, z uwzględnieniem jego płci, wieku i wydolności ustroju. Brakuje też prac analizujących zachowania zdrowotne w sferze pracy na gruncie dynamicznie rozwijającej się wiedzy na temat stresu w pracy /Stres w pracy, 1987/.

Wyraźny jest niedostatek przedsięwzięć podejmujących kwestię zachowań zdrowotnych w sferze pracy z punktu widzenia wiedzy potocznej, subiektywnych przekonań, wierzeń czy pragnień. Nie ma również analiz, których przedmiotem byłyby zachowania zdrowotne będące skutkiem zmian, jakie w stanie zdrowia spowodowało wykonywanie pracy zawodowej.

3. ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA - OBSZAR REFLEKSJI I PROBLEMY POJĘCIOWE

3.1. ŚWIADOMOŚĆ JAKO PRZEDMIOT BADAŃ SOCJOLOGÓW I PSYCHOLOGÓW SPOŁECZNYCH

Aby w odpowiedzialny i skuteczny sposób przewidywać, wyjaśniać, a przede wszystkim kształtować zachowania zdrowotne nie sposób abstrahować od treści myślenia jednostek i zbiorowości, które wpływają na ich realizację.

Ludzka świadomość w wymiarze indywidualnym i zbiorowym stała się przedmiotem zainteresowań psychologów, psychologów społecznych i socjologów w trzech podstawowych ujęciach.

W pierwszym uwaga badaczy skoncentrowana była na analizie jej genezy, składników, reguł nią rządzących, różnych form, które przyjmuje i funkcji jakie pełni. Podstawowym celem prac tego typu było poszukiwanie zasad rządzących ludzkim myśleniem. Poza obszarem dociekań znajdowały się treści świadomości. Do tego nurtu rozważań zaliczyć można np. prace z zakresu socjologii humanistycznej /wliczając do niej symboliczny interakcjonizm, socjologię fenomenologiczną i etnometodologię/, ustalenia socjologii wiedzy, oraz związanych z poznawczą koncepcją człowieka kierunków psychologii.

Drugi nurt zainteresowań świadomością skoncentrowany jest na analizie wybranych treści świadomości. W obrębie tego typu przedsięwzięć istnieje wiele szkół naukowych, teorii i preferencji w zakresie koncepcji

człowieka jak i świadomości. Generalnie jednak uznać można, że przedmiot badania stanowi w tym przypadku emocjonalny stosunek ludzi do przekonań im przedstawianych. Na gruncie socjologii najpopularniejszymi badaniami tego typu są tzw. badania opinii publicznej oraz badania postaw i wartości, które przeprowadzają również psychologowie społeczni. Diagnozowane poglądy i przekonania nie są na ogół w tego typu podejściach używane do bezpośredniego wyjaśniania zachowań, ale traktuje się je bądź jako wskaźniki właściwych zmiennych wyjaśniających, za które uważa się głównie postawy lub wartości, bądź jako ich komponenty /np. w przypadku strukturalnej koncepcji postawy/. Powoduje to skoncentrowanie uwagi nie na treściach przekonań, ale na kierunkach i natężeniu ocen w nich zawartych. Praktyka wskazuje jednak, że często ustalone w ten sposób postawy i wartości mają dość nikły związek z konkretnymi działaniami jednostek /Marody, 1986/. Na gruncie teoretycznym rozwiązuje się ten problem dzieląc np. wartości na uznawane i realizowane lub uznając postawy za cechy dyspozycyjne prowadzące do działań tylko w pewnych warunkach, które to warunki należy ustalać i opisywać.

W trzecim, najnowszym nurcie badań nad świadomością, punkt ciężkości zainteresowań badawczych przesuwa się na problem adekwatnego odtwarzania treści świadomości dla pełniejszego zrozumienia funkcjonowania ludzi w ich otoczeniu społecznym. Człowiek dla badaczy o takiej orientacji działa wykorzystując swą wiedzę o otaczającym świecie, a nie jedynie dlatego, że ma określone potrzeby, postawy czy system wartości. Podjęcie określonego działania refleksyjnego np. na gruncie koncepcji M. Marody, wymaga nie tylko czynników ukierunkowujących, jakimi są np. wartości czy postawy, ale także czynników wyzwalających, jakimi są przekonania o adekwatności danych działań w stosunku do celu oraz możliwości ich przeprowadzenia w ramach zamierzonych kosztów. Dzięki takiemu schematowi wyjaśniania lub przewidywania wzbogaceniu ulega repertuar czynników odpowiedzialnych za wystąpienie działania, lepiej określić można jego przebieg, a więc relacje między celami i środkami. Możliwe jest także wyjaśnienie powstrzymania się od działania i wskazanie ewentualnych zmian kierunków działań w sytuacji, w której przemianom ulegają aspekty rzeczywistości społecznej, odpowiedzialne za takie powstrzymanie się /Marody, 1986/.

3.2. POJĘCIE ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ

Świadomość zdrowotna jest jedną z form świadomości społecznej, wówczas gdy za kryterium jej wyróżnienia uznać dziedzinę rzeczywistości, do której się odnosi. Tą rzeczywistością jest rzeczywistość zdrowia. Socjolog zajmujący się świadomością zdrowotną naturalną kolejną rzeczą analizuje ją przede wszystkim w ujęciu ponadjednostkowym, a więc zakładając, że towarzyszy jej określenie zbiorowa, czy społeczna. Pojęcie świadomości zdrowotnej jest typowym pojęciem z pogranicza nauk /Kojder, 1976/ i ma charakter zbitki pojęciowej.

Badacze zajmujący się problematyką świadomości zdrowotnej posługują się bardzo zróżnicowaną terminologią na jej oznaczenie. Piszą więc np. o zdrowiu w świadomości społecznej, zdrowiu w opiniach społecznych, społecznym myśleniu o zdrowiu, wyobrażeniach na temat zdrowia i choroby, obrazie zdrowia lub uwarunkowaniach zdrowia w świadomości społecznej, wiedzy, postawach wobec zdrowia i choroby, (czy postawach medycznych), wartości zdrowia w świadomości społecznej. Terminy te nie są precyzyjnie definiowane. Z kontekstu ich użycia wynika jednak, że idzie tu na ogół o świadomość /czy wybrane jej elementy/, których przedmiotem jest zdrowie. Są to więc ujęcia przedmiotowe. Świadomość zdrowotna zatem to ten fragment ludzkiej świadomości, który odnosi się do rzeczywistości zdrowia.

Konstruując pojęcie świadomości zdrowotnej winno wskazać się więc określony sposób rozumienia zdrowia jako zjawiska, oraz interesujący obszar problemowy, odzwierciedlenie, którego w świadomości będzie analizowane. Jeśli idzie o określenie zdrowia jako zjawiska to są dwie możliwe do zastosowania procedury postępowania. Można dokonać tego bądź pozostając na gruncie określonej jego definicji, bądź też posługując się paradygmatem. Jest bardzo dużo, różnorodnych definicji zdrowia, które podzielić można na przykład na: biologiczne, funkcjonalne i biologiczno-funkcjonalne /Korzeniowska, 1988/. Generalnie jednak ich słabością jest to, że są albo zbyt ogólne tj. na takim poziomie abstrakcji, który uniemożliwia ich praktyczne wykorzystanie, albo zbyt szczegółowe, koncentrujące się tylko na pewnym wybranym fragmencie złożonej rzeczywistości zdrowia. Wobec braku dobrej operacyjnej definicji zdrowia, dzięki

której jednoznacznie wydzielić by się dało interesujący obszar świadomości, lepszym rozwiązaniem wydaje się być przyjęcie jego szerokiej, filozoficznej koncepcji. Można tu wykorzystać np. socjomedyczny i socjoekologiczny paradygmat zdrowia /Noack, 1987/ i analizując świadomość ograniczać zdrowie do wymiaru ciała, traktowanego jako mechanizm, czyli rozumieć je jako brak choroby /określonej jednostki/ek/ patologicznej z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów/. Najlepsze nawet samopoczucie wówczas nie jest dowodem zdrowia, jeśli wartość którego z parametrów nie odpowiada warunkom przyjętym w normie zdrowotnej. Można też, zgodnie z założeniami drugiego paradygmatu, zdrowie traktować jako dynamiczną równowagę ujmowaną w kategoriach relacji w obrębie i pomiędzy różnymi sferami funkcjonowania człowieka oraz potencjał zdrowotny, czyli zakres możliwości przeciwstawiania się różnorodnym zakłóceniom równowagi. Może on się przejawiać poprzez rezerwy energii, odporność na stresy, prozdrowotne systemy wartości, wsparcie społeczne itp.

Kolejnym problemem związanym z użyciem pojęcia świadomości zdrowotnej jest wskazanie zakresu uwzględnianych problemów ze sfery rzeczywistości zdrowia. Wydaje się, że ich zestaw może być następujący:

a/ rozumienie zdrowia

b/ stan zdrowia /w tym autoocena/ i kryteria jego oceny

c/ uwarunkowania zdrowia /ich rodzaj, siła i charakter wpływu na zdrowie oraz możliwości oddziaływania na nie przez człowieka/. Specyficzną podgrupę problemową tworzą tu zagadnienia związane z zachowaniami samych jednostek traktowanymi jako wyznaczniki zdrowia

d/ wartościowanie zdrowia

Jeśli idzie o samo pojęcie świadomości w wymiarze ponadindywidualnym, to w polskich opracowaniach określa się ją bądź jako konfigurację przekonań, bądź jako wiedzę na dany temat /Ziółkowski, 1989/ czy też jako zbiór przekonań o otaczającym świecie lub treści myślenia /Marody, 1986/. Funkcjonują także ujęcia świadomości w kategoriach przeżyć jednostkowych, postaw, pojęć, ocen, obrazów, opinii, poglądów itp., a więc panuje w tym zakresie duża różnorodność. Najczęściej jednak świadomość bywa ujmowana w kategoriach wiedzy lub myślenia. Wiedza, wg M. Ziółkowskiego, to przekonania akceptowane przez określone osoby i uzna-

wane przez nie za prawdziwe, niezależnie od tego, czy są one prawdziwe rzeczywiście. Wiedza danego społeczeństwa zawiera konfiguracje indywidualnych przekonań jego członków oraz wiedzę zapisaną w postaci zobiektywizowanych przekazów /Ziółkowski, 1989/. Myślenie bywa określone jako aktywny proces odzwierciedlania obiektywnej rzeczywistości w wyobrażeniach, pojęciach, sądach lub jako czynność, która obejmuje tak różnorodne procesy jak planowanie, przewidywanie, projektowanie, odkrywanie, ocenianie, rozumienie czy wnioskowanie /Kozielecki, 1976, s. 351/. M.Marody pod terminem myślenie rozumie intelektualną kontrolę działania polegającą na rozdzieleniu zamiaru od jego realizacji /Marody, 1987/. Wydaje się, że dogodnym sposobem może być ujmowanie świadomości zdrowotnej właśnie w kategoriach myślenia. Jest to bowiem termin bardzo pojemny, obejmujący różnorodne procesy przetwarzania informacji płynących z otoczenia. Uwalniamy się wówczas od dyskusji na temat sensu odróżniania wiedzy i opinii - /Merton, 1982/ oraz nie pojawia się problem prawdy, w którą uwikłane jest pojęcie wiedzy.

Jeśli idzie o rodzaje powiązań między świadomością a zdrowiem to mogą one mieć charakter logiczny bądź empiryczny. W pierwszym przypadku zdrowie jest rozumiane jako obszar problemowy skonstruowany przez badacza /a nie zjawisko/, a świadomość jako np. zespół treści myślenia badanych jednostek, przedmiotem którego jest tak rozumiane zdrowie. W drugim przypadku zdrowie traktowane jest jako zjawisko /indywidualne lub zbiorowe/, które świadomość odzwierciedla. Zakres tego odzwierciedlenia może być różnoraki - pełny lub w jakiś sposób ograniczony. Można więc uwzględniać np. tylko taki obszar świadomości, który na gruncie subiektywnego stanu tejże świadomości lub na gruncie wiedzy obiektywnej, wpływa na zdrowie lub ograniczyć go w taki sposób, zgodnie z którym analizowany byłyby tylko te elementy, które wpływają na szeroko rozumiane działania sprzyjające lub szkodzące zdrowiu. W zależności od kierunku tego wpływu można by mówić o pro lub antyzdrowotnej świadomości. Możliwe jest również zarezerwowanie terminu świadomość zdrowotna tylko dla tego jej obszaru, który obejmuje treści wpływające korzystnie na zdrowie, a więc podtrzymujące lub umacniające działania na jego rzecz.

3.3. ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA - WYBRANE UWAGI O STANIE REFLEKSJI

Obszar świadomości /zarówno indywidualnej jak i zbiorowej/, który odnosi się do spraw zdrowia, zwany świadomością zdrowotną stanowi teren zainteresowań przede wszystkim socjologów i psychologów społecznych zajmujących się zdrowiem oraz społecznie zorientowanych medyków. Szczególnie na gruncie socjologii zdrowia i medycyny, a specjalnie tych jej nurtów, które badają zachowania zdrowotne, od szeregu lat systematycznie wzrasta zainteresowanie świadomością zdrowotną tzw. przeciętnego człowieka. Znajduje to swój wyraz m.in. w poszerzaniu samej kategorii zachowań zdrowotnych o elementy świadomości /Mazurkiewicz, 1978, Gochman, 1988/. Uwzględnia się też problemy potocznego myślenia o zdrowiu, jego uwarunkowaniach i ochronie w zestawach zmiennych wyjaśniających niektóre zachowania zdrowotne /Health Behavior, 1988/. Badań empirycznych z zakresu świadomości zdrowotnej nie ma jednak jak dotąd dostatecznie dużo. Również refleksja teoretyczna nie należy do wyrafinowanych. Szczególnie odczuwalny jest brak sprawdzonych teoretycznych modeli łączących elementy świadomości z działaniami w sprawach zdrowia. Najlepiej opisana i najczęściej wykorzystywana w przedsięwzięciach empirycznych jest koncepcja "Health Belief Model" zwana modelem przekonań zdrowotnych. W swojej pierwotnej wersji służyła ona do wyjaśniania motywów korzystania z instytucji służby zdrowia /Rosenstock, 1966/. W modelu tym występują dwa rodzaje zmiennych: intelektualne i emocjonalne. Idzie tu o oceny poszczególnych działań z punktu widzenia ich zdolności redukowania zagrożeń, oraz podatność na odczuwane objawy chorobowe i percepcję objawów (rozumianą jako ocenę klinicznych, a także społecznych skutków choroby). Koncepcję tę znacznie rozbudował J. Kirscht /Kirscht, 1988/, a następnie w oparciu o nią powstały nowe modele teoretyczne takie jak "Health Decision Model" - model decyzji zdrowotnych i "Locus of Control Model" - czyli model umiejscowienia kontroli /Becker, 1985; Kirscht, 1988/.

Model predykcji zachowań związanych ze zdrowiem stworzyli również Fishbein i Ajzen /Fishbein, Ajzen, 1975/. Zgodnie z regułami tego modelu podejmowanie określonych zachowań zdrowotnych opiera się na jednostkowej ocenie konsekwencji danego działania i wierze, że działanie

to doprowadzi do założonych /oczekiwanych/ skutków. Pewną rolę odgrywają również subiektywne komponenty norm społecznych oraz poczucie osobistego zobowiązania. Konieczne jest także posiadanie odpowiednich umiejętności - a więc wiedza na temat tego "jak to zrobić".

Inne teorie wiążące świadomość z zachowaniami w sferze zdrowia, słabo ugruntowane empirycznie, to teoria samoregulacji zachowań Leventala i teoria celów /goal theory/ Locke'a. Pierwsza opiera się na mentalnej reprezentacji stanu zdrowia /choroby/ i generalnego ryzyka zdrowotnego jako wyznaczników zachowań zdrowotnych /Levental, Neren 1985/. Druga, zakłada, że na podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem wpływa postrzeganie celu, a więc wyniku danego działania. Może być on określony w kategoriach ogólnych /np. bycia zdrowym/ lub szczegółowych /np. regularne zażywanie leków/. Im silniejsze oczekiwanie sukcesu tym wyższa akceptacja celu i im wyższa percepcyjna wartość celu, tym wyższa jego akceptacja /Cole, 1988/. Modele te koncentrują się przede wszystkim na analizie świadomości zdrowotnej towarzyszącej zachowaniom wynikającym bądź z samego faktu zaistnienia choroby, /zagrożenia zdrowia/ bądź z konkretnych zaleceń lekarskich. Nie są na ogół stosowane do wyjaśniania klasycznych zachowań zdrowotnych takich jak: odżywianie się, aktywność fizyczna, palenie tytoniu itp.

W polskiej literaturze socjomedycznej prace dotyczące potocznej świadomości zdrowotnej należą do niezbyt licznych. Badacze podejmujący ten problem interesują się głównie oceną wybranych fragmentów wiedzy potocznej członków naszego społeczeństwa z punktu widzenia jej zgodności z ustaleniami medycyny oficjalnej. I tak np. analizowano takie kwestie jak: a/ wiedza na temat przyczyn rozprzestrzeniania się określonych chorób, b/ stopień znajomości chorób zakaźnych, sposobów zapobiegania i leczenia ich, c/ wiedza o zasadach udzielania pierwszej pomocy, higienie osobistej i regułach postępowania z małym dzieckiem czy wreszcie d/ stopień zgodności autooceny stanu zdrowia z diagnozą lekarza /Stępniewski i inni, 1970, Bejnarowicz, 1969, Kot, 1983, Skrętowicz, Rotter, 1972, Węclawik 1972, Tobiasz-Adamczyk, Basa-Cierpiątek, 1981, Tobiasz-Adamczyk, 1985/. Istnieje także pewna ilość prac empirycznych i rozważań teoretycznych poświęconych problematyce zdrowia jako wartości. Przy okazji analizy wartości innego typu o wartości zdrowia informują badania

G. Pomiana i H. Strzeszewskiego /Pomian, Strzeszewski, 1967/, T. Kocowskiego /Kocowski, 1977/ i K. Sopucha /Sopuch, 1978/. Samodzielnym przedmiotem analizy stało się ono w badaniu B. Tryfan /Tryfan, 1982/, która analizowała jaką wartość ma zdrowie w środowisku wiejskim. Refleksje historyczne na temat wartości zdrowia w społeczeństwie polskim przedstawiła R. Tulli /Tulli, 1983/. B. Tobiasz-Adamczyk zajmowała się wartościowaniem zdrowia przez osoby w starszym wieku /Tobiasz-Adamczyk, 1988/. Duże badanie, poświęcone miejscu zdrowia w systemie wartości polskich pracowników przemysłu, ze szczególnym uwzględnieniem zatrudnionych w warunkach szkodliwych przeprowadził w 1987 r. zespół socjologów z IMP w Łodzi /Korzeniowska, 1990/ /będzie o nim mowa w innej części tego opracowania/. W 1980r. ukazała się nakładem Ośrodka Badań Opinii Publicznej i Studiów Programowych praca A. Ostrowskiej "Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego" podejmująca kwestie oceny a/ stanu zdrowia, b/ wiedzy medycznej, c/ zaufania do medycyny, d/ zachowań medycznych, e/ dostępności służby zdrowia, f/ korzystania z opieki zdrowotnej oraz g/ opinii i oceny nt. funkcjonowania służby zdrowia.

Medycyną nieoficjalną, oraz problemem społecznej percepcji tego zjawiska zajmował się W. Piątkowski /1988/. Autor ten interesował się też świadomością towarzyszącą chorobie w rodzinie chłopskiej /1991/. O relacjach między rodziną a zdrowiem i chorobą w wymiarze np. wiedzy rodziców o określonej chorobie /która występuje u ich dzieci/ i sposobach jej leczenia pisała A. Firkowska-Mankiewicz /1992/. Zagadnienie społecznej percepcji uwarunkowań zdrowia podjęli A. Boczkowski i C. Włodarczyk /1989/. P. Krasucki, U. Doroszevska, J.T. Lipski w pracy pt. "Socjomedyczna pamiętka po komunie" przedstawiają subiektywne oceny m.in. stanu własnego zdrowia Polaków i jego przyczyn, stopnia zaspokojenia potrzeb medycznych, jakości zdrowotnych warunków pracy na przykładzie zatrudnionych w Hucie Warszawa i Głównym Urzędzie Przewozu Poczty w Warszawie /1991/. Socjologowie z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi analizowali wybrane treści świadomości towarzyszące realizowaniu pewnych strategii zdrowotnych przez dorosłych Polaków /Psychospołeczne uwarunkowania... 1995/. W 1995 r., jak już wspomniano we wcześniejszym fragmencie tego opracowania, zebrano informacje nt. samooceny stanu zdrowia i prozdrowotnych stylów życia Polaków w ramach badań IFIS PAN

i CBOS. Ich wyniki prezentuje A. Ostrowska w czasopiśmie *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna* z 1997 r.

Zatem świadomość zdrowotna Polaków jest nam znana raczej wycinkowo. Niewątpliwie warto byłoby podjąć próby zsyntetyzowania istniejącej wiedzy i jej uzupełnienia. Osobny poważny problem to poszukiwanie modeli wyjaśniających związki pomiędzy świadomością zdrowotną a stylami życia obywateli naszego kraju.

3.4. ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA W SFERZE PRACY - PROPOZYCJE BUDOWY POJĘCIA

Pojęcie świadomości zdrowotnej w sferze pracy zawiera się w pojęciu świadomości zdrowotnej, a więc powinno być konstruowane w oparciu o jego rozumienie.

Przy założeniu, że pojęcie świadomości zdrowotnej definiowane będzie na zasadzie przedmiotowej można uznać, że świadomość zdrowotna w sferze pracy odnosi się do tego fragmentu rzeczywistości zdrowia, który dotyczy relacji między pracą a zdrowiem wykonujących ją ludzi. Dla wskazania desygnatów w ten sposób tworzonego pojęcia konieczne jest określenie co kryje się pod terminem praca, a więc ustalenie koncepcji pracy jako zjawiska lub /i/ jako obszaru problemowego. Pracą, jako zjawiskiem zainteresują się zarówno systemy filozoficzne i religijne jak i rozmaite dyscypliny naukowe. Funkcjonuje zatem wiele sposobów jej ujmowania i rozumienia: fizyczne, biologiczne, ekonomiczne, filozoficzne, socjologiczne, prakseologiczne itp. Dla potrzeb zbudowania pojęcia świadomości zdrowotnej w sferze pracy mało przydatne są ujęcia filozoficzne czy prakseologiczne, gdyż traktują one pracę jako atrybut czy naturalny warunek istnienia człowieka, a nie wyznacznik określonej dziedziny jego funkcjonowania. Bardziej przydane do tego celu wydają się być definicje ekonomiczne lub socjologiczne, które terminu "praca" używają na określenie pracy zawodowej, a więc pewnego ciągu działań wykonywanych w określonych warunkach, dla realizacji zamierzonego celu, za określone wynagrodzenie. Właśnie tak rozumiana praca stanowi istotny wyznacznik stanu zdrowia jednostek i społeczeństw, a tym samym sensowne staje się wydzielenie jej w obrębie świadomości zdrowotnej.

Konstruując pojęcie świadomości zdrowotnej w sferze pracy możemy zatem założyć np., że praca to zespół czynności wykonywanych w procesie produkcji mających na celu wytworzenie dóbr tj. przedmiotów do zaspokojenia potrzeb ludzkich /Lange, 1966, s. 19/ lub traktować pracę jako zatrudnienie ciągłe przy produkcji dóbr i usług, wykonywane za wynagrodzeniem w ramach takich instytucji jak fabryki, biura, urzędy i inne /Matejko, 1962/. Pojemnym, a jednocześnie nie zatracającym funkcji wyróżnika wydaje się być ujęcie zaproponowane przez J. Szczepańskiego, który określa pracę jako "...każdą celową czynność prowadzącą do zaspokojenia dowolnych potrzeb ludzkich, posiadającą społeczną doniosłość /obojętnie pozytywną czy negatywną/, zapewniającą jednostkom i grupom, które ją wykonują określoną pozycję w społeczeństwie" /Szczepański, 1961, s.171/. W koncepcji tej zwraca się uwagę na społeczny charakter pracy, a więc, na fakt, że wywiera ona wpływ na dążenia, postawy, interesy i zachowania jednostek i grup. Podkreśla się, że potrzeby, które zaspakaja określane są przez strukturę i kulturę grupy, podobnie jak środki realizacji celów i metody posługiwania się nimi. Zwraca też uwagę, że aby większość prac była zrealizowana niezbędna jest współpraca wielu jednostek i grup rozproszonych w czasie i przestrzeni. Tak więc w wykonywaniu pracy spotykają się dwa podstawowe czynniki: osobiste dążenie jednostki oraz podstawowe dążenie grup do których ona należy. W wyniku tego procesu grupa pracownicza staje się grupą odniesienia, z której jednostka czerpie pewne podstawowe kryteria ważności swoich spraw życiowych. Niewątpliwie to ujęcie pracy pozwala na wskazanie szczególnie szerokiego wachlarza wzajemnych relacji między ludzką pracą a zdrowiem.

Jeśli idzie o zakres problemowy tak rozumianej pracy to wskazać można dwa jego podstawowe obszary: warunki pracy /środowisko pracy/, oraz charakter pracy. Na warunki pracy składa się materialne środowisko pracy, które tworzą budynki, pomieszczenia i ich wyposażenie, czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne, oraz społeczne środowisko pracy, a więc zespół czynników rzeczowych i osobowych, powstałych w wyniku społecznego współżycia i współdziałania ludzi /Grabara, 1987/. Na charakter pracy składają się treść i forma pracy, które decydują o tym czy praca jest lekka czy ciężka, bardziej umysłowa czy bardziej fizyczna, monotonna czy urozmaicona, prosta czy złożona /Widerszpil, 1978/.

Tak rozumiane aspekty pracy mogą powodować u człowieka wykonującego określone obowiązki zawodowe obciążenia trojakiiego rodzaju:

- umysłowe, powodowane napięciem uwagi i procesami myślenia
- fizyczne, powodowane pracą mięśni
- nerwowe, wywołane przeżyciami natury osobistej, samym procesem pracy lub społecznymi i materialnymi warunkami, w których odbywa się praca.

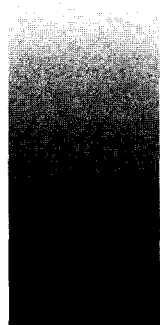
Analogicznie zatem jak w przypadku obszaru problemowego ogólnej świadomości zdrowotnej najbardziej oczywistymi elementami świadomości zdrowotnej w sferze pracy wydają się być:

- a/ rozumienie zdrowia, ale w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi, a więc np. czym jest zdrowie dla jednostki jako dla pracownika realizującego określone zadania, czy karierę zawodową
- b/ stan zdrowia w relacji do zajmowanego stanowiska, te kryteria jego oceny, które sytuują się w sferze pracy itp.
- c/ uwarunkowania stanu zdrowia /ich siła i zakres/ lokujące się w sferze pracy /np. w poszczególnych aspektach charakteru i warunków pracy/
- d/ wartościowanie zdrowia w kontekście innych wartości związanych z pracą

Jeśli idzie o możliwe relacje między pracą a zdrowiem, które odzwierciedlają się świadomości, to możliwe jest uwzględnianie następującego ich zestawu:

- a/ moja praca - moje zdrowie
 - b/ moja praca - zdrowie innego człowieka /zbiorowości/
 - c/ czyjaś praca - moje zdrowie
 - d/ czyjaś praca - zdrowie innych
- oraz
- e/ moje zdrowie - moja praca
 - f/ czyjeś zdrowie - czyjaś praca

W oparciu o te relacje możliwe jest wskazanie szeregu szczegółowych ujęć problemowych wynikających z przyjętego zakresu problemowego pracy i zdrowia oraz koncepcji zdrowia jako zjawiska.



CZĘŚĆ II

STAN ZACHOWAŃ I ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ W SFERZE PRACY ZATRUDNIONYCH W PRZEMYSŁE W POLSCE

WSTĘP

Zarys generalnych koncepcji na tle których funkcjonuje refleksja teoretyczna oraz działalność praktyczna w zakresie zachowań zdrowotnych w sferze pracy oraz propozycje terminologiczno - pojęciowe, w naturalny sposób przybliżyły nas do problemu stanu tych zachowań oraz towarzyszących im treści myślenia w społeczeństwie polskim.

Teraz zatem przedstawione zostaną wyniki najważniejszych badań, które podejmowały to zagadnienie przed i po 1988 r. Szczególnie wiele uwagi poświęcone będzie diagnozie wybranych zachowań i elementów świadomości zdrowotnej pracowników polskiego przemysłu, dokonanej na podstawie badań zrealizowanych przez socjologów z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi na przestrzeni lat 1988-1996.

4. ZACHOWANIA I ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA W SFERZE PRACY POLAKÓW NA PODSTAWIE BADAŃ SPRZED 1988 r.

Jak już wcześniej wspomniano, przedsięwzięcia badawcze nt. zachowań i/lub elementów świadomości wpływających na zdrowie w związ-

ku z wykonywaną pracą zawodową nie były sytuowane w obrębie refleksji poświęconej zdrowiu. Dlatego też dokonując ich przeglądu nie koncentrowano się na tych, w których pojawiał się termin "zachowania zdrowotne w sferze pracy" /lub pokrewne/, ale kryterium doboru stanowiły cechy definiensa zaproponowanej w tym opracowaniu przyjętej definicji tych zachowań.

Generalnie wyróżniono dwie grupy tych badań:

a/ poszukujące przyczyn określonego stanu zachowań zdrowotnych w sferze pracy,

b/ diagnozujące stan tych zachowań.

Do grupy pierwszej można zaliczyć: a/ badanie wykonane przez K.Bursche i A.Grzelak, które analizowały takie uwarunkowania zachowań związanych z przestrzeganiem przepisów bhp jak: znajomość zagrożeń zdrowia na stanowisku pracy i metod ochrony przed nimi, ocenę przepisów bhp, ocenę systemu kar i nagród za stosowanie się do przepisów bhp, naciski na wydajność, naciski kolegów i przełożonych na bezpieczny styl pracy; b/ badanie Akademii Ekonomicznej w Krakowie, koncentrujące się na roli, jaką odgrywa w podejmowaniu zachowań prowadzących do wypadku poziom uświadomienia sobie stanu bezpieczeństwa pracy; c/ badanie Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej w Lublinie, analizujące układ cech społeczno-demograficznych i opinii o zdrowotnej jakości środowiska pracy wśród osób, które uległy wypadkom; d/ badania J.Stankiewicz i J. Walkowiaka, poświęcone psychospołecznym uwarunkowaniom zachowań racjonalizatorskich w sferze zdrowia; e/ badanie zrealizowane przez zespół socjologów z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi poświęcone m.in. wartościowaniu zdrowia w systemach wartości związanych z pracą, f/ badanie E.J. Jasińskiej - Zubelewicz z Zespołu Ergonomii Zakładu Socjologii Instytutu Nauk Ekonomiczno-Społecznych Politechniki Warszawskiej poszukującej odpowiedzi na pytanie, czy ludzie pracujący na szkodliwych i uciążliwych stanowiskach pracy mają świadomość istniejących zagrożeń i jak względem nich postępują.

Do drugiej grupy zaliczyć można: a/ badanie wykonane przez Centralny Instytut Ochrony Pracy, poświęcone diagnozie stanu zachowań związanych z przestrzeganiem określonych przepisów bhp oraz instrukcji stanowiskowych, b/ badanie, które zajmuje się tak stanem pewnych zachowań wpływających na zdrowie a realizowanych w miejscu pracy, jak

i różnymi czynnikami związanymi z występowaniem określonych form tych zachowań, wykonane przez M.Jarosińską z A.N.S. w Warszawie w 1987r.

Najwcześniej spośród grona różnych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia pracujących problematyką zachowań zdrowotnych w sferze pracy zainteresował się CIOP. Skupieni w nim badacze skoncentrowali się na postawach i zachowaniach związanych z przestrzeganiem przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Początkowo, tj. w latach sześćdziesiątych, zagadnienia respektowania obowiązujących przepisów nie stanowiły jeszcze samodzielnego kierunku badawczego, a były jedynie wycinkiem badań nad szeroko rozumianymi postawami wobec pracy. W latach siedemdziesiątych natomiast podjęto prace nad problematyką kształtowania postaw i zachowań rozpatrywanych już wyłącznie z punktu widzenia bezpieczeństwa i higieny pracy /Bursche, Franaszczuk, 1980/. W 1975 r. K.Bursche i A.Grzelak z Pracowni Socjologii CIOP przeprowadziły badania w trzech zakładach przemysłowych, po jednym z przemysłu elektromaszynowego, chemicznego i lekkiego /Bursche, Grzelak, 1977, 1978/. Zakłady te reprezentowały wysoki poziom techniki wytwarzania i charakteryzowały się brakiem wyraźnych zaniedbań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Autorki przeprowadziły wywiady ze 178 robotnikami, 40 osobami z kadry kierowniczej oraz pracownikami służb bhp. Przeanalizowały także karty wypadków przy pracy w 1975 r. z wytypowanych wydziałów oraz zapoznały się z wewnątrzzakładowymi przepisami bhp, instrukcjami stanowiskowymi, systemem kar i nagród za stosowanie się do obowiązujących przepisów bhp oraz szkoleniem z tego zakresu. Celem badania było zweryfikowanie hipotez dotyczących oddziaływania na zachowania pracowników niektórych czynników organizacyjno-społecznego środowiska pracy, co stanowić miało pierwszy krok w kierunku poszukiwania skutecznych sposobów skłaniania pracowników do stosowania bezpiecznych metod pracy. Postawiono następujące hipotezy: im lepsza znajomość zagrożeń i metod bezpiecznej pracy, pozytywniejsza ocena przepisów bhp, lepsza ocena systemu nagród i kar za przestrzeganie przepisów bhp, mniejsze naciski na wydajność, silniejsze naciski położonych na bezpieczną pracę, tym skrupulatniejsze przestrzeganie przepisów bhp. Dla zweryfikowania tych hipotez stworzono dwie przeciw-

stawne zbiorowości: osób stosujących się do przepisów i omijających lub łamiących je. Kryterium wyróżnienia stanowiła samoocena.

Analiza zebranych materiałów wykazała istnienie zależności między postawami wobec obowiązków w zakresie bhp a wiedzą o zagrożeniach i środkach zapobiegawczych, oceną przepisów i zasad bhp oraz wielkością nacisków położonych. Nie uzyskano potwierdzenia hipotezy o roli akordowego systemu płac, ale ustalono wpływ nacisków produkcyjnych przejawiających się w innej formie. Hipoteza o wpływie kolegów została potwierdzona jedynie w swej negatywnej części, ponieważ w żadnym z badanych zakładów nie skonstatowano, by pracownicy wywierali jakiegokolwiek naciski na bezpieczne wykonywanie zadań przez swych współtowarzyszy. Ustalono ponadto, że pozytywne zachowania w zakresie bhp przejawiali pracownicy starsi, o dłuższym stażu pracy, kobiety i - wbrew przewidywaniom - pracownicy o niskim poziomie wykształcenia oraz ci, którzy wywodzą się ze środowisk wiejskich. Uzyskane wyniki pozwoliły na wytyczenie głównych kierunków działań na szczeblu przedsiębiorstwa, mających na celu uzyskanie wyższego poziomu zachowań zgodnych z wymaganiami bhp.

K.Bursche i A.Grzalak /1975/ przeprowadziły także badania w jednym z zakładów przemysłu maszynowego. Respondentami było 106-ciu robotników, zatrudnionych na jednym wydziale, obejmującym sześć gniazd produkcyjnych. Połowę badanej grupy stanowiły osoby uznane przez bezpośrednich przełożonych za wzorowo przestrzegające przepisów i zasad bhp, drugą połowę, oceniane negatywnie pod tym względem. Celem badania było scharakteryzowanie stosunku badanych do obowiązujących ich przepisów, tj. ustalenie, czy i w jakiej mierze są one przez nich respektowane. W wyniku przeprowadzonej analizy ustalono, że ponad 40% robotników nie przestrzegało dyscypliny technologicznej przyspieszając posuw maszyn. Ponadto praktykowane było rozpoczynanie nowej operacji przed zakończeniem starej. Bardzo rozpowszechniło się dokonywanie różnego rodzaju niedozwolonych czynności podczas ruchu maszyn, a także samodzielne wykonywanie napraw. Podejmowaniu szeregu czynności zabronionych towarzyszyło niewykonywanie czynności nakazanych odpowiednimi przepisami. Szło tu np. o kontrolę i konserwację maszyn i utrzymanie czystości i porządku na stanowisku pracy. Ustalono, że odzież roboczą

i sprzęt ochrony osobistej raczej stosowano, ale za to było to nie zawsze zgodne z wymaganiami /np. noszenie brudnej odzieży, odkrytych głów/. Robotnicy nie respektowali także nakazu poruszania się po wyznaczonych przejściach na hali, nie zachowywali ostrożności przy transportowaniu i składowaniu detali. Badania wykazały, że lista odstępstw od zasad bhp była obszerna. Robotnicy nie ukrywali, że żaden z przepisów licznych instrukcji ani żadna z zasad bezpiecznej pracy, wpajana w czasie nauki zawodu, nie są przestrzegane zawsze i przez wszystkich. Na ogół byli zadania, że starają się pracować ostrożnie, ale ta ostrożność była rozumiana bardzo indywidualnie i szeroko. Wiele nieformalnych zachowań, powszechnie występujących, uznawano za normalne. Okazało się także, jakby nieco poza głównym wątkiem analiz, że dokonane przez zwierzchników oceny postępowania pracowników nie pokrywały się z ich samoocenami.

W 1978 r. badacze z Akademii Ekonomicznej w Krakowie przeprowadzili w dużym zakładzie przemysłowym o wysokim zagrożeniu wypadkowym badanie na próbie 884 pracowników, poświęcone ekonomicznym i społecznym skutkom stabilizacji załogi /Szałkowski, 1981/. Na marginesie tego głównego problemu uwzględniono także kwestię społecznych aspektów bezpieczeństwa pracy. Założono, że poziom uświadczenia sobie stanu bezpieczeństwa pracy jest czynnikiem istotnie determinującym wypadki przy pracy. Założono także, że adekwatność świadomości do stanu faktycznego jest funkcją wielu zmiennych takich jak: wiek, płeć, wykształcenie, staż, ocena stanu technicznego zabezpieczenia przed wypadkami itp. W oparciu o zebrane dane ustalono, że świadomość istnienia zagrożeń zdrowia w pracy była podobna w przypadku kobiet i mężczyzn oraz osób we wszystkich grupach wieku. Wpływał na nią różnicująco natomiast staż pracy. Osoby pracujące krótko /poniżej 2 lat/ były najmniej wyczulone na zagrożenia. W ocenie stanu zabezpieczeń przed wypadkami największym krytycyzmem wykazali się pracownicy między 30 a 39 rokiem życia. Relacje między wykształceniem a oceną stanu zabezpieczeń były tego rodzaju, że największe niezadowolenie wyrażali respondenci po zasadniczych szkołach zawodowych, a najmniejsze z nieukończoną szkołą podstawową. Zatrudnieni od niedawna oraz ci ze stosunkowo najdłuższym stażem pracy krytykowali zabezpieczenia rzadziej niż pracujący 6-15 lat. Zapytano także o to, czy wszystkie obowiązujące przepisy powinny być

przestrzegane czy tylko większość lub może niektóre. Okazało się, że pracownicy między 20-30 rokiem życia częściej niż w innych grupach wiekowych byli zdania, że nie powinno się przestrzegać wszystkich przepisów, lecz tylko niektóre, najważniejsze. Konkludując autorzy badania sformułowali tezę, że w syndromie czynników wpływających na wypadki przy pracy istotna jest świadomość potencjalnego zagrożenia, a zatem należy częściej szukać przyczyn wypadków przy pracy w postawach i zachowaniach ludzi niż w niedoskonałości narzędzi pracy.

W badaniu wykonanym przez Klinikę Ortopedyczną Akademii Medycznej w Lublinie przeanalizowano przyczyny wypadków, którym uległo 115 pracowników dużego zakładu przemysłowego. Skoncentrowano się przede wszystkim na przyczynach bezpośrednich za jakie uznano np. wady odzieży, potknięcia, upadki, poślizgi, ale wśród czynników wypadkotwórczych uwzględniono również sytuację społeczno-zawodową i cechy społeczno-demograficzne badanych /Piątkowski, 1978/.

J. Stankiewicz i J. Walkowiak /1983/ wykonali badanie poświęcone zjawiskom leżącym u źródeł takiego zachowania zdrowotnego w sferze pracy, jakim są działania racjonalizatorskie nakierowane na poprawę zdrowotnych warunków pracy. Miejscem badań było pięć dużych zielonogórskich zakładów przemysłowych. Autorzy przeprowadzili w nich 170 wywiadów magnetofonowych, ankietę oraz zbadali dokumenty urzędowe. Uznali, że społecznym podłożem tego typu ruchów są sposoby ujmowania i oceniania ich przez pracowników. Racjonalizatorzy bhp w stosunku do innych racjonalizatorów wyróżniali się wyższym poziomem wykształcenia oraz tym, że rzadziej pracowali w systemie akordowym. Obraz ruchu racjonalizatorskiego wśród przedstawicieli badanych załóg charakteryzował się niską wiedzą na jego temat oraz nieadekwatnym do rzeczywistości, bo nadmiernym postrzeganiem stanu jego patologii. W takim jego obrazie upatrywano przyczyn niskiej aktywności pracowników w dziedzinie zdrowotnych usprawnień środowiska pracy.

W 1987 r. socjologowie z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi zrealizowali badanie mające na celu rozpoznanie niektórych elementów społecznego wartościowania zdrowia w wyselekcjonowanych ze względu na zdrowotną jakość środowiska pracy grupach pracowników przemysłu, głównie robotników. Badaniu temu, przeprowadzonemu techniką ankietową

poddano zbiorowość liczącą 1868 osób. Zakładano, że zmienna narażenia zawodowego, a więc fakt podejmowania i realizowania przez długie lata /a nawet całe życie/ pracy w warunkach bardzo szkodliwych dla zdrowia będzie warunkował sposób jego wartościowania.

Interesowano się pozycją zdrowia w dwóch wymiarach: wartości deklarowanej /czy uznawanej/, a także częściowo w wymiarze wartości realizowanej. O pozycji zdrowia na skali wartości badanych wnioskowano na dwa sposoby: pierwszy polegał na tym, że każdy respondent mógł wprost powiedzieć jak wysoko lokuje się zdrowie jako wartość wśród innych cenionych przez niego obiektów. Drugi to wnioskowanie pośrednie na podstawie syntezy dokonywanych przez badanych wyborów między zdrowiem, a innymi wartościami umieszczonymi w ankiecie.

Wartość zdefiniowano jako każdy obiekt /rozumiany szeroko/, który jednostka lub grupa uważa za cenny lub godny pożądanja. Analizowano relację między zdrowiem a siedmioma wartościami osobistymi oraz sześcioma wartościami grupowymi, wśród których wyróżniono te związane z pracą zawodową.

Generalnie rzecz ujmując, uzyskane w tym badaniu dane empiryczne wykazały pewną niespójność w myśleniu o zdrowiu jako wartości wśród członków badanej populacji. Aż 3/4 odpowiadających było przekonanych, że zdrowie jest najważniejszą sprawą w ich życiu, a pozostałe 20%, że bardzo ważną. Tylko około 1% nie przyznawało zdrowiu statusu wartości. Tak rzecz się miała, gdy badani samodzielnie namyślali się nad tym problemem. W momencie kiedy postawiono ich w sytuacji ewentualnych wyborów między zdrowiem a innymi wartościami ta niezmiernie wysoka pozycja zdrowia w ich hierarchiach wartości jakby się rozmywała. Już tylko dla 45% badanych zdrowie było czymś zawsze istotniejszym niż wartości osobiste, a dalszych 25% nie potrafiło się zdecydować, czy zrealizowałoby konkretną wartość osobistą kosztem zdrowia czy też nie, a więc wartości te w jakimś sensie były dla nich równocenne.

Jeszcze mniej korzystną pozycję zajmowało zdrowie w konfrontacji z wartościami grupowymi. Blisko 70% badanych było skłonnych poświęcać własne zdrowie w interesie zdrowia członków rodziny, ponad połowa dla ratowania zdrowia znajomych i przyjaciół lub zgody i miłości wzajemnej w rodzinie, a blisko połowa dla ratowania życia lub zdrowia obcego człowieka.

Ponad 30% gotowość taką deklarowało w stosunku do starań o dobrobyt rodziny oraz wolność i niepodległość kraju. Każdy z badanych ponadto był skłonny za cenę zdrowia realizować średnio 1,5 wartości związanych z pracą. Praca w warunkach szkodliwych nie wiązała się ze szczególnym wartościowaniem zdrowia.

Pozycja zdrowia nie była też tak wysoka na skali wartości realizowanych. Wprawdzie członkowie badanej populacji rzadziej stwierdzali faktyczne narażenie zdrowia dla konkretnych wartości, niż deklarowali gotowość tego, ale z drugiej strony ustalono że: a/ 66% najwyżej wartościujących zdrowie było przekonanych, że wykonywana praca szkodzi jego stanowi, b/ połowa respondentów najwyżej ceniących zdrowie paliła papierosy, c/ połowa twierdziła, że zachowuje się w taki sposób, który negatywnie wpływa na ich zdrowie, d/ relatywnie rzadko badani podejmowali zachowania prozdrowotne, a jeśli nawet to ich repertuar był raczej ubogi.

Uzyskane wyniki wykazały, że zdrowie stanowi pewnego rodzaju wartość uroczystą. Cienienie go w warstwie deklaracji posiada pozytywną sankcję społeczną i jest manifestowane. Natomiast gdy sposób myślenia o zdrowiu przybliża się do konkretnych sytuacji życiowych, a więc konkretnych zachowań, działają różnego typu mechanizmy, pozwalające godzić jednostce wysokie wartościowanie zdrowia z jednoczesnym działaniem niesprzyjającym lub nawet szkodliwym dla jego stanu. Zidentyfikowanie tego typu mechanizmów wydało się niezmiernie interesującym i ważnym zagadnieniem, szczególnie gdy idzie o wykonywanie pracy w warunkach szkodliwych. Wychodząc od teorii dysonansu poznawczego L. Festingera poszukiwano zjawisk wskazujących na dążenie do zniwelowania bądź zmniejszania rozbieżności pomiędzy wysokim wartościowaniem zdrowia, a ciągłym narażaniem go na szwank w procesie pracy. Uzyskane wyniki analiz wykazały iż praca w warunkach szkodliwych nie wynikała z przymusu związanego z brakiem możliwości zmiany pracy lecz w przeważającej mierze była następstwem wyboru. Inną sprawą, iż wybór ten w wielu przypadkach wynikał z pasywności, niechęci do zmian, a ważną jego przestanką było oswojenie się z zagrożeniem, polegające na całkowitym wyparciu ze świadomości bądź też wydatnym zmniejszeniu poczucia zagrożenia, wynikającego z pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia. Przejawiało się ono w postaci niedostrzegania negatywnego wpływu pracy

na zdrowie lub jego bagatelizowaniu, tj. wskazywaniu mniejszej liczby czynników niebezpiecznych dla zdrowia w porównaniu do robotników zatrudnionych w warunkach nieszkodliwych /Korzeniowska, 1990, Piwowarska-Pościk, 1990/. Względy ekonomiczne nie rekompensowały ponoszonego ryzyka zdrowotnego /pracownicy "silnie narażeni" podawali małe zarobki jako motyw swej pracy rzadziej niż pozostali badani/. W roli takiej występowały natomiast: możliwość przejścia na wcześniejszą emeryturę oraz skrócony czas pracy. Okazały się one wartościami wysoko cenionymi przez osoby zatrudnione w warunkach szkodliwych dla zdrowia. Trudno powiedzieć, czy byłyby też cenne dla pozostałych badanych /nie stanowiły one motywów ich pracy, gdyż nie były dla nich dostępne/.

Na gruncie zastosowanego schematu analizy stwierdzono zatem, że jedną z dróg pogodzenia wysokiego wartościowania zdrowia z jednoczesną pracą w warunkach wybitnie szkodliwych dla jego stanu było oswajanie się z zagrożeniami oraz korzystanie z dodatkowego czasu wolnego, uzyskiwanego w zamian za niezdrową pracę.

Badanie E.J. Jasińskiej-Zubelewicz mające charakter wstępnego pilotażu, objęło 223 robotników zatrudnionych na stanowiskach uznanych za szkodliwe i uciążliwe. Analizowano na ile świadomość robotników odzwierciedla te obiektywnie, antyzdrowotne warunki pracy i jak członkowie tej zbiorowości zachowują się wobec określonych zagrożeń. Okazało się, że wprawdzie 91% respondentów uznało wykonywaną przez siebie pracę za szkodliwą dla ich organizmu, ale jednocześnie 22% twierdziło, że nie grozi to nabyciem choroby ani kalectwa, a 17% nie miało zdania na ten temat. A więc znaczny odsetek badanych pomimo znajomości zagrożeń własnego zdrowia wynikających z wykonywanych obowiązków zawodowych wierzył, że nie pociągnie to za sobą określonych skutków zdrowotnych. Wśród osób, które uległy wypadkom przy pracy, co druga była zdania, że sama przyczyniła się do wystąpienia tego niepomyślnego zdarzenia. Jakkolwiek 93% badanych uważało, że w tak antyzdrowotnych warunkach w jakich są zatrudnieni należy stosować ochrony osobiste, to zaledwie 67% spośród nich stwierdziło, że używa wszystkich niezbędnych zabezpieczeń tego rodzaju, a 14% przyznało, że w ogóle z nich nie korzysta. Badano także stosunek robotników do dodatku wypłacanego za pracę w warunkach szkodliwych. Ponad połowa respondentów traktowała ten dodatek jako

wyrównanie strat zdrowotnych powodowanych pracą. Nieco więcej niż połowa wyrażała jednak opinię, że lepiej byłoby gdyby fundusz ten przeznaczano na pokrycie kosztów związanych z polepszeniem warunków i metod pracy /Jasińska-Zubelewicz, 1989/.

W 1987 r. w ANS w Warszawie zrealizowano na ogólnopolskiej reprezentacji pracowników przemysłu badanie poświęcone m.in. postrzeganiu przez robotników zagrożeń dla ich zdrowia tkwiących w środowisku pracy, zbiorowym reakcjom na brak bezpieczeństwa pracy, percepcji sposobów wymuszania procesów eliminujących zagrożenia, stanowi wybranych zachowań zdrowotnych, deklarowanej wartości bezpiecznej dla zdrowia pracy, roli kadry kierowniczej w sprawach związanych z bhp /Jarosińska, 1989/

W świetle wyników badania okazało się, że zasięg występowania zagrożeń w przedsiębiorstwach był oceniany w sposób zróżnicowany, ale dominował pogląd, że znaczne grupy poszczególnych załóg pracują w warunkach niebezpiecznych dla zdrowia. Zatem zagrożenia zdrowia sferą pracy były postrzegane jako zjawisko o szerszym społecznie zasięgu, mającym charakter raczej typowy niż wyjątkowy. Większość badanych opowiadała się za skierowaniem głównego wysiłku na eliminację źródeł zagrożeń i uważała, że może tego dokonać samo przedsiębiorstwo, gdyby dyrekcja wykazała maksimum dobrej woli w tym zakresie. Robotnicy sądzili o sobie, że nie mogą w tym procesie odegrać większej roli. W wypowiedziach części robotników na temat kadry pojawiały się stwierdzenia, że zdarza się jej wymuszać na podwładnych pracę niezgodną z normami bhp, a nawet działać na szkodę ofiar wypadków przy pracy, w imię interesu własnego lub swoiście pojmowanego interesu przedsiębiorstwa. Uzyskane dane pozwoliły wysnuć wniosek, że konflikty w obronie bezpiecznej pracy występowały stosunkowo rzadko, rzadkie były też inne zachowania ją rewindykujące.

Jeśli idzie o zachowania robotników związane z przestrzeganiem instrukcji i przepisów bhp, to w opiniach badanych dalekie były one od postulowanego poziomu. 47% respondentów stwierdziło, że z przestrzeganiem instrukcji bhp w ich przedsiębiorstwie różnie bywa, tzn. albo nie są one stosowane rygorystycznie albo nie przez wszystkich. Dalsze 5% otwarcie stwierdzało, że nie są one przestrzegane. Tylko 41%, a więc mniejszość,

mówiła o zachowaniach poprawnych swoich załóg. Największa część badanych upatrywała powodów nieprzestrzegania przepisów bhp w lekceważeniu, nierozwadze czy wręcz głupocie /21%/, uważała zatem ten sposób pracy za niebezpieczny i naganny. Ale inni raczej usprawiedliwiali takie zachowania wskazując na okoliczności wymuszające tj. duże narzucone tempo pracy /11%/, konieczność wykonania planu /11%/, przymus ekonomiczny /11%/. Taki sam odsetek badanych twierdził, że przestrzeganie przepisów utrudnia pracę, a 3% uważało je za wręcz niezyciowe. Niektórzy /3%/ zapewniali, że przekraczają normy ostrożnie, wreszcie 5% sądziło, że jest to wynik braku nawyków lub zapomnienie. Nieprzestrzeganie instrukcji bhp narażało na przykrości ze strony kolegów zdaniem tylko 6% badanych, zatem sankcja środowiska występowała sporadycznie. Pytanie na temat zachowań własnych wpływających na zdrowie dotyczyło posługiwania się sprzętem ochronnym. Okazało się, że 3/4 badanych, których obowiązek stosowania tego sprzętu obejmował, potwierdzał korzystanie z niego, 12% deklaroowało, że różnie z tym bywa, a 3% przyznawało, że go nie używa.

Konkurencyjną dla bezpiecznej pracy wartością okazały się zarobki. Zjawisko to, zdaniem autorki badania, M.Jarosińskiej, może stanowić podłoże tolerancji robotników wobec zagrożeń zdrowia w sferze pracy /tamże/.

W świetle przytoczonych tu wyników badań związanych z problematyką zachowań zdrowotnych w sferze pracy można stwierdzić, że znaczne grupy osób zatrudnionych w polskim przemyśle w latach 70-tych i 80-tych przejawiały nieprawidłowe z punktu widzenia zasad i przepisów bhp wzory zachowań. Sprzyjało temu stanowi rzeczy traktowanie zdrowia jako wartości uroczystej, niedostateczna znajomość zagrożeń zdrowia tkwiących w środowisku pracy, niedostateczna znajomość przepisów bhp lub ich lekceważenie oraz niekorzystny klimat społeczny w zakładach dla spraw związanych z ochroną zdrowia.

5. ZACHOWANIA I ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA W SFERZE PRACY ZATRUDNIONYCH W PRZEMYŚLE, W ŚWIEŁE BADAŃ INSTYTUTU MEDYCyny PRACY W ŁODZI Z ROKU 1988 I PÓŹNIEJSZYCH

5.1. WSTĘP

Socjologowie z Zakładu Promocji Zdrowia /aktualnie Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy/ IMP od szeregu lat realizują cały kompleks przedsięwzięć badawczo-wdrożeniowych, mających na celu rozpoznanie, analizę i kształtowanie sposobów myślenia i działania na rzecz zdrowia społeczeństwa polskiego.

Diagnozie stanu wybranych zachowań i elementów świadomości związanych ze zdrowiem z jednej, a pracą zawodową z drugiej strony poświęcono w szczególności badanie wykonane w 1988 r., w ramach tematu RPBR MZ-IV 2.1. "Postawy i zachowania zdrowotne społeczeństwa polskiego ze szczególnym uwzględnieniem pracowników przemysłu".

Niektóre wątki tej problematyki były następnie analizowane w innych przedsięwzięciach Zespołu. Idzie tu przede wszystkim o:

a/ badanie wykonane w ramach Grantu KBN "Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego" z 1993 r., które objęło 1984 osoby z reprezentacyjnej próby dorosłej części społeczeństwa polskiego / Psychospołeczne uwarunkowania..., 1995/.

b/ badanie z 1996 r., stanowiące element Strategicznego Programu Rządowego "Bezpieczeństwo i Ochrona Człowieka w Środowisku Pracy" nr I.3.3 pt. "Ocena występowania nierówności w korzystaniu z opieki zdrowotnej populacji pracujących", na próbie reprezentatywnej dla mężczyzn w wieku 18-65 lat i kobiet z kategorii wiekowej 18-60. Materiał empiryczny stanowiły 1832 ankiety, z czego 70% pochodziło od aktywnych zawodowo / L. Piwońska - Pościk, 1996/.

c/ badanie z 1996 r., zrealizowane w w.w. SPR, opatrzone symbolem IV. 22, 3 pt. "Program prozdrowotnej modyfikacji zachowań w sferze pracy". Przeprowadzono je w grupie 619 pracowników prywatyzowanych przedsiębiorstw regionu łódzkiego, metodą ankietową. /Program prozdrowotnej... 1996/

Przedstawiona poniżej diagnoza stanu zachowań i świadomości zdrowotnej pracowników polskiego przemysłu przeprowadzona jest na

kanwie ustaleń z 1988 r. Przytaczam dość szczegółowo założenia teoretyczno-metodologiczne i wyniki tego badania z co najmniej dwóch powodów. Jest ono - jak dotąd - jedynym, zrealizowanym na reprezentatywnej próbie i kompleksowo ujmującym ten problem przedsięwzięciem. Po drugie, wykonane później częściowe analizy, potwierdzają brak zasadniczych zmian w stylach myślenia i działania na styku sfer zdrowia i pracy wśród polskich pracowników przemysłu.

5.2. TEORETYCZNO - METODOLOGICZNE ZAŁOŻENIA BADANIA

Badanie z 1988 r., jak już wspomniano, zrealizowano na reprezentatywnej próbie pracowników przemysłu.

Reprezentatywność doboru próby polegała na odwzorowaniu w niej rozkładów takich cech jak: makroregion, gałąź przemysłu i wielkość przedsiębiorstwa w odniesieniu do zakładów przemysłowych oraz struktury stanowisk pracy, w odniesieniu do pracowników wylosowanych firm.

Istotny punkt analiz prezentowanego badania stanowiły zachowania zdrowotne w sferze pracy. Uznano, że zachowania tego typu należą do kategorii działań refleksyjnych, co oznacza, że nastawione są na realizację pewnych planów lub celów /Marody, 1987/ /np. ochronę zdrowia, stosowanie się do przepisów prawa, dobre układy ze zwierzchnikami/ wyznaczanych przez akceptowane wartości i posiadane postawy /np. zdrowie, zarobki, akceptacja w grupie pracowniczej/. Stwierdzono tym samym, że nieuzasadnione jest zaliczanie tych działań do kategorii zachowań nawykowych, gdyż w znacznej mierze nie są one podejmowane systematycznie i na tyle automatycznie, aby występowało wyłączenie myślenia i jedynie powtarzanie określonych reakcji w określonych sytuacjach. Nawykowy charakter zachowań zdrowotnych w sferze pracy, w tym szczególnie tych klasycznych tj. związanych z przepisami bhp, jest raczej pobożnym życzeniem inspektorów bhp niż rzeczywistą cechą tego typu działań. Aktywności na rzecz zdrowia w miejscu pracy towarzyszy bardzo często pewna kontrola działania, a nie jedynie nawyk czy nagły impuls.

Jeśli idzie o rozumienie generalnego pojęcia "zachowania zdrowotne" to zdefiniowano je jako te, które wpływają na zdrowie.

Następnie uznano, że cechami wyróżniającymi zachowania zdrowotne w sferze pracy z całej dziedziny zachowań zdrowotnych są:

a/ ich związek, a konkretnie wynikanie ze specyfiki danej pracy tj. charakteru i warunków w jakich ona przebiega. Idzie tu o założoną bądź realizowaną zdolność takich zachowań do wpływania na ostateczny, zdrowotny efekt wykonywania określonych obowiązków zawodowych na określonym stanowisku pracy

b/ ich występowanie w czasie realizowania zadań pracowniczych, ale niekoniecznie na stanowisku pracy

Uznano również, że ich identyfikacja przebiegać będzie w obrębie rzeczywistości subiektywnej, oraz rzeczywistości usystematyzowanych, skodyfikowanych sądów, a więc zobiektywizowanej. Pozostając na gruncie tej pierwszej za zachowanie zdrowotne w sferze pracy uznano każde zachowanie przebiegające w czasie wykonywania obowiązków zawodowych i zależne od ich specyfiki, które na gruncie wiedzy, przekonań i poglądów jednostki tj. pracownika/pracowników wpływa na zdrowie. W przypadku drugiej, każde takie zachowanie, które przebiega w czasie realizacji czynności zawodowych i zależy od ich specyfiki oraz na gruncie wiedzy obiektywnej wywiera wpływ na zdrowie. Określenie "specyfika obowiązków zawodowych" oznacza charakter wykonywanej pracy i warunki w jakich ona przebiega. W prezentowanych tu badaniach skoncentrowano się na identyfikacji zachowań zdrowotnych w sferze pracy na gruncie wiedzy skodyfikowanej. Stanowiły ją przede wszystkim przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz stanowiące ich podstawę generalne ustalenia medycyny oficjalnej. Uznając, że priorytetową rolę w ochronie zdrowia populacji pracujących odgrywają zachowania wynikające z podstawowych obowiązków pracownika w dziedzinie bhp, zawartych w Kodeksie Pracy, uczyniono je głównym elementem analizowanego zestawu. Następnie znajdujące się tam sposoby postępowania ustrukturalizowano z punktu widzenia koncepcji zachowań zdrowotnych w sferze pracy.

I tak znajomość przepisów bhp zaliczono do czynników warunkujących poziom ich realizacji, a więc umiejętność ta znalazła się poza listą zachowań. Jeśli idzie o wykonywanie poleceń przełożonych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, to wśród działań z tym związanych dokonano pewnego podziału. W przypadku, gdy zalecenia zwierzchnika są -

zgodne z normami bezpiecznej pracy, ich realizację uznano za jeden z elementów działania zwanego "respektowaniem przepisów bhp". Wykonywanie natomiast takich zarządzeń, które nie w pełni odpowiadają lub kłócą się z Kodeksem Pracy połączono z tego rodzaju sytuacjami, w których organizacja pracy i ład na stanowisku nie są właściwe z punktu widzenia zdrowia i nazwano takie zachowania "wykonywaniem pracy na stanowisku, którego charakterystyka nie odpowiada zasadom bezpiecznej pracy". W zestawie przewidzianym do analiz uwzględniono obowiązek używania odzieży ochronnej oraz sprzętu ochrony osobistej i zrezygnowano z opisu stanu korzystania z odzieży roboczej, jako że z mniejszą siłą fakt ten wpływa na zdrowie. Włączono także w obszar zainteresowań kwestię poddawania się badaniom okresowym, a zrezygnowano z oceny poziomu wykonywania badań wstępnych /ich obligatoryjność była dość rygorystycznie przestrzegana/. Pominięto też takie zachowanie, które polega na informowaniu zwierzchników o wypadku przy pracy. Zrobiono to z dwóch powodów. Po pierwsze, problematyka ta została już dość dobrze rozpoznana (badania Jarosińskiej - Jarosińska, 1987, 1989). Po drugie, zachowania te wiążą się bardziej ze zdrowiem innych /członków załogi/, a w prezentowanym badaniu koncentrowano się na działaniach nakierowanych na własny stan zdrowia.

W analizowanym zestawie uwzględniono ponadto dwa zachowania nie stanowiące obowiązków pracowniczych według Kodeksu Pracy. Idzie tu o spożywanie posiłków w czasie pracy oraz o korzystanie ze zwolnień lekarskich w przypadku choroby. Ten ostatni typ działań w tradycyjnym rozumieniu, traktowany może być jako aktywność związana z chorobą. Na użytek prezentowanego tu badania włączono go jednak do kategorii zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Koncentrowano się bowiem na wpływie specyfiki pracy na decyzje o skorzystaniu z druku L4.

Ostatecznie zdiagnozowano stan następujących zachowań zdrowotnych w sferze pracy:

- a/ wykonywanie obowiązków zawodowych zgodnie z przepisami i zasadami bhp,
- b/ noszenie odzieży ochronnej,
- c/ stosowanie sprzętu ochrony osobistej,
- d/ podejmowanie pracy na stanowisku, którego charakterystyka niezgodna jest z wymogami bezpieczeństwa i higieny pracy,

- e/ wykonywanie badań okresowych,
- f/ spożywanie posiłków w czasie pracy w warunkach odpowiadających normom higienicznym,
- g/ korzystanie ze zwolnień lekarskich w wypadku choroby.

Pierwsze cztery zachowania z wymienionej listy nazwano zachowaniami prewencyjnymi w odniesieniu do chorób zawodowych (i parazytarycznych) oraz wypadków. Kolejne zachowaniami profilaktycznymi w sferze pracy.

Stan realizacji wybranych zachowań identyfikowanych na gruncie wiedzy obiektywnej zdiagnozowano w oparciu o autoocenę badanych. Inne metody stosowane w tym celu zawierają bowiem istotne wady dyskwalifikujące. I tak jeśli idzie np. o analizę liczby wypadków przy pracy to jest to kryterium o bardzo małej przydatności do oceny bezpiecznych zachowań. Obserwacja sposobów postępowania zatrudnionych wymaga natomiast długiego czasu i jest kosztowna, a pracownicy mogą zmieniać swoje zachowania ze względu na zaistniałą sytuację "kontroli". Z kolei oceny zwierzchników mają najczęściej postać oceny całościowej, a nie tylko odnoszącej się do zachowań związanych z bhp. Zatem autoocena uznawana jest za jeden z lepszych sposobów opisu stanu zachowań zdrowotnych w sferze pracy /K.Andriessen, za Bursche, 1976/.

W koncepcji tego badania znalazł się także wątek zachowań identyfikowanych na gruncie wiedzy i przekonań działających jednostek. Pytano w tym celu badanych o to jak oceniają wszystko to, co robią dla własnego zdrowia, wykonując swoje codzienne obowiązki zawodowe, w kontekście tego, co na gruncie ich wiedzy i przekonań robić by mogli.

Świadomość zdrowotna stała się przedmiotem analiz przede wszystkim ze względu na jej znaczenie dla przedsięwzięć promujących zdrowie w miejscu pracy.

Wpływ na taki układ problematyki badawczej miały również najnowsze sposoby ujmowania pojęcia "zachowania zdrowotne", w których pojawiają się kategorie świadomościowe /np. D.Gochmana, Gochman, 1988/ i związane z tym pragnienie by proces diagnozowania był możliwie wyczerpujący.

Realizowanie określonych zachowań wyjaśniano dotychczas na gruncie nauk społecznych, jak już wspomniano we wcześniejszych frag-

mentach tego opracowania, przede wszystkim w terminach potrzeb, wartości, nastawień itp. Ostatnio uwzględnia się w badaniach tego problemu także wiedzę jednostki o otaczającym ją świecie i to nie tylko jako wskaźnika właściwych zmiennych wyjaśniających, ale jako pełnowartościowego czynnika wyjaśniającego. Jak pisze M.Marody w książce pt. "Technologie intelektu" /1987, s. 214/ "Pewnych działań nie podejmujemy nie dlatego, że nie chcemy, lecz dlatego, że nie widzimy /w ramach posiadanego przez nas obrazu rzeczywistości/ szans na ich realizację. Pewne działania wyglądałyby zupełnie inaczej, gdyby zależały tylko od wartości, które chcemy realizować, a nie były uwarunkowane własnościami otaczającego nas świata /takimi jakie je postrzegamy/. Wreszcie od pewnych działań może byśmy się wstrzymali w imię wyższych wartości, gdyby nie te fragmenty naszej wiedzy, które umożliwiają racjonalizację ich motywów".

Podobne poglądy odnaleźć można na gruncie refleksji analizującej związki między działaniami na rzecz zdrowia, a treściami przekonań, które spraw zdrowia dotyczą. Zachodnia, psychosocjologiczna literatura dostarcza przykładów prac teoretycznych i empirycznych podejmujących próby zwalczania tradycyjnego dualizmu percepcji przeciwstawnej działaniu w sferze zdrowia /Health Behavior, 1988/.

Zdecydowano zatem, że logicznie pierwotnym założeniem porządkującym dalsze ustalenia badawcze w zakresie świadomości zdrowotnej będzie teza, że zachowania zdrowotne w sferze pracy warunkowane są w sposób bezpośredni przez treści świadomości zdrowotnej ich podmiotów.

Jeśli idzie o samą świadomość zdrowotną w sferze pracy to założono, że:

1. Świadomość ta ujmowana będzie w kategoriach myślenia, a więc czynności obejmującej tak zróżnicowane procesy jak: planowanie, przewidywanie, projektowanie, odkrywanie, ocenianie, rozumienie czy wnioskowanie /Kozielecki, 1976, s. 451/

2. Określenie "zdrowotna" traktowane będzie przedmiotowo, Świadomość staje się "zdrowotną", gdy jej przedmiotem jest rzeczywistość zdrowia, natomiast "zdrowotną w sferze pracy", gdy odnosi się do tego fragmentu rzeczywistości zdrowia, który dotyczy relacji między pracą, a zdrowiem wykonujących ją ludzi. Przy czym, w tym konkretnym przypadku dziedzinę tych relacji ograniczono jedynie do tych, które dotyczą wpływu

-wu pracy /tak w wymiarze logicznym jak i empirycznym/ na rzeczywistość zdrowia. Jeśli idzie o rzeczywistość zdrowia z kolei, to skoncentrowano się na tym jej fragmencie, który odnosi się do zachowań zdrowotnych. Do rzeczywistości zdrowia w aspekcie zachowań zdrowotnych w sferze pracy zaliczono wszystko to co się dzieje, a więc fakty dotyczące działań na rzecz zdrowia w sferze pracy, mechanizmy ludzkiego postępowania w tym zakresie jak i normy i wartości kierujące tym postępowaniem. Zdrowie jako zjawisko identyfikowane było na gruncie subiektywnych znaczeń właściwych osobom badanym.

Proces doboru zestawu elementów tak rozumianej świadomości zdrowotnej w sferze pracy był dość złożony. Poszukiwano bowiem takich ustaleń w tym zakresie, które dawałyby gwarancję, że poddane analizie treści świadomości są rzeczywiście tymi, które w istotny sposób warunkują podejmowanie w miejscu pracy działań wpływających na zdrowie. Jak już wspomniano konkretny dorobek naukowy w zakresie wyjaśniania lub przewidywania zachowań refleksyjnych człowieka na gruncie treści świadomości nie jest zbyt okazały. Jeśli idzie o psychologię, a więc naukę, która z definicji interesować się winna zawartością ludzkich umysłów, to jak pisze M.Marody w cytowanej już pracy pt. "Technologie intelektu" "Człowiek psychologii, w zależności od teorii, albo działa, albo myśli, rzadko jednak zdarza mu się łączyć te dwie czynności. Tak więc teorie psychologiczne są zwykle teoriami częściowymi, w tym sensie, że skupiają swą uwagę na jednym tylko aspekcie funkcjonowania człowieka. Dotyczy to nie tylko tzw. teorii średniego zasięgu, lecz również teorii osobowości, które z założenia niejako powinny dawać pełny obraz mechanizmów rządzących funkcjonowaniem jednostki" /Marody, 1987, s. 17/. Jeśli idzie o psychologię społeczną i socjologię to również te dziedziny - jakkolwiek wiele uwagi poświęcają "badaniom opinii publicznej", bądź "badaniom postaw i wartości" - nie wypracowały sposobów na analizę związków pomiędzy zawartością ludzkich umysłów, a działaniem jednostek. Zdaniem cytowanej tu autorki przyczyna tego stanu rzeczy tkwi w tym m.in., że stosowane przez nie teorie brały pod uwagę tylko czynniki ukierunkowujące dążenia ludzkie, a nie precyzowały czynników wyzwalających konkretne zachowania.

Sytuacja w zakresie przewidywania lub wyjaśniania zachowań zdrowotnych jest podobna. Próby wypracowania teoretycznych modeli

wiążących treści myślenia o zdrowiu, z działaniami na jego rzecz podejmowane są już od lat pięćdziesiątych, ale jak dotąd nie wypracowano w pełni zadawalających rozwiązań. Jak już wspomniano najbardziej znane i najczęściej stosowane w badaniach empirycznych koncepcje tego rodzaju to Model Przekonań Zdrowotnych /Health Belief Model - HBM/, Model Zlokalizowania Kontroli /Locus of Control Model - LCM/ oraz Model Intencji Zachowań /Behavioral Intention Model - BIM/. Znacznie mniej upowszechnione i słabiej zweryfikowane empirycznie są koncepcje Reprezentacji Stanu Zdrowia/Choroby /Representations of Illness/Health Status/ oraz Teoria Celu /Goal Theory/ /Becker, 1974, 1985, Gochman, 1988, Kirscht 1988, Lau, 1988/.

Skoncentrowanie refleksji socjo i psychomedycznej głównie na zachowaniach związanych z leczniczą funkcją medycyny oficjalnej sprawiły, że modele te jak dotąd nie były stosowane do wyjaśniania zachowań zdrowotnych w sferze pracy. Zmienne uwzględniane w tych modelach są jednak na tyle ogólnie sformułowane, że zdaniem niektórych autorów /np. A. Titkow, 1990, H. P. Cole, 1988/ można je stosować także do predykcji innych typów zachowań. Próbę taką w odniesieniu do badań nad zachowaniami wynikającymi z reguł pracy bezpiecznej górników podjął jeśli idzie o BIM, H.P. Cole wraz ze swoimi współpracownikami /Cole, 1988, s. 346/.

Z powodu braku gotowego, empirycznie sprawdzonego modelu zawierającego elementy wpływające na poziom realizacji zachowań zdrowotnych w sferze pracy wyniknęła potrzeba zbudowania, w pewnym sensie oryginalnego, zestawu treści świadomości przewidzianych do analizy. Dla zmaksymalizowania prawdopodobieństwa jego trafności zdecydowano, że elementy zostaną dobrane w oparciu o wspomniane powyżej, najbardziej sprawdzone modele predykcji zachowań zdrowotnych, przede wszystkim HBM i jego rozwinięcie BIM oraz LCM. Ponadto uwzględniono ustalenia dotyczące przewidywania lub wyjaśniania refleksyjnych zachowań człowieka wypracowane na gruncie polskim, przede wszystkim przez M. Marody, oraz wyniki wcześniej zrealizowanych badań empirycznych, które wskazywały na związek określonych treści świadomości z działaniami na rzecz zdrowia w sferze pracy.

Na gruncie Health Belief Model zakłada się, że to czy jednostka będzie podejmowała określone zachowania zdrowotne czy też nie zależy od czterech czynników. Po pierwsze od jej ogólnej motywacji zdrowotnej,

a więc stopnia w jakim interesuje się ona sprawami zdrowia, na ile troszczy się o nie. Po drugie, od postrzegania własnej sytuacji zdrowotnej, a więc od przekonań co do zakresu własnej podatności na określone choroby i ich następstwa, a także od akceptacji znanej jej diagnozy swego stanu zdrowia. Po trzecie, działania na rzecz zdrowia zależne są od postrzegania prawdopodobnych konsekwencji zachorowania, tak w wymiarze biologicznym jak i psychospołecznym, w tym konsekwencji nie leczenia się. I wreszcie, po czwarte, od oceny korzyści i strat wynikających z podjęcia /zaniechania/ określonych działań. Idzie tu z jednej strony o ocenę efektywności danych zachowań w zapobieganiu lub leczeniu choroby, a z drugiej o oszacowanie barier /przeszkód/ związanych z realizacją działań zdrowotnych /np. niedogodności różnego typu, wydatki pieniężne, dyskomfort, możliwości wystąpienia skutków ubocznych/. Podstawowe ograniczenia stosowania tego modelu to nieuwzględnianie istnienia pewnych nawyków realizowanych poza świadomymi decyzjami i możliwości podejmowania zachowań zdrowotnych z powodów pozazdrowotnych /np. modnie jest nie palić/. Brak też w modelu zmiennych ekonomicznych i społeczno-środowiskowych, które mogą wyznaczać podejmowanie określonych działań / Becker, 1985, Kirscht, 1988/. Modelem, który traktować można jako rozwinięcie HBM jest Behavioral Intention Model /BIM/. Wzbogaca on zestaw analizowanych przekonań, o te dotyczące otoczenia społecznego. Na gruncie tego modelu uzależnia się podejmowanie zachowań zdrowotnych nie tylko od jednostkowej oceny konsekwencji danego działania i wiary, że działanie to doprowadzi do oczekiwanych skutków, ale także od subiektywnych komponent norm społecznych, a więc przekonań jednostki na temat tego, czego inni ważni ludzie /np. członkowie rodziny, zwierzchnicy, przyjaciele/ od niej oczekują w danej sytuacji /Becker, 1985, Gochman, 1988/. Stopień zgodności intencji do działania z rzeczywistymi działaniami, w przypadku zastosowania tego modelu do zachowań wynikających z przepisów i reguł bhp, określają zdaniem H.P.Cole'a i jego współpracowników następujące czynniki:

a/ zakres w jakim ogólne intencje do bezpiecznej pracy tłumaczone są na szczegółowe praktyki

b/ zmienność intencji behavioralnych w czasie od podjęcia decyzji do realizacji działania pod wpływem fizyczno-organizacyjnych warunków pracy, w tym od zachowań innych osób /współpracowników i kierownictwa/

c/ wiedzy i poziomowi umiejętności jednostki do zrobienia tego, co się założyło, a więc posiadania pewnych recept, "jak zrobić" i zdolności ich realizacji /Cole, 1988/.

Locus of Control Model zakłada, że jeśli zdrowie jest cenioną wartością to prawdopodobieństwo działań na jego rzecz wyznaczane jest przez relacje między siłą przekonań jednostki co do tego, na ile ona sama kontroluje wydarzenia /zjawiska/ swego życia warunkujące zdrowie /internal locus of control/, a przekonaniami, że zdarzenia te są przedmiotem kontroli szeroko rozumianych warunków zewnętrznych /external locus of control/ /Becker, 1974, Gochman, 198, Lau, 1988/. Jak wykazali Wallston and Wallston /1978/ i Seeman and Seeman /1983/ analizując literaturę dotyczącą zastosowań tego modelu, ludzie którzy wyznają opinię, że ich sposób postępowania bardziej wpływa na zdrowie, niż czynniki zewnętrzne, mają większe prawdopodobieństwo zaangażowania się w działania promocyjne, niż ci co sądzą odwrotnie /za: Gochman, 1988/.

Stosując do analizy przedstawionych powyżej modeli terminologię przyjętą przez M.Marody /Marody, 1986/ można stwierdzić, że zawierają one zarówno czynniki motywujące /dyrektywne/ - ukierunkowujące dążenia ludzkie /mogą być one wyrażane w kategoriach postaw, wartości, potrzeb, motywów/, jak i czynniki wyzwalające, a więc odpowiedzialne za wybór lub podjęcie określonego działania. Ujmowane są one w kategoriach wiedzy potocznej, czy treści świadomości.

I tak jeśli idzie o czynniki dyrektywne to w HBM mamy do czynienia z ogólną motywacją zdrowotną, a w LCM zakłada się wysokie wartościowanie zdrowia, jako warunek stosowalności modelu. W grupie czynników wyzwalających zachowania M. Marody wyróżnia z jednej strony przekonania o adekwatności danych poczynań w stosunku do celu, z drugiej, przekonania o możliwości zrealizowania danego sposobu postępowania w ramach założonych kosztów. Twórcy HBM, a także BIM, jak pokazuje charakterystyka tych modeli, również brali pod uwagę mechanizmy tego typu. Jeśli idzie natomiast o LCM, to uznać można, że w swojej koncepcji zlokalizowania kontroli uwzględnia on oba typy tych czynników na wyższym poziomie integracji. Przypisanie bowiem odpowiedzialności za własne zdrowie bardziej samemu sobie niż czynnikom zewnętrznym, wymaga posiadania określonych przekonań na temat tego, że dany sposób postępowania /zachowania/ ma znaczenie dla stanu zdrowia oraz, że jest możliwość jego efektywnej realizacji.

Adaptując zmienne uwzględniane w HBM /i BIM/ dla potrzeb wyjaśniania zachowań zdrowotnych w sferze pracy uznano, że brane pod uwagę mogą być następujące elementy świadomości zdrowotnej:

- ogólne nastawienie do spraw zdrowia w sferze pracy, wyrażane w kategorii motywów, potrzeb, postaw czy wartości,

- postrzeganie własnej sytuacji zdrowotnej w sferze pracy, a więc charakteru i siły wpływu jaki ta praca wywiera na stan zdrowia,

- przekonania na temat zdrowotnych konsekwencji wykonywania określonych obowiązków zawodowych w określonych warunkach /np. chorób zawodowych lub parazawodowych/ oraz możliwości modyfikowania tych konsekwencji, poprzez własną aktywność /lub jej brak/. Obserwować można w tym zakresie różne mechanizmy obronne np. racjonalizacje, wypieranie, oswajanie się z sytuacją trudną do zaakceptowania /np. wysokim poziomem szkodliwości warunków pracy/,

- ocena korzyści i strat wynikających z podejmowania /lub zaniechania/ działań na rzecz zdrowia w miejscu pracy. Z jednej strony idzie tu o ocenę skuteczności /celowości/ jaką określonym zachowaniom, zestawom zachowań, /np. wynikającym z przepisów bhp/ przypisuje się w procesie ochrony zdrowia przed niekorzystnym wpływem pracy, z drugiej o oszacowanie korzyści i strat wynikających z ich podejmowania. Można w tym zakresie uwzględniać opinie na temat np. zwiększenia /zmniejszenia/ tempa pracy lub jej trudności, kwestie wysokości zarobków, warunków stosowalności środków ochrony indywidualnej, możliwości wystąpienia skutków ubocznych niektórych form aktywności. Uwzględniając elementy BIM, dochodzą jeszcze np. przekonania co do wymagań zwierzchników w zakresie bhp, zwyczajów zdrowotnych panujących w grupie pracowniczej, czy znajomość zasad bezpiecznej i higienicznej pracy.

Jeśli idzie natomiast o podejście do problemu wyjaśniania lub przewidywania zachowań zdrowotnych w sferze pracy w oparciu o LCM to uwzględnić należałoby analizę przekonań pracowników, co do możliwości kontrolowania przez siebie /tj. przez swój sposób postępowania/, charakteru i siły wpływu jaki wykonywana przez nich praca wywiera na ich stan zdrowia. Jest to zatem ustalanie, czy determinanty ich sytuacji zdrowotnej w miejscu pracy lokalizują oni bardziej w samej pracy i /lub/ warunkach jej wykonywania czy we własnych zachowaniach.

Ostatecznie zdecydowano, że przewidziane do analizy elementy świadomości w sferze pracy, zaczerpnięte z koncepcji rozwijanych na gruncie socjopsychomedycznej problematyki uwarunkowań zachowań zdrowotnych uporządkowane zostaną zgodnie z koncepcją M. Marody na ukierunkowujące i wyzwajające działania. Uznano, że czynnikiem ukierunkowującym zachowania zdrowotne w sferze pracy będzie wartościowanie zdrowia, rozumiane jako analiza jego pozycji wśród innych wartości związanych z pracą, tj. innych aspektów pracy /Dobrowolska, 1982/.

Zoperacjonalizowanie elementu generalnie profilującego aktywność właśnie w kategorii wartości miało swe źródło w sugestii Xymeny Gliszczyńskiej. Według jej stwierdzenia poszczególni badacze posługując się terminami: potrzeb, motywów, postaw, celów, wartości itp., w gruncie rzeczy analizują co ludzie cenią sobie w pracy, czyli co ma wartość dla pracownika /Gliszczyńska, 1982, s. 127/

Spośród różnych typów definicji wartości, zdecydowano się na ujęcie relatywistyczne. Na jego gruncie o tym, które z przedmiotów lub cech stają się wartościami decydują cechy podmiotu uznane za konstytutywne dla wartości. Cechami tymi w różnych definicjach są np. cenie, aktywność, działanie, aprobowanie, pożądanie, sądzenie, uwaga /Kłoska, 1982, s. 43-51/. W przypadku omawianych tu badań ustalono, że wartością będzie obiekt rozumiany szeroko jako np. przedmiot, sytuacja, idea, cecha, zasada, norma, który jednostka /lub zbiorowość/ uważa za c e n n y lub godny pożądanego. Zdecydowano następnie, że diagnoza pozycji zdrowia wśród wartości związanych z pracą przeprowadzona będzie w kategorii wartości realizowanych. Wcześniejsze badanie, zrealizowane przez zespół do którego należy Autorka tego opracowania wykazało bowiem, że przytłaczająca większość pracowników przemysłu lokuje zdrowie na samym szczycie swojej hierarchii wartości uznawanych, ale ma ono wówczas charakter wartości uroczystej /a więc przypisuje mu się znaczenie tylko w momentach wyjątkowych/ /Ossowski, 1967, s. 97/. Wartość uznawana zdrowia jest zatem słabym wyznacznikiem decyzji o zachowaniach zdrowotnych.

Za podstawę oceny stopnia w jakim badani cenią sobie dany obiekt jako wartość realizowaną uznano wypowiedzi nt. ich działania na rzecz danej wartości, a więc zachowań mających na celu zdobycie, zatrzy-

manie lub zwiększenie stopnia posiadania danego obiektu. Aby uniknąć sytuacji, w której na gruncie świadomości respondentów zdrowie funkcjonowałoby właśnie w kategoriach wartości uroczystych lub abstrakcyjnych /Dobrowolska 1982/ sprowadzono je na poziom wskaźników /wartości konkretnych/. Nie pytano więc o zachowania nakierowane na zdrowie, ale np. o te związane z respektowaniem przepisów bhp /przy założeniu, że one właśnie chronią zdrowie/ lub o sposób postępowania w chorobie /rozumianej jako wyznacznik zdrowia/ w kontekście obowiązków zawodowych.

Zrezygnowano z rekonstruowania systemu tak pojmowanych wartości realizowanych ze względu na krytykę z jaką ten zabieg się dość powszechnie spotyka /Jałowicki, 1982, Misztal, 1976, 1980, 1980/, a także ze względu na założone cele praktyczne badania. Ustalono jedynie dla jakich wartości respondenci są gotowi do narażenia swego zdrowia. Jeśli idzie o zestaw wartości porównywanych ze zdrowiem, to przygotowano go w oparciu o inne badania empiryczne nad zdrowiem z jednej strony, a nad wartościami związanymi z pracą, z drugiej.

Badań nad zdrowiem jako wartością przeprowadzono jak dotąd niewiele. Nawet badanie European Value Study System Group, zrealizowane w 1981 r., które stawiało sobie za cel uchwycenie możliwie pełnego wachlarza wartości współczesnej Europy nie uwzględniało zdrowia jako wartości /Stoetzel, 1983/. Pojawiło się ono natomiast m.in. w badaniu z lat siedemdziesiątych Instytutu Gallupa, w badaniu J.P.Hoqua /1982/ nad wartością pracy właśnie, no i oczywiście w teoretycznych rozważaniach Parsonsa /Parsons, 1969/. Polskie przedsięwzięcia empiryczne czyniły zdrowie co najwyżej jedną z wartości towarzyszących tej, która była podstawowym celem danego badania. W takiej roli występowało w badaniach G.Pomiana i H.Strzeszewskiego /1967/, T.Kocowskiego /1977/, K.Sopucha /1978/. Bezpośrednio zdrowia jako wartości - o czym już wspomniano w innej części tej pracy - dotyczyło badanie B.Tryfan /1982/, refleksje na materiale historycznym R.Tulli /1985/ i S.Kosińskiego z W.Piątkowskim /1986/. Ci dwaj ostatni autorzy zajmowali się zresztą raczej postawami zdrowotnymi niż wartościami.

Jeśli idzie o badania pracy jako wartości to jest ich znacznie więcej, tak na świecie jak i u nas /np. Sufin, 1962; Sufin, Wesołowski, 1963;

Pomian, Strzeszewski, 1967; Dobrowolska, 1984; Prawda, 1987/. W badaniach tych funkcjonują bardzo różne zestawy wartości. Analizowano np. wartość pracy w systemie wartości życia codziennego, wartość poszczególnych aspektów pracy, inne ogólne wartości nadające pracy sens /Dobrowolska, 1982/. Dla potrzeb referowanych tu przedsięwzięć empirycznych zwrócono szczególną uwagę na wartości poszczególnych aspektów pracy. Zdaniem X. Gliszczyńskiej zarówno psychologowie jak i socjologowie mają poważne problemy w uporządkowaniu ich w dobrze zdefiniowane kategorie, ale najczęściej grupuje się je w te związane: z rodzajem pracy, fizycznymi warunkami pracy, otoczeniem społecznym oraz organizacją /1982/. Zdaniem tej autorki często przy konstruowaniu zestawów wartości przechodzi się od pewnych koncepcji ogólnych /np. klasyfikacji wartości Sprangera lub potrzeb Masłowa/ do konkretnych interpretacji w środowisku pracy. Ostatecznie w prezentowanym tu badaniu skoncentrowano się na analizie działań mających na celu realizację takich wartości związanych z pracą jak:

- a/ zarobki
- b/ plan produkcyjny lub wykonanie pilnej pracy
- c/ współpraca z członkami własnej grupy pracowniczej
- d/ dobre stosunki z przełożonymi

W grupie przekonań o a d e k w a t n o ś c i danych poczyniła w stosunku do celu umieszczono :

- wiedzę o czynnikach szkodliwych /i/ lub uciążliwych występujących na własnym stanowisku pracy oraz przekonania na temat:
- wpływu wykonywanej pracy zawodowej na stan zdrowia
- zakresu własnej odpowiedzialności za ochronę zdrowia przed niekorzystnym wpływem pracy
- stopnia znajomości reguł pracy bezpiecznej i higienicznej zawartych w przepisach bhp

Jeśli idzie natomiast o przekonania o m o ż l i w o ś c i a c h przeprowadzania danego działania w ramach zamierzonych kosztów to wzięto pod uwagę:

- przyczyny nieprzestrzegania norm bhp
- przekonania na temat mikrosocjalnego klimatu wokół spraw związanych z ochroną zdrowia /widzianych poprzez pryzmat przepisów bhp/ we własnej

grupie pracowniczej oraz wśród osób o różnej pozycji w formalnej i nieformalnej strukturze załogi

- opinie na temat stosunku bezpośredniego przełożonego do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy odzwierciedlającego się w wymaganiach stawianych przez niego podwładnym

Sformułowano 5 generalnych hipotez badawczych dotyczących ogólnej charakterystyki zachowań zdrowotnych w sferze pracy, oraz zmiennych różnicujących rozkład tych zachowań i poziomu niektórych elementów świadomości zdrowotnej.

Po pierwsze założono, że poziom realizacji poszczególnych zachowań odbiega od stanu zalecanego. Za przyjęciem tego typu twierdzenia przemawiały m.in. wyniki wcześniej zrealizowanych badań /Bursche, 1976, Bursche, Grzelak, 1977, Jarosińska, 1989/.

Po drugie przyjęto hipotezę, że osoby młode, szczególnie te do 24 lat /a więc i o krótkim stażu pracy/ częściej nie przestrzegają zasad bhp niż pracownicy starsi /wiekiem i stażem/. Prawdliwość taką zaobserwował np. M. Wynimko /1985/.

Spodziewano się również, że osoby o wyższym poziomie wykształcenia realizować będą bardziej właściwe z punktu widzenia zdrowia wzory postępowania w miejscu pracy, niż te wykształcone niżej. Jak wykazały badania stanu tzw. klasycznych zachowań zdrowotnych zmienna wykształcenia jest podstawową zmienną niezależną, różnicującą jednostkowe zachowania związane ze zdrowiem. /np. Świącicki, 1964, Małecka, 1980, Zatoński, 1988/. Osoby bardziej wykształcone lepiej dbają o zdrowie niż te mniej. Uznano, że prawidłowość ta może także występować w zakresie zachowań zdrowotnych w sferze pracy.

Jeśli idzie o hipotezy związane ze stanem świadomości zdrowotnej to przyjęto, że:

1. Badana zbiorowość cechuje się niskim poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie w miejscu pracy, a więc nie docenia wpływu jaki wywiera sposób realizacji obowiązków zawodowych na stan zdrowia. Hipotezę tę postawiono biorąc pod uwagę dotychczas realizowany model opieki nad zdrowiem pracujących. Opierając się na ideologii "medycznego profesjonalizmu" i obligatoryjnym traktowaniu działań chroniących zdrowie w procesie pracy uprzedmiatawał on jednostkę wobec spraw jej zdrowia w miejscu pracy.

2. Uznano ponadto, że zmienna wykształcenia różnicuje stan takich elementów świadomości zdrowotnej jak: znajomość przepisów bhp i poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie w miejscu pracy. Zakładano, że osoby bardziej wykształcone charakteryzować się będą lepszą znajomością przepisów bhp i bardziej podmiotowym stosunkiem do zdrowia niż te niżej wykształcone. Wyższy stopień zainteresowania i aktywności w sprawach zdrowia osób o wyższym poziomie wiedzy wykazują liczne badania /np. cytowane przez A. Titkow, 1983/. Zakładano, że i w relacjach zdrowie - obowiązki zawodowe prawidłowość ta znajdzie swoje potwierdzenie.

5.3. STAN ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH W SFERZE PRACY I WYNIKAJĄCE Z NICH ZALECENIA DLA DZIAŁAŃ EDUKACYJNO-PROMOCYJNYCH

Przebadana w 1988 r. reprezentacja pracowników przemysłu liczyła 1479 osób. 58% tej zbiorowości stanowili mężczyźni, a 42% kobiety. Średnia wieku wynosiła 37,2 lat.

Wśród respondentów 19% było absolwentami szkół podstawowych, 38% zasadniczych zawodowych, 32% średnich i 7% wyższych. W odniesieniu do 4% pytanых nie uzyskano danych na ten temat.

Większość badanej populacji zamieszkiwało w miastach powyżej 20 tys. mieszkańców.

Blok pytań dotyczących zachowań zdrowotnych, wiążących się z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy rozpoczynała w kwestionariuszu wywiadu prośba o dokonanie przez każdego respondenta autooceny stopnia przestrzegania przez niego obowiązujących na jego stanowisku pracy przepisów bhp.

Odpowiadając na pytania ankietera każdy respondent mógł zaklasyfikować swój styl postępowania w tej dziedzinie do jednej z sześciu kategorii:

- a/ na ogół przestrzegam wszystkich przepisów bhp (obowiązujących na moim stanowisku pracy), i to dokładnie,
- b/ na ogół przestrzegam wszystkich przepisów, ale niezbyt dokładnie,
- c/ na ogół przestrzegam tylko niektórych przepisów, ale za to dokładnie,
- d/ przestrzegam tylko niektórych przepisów, i to niedokładnie,

e/ w zasadzie nie przestrzegam przepisów,

f/ nie zastanawiałem się nad tym.

Z rozkładu odpowiedzi istotnych wynikało, że tylko 65% badanych było zdania, że przestrzega wszystkich przepisów bhp i to dokładnie, a więc zaliczyło siebie do grypy pracowników respektujących obowiązujące prawo w tej dziedzinie. 25%, a więc co czwarty respondent, stwierdził, że przestrzega wszystkich przepisów bhp, ale czyni to niedokładnie. 6% badanych uznało, że stosuje się tylko do niektórych przepisów, ale za to z całym rygorem, 1% przyznał, że respektuje tylko niektóre przepisy, i to niedokładnie, również 1%, że w ogóle nie zwraca na nie uwagi. Blisko 2% nie zastanawiało się nad tym, czy przestrzega norm bhp czy też nie.

Fakt, że blisko 35% zatrudnionych w przemyśle otwarcie przyznawało, że pozostaje w niezgodzie z obowiązującym prawem w dziedzinie bhp, można uznać za wysoce niepokojący. Interpretując rozmiar tego zjawiska, pamiętać należy ponadto, że charakteryzowany był on w oparciu o autooceny samych zainteresowanych, wyrażone w sytuacji wywiadu i to odbywającego się na terenie przedsiębiorstw. Badanie M.Jarosińskiej (1989) która pytała nie o własny sposób realizacji przepisów bhp, lecz spotykany najczęściej we własnym zakładzie pracy wykazało, że aż 47% badanych było zdania, że z przestrzeganiem instrukcji bhp w ich przedsiębiorstwie różnie bywa, a 5% otwarcie przyznało, że nie są one przestrzegane.

Wart odnotowania był też duży, w porównaniu do innych wariantów, oceny, odsetek zatrudnionych, którzy wybiórczo podchodzili do obowiązujących zasad bhp, bądź realizując je niedokładnie, bądź przestrzegając tylko uznanych przez siebie za istotne przepisów. Wymowę pozytywną ma fakt, że tylko bardzo nieliczni pracujący w przemyśle w ogóle nie stosowali przepisów bhp lub się nimi nie interesowali.

W badaniu przeprowadzonym w 1993 r. uzyskano zbliżony, choć nieznacznie gorszy, obraz przestrzegania zasad bhp. 58% pytanym uznało, że się do nich regularnie stosuje, 27% chroniło swoje zdrowie w ten sposób czasami, 12% nie zabezpieczało się w zakresie przewidzianym przepisami 3% udzieliło innej odpowiedzi.

Płeć nie różnicowała opinii na temat realizowania przepisów bhp w badaniu wcześniejszym, natomiast w późniejszym gorzej wypadły kobiety / $C=0,23$ przy $p<0,001$ /. Jeśli idzie natomiast o wiek, to uzyskane w obu

badaniach dane potwierdzały przyjętą hipotezę, że osoby młode /szczególnie do 24 lat/ częściej nie stosują się do reguł BHP niż osoby starsze.

Co do poziomu wykształcenia to w badaniu z 1988 r. nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w sposobie respektowania przepisów bhp przez respondentów o odmiennym poziomie wykształcenia.

Natomiast w badaniu z 1993 r. lepiej w analizowanym zakresie postępowali absolwenci szkół zasadniczych, średnich i pomaturalnych niż najniżej i najwyższej wykształceni /odpowiednio 31%, 25% i 19%, 14%, C = 0,35 przy $p < 0,001$ /.

Zajmowane stanowisko również nie różnicowało odpowiedzi na temat realizacji obowiązków pracowniczych wynikających z istnienia przepisów bhp. Rozkład odpowiedzi we wszystkich grupach wyróżnionych pod tym względem /tj. wśród robotników niewykwalifikowanych, wykwalifikowanych i nierobotników/ był podobny.

Wyrażnie na respektowanie przepisów bhp wpływała natomiast długość trwania zajęć dodatkowych podejmowanych przez respondentów /C = 0,30 przy $p < 0,05$ /.

Osoby bardzo obciążone zajęciami dodatkowymi wielokrotnie częściej od tych wykonujących je krócej, wybiórczo przestrzegają zasad bhp. Postępowało tak aż 1/4 pracujących na "dwóch" etatach" i ok. 6% pracujących dodatkowo 9 godz. tygodniowo.

Podobną ocenę stanu przestrzegania przepisów bhp uzyskano w jeszcze późniejszym badaniu z 1996 r. Pytania na ten temat zadano wówczas 619-tu pracownikom bezpośrednio produkcyjnym z 9-ciu zakładów przemysłowych z regionu łódzkiego. Tylko 53% badanych uznało, że przestrzega wszystkich przepisów bhp i to dokładnie, 29% stwierdziło, że stosuje się do nich zazwyczaj, ale niedokładnie, a 13% było zdania, że ściśle respektuje tylko niektóre z nich /Program prozdrowotnej ... 1996/.

Płeć i staż pracy nie różnicowały tych ocen podobnie jak w badaniu sprzed 8 lat. Wpływu wieku nie dało się porównać, gdyż w badaniu łódzkim mało było osób młodych. Sytuacja zmieniła się natomiast gdy idzie o wykształcenie. W najnowszym badaniu okazało się, że bardziej rygorystycznie stosują się do przepisów bhp osoby mniej wykształcone. Bezwyjątkowe ich przestrzeganie deklarowało 64% badanych po szkołach podstawowych i tylko 40% po średnich i z nieukończonymi studiami wyższymi. Tak więc we wszystkich badaniach nie potwierdziła się hipoteza, że osoby lepiej wykształcone bardziej respektują normy bhp. Trudno, bez dalszych prac badaw-

czych zinterpretować to zjawisko. Być może istotne są tu kryteria leżące u podstaw opinii o swoim postępowaniu, w tym szczególnie samoocena znajomości przepisów. Wskazywałyby na to ustalenia z 1988 r. W ich świetle dopiero zmienna zintegrowana, obejmująca stopień znajomości i zakres przestrzegania przepisów bhp wykazała hipotetycznie zakładaną zależność od poziomu wykształcenia $/C = 0,23$ przy $p < 0,01$ /, czyli fakt, że osoby o wyższym wykształceniu najlepiej znają i przestrzegają zasad bhp.

Generalnie w 1988 r. 44% badanych trafiło do kategorii osób znających wszystkie przepisy i respektujących je w pełni, 18% zaliczyło się do grona znających tylko większość przepisów, ale za to dokładnie ich przestrzegających, 14% zaś do znających większość przepisów i niezbyt dokładnie wykonujących ich zalecenia i wreszcie około 8% badanych stwierdziło, że zna wszystkie przepisy i niezbyt dokładnie je stosuje. Pozostałe możliwe kategorie, wynikające z kompilacji wiedzy i zachowań, uzyskały poniżej 3% wskazań.

W świetle tych danych można stwierdzić, że badana zbiorowość w większości przynależała do trzech grup, wyodrębnionych ze względu na zmienną zintegrowaną obejmującą stopień znajomości i zakres przestrzegania przepisów bhp:

- Grupę w pełni ochraniającą swoje zdrowie w tym zakresie, który obejmują te przepisy. Stanowiła ona blisko połowę zatrudnionych w przemyśle.

- Grupę, która w zakresie swojej wiedzy - aczkolwiek niepełnej - na ogół robiła wszystko, co do niej należało, by to zdrowie ochronić przed niekorzystnym wpływem pracy. Zaliczał się do niej co piąty pracownik przedsiębiorstw przemysłowych.

I wreszcie,

- Grupę, która zdawała sobie sprawę z luk w swojej wiedzy i z tego, że nawet w zakresie posiadanych przez siebie informacji nie troszczy się o swoje zdrowie podczas wykonywania codziennych obowiązków zawodowych. Było to 14% zatrudnionych i szczególnie oni wymagają bardzo przemyślanych i intensywnych wysiłków mających na celu zmianę stosunku do własnego zdrowia, między innymi poprzez zmianę nastawienia do przepisów bhp.

W kontekście zadań oświaty zdrowotnej należy też zwrócić uwagę na fakt, że na doskonalenie wiedzy w zakresie bhp czeka około 20% tych

osób, które mają zgoła pozytywny stosunek do spraw ochrony swego zdrowia w miejscu pracy /tzn. w obszarze opisanym znanymi sobie przepisami, starają się zachowywać jak najpoprawniej/. Dostarczenie im dodatkowych informacji prawdopodobnie wpłynęłoby pozytywnie na ich postępowanie. Wskazują na to inne dane, pokazujące, że dokładniejszej znajomości przepisów bhp towarzyszy wyższy odsetek osób w pełni je realizujących.

Kontynuując wątek zachowań prewencyjnych realizowanych w miejscu pracy, przyjrzymy się obecnie stanowi realizacji kilku, wybranych, szczegółowych zachowań wynikających z obowiązujących przepisów bhp takich jak: noszenie odzieży ochronnej, stosowanie środków ochrony osobistej, podejmowanie pracy na stanowisku nie przygotowanym w sposób wymagany przez przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zachowania te trudno przecenić, jeśli idzie o ich wpływ na stan zdrowia populacji pracujących w przemyśle. Korzystanie z odzieży ochronnej czy sprzętu ochrony osobistej zapobiega przede wszystkim niekorzystnemu oddziaływaniu na organizm różnorodnych elementów fizycznego środowiska pracy, stanowiąc tym samym niezbędny czynnik prewencji chorób zawodowych lub parazawodowych. Natomiast wykonywanie pracy na stanowiskach stwarzających szansę na bezpieczne, bezurazowe wykonywanie nawet skomplikowanych czynności technologicznych istotnie ogranicza zagrożenie wypadkowe, a więc ryzyko śmierci lub kalectwa.

Poniżej przedstawiono tabelę ilustrującą, jak trzy wymienione wcześniej zachowania realizowane były przez respondentów w 1988 r.

Tab.1 *Poziom realizacji pozytywnego modelu zachowań prewencyjnych*

Zachowania	n	%
Noszenie odzieży ochronnej	910	94
Stosowanie sprzętu ochrony osobistej	430	78
Praca na stanowisku wyposażonym zgodnie z wymaganiami bhp	571	50

n - odpowiedzi istotne

Jak widać, najbliższe ideału było korzystanie z odzieży ochronnej; przeważnie nosiło ją 96% tych, których ten obowiązek dotyczył. Gorzej sytuacja przedstawiała się, gdy idzie o stosowanie sprzętu ochrony osobistej i pracę na stanowiskach nie w pełni bezpiecznych dla zdrowia. 22% badanych nie nosiło na co dzień zabezpieczeń indywidualnych, a połowie zdarzało się pracować w sytuacji, gdy zakład nie stworzył im należytych warunków na ich stanowisku pracy.

Podobnie sprawy te przedstawiały się w badaniu z 1996 r. w wybranych przedsiębiorstwach regionu łódzkiego. Odzież ochronną nosiło 84% badanych /a więc nieco mniej niż przed ośmioma laty/, a ochrony osobiste stosowało 73% pracowników /poprzednio 78%/. Problem wyposażenia stanowisk pracy analizowano w odmienny sposób.

Dane te mają wymowę zdecydowanie niepokojącą. Fakt, że prawie co piąty pracownik polskiego przemysłu nie zawsze używa sprzętu ochrony osobistej, a co drugi pracuje na źle wyposażonym stanowisku, to istotny problem, gdy idzie o prewencję chorób zawodowych, jak i wypadków przy pracy. Praca na nie w pełni bezpiecznych stanowiskach częściej zdarzała się mężczyznom niż kobietom. Natomiast obciążenie dodatkowymi obowiązkami okazało się być czynnikiem silnie ważącym na poziomie stosowania środków ochrony osobistej / $C = 0,30$ przy $p < 0,05$ /. Osoby pracujące w wymiarze czasu równym 2 etatom w 38% nie stosowały wymaganych na ich stanowiskach pracy środków zabezpieczających. Dla porównania, równie niewłaściwie postępowało tylko 8% zatrudnionych dodatkowo przez 4 godz. tygodniowo. Obciążenie pracami dodatkowymi nie różnicowało poziomu realizacji pozostałych zachowań prewencyjnych.

Jak zaznaczono na wstępie tego rozdziału, do zachowań profilaktycznych określanych sytuacją pracy, analizowanych w badaniu z 1988 r., zaliczono takie formy postępowania jak:

- a/ poddawanie się badaniom okresowym,
- b/ spożywanie posiłków w czasie pracy,
- c/ korzystanie ze zwolnień lekarskich.

Dodatkowo zwrócono także uwagę na zjawisko zgłaszania się do lekarza w przypadku wystąpienia objawów chorobowych, jako na działanie współwystępujące, a zarazem warunkujące zakres występowania zjawiska podstawowego tj. przechodzenia na zwolnienie chorobowe. O spożywanie posiłków i postępowanie w przypadku objawów choroby pytano również respondentów w badaniu z 1996 r.

Badania okresowe polegają na cyklicznym monitoringu stanu zdrowia zatrudnionych, a ich celem jest selekcja osób zdolnych do wykonywania określonych obowiązków zawodowych bez nadmiernych, a więc przekraczających społeczną normę, kosztów zdrowotnych. Poddawanie się badaniom okresowym daje zatem pracownikowi możliwość zmiany miejsca pracy w wypadku gdy jego zdrowie nie odpowiada standardom przewidzianym dla zatrudnionych na danym stanowisku, a więc gdy grozi mu pogorszenie samopoczucia i sprawności funkcjonowania organizmu.

Spożywanie posiłków w typowym, ośmiogodzinnym czasie pracy osiąga swój prozdrowotny cel jeżeli: a/ w ogóle jest realizowane, a więc pracownik uzupełnia energię zużytą na wykonywanie pracy oraz b/ gdy odbywa się to w higienicznych warunkach /a więc poza zasięgiem działania ewentualnych czynników szkodliwych występujących na stanowisku pracy, a także bez nerwowości i pośpiechu/. Jego wartość zdrowotna wzrasta dodatkowo, wówczas gdy struktura spożywanych pokarmów odpowiada specyfice wykonywanej pracy /np. dania wysokokaloryczne dla wykonujących ciężką pracę fizyczną/.

Przejście na zwolnienie lekarskie, a więc przerwanie na pewien czas wykonywania obowiązków zawodowych z powodu choroby nie tylko sprzyja zdrowieniu pracownika, ale również zapobiega innym niekorzystnym sytuacjom, spowodowanym obniżoną zdolnością koncentracji, czy szybszym męczeniem się z powodu procesu chorobowego toczącego się w organizmie. Idzie tu przede wszystkim o wypadki przy pracy.

A oto jak przedstawiała się badana populacja będąca reprezentacją pracowników przemysłu pod względem realizacji tych zachowań w zakresie, który jest najbardziej korzystny z punktu widzenia zdrowia.

Zdecydowanie dobrą sytuację stwierdzono, gdy idzie o poddawanie się badaniom okresowym. Realizowało je około 94% ankietowanych. Jeśli idzie o pozostałe zachowania ustalono, że ponad 30% pracowników przemysłu w ciągu ostatniego roku nie korzystało ze zwolnień, które zalecił lekarz i nie jadło w ogóle lub spożywało drugie śniadanie w niehigienicznych warunkach i wreszcie, że aż 65% w przypadku wystąpienia choroby nie zawsze postępowało racjonalnie. Płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i sytuacja materialna nie wpływały różnicująco na podejmowanie zachowań profilaktycznych w sferze pracy. Podobnie zajmowane stanowisko, staż pracy, czas wykonywania zajęć dodatkowych i długość trwania dojazdu do pracy. Co interesujące osoby poświęcające bardzo

dużo czasu na dotarcie do zakładu równie często nie posilały się w czasie pracy, jak te które zamieszkiwały blisko miejsca zatrudnienia.

Tab. 2. Realizacja pozytywnego modelu zachowań "profilaktycznych" wśród członków badanej zbiorowości

Rodzaj zachowań	n	%
Wykonywanie wszystkich badań okresowych	996	94
Jedzenie posiłków tylko poza stanowiskiem pracy	710	62
Pełna zgłaszalność do lekarza przy wystąpieniu objawów choroby	611	42
Pełne korzystanie ze zwolnień proponowanych przez lekarza	1005	68
Pełne zgłaszanie się do lekarza z objawami choroby i pełne korzystanie ze zwolnień lekarskich	511	35

n - odpowiedzi istotne

Badanie z 1996 r. wykazało nawet nieco gorsze podejście do spożywania posiłków w czasie pracy u pracowników z wybranych przedsiębiorstw regionu łódzkiego. Tylko 56% z nich realizowało pozytywne wzory postępowania w tym względzie. Istotnie pogorszyły się natomiast reakcje na chorobę. U schyłku lat 80-tych 42% badanych pracowników przemysłu reagowało właściwie na dolegliwości udając się do lekarza, a 68% zawsze korzystało z zalecanych przez niego zwolnień. Ostatnio już tylko 31% poddawało się diagnozie i jedynie 36% korzystało z zasiłku chorobowego zalecanego przez lekarza.

Stan zachowań zdrowotnych w sferze pracy polskich pracowników przemysłu, w świetle uzyskanych wyników okazał się być zatem daleki od ideału, tak gdy idzie o zachowania, które określono jako prewencyjne, jak

i profilaktyczne w sferze pracy. Potwierdziła się zatem hipoteza przewidująca taki stan rzeczy.

Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że wskaźniki rzędu 50% - 70% osób realizujących działania prozdrowotne nie są wcale tak niskie. Pamiętać jednak należy, że idzie tu o zachowania specyficzne, tj. takie, których realizacja bezpośrednio i silnie waży na zdrowiu. Zaniechanie lub niesystematyczne podejmowanie tych działań może prowadzić nie tylko do obniżenia samopoczucia, ale również chorób zawodowych czy wypadków. Zatem o zadowalającym ich stanie można mówić dopiero wówczas, gdy są realizowane przez prawie wszystkich. Tymczasem tzw. "druga strona medalu" to 35-47. procentowe odchylenia od stanu pożądanego, gdy idzie o ogólnie rozumiane przestrzeganie przepisów bhp i ok. 22-27. procentowe, gdy idzie o stosowanie środków ochrony osobistej oraz ok. 50%, jeśli idzie o pracę na niebezpiecznym z punktu widzenia bhp stanowisku.

Generalnie, zasadnicze odstępstwa od pełnego respektowania norm pracy bezpiecznej i higienicznej polegały głównie na:

- 1/ niedokładnym przestrzeganiu wszystkich obowiązujących na danym stanowisku przepisów bhp, bądź
- 2/ dokładnym przestrzeganiu tylko niektórych obowiązujących przepisów bhp.

Inny znamieny fakt to to, że tylko 44% badanych uznało się za znających wszystkie przepisy i przestrzegających ich.

Hipoteza dotycząca wpływu wykształcenia na postępowanie w zakresie opisanym przepisami bhp obowiązującymi na danym stanowisku pracy w świetle uzyskanych danych wymaga dalszych prac weryfikacyjnych. Szczególnie idzie tu o rozpoznanie i sprecyzowanie kryteriów oceny stosowanych przez badanych.

Potwierdzenie znalazła natomiast hipoteza nt. różnicującego wpływu wieku zatrudnionych na stopień realizacji zadań przewidzianych przepisami bhp. Okazało się, że młodszy wiek pracownika to mniej dokładne stosowanie się do wszystkich reguł bhp. Najgorzej w tym zakresie postępowali pracownicy najmłodsi tj. do 24 lat. Tylko nieco ponad połowa z nich była ściśle w zgodzie z literą prawa w sferze bhp /1988 r./.

Ponadto okazało się, że nawet bardzo dotkliwe wydłużanie się czasu dotarcia do pracy nie wpływało na pogarszanie się sposobów postępowanie w dziedzinie bhp, natomiast wykonywanie prac dodatkowych powodowało większe lekceważenie zaleceń mających na celu

ograniczenie niekorzystnych dla zdrowia skutków pracy. Co czwarty pracownik przemysłu obciążony w wymiarze dwóch etatów /lub więcej/ stosował się tylko do niektórych obowiązujących na zajmowanym przez niego stanowisku przepisów bhp, podczas gdy wśród dorabiających do 9 godzin tygodniowo tylko co 20-ty. Wykonywanie prac dodatkowych wpłynęło negatywnie także na poziom realizacji jednego z analizowanych, szczegółowych zachowań w sferze bhp, a mianowicie na stosowanie środków ochrony osobistej.

Stan zachowań profilaktycznych w sferze pracy wśród pracowników naszego przemysłu - tak jak stwierdzono na wstępie niniejszego podsumowania - także budzić może niepokój. Wyjątkiem jest tu zachowanie określone mianem "poddawania się badaniom okresowym". Realizowało je blisko 100% badanych. Najbardziej natomiast niebezpieczna z punktu widzenia stanu zdrowia populacji pracujących wydaje się charakterystyka tego obszaru działania, który obejmuje reakcje na dolegliwości i chorobę. Aż 58% badanych w 1988 r. i 69% w 1996 r. postępowало niewłaściwie nie konsultując się z lekarzem w przypadku wystąpienia objawów choroby. Ponadto zdecydowanie pogorszyła się sytuacja w zakresie korzystania z Druków L-4. U schyłku lat 80-tych rezygnował z niego co 3 pracownik, a teraz tylko co trzeci z niego korzysta.

Wyniki te przeczą popularnej do niedawna opinii o nadmiernym korzystaniu ze zwolnień lekarskich przez polskich robotników.

Jeśli idzie o spożywanie posiłków w czasie pracy, to w świetle uzyskanych wyników podstawowym problemem u co trzeciego pracownika przemysłu okazało się być pogryzanie między jedną a drugą czynnością, a więc odżywanie się w niehigieniczny sposób, na stanowisku pracy lub niejeden raz tzw. drugiego śniadania.

Wnioski wynikające z dokonanej diagnozy stanu zachowań zdrowotnych w sferze pracy dla przyszłych przedsięwzięć interwencyjno-promocyjnych w przedsiębiorstwach przemysłowych w Polsce są zatem następujące.

1. Skala zagrożeń zdrowia wynikających z niewypełniania zaleceń bezpiecznej i higienicznej pracy jest nadal poważna, ponieważ co trzeci zatrudniony wykazuje niedostatki w tej dziedzinie. Szczegółowe zamierzenia mające na celu zwiększenie liczby zatrudnionych stosujących się w pełni do przepisów bhp obowiązujących na ich stanowisku pracy winny być nakierowane w pierwszym rzędzie na podniesienie stopnia dokładności z jaką wypełnia się zalecenia zawarte w instrukcjach sta-

nowiskowych, a następnie na ograniczenie wybiórczego realizowania, a więc stosowania się tylko do niektórych wymagań tychże instrukcji /oczywiście przy założeniu, że są one poprawnie skonstruowane/.

2. Przedsięwzięcia naprawcze w zakresie realizacji norm bhp powinny być w silniejszym stopniu nakierowane na ludzi młodszych, a co za tym idzie na tych o krótszym stażu pracy. Szczególnie wiele uwagi należy poświęcić tym pracownikom, którzy nie ukończyli jeszcze 24 lat, gdyż u nich obserwuje się najgorsze wzory postępowania w tym zakresie. Sprawą, na którą należy położyć nacisk w ich przypadku jest odzwyczajanie od niedokładnego stosowania się do wymogów bhp.

3. Twórcy i realizatorzy przedsięwzięć interwencyjno-promocyjnych winni także zwrócić szczególną uwagę na pracowników obciążonych dodatkowymi zajęciami. Warto potraktować ich jako specyficzną grupę, wymagającą specjalnych, dokładnie przemyślanych oddziaływań, przede wszystkim mało nużących i nie absorbujących czasowo.

4. Zachowaniami ze sfery bhp, na które warto zwrócić szczególną uwagę są: a/ podejmowanie pracy na stanowiskach, których wyposażenie klóci się z normami bhp oraz b/ stosowanie środków ochrony osobistej. Działania mające na celu ograniczenie zjawiska wypełniania obowiązków zawodowych w warunkach przekraczających przyjęte normy ryzyka utraty zdrowia dla danego stanowiska pracy winny być nakierowane szczególnie na mężczyzn i robotników wykwalifikowanych. Podejmując próby podniesienia poziomu stosowania ochron osobistych należy pamiętać, że szczególną uwagę warto otoczyć tych, którzy obciążeni są wieloma zajęciami dodatkowymi.

5. W strategiach interwencyjno-promocyjnych dla polskiego przemysłu powinno uwzględniać się także inne zachowania wpływające na zdrowie, a wynikające ze specyfiki pracy zawodowej, niż te określone przez przepisy bhp. Jeśli idzie np. o spożywanie posiłków w czasie pracy, to należy zmniejszać liczbę osób w ogóle nie odżywiających się w tym czasie oraz zmieniać warunki w jakich spożywa się tzw. "drugie śniadania". W tym ostatnim przypadku warto dążyć do ograniczenia zjawiska jedzenia w pośpiechu, w przerwach między jedną a drugą czynnością na stanowisku pracy. Adresatami tego typu przekazów mogą być w równym stopniu wszyscy zatrudnieni w przemyśle.

6. Odrębnego, poważnego potraktowania wymagają także sprawy związane z korzystaniem ze zwolnień lekarskich, a także zgłaszaniem się do lekarza z objawami choroby. Nieprawidłowe wzory postępowania w tym

zakresie realizowała przytłaczająca większość pracowników i występowały one w równym stopniu wśród różnych zbiorowości wyodrębnionych ze względu na cechy strukturalne. Zatem oddziaływania dotyczące tego stanu rzeczy mogą dotyczyć w równym stopniu wszystkich zatrudnionych w polskim przemyśle.

W badaniu reprezentacyjnej próby pracowników przemysłu zapytano też ich o ocenę tego, co rzeczywiście robią dla swego zdrowia w miejscu pracy w stosunku do tego, co - ich zdaniem - robić by mogli. W ocenach swoich pozostawali oni całkowicie na gruncie swojej wiedzy i przekonań w tym zakresie /nie musieli zatem odnosić tego do zasad bhp/. O tego typu autoocenę swego postępowania poproszono tylko tych respondentów, którzy uznali, że wykonywana przez nich praca zawodowa niekorzystnie oddziałuje na ich zdrowie, i którzy równocześnie żywili przekonanie, że od sposobu ich postępowania na stanowisku pracy zależy siła tego oddziaływania.

Każdy badany mógł określić stopień, w jakim wykorzystuje w praktyce swoje możliwości ograniczania (czy wykluczania) oddziaływania negatywnych dla zdrowia czynników samej pracy lub środowiska, w którym ona przebiega na jeden z czterech sposobów. 41% wszystkich odpowiadających istotnie uznało, że tylko w małym stopniu realizuje takie działania, które są w ich zasięgu i które służyłyby ich zdrowiu. 27% respondentów oceniło realizację swojej podmiotowości jako dużą. 18% nie potrafiło określić swojego sposobu postępowania w tym zakresie, a 12% uznało, że postrzegane przez siebie jako korzystne dla zdrowia działania wykonuje w pełni. Tylko 2% było zdania, że zupełnie nie robią tego, co ich zdaniem minimalizowałoby zagrożenie zdrowia, jakie niesie wypełnianie obowiązków zawodowych.

Tak więc w sumie 80% członków badanej zbiorowości uznało, że ma wpływ na to co się dzieje z ich zdrowiem w miejscu pracy, ale - co istotne - aż 41% określiło, że ma to miejsce tylko w niewielkim zakresie. 2% stwierdziło, że nie robi nic, co by przyznanie im statusu podmiotów względem własnego zdrowia w sferze pracy usprawiedliwiałoby, a 18% nie potrafiło ocenić swoich działań w zaproponowany sposób.

Fakt, że blisko połowa zatrudnionych w przemyśle ludzi, zdających sobie sprawę z tego, że praca szkodzi ich zdrowiu, była zdania, że robi bardzo mało lub zgoła nic, by temu zapobiec wymaga podkreślenia.

Poszukując przyczyn przedstawionego powyżej stanu rzeczy, zwrócono uwagę, czy wawarły nań wpływ takie cechy jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, stanowisko i staż pracy.

Okazało się, że zmienne te nie różnicowały wypowiedzi na ten temat.

Najbardziej istotna informacja płynąca z prezentowanych tu wyników dla przedsięwzięć promocyjnych to fakt, że znaczna część pracowników przemysłu nie wyczerpuje możliwości autoochrony własnego zdrowia przed szkodliwym wpływem pracy. Nawet w ich subiektywnych ocenach pojawiały się sądy, że mogliby robić znacznie więcej w tym zakresie. Ów krytyczny stosunek do siebie może dobrze rokować na przyszłość, przy założeniu, że stworzone zostaną warunki zarówno obiektywne jak i natury świadomościowej do zmiany obserwowanego poziomu bierności. Można spodziewać się zatem, że skorelowanie prozdrowotnych zmian w środowisku pracy oraz dostarczenie wiedzy i umiejętności koniecznych do realizacji działań prozdrowotnych, jak również wykreowanie mody na bezpieczną pracę, może stosunkowo szybko zaowocować wyższym poziomem dbałości o zdrowie wśród członków załóg pracowniczych.

5.4. STAN ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ W SFERZE PRACY I SUGESTIE NA TEMAT JEJ PROZDROWOTNEGO KSZTAŁTOWANIA

5.4.1. Wartościowanie zdrowia

W prezentowanych badaniach - jak już wspomniano - skoncentrowano się na analizie pozycji zdrowia jako wartości realizowanej, w stosunku do innych aspektów pracy traktowanych jako wartości.

Taka operacjonalizacja tego elementu świadomości zdrowotnej w sferze pracy miała na celu maksymalne przybliżenie procesów wartościowania do sytuacji decyzyjnych w zakresie zachowań zdrowotnych. Innymi słowy chodziło o to, jak zdrowie jako wartość funkcjonuje w sytuacjach wyborów w pracy. A więc dla jakich wartości /aspektów pracy/ członkowie badanej populacji narażali swoje zdrowie albo dla zdobycia których je poświęcali.

Za sytuacje ilustrujące wybory w dziedzinie zdrowia w sferze pracy uznano:

a/ podejmowanie pracy na stanowiskach, których charakterystyka nie odpowiadała przepisom bhp, a więc decydowanie się na wykonywanie obowiązków zawodowych w warunkach silniejszego niż to przewiduje norma, zagrożenia zdrowia.

b/ rezygnowanie ze zwolnienia lekarskiego w sytuacji choroby, a więc narażanie własnego zdrowia, dla realizacji innych, cennych lub pożądaných obiektów ze sfery pracy.

Prawie wszyscy badani z reprezentacyjnej próby pracowników przemysłu zdawali sobie sprawę z przyczyn podejmowania pracy na źle przygotowanym stanowisku. "Nie wiem" odpowiedziało niespełna 1%. 42% uznało, że zachowywało się w ten sposób w obawie o zmniejszenie zarobków. 33% uważało, że robiło tak, bo od tego zależało wykonanie planu, 24%, by nie utrudniać pracy innym, a 21% godziło się na to, by sprostać oczekiwaniom szefa. Kolejne 10% przyznało, że pracuje w takich warunkach, by pokazać swoje umiejętności, swoją zdolność radzenia sobie w takich sytuacjach, 7% wymieniało inne powody, po 2% robiło tak by nie narażać się na żarty ze strony innych lub stwierdzało, że wykonuje swoje obowiązki zawodowe na niebezpiecznym stanowisku, bo nie przywiązuje wagi do przepisów bhp /procenty nie sumują się do 100, gdyż istniała możliwość wskazania jednego lub dwóch powodów/.

Uzyskane dane ukazują badaną zbiorowość w interesującym świetle. Znamiennym jest fakt, że podejmowaniu pracy na zagrażającym zdrowiu stanowisku z reguły towarzyszyła pewna refleksja, świadomość, że coś jest nie w porządku. Inną charakterystyczną cechą to fakt, że większość respondentów wymieniało jako jeden z powodów, dla których narażało swoje zdrowie, różnego typu sytuacje społeczne, a więc :

- identyfikowanie się z dobrem zakładu czy grupy roboczej
- realizację planu produkcji
- dbałość o dobro kolegów z pracy - nieutrudnianie im wykonywania obowiązków
- współpracę z szefem - wypełnianie jego poleceń, a mniejszość własny interes materialny, czyli zarobki. Powody społeczne podawało około 3/4 badanych, kwestie pieniężne niespełna połowa. Wprawdzie już badania z końca lat 60-tych wykazywały, że orientacja na małą grupę, na wartości związane z dobrym współżyciem w grupie zajmuje liczące się miejsce np.

wśród motywów wyboru pracy przez Polaków /Pomian, Strzeszewski, 1967/, ale nie sędzono by kwestie te tak istotnie częściej były brane pod uwagę w sytuacjach podejmowania pracy na niekorzystnych dla zdrowia stanowiskach pracy.

Zgodne z oczekiwaniami okazały się być natomiast niskie odsetki osób przyznających wprost, że nie cenią zdrowia /gdy za wskaźnik tego przyjmie się brak zainteresowania sferą bezpieczeństwa i higieny pracy/. Podobne wyniki uzyskał zespół do którego należy autorka tego opracowania we wcześniejszym badaniu /Gniazdowski, 1990/. Ponadto zbieżne z ustaleniami innych badań /np. Sufin, Wesołowski, 1963/ było stosunkowo rzadkie traktowanie jako wartości własnych umiejętności zawodowych.

Cechy społeczno-demograficzne nie wpływały w sposób statystycznie istotny na przyczyny, z powodu których pracownicy przemysłu podejmowali pracę na stanowiskach niezapewniających ochrony zdrowia.

Jeśli idzie o przyczyny rezygnacji ze zwolnienia zalecanego przez lekarza, traktowane jako wskaźniki wartości konkurujących ze zdrowiem, to ustalono co następuje.

W obu badaniach /tj. z 1988 r. i 1996 r./ najczęściej wskazywanym powodem rezygnacji ze zwolnienia była obawa o zmniejszenie się zarobków /wskaźniki odpowiednio 54% i 80%/. Drugą pod względem istotności przyczyną była pilna praca do wykonania. Wskazywało na nią odpowiednio 33% badanych w 1988 r. i 11% w 1996 r. Co ciekawe, aż co czwarty z badanych wcześniej, kwestionował diagnozę lekarza i jego decyzję stwierdzającą, że proces leczenia wymaga pozostawania w domu. Inne wskazywane wówczas powody to troska by nie obarczać swoją pracą innych /11% wskazań/ oraz obawa, że może to być źle przyjęte przez kierownictwo /5%/ /Procenty nie sumują się do 100 ze względu na możliwość wskazania jednego lub dwóch powodów/.

Odpowiedzi dotyczące przyczyn rezygnacji ze zwolnień lekarskich pochodzące z badania na próbie reprezentacyjnej różnicował poziom wykształcenia / $C=0,37$ przy $p<0,001$ /.

Osoby o wykształceniu podstawowym, zasadniczym zawodowym i niepełnym średnim jako powód takich decyzji podawały najczęściej obawę o utratę zarobków (wskazania rzędu 78%-64%), a absolwenci szkół średnich i wyższych dużą ilość pilnej pracy do wykonania (odpowiednio 50% i 73%).

Jeśli idzie o opinie osób zajmujących różne stanowiska, to analiza zróżnicowania przyczyn odpowiedzialnych za kontynuowanie pracy pomimo choroby przeprowadzona została w dwóch płaszczyznach. W pierwszej respondentów podzielono na robotników wykwalifikowanych, niewykwalifikowanych i nierobotników. W drugiej na niekierowników, brygadzystów, mistrzów i kierowników. Spodziewano się bowiem zróżnicowania motywów odpowiedzialnych za podejmowanie tego typu antyzdrowotnych decyzji przez szeregowych pracowników i kadrę kierowniczą oraz wśród osób pełniących odmienne funkcje kierownicze. Przewidywania te znalazły empiryczne potwierdzenie. Związki między analizowanymi cechami okazały się być silne i istotne statystycznie /odpowiednio $C=0,36$ przy $p<0,001$ i $C=0,26$ przy $p<0,001$ /.

Tab. 3. Przyczyny rezygnacji ze zwolnień lekarskich przez osoby zajmujące różne stanowiska

Rodzaj przyczyn	Zajmowane stanowisko													
	Robotnik niewykwalifikowany		Robotnik wykwalifikowany		Nierobotnik		Niekie-rownicze		Bryga-dzista		Mistrz		Kierownik	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pilna praca do wykonania	3	6	66	22	86	66	97	27	13	27	10	56	34	69
Zarobki	35	74	186	63	33	25	209	59	26	53	6	33	13	27
Niezbyt poważna choroba	9	19	78	27	29	22	53	15	8	16	4	22	11	2
Duża ilość zwolnień	2	4	21	7	6	5	20	6	5	10	2	11	2	4
Obciążenie innych własną pracą	5	11	32	11	18	14	37	10	11	22	2	11	5	10
Inne powody	3	6	9	3	8	6	15	4	3	6	1	6	1	2
RAZEM	47	-	294	-	131	-	355	-	49	-	18	-	49	-

Robotnicy, zarówno ci wykwalifikowani jak i bez kwalifikacji, prawie trzaskrotnie częściej jako powód rezygnacji ze zwolnienia lekarskiego podawali obawę o utratę zarobków niż nierobotnicy /74%, 63% do 25%/. Ci ostatni w zdecydowanej większości tj. w 66% poświęcali swoje zdrowie dla wykonania pilnej pracy, natomiast troskę o zarobki deklarowali równie często jak lekceważenie oceny lekarza na temat trapiących ich dolegliwości /25% i 22%/. W grupie robotników, na drugim miejscu pod względem częstości wskazań usytuowało się lekceważenie choroby, chociaż, co warte zauważenia, jeśli idzie o "fachowców" niewiele mniejszy odsetek odpowiadających podkreślał chęć wykonania pilnej pracy. Tak więc robotnicy w świetle uzyskanych danych kierowali się w swym postępowaniu przede wszystkim względami materialnymi i lekceważeniem objawów chorobowych.

Jeśli idzie o osoby na różnego typu stanowiskach kierowniczych i ich stosunek do zwolnień lekarskich, to okazało się, że wyższej pozycji w hierarchii stanowisk kierowniczych towarzyszył większy odsetek wskazań na konieczność wykonania pilnych zadań, jako powód kontynuowania pracy pomimo zaistnienia choroby. Odwrotny kierunek występował jeśli idzie o kwestie płacowe. Brygadziści różnili się od innych respondentów pełniących funkcje kierownicze tym, że aż co piąty wśród nich podawał jako przyczynę rezygnacji z pracy L4 troskę o innych pracowników, o to by własną chorobą nie dezorganizować im pracy / wśród pozostałych kategorii ten typ myślenia prezentował tylko co 10-ty kierujący pracą innych/. Tak więc, można stwierdzić, że nierobotnicy częściej niż robotnicy kierowali się w swych wyborach dobrem produkcji niż kwestiami pieniężnymi. I tym silniej ujawniało się to w ich postępowaniu, im wyższe pozycje zajmowali w hierarchii stanowisk kierowniczych. Robotnicy albo generalnie lekceważyli objawy choroby, albo zdając sobie sprawę ze złego stanu zdrowia decydowali się na wykonywanie pracy po to, by nie stracić na zarobkach.

Płeć, wiek, staż pracy nie różnicowały odpowiedzi na temat przyczyn niekorzystania ze zwolnień lekarskich u schyłku lat 80-tych.

Według danych z roku 1996 natomiast decyzje o skorzystaniu z zasiłku chorobowego uzależnione były od płci, sytuacji materialnej, a przede wszystkim zakładu pracy badanych. I tak okazało się, że kobiety rezygnowały ze zwolnień częściej niż mężczyźni. Podobnie częściej lekce-

ważyły swoje zdrowie osoby biedne niż te, którym wystarczało na bieżące wydatki, a nawet mogły trochę odłożyć. Jeśli idzie o miejsce zatrudnienia to blisko dwukrotnie częściej nie brali zwolnienia pracownicy firm zaawansowanych w procesach prywatyzacyjnych niż ci, których zakłady były na początku prywatyzacji.

Tak więc wartościami, dla których największa część badanych była skłonna poświęcać zdrowie okazały się być przede wszystkim: zarobki oraz sama praca, konieczność wykonania pilnych zadań. Uzyskane wyniki dają podstawę do stwierdzenia, że dla około połowy osób zatrudnionych w przemyśle w Polsce czynnikami ukierunkowującymi zachowania związane ze zdrowiem w sferze pracy, były wartości materialne /zarobki/, a dla 1/3 chęć wykonania pracy określanej jako pilna przez samego badanego lub też przewidzianej do realizacji planem produkcyjnym. Znaczna część członków tej populacji skłonna była również ryzykować swoim zdrowiem po to, by nie utrudniać pracy innym. Bez dużego błędu można uznać, że dla co piątego zatrudnionego elementem ukierunkowującym jego wybory w dziedzinie zdrowia w sferze pracy byli koledzy, współpracownicy, bądź pragnienie by sprostać wymaganiom szefa. Stwierdzono też duży zasięg zjawiska "przyznawania samemu sobie kompetencji w dziedzinie zdrowia", a precyzyjnej mówiąc w zakresie orzekania o chorobie. Co czwarty pracownik zakładów przemysłowych na tyle był pewien własnych ocen na ten temat, że sam /wbrew lekarzowi/ oceniał czy trapiące go schorzenie wymaga przerwania pracy i leczenia w domu czy też nie. Zjawisko to wskazuje także samą wartość zdrowia, jako czynnika ukierunkowującego decyzje związane z jego stanem. Dla 25% zatrudnionych w przemyśle nie była ono wartością na tyle cenną, by z jej powodu przerywać pracę i korzystać ze zwolnień.

Dla realizacji przedsięwzięć promocyjnych w zakładach pracy wynikają z dokonanej diagnozy świadomości zdrowotnej w sferze pracy następujące zalecenia.

1. Istnieje pilna potrzeba podejmowania działań uświadamiających wartość zdrowia i takich przekształceń w tej sferze, które doprowadziłyby do rezygnacji z praktyki "płacenia" nim za inne cenione obiekty na rzecz sytuacji, w której traktowane by ono było jako kapitał, dzięki dbałości o który można uzyskiwać inne wartości, m.in. liczyć się na rynku pracy, dobrze pracować i dobrze zarabiać.

2. Wartości materialne /pieniądze/ mają duże znaczenie jako wyznacznik działań w sferze zdrowia populacji pracujących w przemyśle. Należy ten fakt uwzględniać w zakładowych programach prozdrowotnych. Może to oznaczać np., że nagrody o charakterze ekonomicznym mogą stanowić skuteczny środek przekształcania behavioru zdrowotnego, a konieczność zainwestowania pewnych środków przez pracowników barierą ich uczestnictwa w niektórych przedsięwzięciach.

3. Działania podejmowane w ramach programów prozdrowotnych nie mogą w żaden sposób kolidować z wykonywaniem obowiązków, ponieważ zarówno troska o wysokość zarobków jak i o wykonanie zadań - w przypadku gdyby sytuacja taka wystąpiła - może silnie ograniczać liczbę uczestników proponowanych działań.

4. Szczególnie złożonym i delikatnym problemem jest stosunek osób na stanowiskach kierowniczych do swego zdrowia jako wartości, gdy rozpatrywać go w kontekście pracy zawodowej, a więc na tle dążeń, pragnień i ambicji z nią związanych. Wydaje się, że uświadamianie mechanizmów myślenia tkwiących u podłoża ich decyzji zdrowotnych /np. traktowania przez nich zdrowia jako wartości instrumentalnej/, a także dalekosiężnych konsekwencji tego typu wyborów może spowodować pewne konstruktywne przemiany w ich sposobie podejścia do własnego zdrowia z jednej strony, a do kariery zawodowej, z drugiej.

5.4.2. Przekonania o adekwatności danych poczynań w stosunku do celu

a/ wpływ pracy zawodowej na zdrowie

Uświadamianie sobie zależności pomiędzy stanem zdrowia a wykonywaną pracą stanowi logicznie pierwotny warunek dla zaistnienia potrzeby podejmowania lub realizowania działań zapobiegających negatywnym zdrowotnie skutkom obowiązków zawodowych lub zwiększającym ich prozdrowotne efekty.

Pytanie o wpływ pracy i warunków, w jakich ona się odbywa na stan własnego zdrowia znalazło się zarówno w badaniu z 1988 r. jak i 1996 r. Uzyskane odpowiedzi prezentuje tabela. Dla lepszego ich porównania

autorka tej tablicy L. Piwowarska-Pościk wyodrębniła dane dotyczące pracowników najemnych jako grupy bardziej zbliżonej do tej z r. 1988 /L. Pościk, 1996/.

Tab. 4. Ocena wpływu pracy na stan własnego zdrowia

Ocena wpływu	Próba reprezentatywna pracowników przemysłu /1988 r./ %	Próba reprezentatywna wszystkich pracujących /1996 r./ %	Populacja pracowników najemnych /1996/ %
Wpływa niekorzystnie na zdrowie	53,9	57,5	58,8
Wpływa korzystnie na zdrowie	2,6	11,2	10,3
Nie ma wpływu	23,9	14,6	15,1
Brak refleksji na ten temat	20,2	16,7	15,8

W świetle tych ustaleń populacja pracujących w przemyśle u schyłku lat osiemdziesiątych w ponad połowie składała się z osób dostrzegających zależność zdrowia od wykonywanej przez siebie pracy zawodowej i warunków, w jakich ona przebiega, w 1/4 z osób, które związku tego nie widziały i w 1/5 z ludzi, którzy nie zastanawiali się nad tym czy i jak ich zdrowie kształtowane jest przez wykonywanie codziennych obowiązków służbowych na terenie zakładu pracy. W roku 1996 zaś blisko 70% wiązało stan swego zdrowia z wykonywaniem obowiązków

zawodowych, około 15% nie dostrzegało tego związku i podobny odsetek badanych nie miał opinii na ten temat.

Szczególnie spektakularny wydaje się wskaźnik ostatni, według którego aż ok. 15%-20% zatrudnionych w przemyśle nie wiąże spraw pracy i zdrowia i w efekcie nie potrafi ocenić, jak jedna z tych sfer oddziałuje na drugą. Ogromna wymowa tego ustalenia polega na tym, że wskazuje ono, jak liczna rzesza pracujących zawodowo Polaków nie uświadamia sobie problemu uwarunkowań swego zdrowia przez pracę zawodową i warunki, w jakich ją wykonuje. Oznacza to, że zawodzi jeden z podstawowych mechanizmów psychicznych, składających się na proces podejmowania decyzji o zachowaniach zdrowotnych w sferze pracy.

Kolejna istotna konstatacja dotyczy faktu, że przeważająca część osób postrzegających oddziaływanie pracy na zdrowie miała na myśli oddziaływanie negatywne. Odpowiedzi takiej udzieliło 54% odpowiadających istotnie w 1988 r. i 59% badanych w 1996 r.

Generalnie niewielu pracujących w Polsce dostrzega w pracy zawodowej element sprzyjający zdrowiu. Odpowiadało tak tylko 3% respondentów u schyłku lat osiemdziesiątych i 10% w drugiej połowie obecnej dekady. Można domniemywać, że wzrost tego wskaźnika wiąże się z pojawieniem bezrobocia, a więc sytuacji, w której samo posiadanie pracy odbierane jest jako czynnik poprawiający samopoczucie.

O ile postrzeganie wpływu pracy na zdrowie w kategoriach korzystnie, niekorzystnie nie zmieniło się na przestrzeni ośmiu lat dzielących prezentowane badania o tyle nastąpiło pewne krystalizowanie się ocen na temat związków pracy zawodowej i zdrowia. Świadczy o tym zmniejszenie się odsetka badanych nie dostrzegających takiego wpływu oraz w ogóle nie zastanawiających się nad kwestią tego rodzaju.

W badaniu z lat osiemdziesiątych płeć, wiek, wykształcenie, i miejsce zamieszkania nie różniły sądów badanych na temat wpływu wykonywanej pracy na ich stan zdrowia. Natomiast zaobserwowano istotne statystycznie różnice / $p < 0,01$ /, choć siła związku była bardzo słaba / $C = 0,13$ / jeśli idzie o osoby różniące się statusem materialnym. Wraz ze wzrostem zamożności spadała liczba negatywnych ocen na temat wpływu pracy na zdrowie. O niekorzystnych skutkach wykonywania obowiązków zawodowych

mówiło 69% osób najbiedniejszych /odpowiedź "pieniędzy nie wystarcza nawet na bieżące wydatki"/ i 47% najbogatszych /odpowiedź "pieniędzy wystarcza swobodnie na bieżące wydatki i można sporo odłożyć"/. Tego samego typu prostoliniowa zależność dotyczyła sądów na temat braku wpływu pracy na zdrowie / od 15% wskazań osób niezamożnych do 28% wśród zamożnych/. Interesujący problem to wykrycie czy rzeczywiście gorzej płatne prace stanowią większe zagrożenie zdrowia, czy też zła sytuacja finansowa, fakt, że wykonywana praca nie umożliwia utrzymania rodziny powoduje, że ocenia się ją w kategoriach negatywnych także z punktu widzenia zdrowia.

W badaniu z lat dziewięćdziesiątych wykształcenie nadal nie różnicowało ocen dotyczących wpływu pracy na zdrowie, ale wystąpiły związki z płcią i wiekiem respondentów. Osoby starsze, wraz z upływem lat miały tendencję do częstszego wskazywania na prozdrowotne aspekty pracy. W grupie sześćdziesięciolatków aż 23% oceniło tak wpływ pracy na swoje zdrowie. Prawdopodobnie wraz ze zbliżaniem się okresu emerytalnego /no i po jego osiągnięciu/ praca staje się istotnym elementem ogólnego "poczucia sensu życia" i jej wartość wzrasta, także w wymiarze zdrowotnym. Jeśli idzie o postrzeganie zależności między zdrowiem a wykonywanymi obowiązkami zawodowymi przez kobiety i mężczyzn to stwierdzono, że panie nie tylko częściej oceniały je pozytywnie /14% pań i 10% panów/ lecz także rzadziej negatywnie /54% pań i 61% panów/ /L.Pościk, 1996/.

Co się tyczy zajmowanego stanowiska to w badaniu z 1988 r. różnicowało ono odpowiedzi przy poziomie istotności równym $p < 0,001$, choć związek obu cech mierzonych współczynnikiem C Pearsona nie był duży /0,18/. Aż 60% robotników wykwalifikowanych wyraziło opinię, że praca zawodowa jest czynnikiem niesłużącym zdrowiu. Wśród osób nie będących robotnikami tylko 43%.

W badaniu z lat dziewięćdziesiątych było podobnie. Kadra kierownicza i szeregowi pracownicy umysłowi znacznie częściej wskazywali na pozytywne dla zdrowia oddziaływanie pracy niż robotnicy wykwalifikowani /tamże/.

W badaniu z 1988 r. ustalono także, na ile oceny wpływu wykonywanej pracy na stan zdrowia mają wspólnego z poziomem narażenia wy-

stępującym na stanowisku pracy. Dokonano tego w sposób pośredni. W tym celu porównano rozkład tych ocen z ilością świadczeń pobieranych przez badanych za wykonywanie pracy w warunkach szkodliwych bądź uciążliwych.

Okazało się, że trend występujący w ocenach badanych był adekwatny do liczby pobieranych świadczeń.

Interesujące zjawisko wystąpiło w grupie osób, których stanowiska formalnie uchodzą za bezpieczne dla zdrowia. Otóż około 40% takich badanych także uznało swoją pracę za czynnik niesprzyjający zdrowiu. Można więc domniemywać, że członkowie tej populacji mieli inne kryteria zdrowotnej oceny zjawisk występujących w ich procesie pracy, niż te, rutynowo brane pod uwagę w charakterystyce stanowisk pracy.

Aby bliżej rozpoznać, jakie elementy samej pracy lub środowiska, w którym ona przebiega, postrzegane były przez pracowników przemysłu jako niebezpieczne dla ich zdrowia, zapytano o to, co szkodzi ich zdrowiu w czasie pracy. Tym samym ustalono zakres posiadanej przez nich wiedzy oraz przekonań na ten temat.

Największa część respondentów (43%) wymieniała wyłącznie różnego rodzaju czynniki szkodliwe (tj. hałas, zapylenie powietrza, wibrację, promieniowanie, różne szkodliwe substancje chemiczne) w roli "killerów" własnego zdrowia w środowisku pracy. Około 14% natomiast wyłącznie uciążliwości (tj. nieprawidłowe oświetlenie, nadmierną lub zbyt małą wilgotność, mikroklimat, ruchy powietrza, a więc np. przeciągi, nieodpowiednią temperaturę otoczenia, niewygodną pozycję ciała, monotonię czynności/.

Podobnie, bo blisko 14% mówiło równocześnie o elementach szkodliwych i uciążliwych. Ogólnie rzecz biorąc 75% członków badanej populacji za czynniki osłabiające stan własnego zdrowia uznawało różnego rodzaju szkodliwości i uciążliwości.

Około 5% badanych, którzy zaliczyli swoje stanowisko pracy do grupy szkodliwych lub uciążliwych, dodatkowo jeszcze wskazywało na nerwy (stres) jako element antyzdrowotny. W grupie wszystkich odpowiadających, na nerwy /stres/ jako przyczynę osłabiającą zdrowie wskazywało około 14%. Nie wydaje się prawdopodobne, aby stanowiska, na których

występują narażenia były mniej stresorodne niż pozostałe. Warto byłoby zatem ustalić, co leżało u podstaw takiego rozkładu odpowiedzi. Można domniemywać, że był to skutek przyzwyczajenia, by w rozmowach w jakiś sposób sformalizowanych /a tak może być odbierana sytuacja wywiadu/ koncentrować się na kwestiach uwzględnianych w formalnych charakterystykach stanowisk pracy.

Warto też zwrócić uwagę na fakt, że zagrożenie wypadkowe jako źródło ewentualnej utraty zdrowia pojawiło się w wypowiedziach tylko niespełna 1% zatrudnionych w przemyśle. Zatem świadomość istnienia tego właśnie rodzaju niebezpieczeństwa w sytuacji pracy była znikoma. Zjawisko to należy uznać za wysoce niepokojące i wyciągnąć z niego praktyczne wnioski w programach prozdrowotnych. Porównując wyniki tego badania i M. Jarosińskiej /1989/ , wypada po raz kolejny stwierdzić, że o ile postrzeganie zagrożenia wypadkowego w odniesieniu do całej załogi danego przedsiębiorstwa jest znaczące - 31% badanych przez M. Jarosińską wyraziło taką opinię, o tyle zagrożenie dotyczące własnej osoby podlega bliżej nie określonym mechanizmom wypierania ze świadomości. Mamy tu prawdopodobnie do czynienia z myśleniem typu "wypadek zdarzyć się może innym, ale nie mnie". Jest to klasyczne zniekształcenie w postrzeganiu ryzyka. Zmiana tego rodzaju stosunku do problemu wypadków w pracy wymaga zatem subtelnych /tj. nie nadmiernie frustrujących/, ale i przemawiających do wyobraźni metod edukacyjnych. Mogą to być np. stosowane powszechnie w krajach skandynawskich analizy zaistniałych wypadków czy prawie - wypadków lub tzw. treningi edukacyjne, czy analiza zdarzeń poprzedzających wypadek i jego następstw /Successful Accident Prevention, 1987, Program prozdrowotnej,1997/.

Podsumowując zebrany materiał na temat postrzegania wpływu pracy zawodowej na stan zdrowia oraz wiedzy o czynnikach niebezpiecznych dla zdrowia występujących na własnym stanowisku pracy, stwierdzić można, że w zakresie tego czynnika w y z w a l a j ą c e g o działania na rzecz zdrowia w sferze pracy mamy doczynienia z następującą sytuacją:

1. Co piąty pracownik w latach osiemdziesiątych i co siódmy w dziewięćdziesiątych nie postrzegał związków między wykonywaną przez siebie pracą, a stanem własnego zdrowia.

2. Wśród osób zdających sobie sprawę z wpływu pracy na zdrowie przytłaczająca większość określała go w kategoriach negatywnych. Bardzo słabo funkcjonowała w świadomości badanych prozdrowotna funkcja pracy.

3. Na antyzdrowotny charakter pracy wskazywały osoby rzeczywiście narażone, jeśli za wskaźnik tej sytuacji przyjąć liczbę świadczeń pobieranych za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych.

4. Zatrudnieni w przemyśle generalnie nie doceniali możliwości wystąpienia wypadku na ich stanowisku pracy. Niebezpieczeństwo tego typu dotyczyło, ich zdaniem, raczej innych.

5. Za zadowalającą można uznać poziom wiedzy o różnego typu czynnikach samej pracy lub środowiska, w którym jest wykonywana, wśród osób postrzegających pracę jako element zagrażający ich zdrowiu. Badani posługiwali się sprawnie terminologią fachową w tym zakresie, a ich wskazania były zbieżne z faktem korzystania przez nich z różnego typu świadczeń za antyzdrowotne warunki pracy.

6. Prawie połowa osób, nie pobierających żadnych świadczeń za pracę w warunkach szkodliwych lub uciążliwych wyrażała przekonanie, że w ich pracy występują czynniki niekorzystne dla zdrowia. Zatem poczucie zagrożenia występuje częściej niż wskazywałyby na to dane obiektywne.

7. Czynniki najczęściej szkodzącymi zdrowiu okazały się być różnego typu szkodliwości, uciążliwości oraz nerwy /stres/. Na dwa pierwsze najczęściej zwracali uwagę robotnicy, na ostatni, osoby na stanowiskach nierobotniczych.

8. Pracownicy zatrudnieni w warunkach szkodliwych lub uciążliwych przywiązywali mniejszą wagę do antyzdrowotnego charakteru stresu niż ci zatrudnieni na stanowiskach nie posiadających tego typu zagrożeń.

Jeśli idzie o programy prozdrowotne, to przede wszystkim intensywnej i szerokiej popularyzacji wymaga zjawisko wzajemnych zależności między wykonywanymi obowiązkami zawodowymi, a stanem zdrowia realizujących je ludzi. Uświadamiając ten fakt pracownikom warto zwrócić uwagę, że mogą to być zarówno zależności negatywne jak i pozytywne. Ponadto niedostateczna wydaje się wiedza badanych nt. czasu, sposobu i zakresu w jakim określone czynniki środowiska pracy oddziałują na

zdrowie. Wymieniają oni ich nazwy często mechanicznie, nie rozumiejąc istoty ich oddziaływania na organizm i psychikę człowieka. Poważnych działań edukacyjnych wymaga także problem wypadków przy pracy. Procesy wypierania ze świadomości faktu, że można stać się ofiarą nieszczęśliwego wydarzenia, różnego typu racjonalizacje powinny być rozpoznawane i wyjaśniane pracownikom. Przede wszystkim zaś należy uczyć sposobów przeciwdziałania niebezpiecznym sytuacjom.

Kolejna sprawa to kwestia stresu w pracy. Klasyczne działania na rzecz ochrony zdrowia pracujących w Polsce w zasadzie nie podejmują tego problemu. Tymczasem stres, przez co około piętego zatrudnionego, traktowany był jako element antyzdrowotny. W ramach działań prewencyjno-promocyjnych wskazane byłoby zatem rozpoznawanie źródeł stresu /współczesna nauka opisuje ich ok. 40-tu - Cooper, Pyne, 1987/, ograniczanie ich występowania oraz dostarczanie pracownikom wiedzy i umiejętności koniecznych do radzenia sobie z nim. Szczególnie wiele uwagi warto w tym zakresie poświęcić kadrze kierowniczej różnych szczebli, oraz przyjrzeć się bliżej problemowi psychospołecznego stresu u pracujących na stanowiskach szkodliwych lub uciążliwych.

b/ zakres deklarowanej autoodpowiedzialności za zdrowie w czasie pracy

Wprawdzie praca zawodowa jest tą sferą ludzkiego życia, która może wyciskać duże piętno na stanie zdrowia jednostki, ale jednostka nie jest bezbronna wobec różnorodnych czynników, mających w niej źródło. Przeciwnie, może w istotny sposób modyfikować, ograniczać lub nawet wykluczać ich niekorzystne oddziaływanie, albo potęgować pozytywne.

Sprawdzono zatem czy podobne stwierdzenia funkcjonują w świadomości potocznej polskich pracowników przemysłu. Ustalono więc, czy widzą oni siebie w roli kreatorów zdrowia na stanowisku pracy, oraz jak dużą rolę przypisują własnym sposobom postępowania w zakładzie pracy, w procesie zmniejszania zdrowotnie niekorzystnych oddziaływań tego środowiska na swoje samopoczucie /we wcześniejszym fragmencie tego opracowania przedstawiono poziom realizacji tego typu działań/. Podjęto

więc problem podmiotowości pracownika w stosunku do zdrowia w miejscu pracy. Zakładano, że ten element myślenia odgrywa istotną rolę w procesach decyzyjnych, dotyczących działań na rzecz zdrowia i stanowi jeden ze składników przekonań na temat adekwatności danego zachowania dla osiągnięcia zdrowotnego celu. Tylko wówczas bowiem gdy istnieje świadomość, że własne działanie jest środkiem do osiągnięcia celu, istnieje racjonalna przesłanka do jego realizowania.

Z badanej populacji wyselekcjonowano te osoby, które uznały, że wykonywana przez nie praca zawodowa jest niebezpieczna dla zdrowia, a następnie zapytano je, czy ich zdaniem, postępując w odpowiedni sposób, mogłyby tym zagrożeniom swego zdrowia w jakiś sposób przeciwdziałać.

Respondenci w opiniach swoich podzielili się na dwie grupy: 42% było przekonanych, że sposób postępowania w czasie pracy może wywierać wpływ na ich stan zdrowia, a 54% uznało, że nie ma on żadnego znaczenia. /Tylko około 4% nie miało przemyśleń na ten temat/. Polaryzacja ta była widoczna jednak tylko wówczas, gdy rozstrzygany był problem, czy konkretna jednostka może, postępując odpowiednio, chronić swoje zdrowie przed niekorzystnymi skutkami pracy zawodowej. Zanikała natomiast, gdy ustalano zakres tej odpowiedzialności. Okazało się bowiem, że aż 71% odpowiedzi grupowało się w obrębie stwierdzeń: "czuję się odpowiedzialny, ale tylko w niewielkim stopniu" bądź "raczej nie czuję się odpowiedzialny". A więc 3/4 badanych czuło się prawie zupełnie bezwolnymi istotami w obliczu zdrowotnych zagrożeń środowiska pracy. O znacznej roli swoich zachowań dla ochrony lub umacniania zdrowia w sferze pracy, który to pogląd lansuje wiedza obiektywna, mówiło tylko 5% badanych. Podobnie odpowiadali pracownicy firm w okolicach Łodzi w 1996 r. 75% z nich odpowiadało negatywnie na pytanie czy własnym postępowaniem mogą zmniejszać niekorzystane oddziaływanie pracy na swoje zdrowie, z czego 26% było w tym przekonaniu zdeterminowanych.

Podobnie /wg danych z 1988 r./ zakres znaczenia swoich działań dla zdrowia w czasie realizacji obowiązków zawodowych postrzegali mężczyźni i kobiety, ludzie w różnym wieku, o odmiennej sytuacji materialnej i miejscu zamieszkania. Inaczej natomiast osoby o różniące się poziomem wykształcenia / $C = 0,20$ przy $p < 0,01$ /.

Tab. 5. Deklarowany stosunek do własnego zdrowia w sferze pracy osób o różnym poziomie wykształcenia

Zakres autoodpowiedzialności za ochronę swego zdrowia w miejscu pracy	Wykształcenie									
	Podstawowe		Zasadnicze zawodowe		Średnie nie-ukończone		Średnie		Wyższe	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Duża autoodpowiedzialność	7	5	18	5	2	7	16	7	3	5
Niewielka autoodpowiedzialność	39	25	126	38	13	42	89	38	33	52
Brak autoodpowiedzialności	54	35	110	33	5	16	85	36	21	33
Zdecydowany brak autoodpowiedzialności	46	30	63	19	8	25	39	16	5	8
Brak refleksji na ten temat	7	5	16	5	3	10	7	3	1	2
RAZEM	153	100	333	100	31	100	236	100	63	100

n - odpowiedzi istotne

I tak aż 57% respondentów po studiach wyższych uznało się za kreatorów swego zdrowia w tym obszarze, który wyznacza praca zawodowa, podczas gdy po szkole podstawowej tylko 30%. Przedmiotowo traktowało siebie 41% respondentów po wyższych uczelniach i 65% po szkołach podstawowych. Pozostałe grupy wyróżnione ze względu na stopień zdobytej edukacji postrzegały swą rolę w zakresie ochrony zdrowia w sferze pracy podobnie, a najbardziej zbliżeni w opiniach do absolwentów szkół wyższych byli ci, co nie ukończyli szkoły średniej.

Tak więc osoby po studiach wyższych częściej niż te z pozostałych kategorii wyróżnionych ze względu na poziom wykształcenia uważały, że mogą przez odpowiednie zachowanie chronić swoje zdrowie przed niekorzystnym wpływem pracy, a więc, że stan ich zdrowia zależy także od nich samych.

Zajmowane stanowisko i staż pracy wg wskazań C Pearsona nie różnicowały przekonań respondentów co do roli, jaką ich zachowania pełnią w procesie ochrony zdrowia przed szkodliwym wpływem pracy. Szczególnie zaskakujące wydają się być zbliżone opinie w tym zakresie osób na różnych stanowiskach. Wydawać by się bowiem mogło, że sama specyfika zajmowanego stanowiska wyznacza, do pewnego stopnia, margines samodzielności decyzji, w tym, związanych ze zdrowiem. Uzyskane wyniki zdają się jednak przemawiać na korzyść tezy, że zatrudnieni w przemyśle czują się w znacznym stopniu suwerenni w swoich działaniach mających na celu ochronę zdrowia, lub też ograniczeń tej suwerenności upatrują w innych, wartych odkrycia, czynnikach, nie związanych bezpośrednio z zajmowanym stanowiskiem.

Reasumując stwierdzić należy, że ta część polskich pracowników przemysłu, która oceniła negatywnie z punktu widzenia zdrowia warunki w jakich przyszło jej wykonywać codzienne obowiązki zawodowe, legitymowała się przemyśleniami na temat własnej roli w procesie ochrony tegoż zdrowia przed niekorzystnym wpływem pracy. Niestety, tylko w niespełna połowie składała się z takich ludzi, którzy swoje zachowania traktowali jako wyznacznik siły wpływu szkodliwych elementów środowiska pracy na własny organizm i psychikę. Przy tym przytłaczająca większość tej zbiorowości określała swoje możliwości w tym zakresie jako niewielkie. Drugą połowę stanowili ludzie przeświadczeni, że jakkolwiek wystawiają swoje zdrowie na szwank pracując w aktualnym miejscu zatrudnienia, to nie mają żadnych możliwości, aby to niekorzystne zjawisko zmienić lub ograniczyć. Były to więc osoby, które biernie podlegały szkodliwym wpływom pracy, nie widząc większego sensu w przeciwdziałaniu im na własną rękę.

Poczucie podmiotowości rozumiane jako przyznanie swoim zachowaniom istotnej roli w procesie ograniczania niekorzystnych zdrowotnie skutków wykonywania swojego zawodu, częściej występowało u osób z wyższym wykształceniem niż u pozostałych.

W świetle tych ustaleń wydaje się, że problematyka relacji zachodzących między zachowaniami danej jednostki w sferze pracy, a jej zdrowiem była w niewystarczającym stopniu znana polskim pracownikom przemysłu. Programy modyfikacji zachowań zdrowotnych w sferze pracy poprzedzone winny być oddziaływaniami, które przekonałyby, szczególnie

niżej wykształconych pracowników przemysłu, co do znaczenia jakie mają ich zachowania dla ochrony zdrowia przed niekorzystnym oddziaływaniem pracy /a także dla uzyskania lub zwiększenia efektów pozytywnych/. Dostarczanie wiedzy na temat sposobów zapobiegania zagrożeniom stanowić winno stały element oddziaływań oświatowych. Szczególnie dużo troski należałoby poświęcić pracownikom, którzy uważają, że tylko w małym stopniu mogą wpływać na zdrowotne skutki wykonywanej przez siebie pracy, poszukując przyczyn tego rodzaju przekonań oraz wskazując obszary, w których możliwości działań na rzecz zdrowia są nie do końca wykorzystane.

c/ znajomość przepisów bhp

54% badanych z reprezentacyjnej próby pracowników przemysłu stwierdziło, że zna wszystkie obowiązujące na ich stanowisku pracy przepisy bhp, 38% uznało, że zna większość tych przepisów, 7% przyznało się, że zna tylko niektóre, a 1%, że nie zna ich w ogóle. Proporcje te potwierdziły się także w badaniach pracowników wybranych zakładów regionu łódzkiego z 1996 r.

Tak więc ponad połowa badanych wystawiła sobie bardzo dobre świadectwo w zakresie znajomości przepisów bhp. Nie wolno jednak lekceważyć faktu, że prawie 40% zdecydowało się na odpowiedź, wskazującą na znajomość tylko większości przepisów, a więc sugerującą braki w tej dziedzinie, których zgodnie z literą prawa i interesem zdrowotnym populacji pracujących w przemyśle, być nie powinno. No i wreszcie, że co trzynasty pracownik przemysłu był zupełnym ignorantem w tej dziedzinie.

Według danych z 1988 r. płeć nie różnicowała ocen na temat znajomości przepisów bhp. Natomiast wiek i staż pracy tak /odpowiednio / $C=0,19$ przy $p<0,001$ i $C=0,21$, $p<0,001$ /.

Osoby żyjące dłużej częściej były zdania, że znają wszystkie przepisy bhp niż te młodsze. /Zależność była prawie prostoliniowa/. Aż 65% zatrudnionych w przemyśle mających więcej niż 55 lat sądziło, że zna całe spectrum dotyczących ich stanowiska pracy norm bhp, podczas gdy podobne opinie wyraziło tylko 36% osób młodych, tj. poniżej 24 lat. W kategorii odpowiedzi "znam większość obowiązujących na moim stanowisku

przepisów bhp” wystąpiła sytuacja odwrotna. Aż 48% “młodzieży pracującej” była o sobie takiego zdania i tylko 23% “weteranów pracy”.

Wykształcenie i sytuacja materialna nie różnicowały stopnia znajomości reguł bhp.

Uzyskane dane dają podstawę do stwierdzenia, że zasady bhp nie były znane w stopniu wymaganym prawem i pożądanym z punktu widzenia interesu zdrowotnego populacji pracujących w przemyśle. Blisko połowa tam zatrudnionych miała pewne braki w tym zakresie przy czym co 13-ta osoba nawet duże. Można zatem określić poziom tego czynnika wyzwalającego zachowania zdrowotne w sferze pracy jako niedostateczny. Szczególnie niekorzystna sytuacja w tym zakresie dotyczy osób młodych wiekiem i stażem pracy. Tak więc w realizowanych programach promocji zdrowia w zakładach przemysłowych warto uwzględniać przedsięwzięcia związane z poprawą znajomości przepisów bhp. Fakt, że zatrudnieni mają prawdopodobnie niezbyt wielkie braki w tej dziedzinie /znają większość norm bhp/ pozwala przypuszczać, że można osiągnąć poprawę w miarę szybko i niewielkim nakładem kosztów. Z drugiej strony jednak znaczna liczba osób wymagających tego typu działań może być czynnikiem utrudniających cały proces. Formy kształcenia powinny być dobierane głównie pod kątem osób młodych.

5.4.3. Przekonania o możliwościach przeprowadzenia danego działania w ramach zamierzonych kosztów

a/ przyczyny niespektowania przepisów bhp

Dla zdiagnozowania przekonań na temat pewnych przeszkód /kosztów/ podejmowania działań zabezpieczających zdrowie przed wpływem samej pracy lub środowiska, w którym jest ona wykonywana, a więc opisu tego czynnika wyzwalającego, który ocenia dane zachowania z punktu widzenia ich efektywności w procesie osiągania pożądanego celu, zapytano respondentów nie stosujących się w pełni do obowiązujących na ich stanowisku pracy przepisów bhp, co powoduje, że tak postępują.

Jeśli idzie o badanie z końca lat osiemdziesiątych to tylko 4 % pracowników nie potrafiło określić dlaczego nie są w zgodzie z prawem w sferze bhp. 45% badanych jako przyczynę uznało fakt, że ich zdaniem, nie wszystkie obowiązujące przepisy bhp są potrzebne, 32% usprawiedliwiała swoje postępowanie twierdząc, że zakład pracy nie stwarza warunków do przestrzegania reguł bhp, 15% twierdziło, że postępuje niewłaściwie w omawianej sferze w obawie o utratę zarobków, 8% dlatego, że inni też tak się zachowują, a 7% podało jeszcze inne powody. 9% badanych stwierdziło, że nie stosuje się w pełni do tych przepisów, gdyż z ich zdrowiem nic złego nie może się stać /procenty nie sumują się do 100, gdyż istniała możliwość wskazania dwóch przyczyn/.

W badaniu wybranych zakładów regionu łódzkiego z 1996 r. nieprzydatność przepisów również była najczęściej wymienianym powodem ich łamania. Wskazało na nią 50% badanych. Co trzeci odpowiadający tłumaczył, że przestrzeganie przepisów utrudniałoby mu pracę, a co około czwarty wskazywał, że zakład nie stwarza mu warunków koniecznych do ich stosowania.

Zatem przeważająca część badanych winą za nieprzestrzeganie przez siebie wszystkich reguł bhp obarczyło czynniki zewnętrzne, niezależne od ich woli i przekonań, a więc albo same te przepisy /tj. ich nadmiar/, albo zakład pracy. Prawie co czwarty pracownik przemysłu łamał przepisy, by zrealizować inne, ważne dla niego sprawy /chodziło tu o zarobki lub dostosowanie się do reguł obowiązujących w grupie/. Często też zatrudnieni w wybranych zakładach z regionu łódzkiego wskazywali na to, że przestrzeganie przepisów utrudnia im pracę.

Płeć, wiek i wykształcenie nie różnicowały odpowiedzi respondentów na temat powodów nie stosowania się do prawa w sferze bhp.

Stwierdzono, że nierobotnicy charakteryzowali się tym, że częściej od pozostałych nie potrafili wskazać przyczyn swego złego postępowania i częściej byli zdania, że mimo łamania przepisów z ich zdrowiem nic się stać nie może. Liczyli się też bardzo /podobnie jak pracownicy niewykwalifikowani/ z presją swojego środowiska społecznego. /Na cenienie przez pracowników o niskich kwalifikacjach dobrych stosunków w pracy zwróciła uwagę też X. Gliszczyńska, 1971/. Robotnicy wykwalifikowani zwracali przede wszystkim uwagę na swoje zarobki.

Uzyskane wyniki zdają się wskazywać, że w ramach działań zmierzających do poprawy poziomu respektowania przepisów bhp realizowanych na terenie zakładów pracy niezwykle istotnym problemem jest zakres tych przepisów odnoszących się do danego stanowiska pracy oraz sposób ich społecznej percepcji. Z jednej strony idzie więc o to, aby tych przepisów nie było: a/ zbyt dużo, b/ by były jasno sprecyzowane oraz c/ by nie znajdowały się wśród nich tzw. "martwe przepisy", niemożliwe do wykonania /że już nie wspomnimy o sprzecznych ze sobą/. Kwestia druga to zapewnienie właściwego rozumienia tych przepisów. I wreszcie programy prozdrowotne winny być tak skonstruowane by nie tylko uświadamiały jaki jest sens stosowania danego przepisu, ale i kształtowały umiejętności do jego wypełniania. Jest to sposób na zmianę zachowań tych pracowników, którym przepisy "utrudniają pracę". Sprawa następna, to zapewnienie warunków wykonywalności tych przepisów. Problemy związane z jakością i dostępnością środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, tempa i organizacji pracy nie mogą pozostawać na uboczu tego typu przedsięwzięć. One właśnie wyznaczają poziom respektowania zaleceń bhp jak i są wyznacznikiem stosunku zakładu, jego dyrekcji do tej sfery funkcjonowania firmy. Odzwierciedla się to potem w nastawieniu do tych spraw pracowników.

Istotnym problemem, który wydaje się wart podjęcia w działaniach na rzecz zdrowia pracujących w przemyśle, są wzajemne relacje między respektowaniem przepisów bhp, a wysokością /ewentualnym obniżeniem/ zarobków. Powtarza się tu sytuacja podejmowania pracy na źle wyposażonych z punktu widzenia bhp stanowiskach pracy jak i rezygnowania ze zwolnień lekarskich, a więc konfliktu racji zdrowotnych i bytowych. Nowoczesne programy promocyjne nie powinny unikać tego problemu.

I wreszcie kwestia kolejna to konieczność zastosowania takich metod pracy, w ramach tych programów, które posługiwałyby się mechanizmami związanymi z funkcjonowaniem małych grup. Dążenie do niewyróżniania się na tle kolegów z grupy pracowniczej podawane jako częsta przyczyna nierespektowania norm bhp sugeruje, że wytworzenie, a następnie podtrzymywanie właściwych wzorów /norm/ w tym zakresie w zespołach roboczych może w istotny sposób przyczynić się do lepszego postępowania w sferze bezpiecznej i higienicznej pracy.

Zróżnicowane środki zaradcze winny być zastosowane w stosunku do osób na stanowiskach nierobotniczych. Obiektywnie mniejsze ich nara-

żenie na czynniki szkodliwe lub uciążliwe może być jedną z przyczyn lekceważenia przez nich norm bhp, poczucia, że te zalecenia nie są ważne dla ich stanu zdrowia. W wielu przypadkach, szczególnie gdy przepisy te ograniczają możliwość zaistnienia wypadku, przekonania te mogą być złudne. Znaczny poziom konformizmu grupowego i pewna "moda" na omijanie przepisów wśród członków tej zbiorowości wskazują na konieczność podejmowania przedsięwzięć które by temu zjawisku przeciwdziałały.

b/ grupy pracownicze a bhp

Wykonywanie obowiązków zawodowych w zakładach przemysłowych odbywa się na ogół w różnego rodzaju grupach pracowniczych. Każda grupa wytwarza wiele zwyczajów i nieformalnych reguł postępowania, które, jak już wspomniano bez wątpienia wywierają wpływ na zachowania jej członków.

Bardzo często zdarza się tak, że nieformalne więzi powstające między pracownikami w toku wspólnego wykonywania zadań, mają istotne znaczenie dla jednostki i z tego powodu silniej identyfikuje się ona z normami i zwyczajami aprobowanymi przez kolegów niż z formalnie obowiązującymi przepisami. Dlatego też wpływ grup koleżeńskich uznawany jest za ważny czynnik w procesie tworzenia i utrzymania określonych norm postępowania na stanowisku pracy przy realizacji różnych celów, w tym także związanych z ochroną zdrowia. O problemie tym w polskich zakładach dowiadujemy się z badań K.Bursche i A. Grzelak z CIOP oraz M.Jarosińskiej.

K. Bursche i A. Grzelak z CIOP ustaliły, że w badanych przez nie zakładach panował zwyczaj niewnikania w sposoby pracy współtowarzyszy. Wyjątek od tej reguły dotyczył osób młodych, rozpoczynających dopiero pracę, którym udzielano porad, wskazując bardziej bezpieczne metody pracy. Osoby doświadczone, pracujące długo realizowały niewłaściwe z punktu widzenia przepisów wzory zachowań, ale nie było to przyczyną krytyki. Przeciwnie, stanowiło podstawę awansu do nieformalnej elity danej brygady czy wydziału. Zjawisko to powodowało, że stosowanie się do zasad bhp nie było cechą cenioną, lecz raczej występowała ten-

dencja do nabywania umiejętności sprzecznych z tymi przepisami. Osoby stosujące się do przepisów nie zyskiwały uznania, a nawet o tych, którzy respektowali w pełni obowiązujące prawo, mówiono, że są nadmiernie ostrożni lub niezaradni (Bursche, Grzelak, 1978).

M. Jarosińska w swoim badaniu pytała respondentów o to, czy nieprzestrzeganie instrukcji bhp przez pracownika naraża go na przykrości ze strony kolegów. Okazało się, że twierdząco na to pytanie odpowiedziało tylko 6% badanych, a więc łamanie czy też omijanie przepisów bhp było zjawiskiem, które tylko sporadycznie poddawało się środowiskowej kontroli i sankcjom. Sankcje te, jeśli się zdarzały, przybierały postać ostrzegania, upominania /51% tej grupy badanych/ lub krytyki /16%/, rzadziej zawiadomienia pracowników dozoru lub "behapowca" /po 7%/./Jarosińska, 1989/.

Przygotowując koncepcję badania na reprezentatywnej próbie pracowników przemysłu, podjęto decyzję, że warto skoncentrować się na przypadkach, w których dochodzi do rażącego lekceważenia obowiązującego prawa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, jako zdarzenia bardziej wskaźnikowego. Miało to także na celu uzyskanie danych kompletnych w stosunku do tych, które zebrano w ANS /oba badania wykonano na reprezentatywnych próbach pracowników przemysłu/. Uznano, że wśród całej gamy przepisów, które obowiązują na danym stanowisku pracy, są takie, których znaczenie dla profilaktyki wypadków i chorób zawodowych nie podlega wątpliwości dla osób na nim zatrudnionych. Tym samym założono, że są takie przepisy, których łamanie uznane jest przez pracowników za szczególnie niebezpieczne.

Zapytano następnie respondentów, jak członkowie ich grupy pracowniczej reagują, gdy w ich gronie znajdzie się osoba, która rażąco nie przestrzega takich przepisów.

21% respondentów stwierdziło, że w ich grupach pracowniczych nie ma zwyczaju interesowania się tym, kto jak postępuje, nawet w przypadku drastycznych odstępstw od zasad bezpiecznej pracy, 9% nie potrafiło ocenić reakcji swoich i współtowarzyszy w takich sytuacjach, a 1% wyraziło opinię, że osoby tak zachowujące się zyskują uznanie za spryt i umiejętność radzenia sobie. Z kolei 62% było zdania, że wówczas nakłania się takie osoby do innego postępowania, a 5% wspomniało, że informuje

się zwierzchników o zdarzeniach tego typu, a dalsze 2% podawało inne sposoby reakcji.

Zatem zdecydowana większość badanych uznała, że w ich grupach pracowniczych reaguje się na przypadki rażącego nieprzestrzegania przepisów bhp i podejmuje się pewne działania, by nakłonić osoby postępujące niewłaściwie do zmian w ich zachowaniu. Nie istniał natomiast praktycznie zwyczaj informowania o takich wydarzeniach zwierzchników. Z drugiej strony jednak należy podkreślić fakt, że w 1/3 zespołów pracowniczych nie funkcjonowała społeczna norma reagowania na niebezpieczne dla zdrowia, a czasem i życia, sposoby postępowania. Nie było zatem żadnej wykształconej sankcji grupowej na tego typu niewłaściwe zjawiska.

Oceny badanych na temat reakcji grupy na zachowania niebezpieczne dla zdrowia różnicowało zajmowane stanowisko / $p < 0,001$ /, ale siła związku była niewielka. Osoby na stanowiskach nierobotniczych dwukrotnie rzadziej niż te będące robotnikami niewykwalifikowanymi twierdziły, że wśród ich grupy pracowniczej nie ma zwyczaju interesowania się łamaniem przepisów /14% do 27%/. Jeśli idzie o nakłanianie do zmiany postępowania to jednakowo często takie opinie wyrażali nierobotnicy i robotnicy wykwalifikowani /po 64% z nich/ i tylko połowa robotników niewykwalifikowanych.

Ustalono także, jak - w świetle ocen respondentów - realizują przepisy bhp osoby zajmujące wyższe pozycje w hierarchii formalnej i nieformalnej w systemie społecznym zakładu pracy, w stosunku do tych, których pozycja jest niższa. Analizie tej towarzyszyło założenie, że sposoby postępowania osób o wyższej pozycji, tak w strukturze stanowisk, jak i prestiżu, wywierają wpływ na zachowania jednostek o pozycji niższej.

Aby uzyskać dane na temat zróżnicowania zachowań związanych z bezpieczną pracą wśród osób różniących się pozycją w systemie społecznym zakładu pracy, zapytano respondentów, kto, ich zdaniem, częściej nie przestrzega przepisów bhp:

- a/ osoby nowo zatrudnione czy długoletni pracownicy,
- b/ osoby niewykwalifikowane czy dobrzy fachowcy,
- c/ zwykli pracownicy czy zwierzchnicy.

Uzyskane materiały dały przede wszystkim podstawę do stwierdzenia, że około połowa pracowników naszego przemysłu nie postrzega problemu przestrzegania przepisów bhp przez pryzmat takiego podziału załogi zakładu. Zatem założenie, że prawidłowe zachowywanie się w dziedzinie bhp całych kategorii osób "znaczących", zainspiruje pozostałych członków załogi do zmian we własnym postępowaniu okazało się być założeniem mało realnym. Prawdopodobnie silniej oddziałują tu przykłady jednostkowe, konkretne zachowania poszczególnych ludzi /lub własnej grupy koleżeńskiej/.

Ci pracownicy jednak, którzy potrafili ocenić sposób postępowania względem przepisów bhp osób należących do wyróżnionych zbiorowości, w większości byli zdania, że lepiej respektują swoje obowiązki w tej dziedzinie dłużej pracownicy, dobrzy fachowcy i zwierzchnicy, niż osoby pracujące krótko, o niskich kwalifikacjach i nie pełniące funkcji kierowniczych.

Płeć, wiek i zajmowane stanowisko nie różnicowały odpowiedzi w tym zakresie.

Agregując dane zebrane w tym badaniu oraz w badaniu M. Jarośnińskiej /Jarosińska, 1989/ można stwierdzić, że nieprzestrzeganie instrukcji bhp przez zatrudnionych w naszym przemyśle nie powodowało powszechnych, krytycznych reakcji ze strony współtowarzyszy pracy. Reakcja taka w formie nakłaniania do zmiany postępowania pojawiała się w 60% grup pracowniczych dopiero wówczas, gdy ktoś w sposób rażący nie stosował się do zasad bezpiecznej pracy. Nie funkcjonował także zwyczaj informowania zwierzchników o odstępstwach od zasad bezpiecznej pracy tak w przypadku, gdy były one niewielkie, jak i wówczas, gdy miały poważny charakter.

Połowa pracowników przemysłu nie interesowała się tym, jak inni realizują swoje obowiązki wynikające z przepisów bhp i nie potrafiła ocenić, czy wyższym kwalifikacjom, dłuższemu stażowi pracy i zajmowaniu stanowisk kierowniczych towarzyszy lepsze ich respektowanie. Prawdopodobnie zatem modyfikowanie tych zachowań w pożądanym kierunku metodą "zbiorowych wzorów do naśladowania" przy obecnym ogólnym nastawieniu do spraw bhp byłoby mało efektywne. Można zatem sugerować, by przedsięwzięcia interwencyjno-promocyjne na rzecz

zdrowia w sferze pracy podejmowały kwestie współodpowiedzialności za bezpieczny styl pracy członków własnej grupy pracowniczej i kreowały takie wzory postępowania w ich obrębie, które ograniczałyby sytuacje sprzeczne z przepisami bhp.

c/ zwierzchnicy a bhp

Jednym z mechanizmów życia społecznego w zakładzie pracy, motywującym do takich form postępowania, które eliminują lub zmniejszają zagrożenia zdrowia tkwiące w samej pracy lub środowisku jej odbywania są wymagania przełożonych związane przede wszystkim z realizacją sześciu podstawowych obowiązków pracownika w zakresie bhp, które określa Kodeks Pracy. Przywiązywanie wagi do spraw bhp przez zwierzchników stwarza lepszą sytuację dla ich respektowania. Podejmując określone zachowania pracownik na ogół liczy się z wymaganiami swego przełożonego, a więc stanowią one o "koszcie", bądź "zysku" danego działania, jako środka do osiągnięcia pożądanego celu. Sprawdzono zatem jak wymagania te lokowały się w hierarchii innych wymagań kierowanych przez osoby sprawujące funkcje kierownicze w stosunku do pracowników.

W 1988 r. tylko około 10% odpowiadających było zdania, że sprawy związane z bezpieczeństwem stoją na szczycie hierarchii wymagań ich bezpośredniego zwierzchnika. 20% oceniło, że poprzedza je inne, bardziej priorytetowo traktowane przez niego wymaganie, a 30%, że dwa. Na czwartym miejscu w grupie obowiązków, realizacji których pilnuje przełożony, usytuowało kwestie bezpiecznej pracy 25% badanych. Wśród blisko 13% odpowiadających panowało przekonanie, że sprawy związane z respektowaniem przepisów bhp znajdują się na samym końcu listy zadań, nad wykonywaniem których czuwa ich zwierzchnik.

Konkurencyjnymi wymaganiami były:

- dobra jakość pracy,
- wysoka wydajność,
- posłuszeństwo wobec zwierzchników,
- umiejętność współpracy z kolegami oraz
- ewentualne inne ważne sprawy wskazane przez respondentów.

Na pierwszych dwóch miejscach w hierarchii wymagań zwierzchników najczęściej badani wymieniali dbałość o wysoką jakość i wydajność w pracy.

Tak więc w opinii tylko co dziesiątego z badanych jego zwierzchnik dbał przede wszystkim o to, by pracownicy wykonywali swoje obowiązki w sposób bezpieczny, stawiając efekty związane z planem produkcji, dyscypliną czy współpracą na dalszych miejscach w szeregu swoich wymagań.

Za to bezpośredni przełożony prawie co ósmego badanego, spychał bhp na sam koniec stawianych pracownikom wymagań. Troszczył się zaś przede wszystkim o to, by pracownicy pracowali wydajnie, wykonywali produkty o dobrej jakości, słuchali jego poleceń i współpracowali z innymi jego podwładnymi.

W badaniu zatrudnionych w kilku, wybranych zakładach regionu łódzkiego /1996 r./ nieco inaczej wskaźnikowano stosunek bezpośredniego zwierzchnika do zasad bhp. Respondenci mogli ocenić go jako dbającego na co dzień o ich przestrzeganie, zajmującego się tym problemem od czasu do czasu lub prawie wcale. 53% z nich uznało, że ich zwierzchnik systematycznie dba o przestrzeganie norm bhp. Okazjonalnie zainteresowanych bezpieczeństwem i higieną pracy zwierzchników miało 28% odpowiadających, a w ogóle niezainteresowanych 5%. Około 10% respondentów nie potrafiło określić stosunku swego przełożonego do przepisów bhp.

W świetle tych danych okazuje się, że zabiegi mające na celu ochronę zdrowia przed niekorzystnym wpływem pracy często nie są tym elementem, za realizację którego można zyskać uznanie bezpośredniego przełożonego. Tym samym nie zachodzą warunki, dzięki którym mogłyby stać się one istotnym elementem roli zawodowej (tak gdy idzie o rolę oczekiwaną, jak i rzeczywistą). Na skutek takiego sposobu postępowania kadry kierujących następować mogą procesy deprecjacji problemów bhp w przekonaniach robotników. Traktować je oni mogą jako kolejne formalne wymaganie, które nie zawsze musi być brane pod uwagę przy rozwiązywaniu konkretnych problemów związanych z funkcjonowaniem grup pracowniczych i całych zakładów.

Działania promocyjne winny zatem uczulać osoby na stanowiskach kierowniczych by w relacjach z pracownikami doceniali kwestie bezpieczeństwa i higieny pracy. Warto stale przypominać kadrze kierowniczej,

że jest to nie tylko wymóg obowiązującego prawa, ale również działanie, które przynosi inne korzyści takie jak chociażby przekonanie pracowników, że ich zdrowie jest ważne dla zarządzających firmą, co może przekładać się na ich lepsze samopoczucie, dobrą atmosferę pracy, lepsze stosunki z przełożonymi.

5.4.4. Podsumowanie

Analizowany zespół treści świadomości dostarczył podstawowych informacji na temat wartościowania zdrowia w kontekście innych wartości związanych z pracą, /element ukierunkowujący/ oraz czynników wyzwalających zajście określonych działań wpływających na zdrowie, a wynikających ze specyfiki wykonywanych obowiązków służbowych.

Podjęmowanie zachowań zdrowotnych w sferze pracy, wpływających - z punktu widzenia wiedzy obiektywnej na zdrowie - kierunkowane było w przypadku znacznej części badanej populacji przez inne wartości, inne przedmioty dążeń i pragnień, konkurujące ze zdrowiem, spośród których szczególnie duże znaczenie miało zarabianie pieniędzy, wykonywanie przewidzianych planem produkcyjnym zadań oraz dobra współpraca z kolegami z pracy.

Stan przekonań składających się na poczucie wiary, czy też sensu podejmowania określonych działań na rzecz zdrowia w sferze pracy określić można jako niesprzyjający realizacji pozytywnych z punktu widzenia zdrowia stylów postępowania w sferze pracy. I tak, przede wszystkim wysoce wadliwy, okazał się być poziom przekonań badanych co do relacji między wykonywaną pracą a stanem zdrowia. Brak przemyśleń i opinii na ten temat u co piątego pracownika przemysłu sugeruje, że znaczna część zatrudnionych nie widząc związku między wykonywaną pracą a zdrowiem, nie dostrzega też potrzeby /sensu/ podejmowania jakichkolwiek działań na jego rzecz lub poniechania innych, mogących mu szkodzić. Z kolei przekonanie wyrażane przez co około czwartego członka tej populacji, że praca zawodowa po prostu nie wpływa na jego zdrowie w efekcie może powodować ten sam typ reagowania, a więc zaniechanie podejmowania jakichkolwiek zachowań, których celem byłoby zdrowie. W sumie więc u blisko połowy pracowników przemysłu nie występował logicznie pierwotny warunek wyzwalający racjonalne zachowania tego typu.

Jeśli idzie natomiast o tych zatrudnionych w przedsiębiorstwach przemysłowych zdaniem, których praca jest elementem negatywnie oddziałującym na zdrowie to aż blisko 3/4 tej zbiorowości było zdania, że ich osobista odpowiedzialność za ewntualne pogorszenie zdrowia wskutek wykonywania obowiązków zawodowych, jest niewielka lub żadna. Tak więc zdecydowana większość nie widziała uzasadnienia dla podejmowania przez siebie działań minimalizujących lub wykluczających takie negatywne zdrowotnie efekty samej pracy lub warunków w jakich przebiega. Opinia ta występowała szczególnie często wśród osób niżej wykształconych.

Z ustaleń na temat poziomu wiedzy zatrudnionych w przemyśle o obowiązujących na ich stanowiskach przepisach bhp, okazało się, że połowa z nich nie w pełni znała zalecenia bezpieczeństwa i higieny pracy, dzięki którym mogliby w sposób właściwy pokierować swoim postępowaniem w stosunku do zdrowia w miejscu pracy. Wprawdzie braki te zdaniem zdecydowanej większości badanych nie były duże, ale niewątpliwie ich istnienie trudno uznać za fakt pozytywny. Szczególnie niekorzystnie pod tym względem wypadła zbiorowość pracowników młodych wiekiem i stażem pracy.

Jeśli idzie o stan tych elementów świadomości zdrowotnej, które określają efektywność określonych działań /a więc stanowią podstawę rachunku zysków i strat/, które one przynoszą jako sposoby osiągania pożądaných celów, to także sytuacja nie przedstawiała się optymistycznie.

Przepisy bhp zdaniem 3/4 badanych nie były przez nich respektowane, ze względu na ich dużą ilość, bądź też niewypełnianie przez zakład pracy warunków umożliwiających ich stosowanie. Tak więc zdecydowana większość zatrudnionych w przemyśle postrzegała istotne "blokady" zewnętrzne utrudniające lub uniemożliwiające im przestrzeganie prawa w dziedzinie bhp. Relatywnie rzadziej natomiast sądzono, że respektowanie przepisów bhp ogranicza wysokość zarobków, bądź też przeszkadza w dobrym funkcjonowaniu w grupie pracowniczej. Był to jednak rząd wielkości istotny dla poziomu realizacji zachowań tego typu, bo dotyczył co 4-tego badanego. Co trzynasty pracownik przemysłu nie stosował obowiązujących na jego stanowisku pracy przepisów, bo inni też ich nie stosowali, a nawet rażąco sprzeczne z zasadami bhp postępowanie na stanowisku pracy nie powodowało, w przypadku co trzeciego, negaty-

wnej reakcji jego grupy pracowniczej. Mniejsze odstępstwa od obowiązujących przepisów były zauważane jeszcze rzadziej. Nierespektowanie reguł pracy higienicznej i bezpiecznej nie narażało też zazwyczaj zatrudnionych w przemyśle na niezadowolenie bezpośredniego przełożonego. Tylko dziesięć osób na sto miało takiego szefa, który stawiał sprawy bhp na szczycie hierarchii swoich wymagań, w pozostałych przypadkach najczęściej wyżej ceniona była wysoka jakość i wydajność pracy, oraz posłuszeństwo w stosunkach ze zwierzchnikami. Tylko połowa przełożonych, zdaniem podwładnych na co dzień dbała o bezpieczeństwo i higienę pracy. Generalnie dawał się zauważyć niski stopień refleksji badanych na temat respektowania przepisów bhp przez osoby różniące się pozycją tak w strukturze formalnej jak i nieformalnej załogi, co daje podstawy do stwierdzenia, że nie przywiązywano znaczenia do tej sfery aktywności.

Z przeprowadzonej analizy świadomości zdrowotnej w sferze pracy wynika pewna ogólna sugestia co do merytorycznego zakresu działań interwencyjno-promocyjnych w miejscu pracy. Idzie mianowicie o to by szczególnie dużo uwagi poświęcać kształtowaniu ogólnych nastawień, postaw wobec zdrowia w sferze pracy, a nie tylko zmianie wzorów określonych zachowań zdrowotnych. Te nastawienia bowiem tworzą stałe podstawy do kontynuowania /trwania w czasie/ wprowadzonych np. zakładowym programem promocji zdrowia pozytywnych przekształceń sposobów postępowania oraz do dalszego indywidualnego rozwoju poziomu troski o własne zdrowie w miejscu pracy.

Szczególnie pożądane wydaje się tu być dostarczanie wiedzy o związkach między wykonywanymi obowiązkami służbowymi a zdrowiem, rozbudzanie poczucia autoodpowiedzialności za zdrowie w związku z pracą zawodową i dopiero wówczas rozwijanie umiejętności realizacji działań prozdrowotnych. Kwestia kolejna to budowanie odpowiedniego nastawienia do problemów zdrowotnej jakości środowiska pracy wśród kadry kierowniczej przedsiębiorstw. Ostatecznym celem tego typu działań winna być zmiana ogólnego stosunku do zdrowia jako wartości, od traktowania go jako wartości instrumentalnej bądź uroczystej do stanu cenięcia go w sytuacjach codziennych wyborów. Od praktyki płacenia nim, do strategii jego umacniania i rozwoju.



ZAKOŃCZENIE

Niniejsza publikacja to efekt analiz teoretycznych i empirycznych sytuujących się w obszarze socjomedycznej problematyki zachowań zdrowotnych. Jej przedmiot stanowią zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy, a podstawowe cele dla realizacji których została zaplanowana i wykonana obejmowały zaproponowanie pewnych teoretycznych ustaleń wstępnych dla funkcjonowania tego nurtu refleksji, zdiagnozowanie stanu wybranych zachowań i towarzyszących im elementów świadomości wśród pracowników polskiego przemysłu oraz sformułowanie na tej podstawie pewnych uwag i zaleceń dla nowoczesnych przedsięwzięć z zakresu szeroko rozumianej ochrony zdrowia pracujących, w tym przede wszystkim tzw. programów promocji zdrowia w miejscu pracy.

Skoncentrowanie uwagi na tak słabo rozpoznanym, specyficznym obszarze problematyki zachowań zdrowotnych /wykraczającym poza lepiej opisane tzw. klasyczne, zachowania takie jak: sposób odżywiania, aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem, picie alkoholu, palenie tytoniu/ wiązało się z koniecznością dokonania pewnych samodzielnych wyborów tak jeśli idzie o pewne przesłanki natury ogólnoteoretycznej /paradygmatycznej/, jak i konkretne rozstrzygnięcia metodologiczne w zakresie opisywanych zjawisk. Kierowano się tutaj potrzebą rozwoju refleksji teoretycznej jak i przede wszystkim uzgadniania stanowisk i wymiany doświadczeń wśród specjalistów w praktyce zajmujących się zdrowiem zatrudnionych.

I tak przede wszystkim zaproponowano termin "zachowania zdrowotne w sferze pracy", wskazując procedurę uznawania danych form

postępowania za zdrowotne w tym obszarze życia człowieka, oraz możliwe relatywizacje tego pojęcia. Za cechy decydujące o zaliczeniu określonego działania zdrowotnego do klasy zachowań oznaczonych tym terminem uznano jego genetyczny związek tj. wynikanie ze specyfiki obowiązków zawodowych oraz realizację w czasie ich trwania.

Wprowadzenie pojęcia zachowań zdrowotnych w sferze pracy to efekt krytycznego ustosunkowania się do dotychczas używanych określeń dla tego fragmentu ludzkiej aktywności. Zaproponowane rozumienie tego pojęcia ma na celu doprowadzenie do sytuacji, w której możliwe jest włączanie w zakres jego desygnatów działań identyfikowanych na gruncie subiektywnych sądów jednostek na temat zdrowia i relacji między nim, a sposobem postępowania człowieka w miejscu pracy. Ponadto szło o zerwanie z takim rozumieniem tych działań, które ograniczało je do zachowań o zewnętrznej, w pewnym sensie nakazowej genezie i istocie. Wywodziło się ono z odchodzącej powoli w przeszłość ideologii "medycznego profesjonalizmu". Stąd opozycja wobec ograniczania zachowań tego typu do kategorii "compliance behavior", przy użyciu której, na gruncie refleksji anglojęzycznej, bada się sposoby postępowania wynikające z zaleceń profesjonalistów w dziedzinie zdrowia tj. lekarzy przemysłowych i specjalistów bhp.

Z drugiej strony proponując termin zawierający przymiotnik "zdrowotne" zakładano, że zwróci to uwagę na potrzebę wzbogacenia matrycy celów, dla których tak rozumiane zachowania stają się przedmiotem badań i interwencji praktycznych. Inaczej mówiąc dążono do zaakcentowania funkcji zdrowotnej wielu, dotychczas nie postrzeganych w tej roli sposobów postępowania na stanowisku pracy. W zrealizowanych w Polsce badaniach, działania, które wchodziły w zakres proponowanego pojęcia "zachowań zdrowotnych w sferze pracy" rozpatrywane były głównie w kontekście nauki /czy też według innych autorów wiedzy/ zwanej bezpieczeństwem i higieną pracy i od niej czerpały swą nazwę /jakkolwiek wykonywali je badacze z różnych dziedzin np. socjologowie/. U podstaw zainteresowania tymi sposobami funkcjonowania człowieka w trakcie realizacji obowiązków zawodowych tkwiła przede wszystkim troska o zminimalizowanie kosztów związanych z wypadkami przy pracy oraz o jakość lub wydajność pracy, w najlepszym wypadku wyrażana w kategorii motywacji do pracy. Nawet tak "zdrowotne" w myśl holistycznej koncepcji

zdrowia kategorii pojęciowe jak satysfakcja /zadowolenie/ z pracy czy obciążenie pracą wykorzystywane były głównie jako np.: kryteria oceny tego czy praca jest dobrze zorganizowana, jako czynniki umożliwiające zwiększenie efektywności układu człowiek-maszyna, elementy motywacji do pracy rozumianej jako chęć zaangażowania większej ilości energii i czasu na wykonywanie zadań /np. Gliszczyńska, 1981/, czynnik kategoryzacji ciężkości pracy, a więc np. uzasadnienie systemu płac lub przydzielania dodatkowych przywilejów określonym grupom zatrudnionym. Badań, w których pojęcia te znalazły zastosowanie dla analiz wpływu pracy na stan zdrowia pracowników zrealizowano zdecydowanie mniej /np. Tobiasz-Adamczyk, Sroczyńska, 1976, Tobiasz-Adamczyk, Człopek, 1978, Tobiasz-Adamczyk, 1979/. A przecież wszystko co prowadzi do obniżenia satysfakcji bądź do zmęczenia nie pozostaje bez znaczenia dla zdrowia.

I wreszcie ostatni ze wspomnianych powodów, dla którego zaproponowano ten termin to jego pojemność. Można obejmować nim dużą liczbę różnorodnych zachowań, w tym także te, określane jako związane z przepisami bhp. Jedyne ograniczenie to przyjęta koncepcja zdrowia i jego uwarunkowań. Ta cecha zaprojektowanego tu pojęcia jest szczególnie - zdaniem autorki - ważna w naszym kraju, ze względu na pilną potrzebę nowego spojrzenia na zdrowotne aspekty pracy i środowiska w jakim przebiega, a w konsekwencji i na zachowania modyfikujące ten wpływ in plus bądź in minus. Generalnie idzie tu o doprowadzenie do sytuacji, w której, po pierwsze - zwracać się będzie większą uwagę /i to w szerszym zakresie/ nie tylko na fizyczne /np. mikroklimat, pyły, hałas, promieniowanie, wibracja/, chemiczne i biologiczne /np. bakterie, wirusy, pierwotniaki, grzyby, pasożyty/ czynniki szkodliwe, ale również na te o charakterze psychosocjologicznym, uciążliwym, jak i na zagadnienie stresu w pracy. Po drugie - nastąpi wzrost zainteresowania różnorodnymi ich zachowaniowymi modyfikatorami. Inaczej mówiąc pojęcie zachowań zdrowotnych w sferze pracy, w zaproponowanym tu rozumieniu, korespondowałoby z tego typu nowym podejściem, które polegałoby na identyfikowaniu słabo lub wcale dotychczas nieuwzględnianych przez ochronę czy medycynę pracy antyzdrowotnych /ale także prozdrowotnych/ elementów występujących na danym stanowisku pracy, wskazywaniu sposobów postępowania wyznaczających poziom ich wpływu na zdrowie oraz upowszechnianiu wśród

pracujących szeregu nowych wzorów działań sprzyjających dobremu samopoczuciu /włączając w to eliminowanie czynników niekorzystnych dla zdrowia ze środowiska pracy/. W praktyce prowadziłoby to do pozytywnych zmian w stanie zdrowia populacji pracujących, spowodowanych np. nowym stosunkiem do pracy męczącej, monotonnej, czy w wymuszonej pozycji ciała. Upowszechnienie wśród osób wykonujących takie uciążliwe czynności zawodowe sposobów postępowania np. zapobiegających nadmiernemu zmęczeniu /wyczerpaniu/, redukujących stres, rozluźniających zbyt obciążone mięśnie stwarzałoby możliwość zmniejszenia ogólnej podatności na schorzenia, znacznego ograniczenia np. ilości nerwic, czy zaburzeń mięśniowo-szkieletowych, w tym tzw. bólów krzyża.

Zaproponowane rozumienie zachowań zdrowotnych w sferze pracy koresponduje ponadto z koncepcją promocji zdrowia, jako nową formą opieki nad zdrowiem pracujących. Akcentuje aspekt autonomii, podmiotowości jednostki wobec jej zdrowia oraz partycypacyjny charakter współpracy z profesjonalistami w tej dziedzinie.

Jeśli idzie o problematykę świadomości zdrowotnej, to zwrócono uwagę na rozmaite fazy i sposoby jej ujmowania w naukach społecznych, scharakteryzowano stan refleksji teoretycznej i empirycznej w zakresie świadomości zdrowotnej i zwrócono uwagę na szczególnie odczuwany brak sprawdzonych, teoretycznych modeli łączących treści świadomości z działaniami w sprawach zdrowia. Przedstawiono też kilka propozycji związanych z budowaniem pojęcia świadomości zdrowotnej oraz świadomości zdrowotnej w sferze pracy. Opowiedziano się mianowicie za przedmiotowym sposobem jej ujęcia oraz opisywaniem jej w kategoriach treści myślenia. Za podstawowe problemy składające się na świadomość zdrowotną uznano: rozumienie zdrowia, stan zdrowia i kryteria jego oceny, uwarunkowania zdrowia oraz jego wartościowanie.

W badaniach kwestionariuszowych stanowiących empiryczne zaplecze zaprezentowanej w niniejszym opracowaniu diagnozy świadomości i zachowań zdrowotnych w sferze pracy skoncentrowano się głównie na tych sposobach postępowania człowieka na stanowisku pracy, które zgodnie z koncepcjami wiedzy naukowej /szczególnie medycyny pracy i bezpieczeństwa i higieny pracy/ istotnie wpływają na stan zdrowia, rozumianego w sposób właściwy tym dyscyplinom. Zdiagnozowano zatem

poziom przestrzegania wszystkich przepisów bhp obowiązujących na danym stanowisku, oraz realizację szczególnie istotnych obowiązków szczegółowych w tym zakresie takich jak: noszenie odzieży ochronnej, stosowanie środków ochrony osobistej, wykonywanie pracy w sytuacji, gdy nie zapewniono zgodnego z bhp wyposażenia miejsca pracy. Zachowania te określono jako prewencyjne w stosunku do wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Ponadto ustalono poziom zachowań ogólnoprofilaktycznych w sferze pracy takich jak: wykonywanie badań okresowych, spożywanie posiłków w trakcie realizacji obowiązków zawodowych i przerywanie pracy w przypadku choroby. Położenie akcentu na działaniach identyfikowanych w obszarze profesjonalnej wiedzy medycznej spowodowane było dominującym u nas nadal typem zapotrzebowania na wiedzę tego rodzaju. Jego źródeł poszukiwać można w tym sposobie refleksji nad zdrowiem i jego ochroną w sferze pracy, który zgodnie z terminologią Demela /1968/ da się określić jako fazę medycyny naprawczej lub "profilaktyki negatywnej" z pierwszymi zwiastunami tzw. pozytywnej. Charakteryzuje się ona skoncentrowaniem uwagi na działaniach zabezpieczających człowieka przed zagrożeniami zdrowotnymi i stosowaniem metod nakazowych lub strachu, ze wstępnymi próbami przekazywania mu wiedzy i umiejętności, co robić by zdrowie zachować lub umocnić.

Dążenie do upowszechniania zasad nowej, holistycznej filozofii zdrowia i jego ochrony /promocji zdrowia/, podkreślającej znaczenie indywidualnych wyborów dotyczących zachowań zaznaczone zostało przez umieszczenie w problematyce badawczej, obszaru działań na rzecz zdrowia identyfikowanych na gruncie subiektywnej wiedzy i przekonań zatrudnionych w przemyśle. Ustalono mianowicie, czy i w jakim stopniu, zdaniem badanych, możliwe jest samodzielne zapobieganie niekorzystnemu oddziaływaniu pracy na zdrowie oraz poproszono o ocenę w jakim zakresie, te różne znane i uznane przez jednostkę sposoby postępowania chroniące zdrowie wykorzystuje ona w praktyce.

Świadomość zdrowotną w sferze pracy na użytek zaprezentowanych badań zoperacjonalizowano w oparciu o analizę i adaptację klasycznych modeli wiążących treści myślenia o zdrowiu z działaniami na jego rzecz takich jak: Health Belief Model / Becker 1984, Kirscht, 1988/, Behavioral Intention Model /Becker 1985, Gochman 1988/ i Locus of

Control Model /Becker, 1979/ oraz innych koncepcji tego typu m.in. struktury wiedzy potocznej M.Marody /1986/. Uznano, że podejmowanie działań wpływających na zdrowie w sferze pracy zależy od wartościowania zdrowia w kontekście innych wartości związanych z pracą /jako czynnika dyrektywnego/ oraz od: wiedzy o czynnikach szkodliwych /i/ lub uciążliwych występujących na własnym stanowisku pracy oraz przekonań na temat: wpływu wykonywanej pracy na stan własnego zdrowia, zakresu własnej odpowiedzialności za ochronę zdrowia przed niekorzystnym wpływem pracy oraz znajomości obowiązujących przepisów bhp /jako czynników określających adekwatność poczynąń w stosunku do celu/. Wśród przekonań o możliwościach przeprowadzenia danego działania w ramach zamierzonych kosztów przeanalizowano te dotyczące przyczyn, zdaniem badanych, odpowiedzialnych za łamanie norm bhp, mikrospołecznego klimatu wokół spraw zdrowia we własnej grupie pracowniczej i stosunku bezpośredniego przełożonego do spraw bhp. Dokonując tego wyboru zdawano sobie oczywiście sprawę z jego ograniczeń m.in. pewnego poziomu arbitralności oraz statycznego charakteru uzyskanego przy jego pomocy obrazu badanej rzeczywistości.

Kwestia doboru takich a nie innych treści myślenia warunkujących zachowania zdrowotne w sferze pracy pozostaje oczywiście sprawą otwartą, wymagającą wielu rozstrzygnięć teoretycznych jak i testów empirycznych. Szczególnie istotnymi /choć nie jedynymi/ elementami, które zdaniem autorki warto są uwzględnić w przyszłych badaniach tego rodzaju są wiedza i przekonania zatrudnionych na temat istoty wpływu na organizm lub psychikę, występujących na ich stanowisku pracy elementów pro lub antyzdrowotnych oraz czasu i formy pojawienia się ich zdrowotnych skutków. Prawdopodobnie one właśnie, a nie analizowana najczęściej przez badaczy znajomość nazwy i ewentualnie kierunku wpływu na zdrowie określonego czynnika, zwiększają prawdopodobieństwo, zajęcia pewnych działań na styku zdrowia i pracy zawodowej. Poważny, odrębny problem to specyfika świadomości zdrowotnej w sferze pracy jako element świadomości potocznej. Jak podkreśla T.Hołówka myślenie potoczne jest heterogeniczne, a jego cechą charakterystyczną jest brak logicznej ciągłości, pomijanie związków między różnymi zawartymi w nim przekonaniami, stosowanie mechanizmów obronnych itp. /Hołówka, 1986/.

Tymczasem jeśli idzie o świadomość zdrowotną w sferze pracy to często idealistycznie zakłada się, że ma ona uporządkowaną strukturę. Na kwestię tę zwracali już uwagę stosunkowo dawno J.Stankiewicz i J.Walkowiak /1980/ czy M. Widerszal-Bazyl /1984/, ale ciągle jest to jeszcze problem przed którym stoi refleksja socjomedyczna usiłująca zgłębić treści myślenia o zdrowiu w sferze pracy.

Co się tyczy stanu zachowań zdrowotnych w sferze pracy pracowników polskiego przemysłu to w świetle prezentowanych w tym opracowaniu badań empirycznych okazał się on być /co zresztą hipotetycznie zakładano/ daleki od wzorcowego modelu. Co trzeci zatrudniony odstępował od respektowania przepisów bhp obowiązujących na jego stanowisku pracy i najczęściej oznaczało to niedokładne ich wypełnianie lub też koncentrowanie się tylko na niektórych. Szczególnie źle w tym zakresie na tle całej populacji pracowników przemysłu wypadły osoby młode wiekiem i stażem pracy. To one głównie przyznawały, że pobieżnie stosują się do zasad zawartych w normach bhp. Ponadto okazało się, że większe problemy z przestrzeganiem przepisów bhp mieli ci zatrudnieni, którzy podejmowali prace dodatkowe.

Sądząc po wzorach działania w zakresie klasycznych zachowań zdrowotnych, spodziewano się, że osoby bardziej wykształcone będą racjonalniej postępować, jeśli idzie o normy bhp. Hipoteza ta znalazła jednak potwierdzenie tylko przy zastosowaniu kryterium dodatkowego tj. poziomu znajomości obowiązujących daną osobę przepisów tego rodzaju. Dopiero wówczas relatywnie najlepszy poziom prezentowały osoby z wyższym wykształceniem. Kwestia wykształcenia, jego roli w podejmowaniu działań określanych przepisami bhp wymaga zatem dalszych analiz, tak w aspekcie rzeczywistych zachowań jak i metodologicznym, wówczas gdy podstawą orzekania o poziomie zachowań jest autoocena.

Wart podkreślenia jest fakt, że przy uwzględnieniu zmiennej zintegrowanej tj. wiedzy o zasadach bhp i poziomie ich realizacji aż ponad połowa zatrudnionych w przemyśle nie spełniała stawianych Kodeksem Pracy wymagań w tej dziedzinie.

Jeśli idzie o realizację konkretnych zaleceń bhp, to szczególnie niekorzystnym zjawiskiem, dotyczącym co drugiego pracownika polskiego przemysłu, było wykonywanie pracy na stanowisku, którego wyposażenie

odbiegało od poziomu określonego przepisami bhp. Musi niepokoić też to, że co piąty zatrudniony w zakładach przemysłowych, który podlegał obowiązowi stosowania sprzętu ochrony osobistej nie wypełniał go, a więc poważnie narażał swoje zdrowie, zwiększając przede wszystkim ryzyko wystąpienia choroby zawodowej, ale i wypadku. Jeśli idzie o regenerowanie zużytych sił w czasie pracy poprzez spożywanie posiłków to sytuacja też nie przedstawiała się najlepiej. Co trzeci z respondentów albo nie jadł ich w ogóle, albo też robił to na stanowisku pracy "pogryzając" między jedną, a drugą czynnością. Niesprzyjającą zdrowiu charakterystykę tych zachowań pogłębiał fakt, że połowa odpowiadających traciła na dojazdy do pracy i z pracy ponad godzinę oraz że również połowa zajmowała stanowiska szkodliwe bądź uciążliwe.

43% osób, które na gruncie własnej wiedzy, przekonań i opinii mogłyby chronić się przed niekorzystnym wpływem pracy zawodowej miała świadomość, że możliwości tych nie wykorzystuje wcale lub tylko w niewielkim zakresie. Co szósty badany nie potrafił ocenić siebie pod tym względem. 39% pytanych uważało natomiast, że dba o swoje zdrowie na stanowisku zatrudnienia w stopniu dużym lub nawet w pełni. Postępowania będącego reakcją na czynniki wpływające na zdrowie w sferze pracy nie różnicowały żadne z uwzględnionych w analizie cech społeczno-demograficznych. Szczególnie ciekawy wydaje się brak odmienności sądów w tym zakresie osób posiadających średnie i wyższe wykształcenie w stosunku do pozostałych. Prof. M.Sokołowska pisząc o korzystaniu z usług medycznych stwierdziła: "Pracownik fizyczny uważa często swój organizm za coś co podlega zużyciu i niewarte jest naprawy. Inteligent natomiast traktuje bardziej swoje ciało jak maszynę, którą trzeba stale pielęgnować i utrzymywać w jak najlepszym stanie..." /Sokołowska, 1986, s. 72/. Wydaje się, że opinii tej nie można odnieść do sfery pracy. Inteligent być może lepiej dba o swój organizm, ale często właśnie dlatego by z niego korzystać, a czasem nawet eksploatować go w trakcie pracy zawodowej.

Diagnoza i analiza wybranych elementów świadomości zdrowotnej wykazała, że ze zdrowiem najsilniej konkurowały wartości grupowe /gdyby ująć je w kategorii potrzeb Masłowa tzw. potrzeby społeczne/ oraz posiadanie pieniędzy /zarobki/ czyli tzw. zewnętrzne czynniki motywacyjne. Co ciekawe, większa część badanych poświęcała zdrowie dla realizacji

planów produkcyjnych, pilnych prac, chęci nieutrudniania pracy innym oraz dobrych stosunków z szefem, czyli z powodu cenięcia walorów efektywnościowych i dla dobrego funkcjonowania w grupie pracowniczej, niż dla zdobycia pieniędzy. Podobnie jak w innych badaniach /Gliszczyńska 1971, Dobrowolska 1982/ zaobserwowano silniejsze nastawienie osób bardziej wykształconych, na stanowiskach kierowniczych na płacenie własnym zdrowiem za "spełnienie się", realizowanie czynności za które się odpowiada, a wśród niżej wykształconych i na stanowiskach robotniczych osiągnięcie kosztem zdrowia dobrych stosunków w pracy i lepszych zarobków.

Aż co piąty zatrudniony z przemysłu nie zastanawiał się nad wpływem jaki wykonywane przez niego obowiązki służbowe wywierają na zdrowie, a więc u 20% członków tej populacji zawodził jeden, z najbardziej pierwotnych logicznie mechanizmów psychicznych, składających się na proces podejmowania decyzji o zachowaniach zdrowotnych w sferze pracy. Wśród osób łączących stan swego zdrowia z tym co robią, zdecydowanie dominowało przekonanie, że praca oddziałuje na zdrowie niekorzystnie. Opinie te były zbieżne z pobieraniem świadczeń za pracę w warunkach szkodliwych /i/ lub uciążliwych, a więc z tego punktu widzenia można uznać je za trafne. Ale stwierdzono też, że 40% nie otrzymujących świadczeń tego typu także określało charakter wpływu pracy na własne zdrowie jako negatywny, a więc ich kryteria oceny były inne niż formalne. Rozpoznanie powodów kryjących się za taką oceną wydaje się obiecującym kierunkiem dalszych poszukiwań. Najczęściej swoje obowiązki zawodowe jako niesprzyjające zdrowiu określali robotnicy wykwalifikowani. Relatywnie częściej opinie takie wyrażali także ci badani, którzy narzekali na swoją sytuację materialną. Dalszego ustalenia wymaga kierunek tego związku. Czynniki, które najczęściej wskazywano jako antyzdrowotne były różnego rodzaju szkodliwości i uciążliwości, przy czym okazało się, że pracownicy przemysłu sprawnie posługują się terminologią fachową w tym zakresie. Co siódmy badany zwracał uwagę na nerwy, stres, jako element szkodzący jego zdrowiu /najczęściej osoby pełniące funkcje kierownicze/. Tylko co setny zatrudniony w przemyśle dostrzegał groźbę zaistnienia wypadku. Tak więc ten element zagrożenia zdrowia w sytuacji pracy właściwie nie funkcjonował w świadomości członków badanej populacji.

Niekorzystnie przedstawiał się także poziom przekonań na temat posiadania wpływu na sprawy związane ze zdrowiem w miejscu pracy,

czyli poczucia własnej podmiotowości /aspekt uwzględniany w Locus of Control Model/. Aż 71% odpowiadających uznało, że może tylko w niewielkim stopniu lub wcale, zmniejszać niekorzystne oddziaływanie pracy na własne zdrowie. Tak więc lansowana na gruncie wiedzy naukowej teza o trudnej do przecenienia roli jaką odgrywają własne sposoby postępowania pracownika na stanowisku pracy, w procesie kształtowania stanu zdrowia znalazła bardzo nikłe odzwierciedlenie w świadomości badanych. Poczucie własnej podmiotowości było dwukrotnie częstsze u osób z wyższym wykształceniem niż z podstawowym.

Jeśli idzie o znajomość przepisów bhp, to tylko nieco ponad połowa zatrudnionych w przemyśle znała je w pełni. Najlepiej ocenili się z tego punktu widzenia nierobotnicy. Gorzej od innych w tym zakresie, wypadły osoby młode. Tak więc młodzi pracownicy nie tylko częściej nie stosowali się do zaleceń bhp, ale też i częściej były im one nie w pełni znane.

Zdecydowana większość pracowników polskiego przemysłu (77%) winę za nierespektowanie przez siebie przepisów bhp przerzucało na czynniki zewnętrzne, co przejawiało się narzekaniem na nadmiar przepisów, albo na to, że zakład nie stwarza warunków do ich przestrzegania. Wśród powodów osobistych najczęściej wymieniano obawę o obniżenie zarobków w wypadku ich stosowania /co 7-my badany/.

W co piątej grupie pracowniczej nie zwracało się uwagi nawet na drastyczne łamanie zasad bhp przez któregoś z jej członków. Około połowa badanych nie zastanawiała się nad tym, kto w ich zakładzie z punktu widzenia stażu pracy, posiadanych kwalifikacji i pełnionych funkcji częściej omija prawo w sferze bhp. Tylko co dziesiąty badany uznał, że jego bezpośredni zwierzchnik, kwestie związane z bhp, stawia na szczycie hierarchii swoich wymagań. Tak więc niewielkie społeczności pracownicze charakteryzowały się niesprzyjającym zdrowiu klimatem w obszarze wyznaczonym przepisami bhp.

Kształtowanie świadomości i zachowań zdrowotnych w sferze pracy populacji pracujących w Polsce to bardzo istotne zadanie systemu ochrony zdrowia pracujących. Biorąc pod uwagę chociażby znaczną ilość stanowisk na których występują narażenia oraz niewielkie szanse na szybką poprawę tzw. hardware bezpieczeństwa i higieny pracy, wydaje się, że polska strategia działań oświatowo-promocyjnych w zakładach pracy

winna w stopniu silniejszym niż w krajach bogatszych, uwzględniać problematykę zachowań związanych właśnie ze specyfiką obowiązków zawodowych.

Uzasadniona również wydaje się potrzeba takiego sprofilowania tych działań, aby w trakcie eliminowania elementów negatywnych w sposobach postępowania zatrudnionych na stanowiskach pracy oraz samej pracy i środowisku jej wykonywania nie zapominać o wskazywaniu pozytywnych, a więc takich, które pozwalałyby na budowanie dobrego samopoczucia /od epidemiologii choroby do epidemiologii zdrowia/. Idzie tu więc o poszukiwanie i budowanie np. poczucia kontroli, uczestniczenia w decyzjach, satysfakcji z pracy, poczucia posiadania społecznego wsparcia oraz o kształtowanie zachowań sprzyjających kondycji fizycznej i ułatwiających radzenie sobie ze stresem. Warto też pamiętać o tworzeniu estetycznego i wygodnego /nie tylko bezpiecznego/ środowiska pracy.

Jeśli idzie o pewne "organizacyjne" zasady wdrażania koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce to, zdaniem autorki, w większym zakresie niż teoretycznie się zakłada i niż ma to miejsce w społeczeństwach o wyższej kulturze zdrowotnej i dłuższych tradycjach działań na jego rzecz, winien być to proces sterowany zewnątrz. Wprawdzie sprawy zdrowia w latach 80-tych często pojawiały się w żądaniach strajkowych robotników, ale chodziło głównie o dostępność i jakość świadczeń medycznych. Późniejszy spadek poziomu życia, a także zjawisko bezrobocia, zepchnęły nawet i te problemy na margines zainteresowań szeregowego pracownika. Związki zawodowe także nie angażują się zbyt na tym polu. Zatem stymulacja zewnętrzna wydaje się niezbędna, a bierne oczekiwanie na inicjatywy oddolne wydaje się być błędne. Tym bardziej, że idea "ochrony" zdrowia poprzez własny sposób postępowania /styl życia/ i oddziaływanie na środowisko jest stosunkowo słabo znana i mało popularna także wśród profesjonalistów w dziedzinie zdrowia tj. lekarzy i pielęgniarek przemysłowych oraz specjalistów bhp. Oczywiście ingerencja zewnętrzna winna ograniczać się w miarę przybliżania się do szczegółowych rozwiązań w ramach konkretnego zakładowego programu promocji zdrowia.

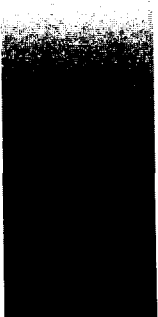
Kwestią pierwszorzędnej wagi jest też takie sprofilowanie przedsięwzięć prozdrowotnych w miejscu pracy, aby przede wszystkim zwiększały one kulturę zdrowotną pracowników. Przekształcenia behavioru

zdrowotnego traktowane winny być jako pochodna tego procesu. Jak napisał jeden z autorów pierwszego, polskiego, kompleksowego opracowania nt. promocji zdrowia "Skuteczność kształtowania aktywnych postaw zdrowych jak i efektywność ich wykorzystania zależy od sposobu przedstawienia związków między danym ciągiem zdarzeń a jego następstwami zdrowotnymi. Jest bowiem oczywiste, że trud podejmowania określonych przedsięwzięć prozdrowotnych jest tylko wtedy racjonalny, jeśli prawdopodobieństwo doprowadzenia do oczekiwanego, pozytywnego rezultatu jest dostatecznie wysokie" /Włodarczyk, 1992, s. 33/. Analiza systemu wartości, przekonań i opinii zatrudnionych w przemyśle jak już wspomniano wykazała, że populacja ta charakteryzuje się znaczną skłonnością do poświęcania zdrowia dla zdobycia innych cenionych obiektów ze sfery pracy, niskim poziomem wiedzy o związkach wykonywanych przez siebie czynności zawodowych i stanem zdrowia, niskim poczuciem wpływu na to co się dzieje ze zdrowiem w sferze pracy i wreszcie niedostateczną znajomością reguł pracy higienicznej i bezpiecznej. Stwierdzono również, że duże znaczenie ma dla jej członków dobre funkcjonowanie w grupach koleżeńskich /pracowniczych/, ale sprawy troski o zdrowie, unikania zachowań mu szkodzących nie są czymś, stosunek do czego określa pozycję jednostki w ich strukturze, ani co wpływa na opinię bezpośredniego przełożonego. Tak więc przede wszystkim należy zmieniać w pożądanym z punktu widzenia zdrowia kierunku przeświadczenia osobiste pracowników przemysłu, oraz tak oddziaływać na grupy formalne i nieformalne, aby powstała w nich "moda" na zdrową pracę /strategie normatywno-redukacyjne/. Dopiero wówczas efektywne stanie się przekazywanie określonych umiejętności właściwego postępowania na stanowisku pracy oraz powstanie szansa ich utrwalenia się w czasie, na skutek społecznego wsparcia ze strony innych.

Jeśli idzie o wnioski dotyczące dalszych prac badawczych nad szeroko rozumianą problematyką zachowań zdrowotnych w sferze pracy to sprawą niezwyklej wagi wydaje się być wyklarowanie i sprecyzowanie pojęć i koncepcji teoretycznych umożliwiających m.in. interpretację wyników badań empirycznych, oraz rzeczywisty rozwój wiedzy w tym zakresie, a nie jedynie gromadzenie luźno powiązanych ustaleń. Oczywiście kwestią kluczową jest tu dyskurs nad samym pojęciem tych

zachowań. Tak jak i dla całej socjomedycznej refleksji nad zdrowotnym behavioriem człowieka sprawą niezwyklej wagi jest tworzenie i empiryczna weryfikacja modeli pozwalających przewidywać i wyjaśniać zachowania ze styku sfer zdrowia i pracy. I wreszcie wzbogacenia wymagają metody i techniki zbierania danych oraz ich opracowania i analizy. Dotychczas dominowały techniki ilościowe, brak jest dobrych analiz jakościowych, wyrównujących braki wynikające z zastosowania zestandaryzowanych kwestionariuszy.

Zestaw problemów badawczych winien być wzbogacony przede wszystkim o analizy identyfikujące zachowania zdrowotne w sferze pracy na gruncie subiektywnych przekonań podmiotów działań. Szczególnie istotne w tym względzie wydaje się rozpoznanie potocznej racjonalności na styku sfer zdrowia i pracy, zrozumienie jaki sens jest przypisywany konkretnym działaniom i na ile różni się on od ustaleń wiedzy naukowej. Istnieje również potrzeba rozpoznania i porównania stanu tego typu zachowań oraz towarzyszącej im świadomości wśród różnego rodzaju grup i zbiorowości w obrębie populacji pracowników np. wśród zatrudnionych w przemyśle, rolnictwie, usługach; pracujących w sektorze społecznym i prywatnym; w dużych firmach i w małych kilkusobowych przedsiębiorstwach, samozatrudniających się i wśród tworzącej się kadry managerskiej. Dla lepszego planowania i oceny działań z zakresu polityki zdrowotnej istotne byłoby wdrożenie w Polsce systemu monitoringu zmian i ewentualnych trendów w zakresie zachowań i świadomości zdrowotnej w sferze pracy.



BIBLIOGRAFIA

1. Adamczyk Z. i inni, Wstępne wyniki badań nad częstością, przyczynami i skutkami wypadków przy pracy w Bełchatowskim Okręgu Przemysłowym, "Medycyna Pracy", 1986, 2, 4, 6
2. Amanowicz M., Ergonomiczne badania wysiłku fizycznego człowieka w warunkach podwyższonej temperatury powietrza, "Humanizacja Pracy" 1973, 5-6
3. Becker M.H., The health belief model and personal health behavior /Becker M., ed./, Health Educ. Monogr., Michigan, 1974
4. Becker M.H., Patient Adherence to Prescribed Therapies, "Medical Care", 1985, 23, 5
5. Behavioral Medicine, Changing Health Lifestyles /Davidson P.O., Davidson S.M., eds/, New York, 1980
6. Bejnarowicz J., Wiedza medyczna ludności wsi podhalańskiej, w: Badania socjologiczne w medycynie /red.: Sokołowska M./, KiW, Warszawa, 1969
7. Ben Ami S., Shaham Y., Rabinowich S., Meher A., Ribak J., Health promotion about nurses occupationally exposed to cytotoxic drugs, 4th

European Conference of International Union for Health Promotion and Education; Health Promoting Settings: Beyond Ideology, Israel, 1997

8. Boczkowski A., Struktura i funkcjonowanie świadomości jednostki a zjawisko zainteresowań społecznych, "Studia Socjologiczne", 1986, 1

9. Boczkowski A., Włodarczyk W.C., Społeczne determinanty postrzegania przyczyn złego stanu zdrowia /Komunikat na V Zjazd PTMS, Katowice, 1988/

10. Brachacka T, Relacje człowiek - wypadek a profilaktyka wypadków przy pracy, CRZZ, Warszawa, 1975

11. Bursche K., Motywacja do pracy bezpiecznej, "Bezpieczeństwo Pracy", 1976, 4

12. Bursche K., Franaszczuk Z., Przygotowanie człowieka do wykonywania pracy zgodnie z wymogami bezpieczeństwa, "Prace CIOP", 1980, 106

13. Bursche K., Grzelak A., Przestrzeganie zasad bhp w opinii robotników przemysłowych, "Bezpieczeństwo Pracy", 1975, 9 /a/

14. Bursche K., Grzelak A., Postawy pracowników a bezpieczeństwo pracy, "Bezpieczeństwo Pracy", 1975, 9 /b/

15. Bursche K., Grzelak A., Analiza czynników kształtujących zachowania zgodne z wymaganiami bezpieczeństwa pracy, "Prace CIOP", 1977, 95

16. Bursche K., Grzelak A., Stosunek pracowników do wymagań bezpieczeństwa pracy, "Humanizacja Pracy", 1978, 2

17. Capra F., Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura, PIW, Warszawa, 1987

18. Cataldo M.F., Coates T.J., Health and Industry. A Behavioral Medicine Perspective, New York, 1987
19. Cele i zadania polskiego programu "Zdrowie dla wszystkich w roku 2000", Rządowa Komisja do opracowania Raportu ZDW 2000, Warszawa, 1985
20. Chałasiński J., Drogi awansu społecznego robotnika, PWN, Warszawa, 1979
21. Cohen H.H., Jensen R.C., Measuring the effectiveness of an industrial lift truck safety program, Journal of Safety Research, 1984, 15
22. Cole H.P., Berger P.K., Garrity T.F., Auvenshine D.D., Swilski A.B., Hernandez M., Blythe D.K., Lacefield W.E., Generalization of medical and health compliance research to coal mine safety, Pittsburg, 1985
23. Cole H.P., Berger P.K., Garrity T.F., Analogues between Medical and Industrial Safety Research on Compliance Behavior in: Health Behavior. Emerging Research Perspectives /Gochman D.S., ed/, Plenum Press, New York and London, 1988
24. Cooper C.L., Pyne R., Stres w pracy, PWN, Warszawa, 1987
25. Czarnik H., Liczy się głos załogi, "Ochrona Pracy", 1979, 11
26. Dawydzik L.T., Nowy model opieki zdrowotnej nad pracującymi w Polsce - od medycyny naprawczej do umacniania zdrowia w : Gniazdowski A., Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne, IMP, Łódź, 1997 /a/
27. Dawydzik L.T., Zaawansowanie procesu przekształceń w systemie ochrony zdrowia pracujących, "Medycyna Pracy", 1997, 1

28. Demel M., O wychowaniu zdrowotnym, PZWS, Warszawa, 1968

29. Dobrowolska D., Wartość pracy dla jednostki a zróżnicowanie społeczno-zawodowe, w: Systemy wartości w środowisku pracy, /red.Gliszczyńska X./, KiW, Warszawa, 1982

30. Dobrowolska D., Wartość pracy dla jednostki w środowisku przemysłowym, PAN, Warszawa, 1984

31. Downie R.S, Fyfe C., Tannahill A., Health Promotion. Models and Values, Oxford University Press, 1992

32. Dubos R., Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne, PZWL, Warszawa, 1962

33. Dudek B., Psychologiczne obciążenie pracą, IMP, Łódź, 1992

34. Dziadosz R., Zachowania w chorobie ludności wybranej wsi w rejonie uprzemysłowionym w świetle badań panelowych, "Medycyna Wiejska", 1972, 1

35. Dzieścielewska-Machnikowska S., Durajowa D., Postawy włókniaerek wobec pracy i udziału w zarządzaniu Zakładem, Przegląd Ekonomiczno-Społeczny m. Łodzi, 1978, 5

36. Fal J.G., Zapobieganie wypadkom. Doświadczenia i perspektywy, IWCRZZ, 1974,

37. Fal J.G., Układ "człowiek-technika". Organizowanie bezpieczeństwa pracy, IWCRZZ, Warszawa, 1980

38. Fielding J.E., Worksite Health promotion in the United States, Progress, Lessons and Challenges, "Health Promotion International", 1990, vol. 5, no.1

39. Fijałek J., Indulski J., Sadowska J., Opieka zdrowotna w przemyśle polskim w XIX i XX w. /do roku 1945/ na przykładzie Łodzi, Studia i Materiały Monograficzne, zeszyt 28, IMP, Łódź, 1986
40. Filipkowski S, Powstawanie wypadków przy pracy i zasady profilaktyki, Zarys Teorii, IWCRRZ, Warszawa, 1975.
41. Firkowska-Mankiewicz A., Zdrowie-ideologia-polityka, /Referat na VII Zjazd Socjologiczny/, Wrocław, 1986
42. Firkowska-Mankiewicz A., Rodzina a zdrowie i choroba, w: Stan i przeobrażenia współczesnych rodzin polskich, /red. Tyszką Z./, CPBR 09.02, Poznań, 1992
43. Fizbejn M., Ajzen I., Belief, attitude, intention and behavior, Addison-Wesley, 1975
44. Gliszczyńska X., Psychologiczne badania motywacji w środowisku pracy, KiW, Warszawa, 1971
45. Gliszczyńska X., Psychologiczne badania wartości w środowisku pracy w: Systemy wartości w środowisku pracy /Gliszczyńska X./, KiW, Warszawa, 1982
46. Gniazdowski A., Zachowania zdrowotne. Strategiczny problem ochrony zdrowia w: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, /red. Gniazdowski A./, IMP, Łódź, 1990
47. Gniazdowski A., Zachowania zdrowotne społeczeństwa polskiego. Ustalenia z badań empirycznych w: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, /red. Gniazdowski A./, IMP, Łódź, 1990

48. Gniazdowski A., Stres związany z pracą a zagrożenie zdrowia w: Promocja zdrowia, /red. Karski J.B., Stońska Z., Wasilewski B.W./, Ignis, Warszawa, 1992
49. Gniazdowski A., Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne, IMP, Łódź, 1997
50. Gochman D.S., Health Behavior, Plural Perspectives w: Health Behavior. Emerging Research Perspectives /Gochman D.S. ed./, Plenum Press, New York and London, 1988
51. Gochman D.S., Health Behavior Research: Present and Future w: Health Behavior. Emerging Research Perspectives /Gochman D.S. ed./, Plenum Press, New York and London, 1988
52. Grabara A.Sz., Organizacyjno-ergonomiczne uwarunkowania bezpieczeństwa pracy w przedsiębiorstwie, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź, 1987
53. Hansen A., Kompleksowa ocena poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy, IWCRZZ, Warszawa, 1983
54. Health and Industry, A Behavioral Medicine Perspective, New York, 1987
55. Health Behavior, Emerging Research Perspectives, /Gochman D.S. ed./, Plenum Press, New York, London, 1988
56. Health promotion for working populations. Raport of a WHO Expert Committee, World Health Organization, Genewa, 1988
57. Health Promotion in the Workplace. Strategy options, "European Occupational Health Series", 1995, 10
58. Healthy People. The Surgeon General's Raport on Health

Promotion And Disease Prevention 1979, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Washington, 1979

59. Herzlich C., Health and Illness. A Social Psychological Analysis, Academic Press, London, 1973

60. Heszen-Klemens I., Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1979

61. Higiena Ogólna /red. Kacprzak M./, PZWL, Warszawa, 1961

62. Historia Medycyny, /Brzeziński T/, PZWL, Warszawa, 1988

63. Hołówka T., Myślenie potoczne. Heterogeniczność zdrowego rozsądku, PIW, Warszawa, 1986

64. Hoque J.P., Wartości cenione przez pracowników w Québec w: Systemy wartości w środowisku pracy, /red. Gliszczyńska X./, KiW, Warszawa, 1982

65. "Humanizacja Pracy", /recenzje/, 1977, 2-3

66. Illich I., Medical Nemesis - The Expropriation of Health, Calder and Boyars, London 1975

67. Indulski J.A., Tradycje i rozwój ochrony zdrowia robotników przemysłowych w Polsce, Pamiętnik XII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny, Łódź, 1981

68. Indulski J., Leowski I., Podstawy medycyny społecznej, PZWL, Warszawa 1971

69. Jaeger W., Paideia, t 2, PAX, Warszawa, 1964

70. Jałowiecki J., Struktura systemu wartości w: Systemy wartości w środowisku pracy, /red. Gliszczyńska X./, KiW, Warszawa, 1982

71. Jarosińska M., Wzory zachowań robotników wobec poszkodowanego w wypadku przy pracy, "Studia Socjologiczne", 1987, 3-4
72. Jarosińska M., Zagrożenia zdrowia w sferze pracy, skala zjawiska i jego postrzeganie przez robotników. Materiały Sesji Naukowej "70 lat Inspekcji Pracy w Polsce - historia i współczesność", Warszawa, 1989
73. Jasińska-Zubelewicz E.J., Warunki pracy robotników i ich zachowania prozdrowotne, "Ochrona Pracy", 1989, 10-12
74. Karski J.B., Zdrowie i promocja zdrowia. /Aspekt ewolucyjny/, w: Promocja zdrowia, /red.Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W./, Ignis, Warszawa, 1992
75. Kasl S.W. Cobb S., Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior, "Archives of Enviromental Health", 1966, vol.12
76. Kirscht J.P., The Health Belief Model and Predictions of Health Actions w: Health Behavior, Emerging Research Perspectives /Gochman D.S.,ed/, Plenum Press, New York, 1988
77. Kloska G., Pojęcia, teorie i badania wartości w naukach społecznych, PWN, Warszawa, 1982
78. Knyziak J., Bezzadni wobec zmian, "Ochrona Pracy", 1990, 5
79. Kocowski T., Needs and Hierarchies of Personal Value, /raport powielony Ośrodka Badań Prognostycznych Politechniki Wrocławskiej/, Wrocław, 1977
80. Kojder A., Definicje i definiowanie w socjologii, "Studia Socjologiczne" 1976, 3
81. Kolbe L.J., The Application of Health Behavior Research. Health Education and Health Promotion w Health Behavior. Emerging

Research Perspectives /Gochman D.S.,ed/, Plenum Press, New York and London, 1988

82. Komaki J., Barwick K.D., Scott L.R., A behavioral approach to occupational safety: Pinpointing and reinforcing safe performance in food manufacturing plant, " Journal of Applied Psychology", 1978, 63

83. Korzeniowska E., O zdrowiu i jego definicjach, "Zdrowie Publiczne", 1988, 9

84. Korzeniowska E., Pozycja zdrowia w społecznych systemach wartości pracowników przemysłu, w: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego /red. Gniazdowski A./, IMP, Łódź, 1990

85. Kosiński S., Piątkowski W., Ewolucja postaw zdrowotnych ludności wiejskiej, tekst powielony z VII Zjazdu Socjologicznego, Wrocław, 1986

86. Kot J., Wiedza pacjentów o czynnikach warunkujących powstawanie próchnicy zębów, "Medycyna Wiejska", 1983, 1

87. Kozielecki J., Koncepcje psychologiczne człowieka, PWN, Warszawa, 1976

88. Kozielecki J., Czynność myślenia, w: Psychologia, /red.Tomaszewski M./, PWN, Warszawa, 1975

89. Krasucki P., Rola i zadania lekarza przemysłowego, IWZZ, Warszawa, 1989

90. Krasucki P., Doroszevska U., Lipski J., Socjomedyczna pamiętka po komunie, Fundacja Myśl, Warszawa, 1991

91. Krause T.R., The Behaviour - Based Safety Process, ITP, USA, 1997

92. Krawczyńska-Butrym Z, Zmiany w rodzinach osób z chorobą nowotworową, w: Stan i przeobrażenia współczesnych rodzin polskich /red. Tyszka Z./, CPBP. 09.02, Poznań, 1991
93. Kulpińska J., Programy humanizacji pracy w przedsiębiorstwach w procesie zmian, "Humanizacja Pracy", 1975, 4
94. Lalonde M., A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document, Ottawa, 1978
95. Lau R.R., Beliefs about Control and Health Behavior w: Health Behavior, Emerging Research Perspectives, /Gochman D.S ed./, Plenum Press, New York and London, 1988
96. Lange O., Ekonomia polityczna, PWE, Warszawa, 1966
97. Leszczyński Z., Rys historyczny higieny pracy, "Zdrowie Publiczne", 1981, 5
98. Leventhal H., Nerenz D.R., The assesment of illness cognition, Measurement strategies in health psychology /Karoly P,ed./, New York, Wiley, 1985,
99. Mackiewicz M., Krzyżanowski J., Raport o stanie zdrowia społeczeństwa polskiego, Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi, Lublin, 1981
100. Mairiaux P, Give a future to your back. A company based health promotion programme, "Euro - News", vol. V, no. 3, 1997
101. Malewski A., O zastosowaniach teorii zachowania, PWN, Warszawa, 1964
102. Malzson R.S., Lindsay G.B., Health Promotion at the Worksite. A brief Survey of Large Organizations in Europe, WHO, 1992

103. Mała Encyklopedia Prakseologii i Teorii Organizacji /red. Pszczołowski T./, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1979

104. Małecka Z. i in., Charakterystyka sposobu żywienia mężczyzn w wieku 40-59 lat zatrudnionych w wybranych warszawskich zakładach pracy, cz III, Roczniki PZH, 1980

105. Marody M., Język i wiedza potoczna w wyjaśnianiu zachowań, "Studia Socjologiczne", 1982, 3-4

106. Marody M., Technologie intelektu, językowe determinanty wiedzy potocznej i ludzkiego działania, PWN, Warszawa, 1986

107. Matejko A., Socjologia przemysłu w Stanach Zjednoczonych Ameryki, PWN, Warszawa, 1962

108. Mazurkiewicz E.A., Podstawy wychowania zdrowotnego w: Higiena i ochrona zdrowia, /red. Brzeziński Z.J. Korczak C.W./, PZWL, Warszawa, 1978

109. Medycyna Pracy, /Valentin H. i in./, PZWL, Warszawa, 1985

110. Merton R.K., Teoria socjologiczna i struktura społeczna, PWN, Warszawa, 1982

111. Misztal M., Socjologia czy psychologia wartości, "Studia Socjologiczne", 1976, 2

112. Misztal M., Warianty odmiany systemu wartości, PWN, Warszawa, 1980

113. Misztal M., Problematyka wartości w socjologii, PWN, Warszawa, 1980

114. Narodowy Program Zdrowia 1996 - 2006, Warszawa, 1996
115. Noack H., Concepts of health and health promotion, w: Measurment in health promotion and protection /Abelin T., Brzeziński Z.J., Carstairs V.D.L., eds/, WHO Regional Publications, European Series No 22, 1987
116. Nowak S., Metodologia badań społecznych, PWN, Warszawa, 1985
117. Ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w 1995 r., MPiPS, Warszawa, 1996
118. Ochman P, Socjologiczna interpretacja definicji zdrowia WHO: implikacje teoretyczne i praktyczne, "Studia Socjologiczne, 1986, 2
119. Ochrona Pracy, 1980, 4 /art. redakcyjny/
120. Ostrowska A., Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1980
121. Ostrowska A., Prozdrowotne style życia, "Promocja zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna", 1997, nr 10 -11
122. Ossowski S., Z zagadnień psychologii społecznej, w: Dzieła t.3, PWN, Warszawa, 1967
123. Ossowski S., Struktura klasowa w społecznej świadomości, w: Dzieła t.5, PWN, Warszawa, 1968
124. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, 1986
125. Pawłowski T., Tworzenie pojęć i definiowanie w naukach humanistycznych, PWN, Warszawa, 1978

126. Parsons T., Struktura społeczna a osobowość, PWE, Warszawa, 1969

127. Piątkowski W., Badania nad wypadkami przy pracy. Praktyczne zastosowania socjologii medycyny, "Zdrowie Publiczne", 1978, 10

128. Piątkowski W., Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1988

129. Piątkowski W., Zachowania w chorobie w rodzinie chłopskiej, Centralny Program Badań Podstawowych, Poznań, 1991

130. Piwowarska-Pościk L., Badanie opinii społecznej o przemysłowej służbie zdrowia. Raport z realizacji tematu CPBR 11.11. "Medycyna Pracy", Łódź, 1988

131. Piwowarska-Pościk L., Percepcja zagrożeń oraz motyw pracy w warunkach szkodliwych dla zdrowia, w: Zachowania zdrowotne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, /red. Gniazdowski A./, IMP, Łódź, 1990

132. Piwowarska-Pościk L., Subiektywne poczucie zagrożenia zdrowia warunkami pracy, a wielkość oraz forma własności, Higiena Pracy, 1996, 4

133. Pomian G., Strzeszewski H., Postawy wobec zakładu pracy, OBOP, 1967

134. Poździoch S. J., Socjologiczna problematyka zachowań zdrowotnych w: Materiały do ćwiczeń z medycyny społecznej, zeszyt 12, Wybrane zagadnienia socjologii medycyny, /red. Jndulski J./, 1975

135. Prawda M., Cykl życia jednostki a wartość pracy, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, 1987

136 Program prozdrowotnej modyfikacji zachowań w sferze pracy, Raport z II etapu realizacji tematu SPR IV.22.3. opracowany przez J.Sibińskiego, IMP, Łódź, 1996 /maszynopis/

137. Program prozdrowotnej modyfikacji i zachowań w sferze pracy. Raport z III etapu realizacji tematu SPR IV.22.3, opracowany przez Gniazdowski A., Sibiński J., IMP, Łódź, 1997 /maszynopis/.

138. Psychologia i bezpieczeństwo pracy /red. Tyszką T./, Instytut Psychologii PAN, Warszawa, 1992

139. Psychospołeczne uwarunkowania zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, Raport z III etapu realizacji grantu KBN nr PB 0552/P1/92/03, kier. tematu: A. Gniazdowski, wykonawcy: A. Boczkowski, E. Korzeniowska, J. Nosko, L. Piwowarska-Pościk, K. Puchalski, J. Olba, Instytut Medycyny Pracy, IMP, Łódź, 1995,

140. Puchajda J., Z badań nad przyczynami wypadków przy pracy w przemyśle mięsny, "Humanizacja Pracy", 1982, 2

141. Puchalski K., Pojęcie zachowań związanych ze zdrowiem, w: Socjologia zdrowia i medycyny, Materiały konwersatorium, 1986-88, IFIS PAN, Warszawa, 1989

142. Puchalski K., Zachowania zdrowotne. Kontrowersje związane z użyciem pojęcia, "Zdrowie Publiczne", 1989, 1

143. Puchalski K., Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia w: Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, /red. Gniazdowski A./, IMP, Łódź, 1990

144. Pyzik J., Badania nad przyczynami zaburzeń nerwowych występujących u niektórych pracowników WZE "Elwro", "Humanizacja Pracy", 1972, 5

145. Rek A., Socjologiczna analiza wypadków przy pracy, "Humanizacja Pracy", 1973, 2
146. Rosenstock J.,M., Public response to cancer screening and detection programs: determinants of health behavior, "Journal of Chronic Diseases", 1963, 5
147. Rosenstock J.M., Why People Use Health Services, "Milbank Memorial Fund Quarterly", 1966, 44
148. Sadowska J., Ochrona zdrowia robotników przemysłowych na łamach Zdrowia Publicznego w okresie II Rzeczypospolitej, "Zdrowie Publiczne", 1985, 5-6
149. Skrętowicz B., Rotter A., Zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną ludności wybranej wsi w powiecie Puławy w świetle badań panelowych, "Medycyna Wiejska", 1972, 2
150. Sloan R.P., Gruman J.C., Allegrante J.P., Investing in employee health - A Guide of Effective Health Promotion in the Workplace, Londyn, 1987
151. Sokołowska M., Zastosowania socjologii w medycynie w: Socjotechnika. Praktyczne zastosowania socjologii, /red. Podgórecki M./, PWN, Warszawa, 1968
152. Sokołowska M., Rozwój i stan obecny socjologii medycyny w Polsce, "Studia Socjologiczne", 1976, 3
153. Sokołowska M., Granice medycyny, WP, Warszawa, 1980
154. Sokołowska M., Idee zdrowia i choroby w socjologii. Społeczeństwo i socjologia - Księga poświęcona Janowi Szczepańskiemu /red. Kulpińska J./, Ossolineum, Wrocław, 1985

55. Sokołowska M., Socjologia medycyny, PZWL, Warszawa, 1986

156. Sokołowska M., Poznawcza i społeczna tożsamość socjologii medycyny w: Socjologia zdrowia i medycyny. Materiały Konwersatorium 1986-88, IFIS PAN, Warszawa, 1989

157. Sopuch K., Struktura społeczna a wybór wartości, "Studia Socjologiczne", 1978, 1

158. Stankiewicz J., Walkowiak J., Niektóre problemy bezpieczeństwa pracy, "Humanizacja Pracy", 1980, 3

159. Stankiewicz J., Walkowiak J., Psychospołeczne uwarunkowania ruchu racjonalizatorskiego dotyczącego poprawy bezpieczeństwa pracy, "Humanizacja Pracy", 1983, 1

160. Stępniewski T. i in., Próby określenia zakresu wiadomości na temat zdrowia i higieny wśród gospodyń wiejskich, "Zdrowie Publiczne", 1970, 11

161. Stolarska M., Piwowarska-Pościk L., Zachowania w chorobie robotników przemysłu lekkiego w aspekcie ich postaw wobec zdrowia, "Zdrowie Publiczne", 1988, 2

162. Stres w pracy, /red. Cooper C.L., Pane R./, PWN, Warszawa, 1987

163. Successful Accident Prevention, Recommendations and Ideas Field Tested in the Nordic Countries, Institute of Occupational Health, Helsinki, 1987

164. Sufin Z., Praca jako wartość społeczna, PWN, Warszawa, 1962

165. Sufin Z., Wesołowski W., Miejsce pracy w hierarchii wartości, "Kultura i Społeczeństwo", 1963, 4

166. Symonds T.L. Burton A.K., Tilltson K.M., Main C.J., Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble, "Occupational Medicine", vol. 46. no.1, 1996

167. Szalkowski A., Społeczne aspekty bezpieczeństwa pracy, "Bezpieczeństwo Pracy", 1981, 1

168. Szczepański J., Uwagi o przedmiocie i zadaniach socjologii pracy w : Jak pracuje człowiek, /red. Szczepański J./, Warszawa, 1961

169. Szumowski W., Historia medycyny, PZWL, Warszawa, 1961

170. Szumpich S., Wpływ ergonomiczności warunków pracy na człowieka, "Humanizacja Pracy", 1976, 1

171. Świącicki A., Struktura jakościowa żywienia w Polsce, OBOP, Warszawa, 1964

172. Światowa Strategia Zdrowie dla Wszystkich Pracujących, Genewa, 1995, tłumaczenie IMP, 1995

173. Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all, World Health Organization, Copenhagen, 1985

174. Theorell T., Health promotion in the workplace w: Health Promotion Research, Towards a New Social Epidemiology, WHO Regional Publications European Series, no. 37, 1991

175. Titkow A., Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby. Studium warszawskie, PWN, Warszawa, 1983

176. Titkow A., Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie, "Studia Socjologiczne", 1976, 3

177. Titkow A., Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie w: Wstęp do socjologii medycyny, /red. Ostrowska A./, IFiS PAN, Warszawa, 1990

178. Titkow A., Socjologia zdrowia czy socjologia medycyny? Polska specyfika, "Nauka Polska" nr 2, 1993

179. Tobiasz-Adamczyk B., Czynniki psychospołeczne środowiska pracy w kształtowaniu absencji chorobowej wśród załogi Zakładów Chemicznych w Oświęcimiu, "Zdrowie Publiczne", 1979, 1

180. Tobiasz-Adamczyk B., Próba weryfikacji subiektywnej skali oceny stanu zdrowia osób w wieku produkcyjnym, "Przegląd Epidemiologiczny", 1985, 4

181. Tobiasz-Adamczyk B., Ocena zdrowia jako wartości w opinii ludzi w starszym wieku, "Zdrowie Publiczne", 1988, 4

182. Tobiasz-Adamczyk B., Basa-Cierpielek Z., Badania wiedzy pacjentów na temat niektórych pojęć medycznych, "Polski Tygodnik Lekarski", 1981, 30

183. Tobiasz-Adamczyk B., Chłopek H., Rola czynników pozazdrowotnych w kształtowaniu absencji chorobowej, "Ochrona Pracy", 1978, 6

184. Tobiasz-Adamczyk B., Sroczyńska K., Wskaźniki absencji chorobowej jako miernik związku pomiędzy subiektywną oceną stanu zdrowia pracowników, a zespołem czynników społecznego środowiska pracy, "Przegląd Lekarski", 1976, 11

185. Tryfan B., Zdrowie w hierarchii wartości rodziny wiejskiej, "Wieś Współczesna", 1982, 1

186. Tulli R., Życie i zdrowie jako wartość w kulturze wsi polskiej, IFiS PAN, 1983, /praca niepublikowana/

187. Uramowska-Żyto B., Socjologia fenomenologiczna wobec problemów zdrowia i choroby, w: Socjologia zdrowia i medycyny, Materiały Konwersatorium 1986-1988, IFiS PAN, Warszawa, 1989

188. Uramowska-Żyto B., Sosjologiczne koncepcje zdrowia i choroby w: Wstęp do socjologii medycyny, /red. Ostrowska A./, IFiS PAN, Warszawa, 1990

189. Urlings I.J.M., Safety Behaviour of Dutch Construction Workers, the Application of a Health Promotion Approach at the Workplace, Internacional Symposium on New Trends and Developments in Occupational Health Services, Dipoli Congres Centre Espoo, Finland 3-6 October, Institute of Occupational Health, Helsinki, 1989

190. U.S. Department of Health and Human Services, 1992 National Survey of Worksite Health Promotion Activities: Summary, "American Journal of Health Promotion", 1993, vol. 7, no. 6

191. Wałęga S., Bernardino Ramazzini - ojciec higieny pracy, "Wiedza i Życie", 1988, 5

192. Weinstein M.S., Health promotion and lifestyle change in the workplace, /Technical Paper prepared for Europe of the World Health Organization/, Copenhagen, 1983

193. Węclawik Z., Poziom wiedzy o zdrowiu i higienie wśród robotników leśnych w woj. szczecińskim, "Medycyna Wiejska", 1972, 4

194. White MC, Baker E.L., Larson M.B., Wolford R., The role of personal beliefs and social influences as determinants of

respirator use among construction painters, Scand J. Work Environ Health, 1988, 14

195. Widerszal-Bazyl M., Jak dobierać argumenty, "Przyjaciel przy Pracy", 1984, 7-8

196. Widerszpil S., Praca i jej rola w społeczeństwie socjalistycznym, problemy humanizacji pracy, w: Socjologia w zakładzie pracy, /red. Widderszpil S./, IWCRZZ, Warszawa, 1978

197. Wijnsma P., Design of a national health promotion policy for school personnel, 4 th European Conference of the International Union for Health Promotion and Education; Health promoting Settings, Beyond Ideology, Israel, 1997

198. Włodarczyk W.C., Zdrowie dla wszystkich do roku 2000 jako program polityki społecznej, "Praca i Zabezpieczenie Społeczne", 1987, 8

199. Włodarczyk W.C., Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce /praca habilitacyjna/, IMP, Łódź, 1988

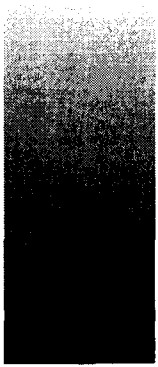
200. Włodarczyk W.C., Promocja zdrowia a polityka zdrowotna. Perspektywa uniwersalna i perspektywa lokalna, w: Promocja zdrowia, /red. Karski J.B., Słoińska Z., Wasilewski B.W./, Ignis, Warszawa, 1992

201. Włodarczyk W.C., Boczkowski A., Z badań nad świadomością zdrowotną społeczeństwa polskiego, "Praca i Zabezpieczenie Społeczne", 1989, 6

202. Workplace Health Promotion in Europe, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997

203. Wójcik P., Warunki pracy i ich wpływ na zdrowie robotników w latach 1980-1985 w: Potrzeby i aspiracje robotników, /red. Gilejko L., Wójcik P./, IBKR, Warszawa, 1987

204. Wróblewski S., Zakładowe programy humanizacji pracy, "Humanizacja Pracy", 1975, 4
205. Wynimko M., Dyscyplina a ochrona pracy, IWCRZZ, Warszawa, 1985
206. Vigarello G., Historia zdrowia i choroby - od średniowiecza do współczesności, Volumen, Warszawa, 1997
207. Zatoński A., Wystąpienie na II Seminarium Przeciwytoniowym, Zdrowotne skutki palenia tytoniu w społeczeństwie polskim, Warszawa, 16. XII. 1986 r., "Zdrowie Publiczne", 1988, 3
208. Ziółkowski I., Perspektywa zmniejszenia zagrożeń w procesach pracy w latach 1984-2000, "Ochrona Pracy", 1984, 8
209. Ziółkowski M., Znaczenie, interakcja, rozumienie, PWN, Warszawa, 1981
210. Ziółkowski M., Wiedza, jednostka, społeczeństwo, PWN, Warszawa, 1989



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	5
CZĘŚĆ I	
ZACHOWANIA I ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA W SFERZE PRACY - KSZTAŁTOWANIE SIĘ DZIEDZINY BADAWCZEJ I PROBLEMY POJĘCIOWE.....	9
CZĘŚĆ II	
STAN ZACHOWAŃ I ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ W SFERZE PRACY ZATRUDNIONYCH W PRZEMYSŁE W POLSCE	66
ZAKOŃCZENIE.....	134
BIBLIOGRAFIA.....	147