

CHARAKTERYSTYKA PRÓBY

W skład próby weszło 498 mężczyzn i 537 kobiet, w tym blisko 60% osób aktualnie pracujących. Ponad połowa badanych oceniła sytuację finansową swojego gospodarstwa domowego jako przeciętną, wymagającą oszczędnego gospodarowania (53%), a za złą i bardzo złą sytuację tę uznał co czwarty badany (25,2%). Blisko 80% respondentów uważa się za osoby w pełni zdrowe lub zdrowe, chociaż z drobnymi dolegliwościami. Zmienne te okazały się znaczące dla analizowanych rozkładów opinii na temat formalnego uzależnienia zatrudnienia od treści orzeczenia lekarskiego.

WYNIKI BADANIA

Zaledwie połowa badanych (49,9%) całkowicie zgadza się z poglądem, że od ludzi podejmujących pracę należy wymagać odpowiedniego stanu zdrowia. Natomiast częściej niż co trzeci respondent (35,4%) uważa, że tylko od ludzi podejmujących niektóre prace należy wymagać odpowiedniego stanu zdrowia, i co siódmy (13,8%), że: „od osoby podejmującej pracę należy wymagać jedynie odpowiednich kwalifikacji i umiejętności niezbędnych do dobrego wykonywania pracy”. Z poglądem, że od ludzi przyjmowanych do pracy należy wymagać odpowiedniego stanu zdrowia, częściej zgadzają się osoby, które oceniają sytuację finansową swojego gospodarstwa domowego jako dobrą ($p<0,05$, $C=0,15$), osoby aktualnie pracujące ($p<0,002$, $C=0,1$) i uznające się za w pełni zdrowe ($p<0,01$, $C=0,2$). A zatem, istnienie formalnej bariery zdrowotnej w podejmowaniu pracy akceptują przede wszystkim osoby, które nie czują się zagrożone ewentualnym niekorzystnym wynikiem oceny stanu zdrowia i jego następstwami polegającymi na odmowie zatrudnienia. Należy jednak podkreślić, że respondenci przez „odpowiedni stan zdrowia” rozumieli głównie „taki stan zdrowia, który pozwala na regularne przychodzenie do pracy i nie powoduje częstego korzystania ze zwolnień lekarskich”, a więc ogólny stan zdrowia, a nie stan zdrowia pozwalający sprostać zadaniom konkretnej pracy. I tylko nieco częściej niż co czwarty badany (27,5%) uważa, że stan zdrowia, którego należy wymagać od człowieka przyjmowanego do pracy to „taki stan zdrowia, który pozwoli podjąć wymaganiom pracy np. konieczności długotrwałego stania lub długotrwałego siedzenia, posiadania dobrego wzroku, dźwigania ciężkich przedmiotów”.

Wyniki te dowodzą, iż badania profilaktyczne pracowników postrzegane są przede wszystkim jako kompleksowa ocena stanu zdrowia, a nie jako badanie zdrowia w związku z narażeniami występującymi na stanowisku pracy. Toteż w rozumieniu większości osób badania te są korzystne i pożądane, jako okazja do kontaktu z lekarzem w sytuacji wysoce niesprawnego funkcjonowania instytucji służby zdrowia w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Za bezwzględnym utrzymaniem obowiązku poddawania się badaniom lekarskim przez wszystkich pracowników opowiada się 67,6% respondentów. Zatem przepis mówiący o obligatoryjnym charakterze badań profilaktycznych warunkującym dostęp do pracy zarówno kandydatów, jak i osób aktualnie pracujących, nie jest odczuwany jako dolegliwy, czy wręcz dyskryminujący osoby znajdujące się w gorszym stanie zdrowia i – w świetle tych wyników – może być traktowany jako społecznie usankcjonowany.

Rozkład opinii na ten temat nie pozostawia wątpliwości, że w relacji zdrowie-praca priorytet przyznawany jest zdrowiu i nawet wysokie bezrobocie nie uzasadnia – zdaniem badanych – pomijania stanu zdrowia przy przyjmowaniu ludzi do pracy. Taką opinię wyraża blisko 70% badanych. Jednak w tej kwestii nie ma pełnej zgody. Osoby niepracujące częściej uważają, że w sytuacji wysokiego bezrobocia powinno się przyjmować ludzi do pracy bez względu na ich stan zdrowia ($p<0,05$, $C=0,1$). Także ci respondenci, którym zdarzyło się, że nie przyjęto ich lub zwolniono z pracy na skutek niekorzystnego wyniku badania lekarskiego są przeciwni warunkowaniu zatrudnienia stanem zdrowia ($p<0,01$, $C=0,1$).

Zdrowie wyraźnie traci swoją wartość w sytuacjach, gdy jest bezpośrednio konfrontowane z pracą. Okazało się, że aby uzyskać zatrudnienie, niemal co dziesiąty spośród respondentów, którzy kiedykolwiek przechodzili profilaktyczne badanie lekarskie, nie powiedział lekarzowi o wszystkich swoich dolegliwościach i przebytych chorobach (8,9%).

Słonność do ukrywania problemów zdrowotnych w trakcie badań profilaktycznych ujawnia się też w poglądach dotyczących potencjalnego postępowania w sytuacji, gdy stan zdrowia może okazać

się przeszkodą w zatrudnieniu. Wprawdzie ponad 60% badanych twierdzi, że szukaloby wówczas pracy odpowiedniej do swojego stanu zdrowia, ale już co szósty (16,4%) przyznaje: „nie mówiłbym lekarzowi o swoich dolegliwościach i chorobach, starałbym się ukryć przed lekarzem swoje problemy zdrowotne”, a 6,4% respondentów szukałoby pracy, w której nie trzeba poddawać się badaniom lekarskim.

Należy też zauważyć, iż istnieje w populacji dość liczna grupa osób, które zgodziłyby się na podjęcie pracy ryzykownej dla zdrowia wyłącznie ze względu na, postrzegane jako korzystne, warunki finansowe. Co dziesiąty badany deklaruje, że podjąłby – z braku innych możliwości – taką pracę. Nie wydaje się jednak zasadne komentowanie tego faktu jedynie jako dowodu niskiego wartościowaniu zdrowia przez tę grupę osób. Jest to raczej skutek presji bieżących potrzeb i trudnej sytuacji społecznej, które powodują preferowanie pracy nawet za cenę zdrowia.

Na przykład, respondenci gorzej oceniający sytuację finansową swojego gospodarstwa domowego, częściej nie zgadzają się ze stwierdzeniem, że „za żadną cenę nie należy ryzykować utraty zdrowia przy wykonywaniu pracy”, a więc są skłonni pracować nie zważając na ryzyko zdrowotne ($p < 0,05$, $C = 0,1$).

WNIOSKI

Badani przypisywali na ogół, wyższą wartość pracy, gdy wiążące się z nią zagrożenia zdrowotne (i ich konsekwencje) postrzegali jako stan potencjalny, który może, ale nie musi nastąpić. Natomiast priorytet zdrowiu przyznawano w sytuacjach interpretowanych jako bezpośrednio zagrażające zdrowiu lub wywołujące chorobę. Ujawnił się więc mechanizm relatywizowania wartości zdrowia i pracy w zależności od postrzeganego jako realne, ryzyka ich utraty. Jeśli pytanie kwestionariuszowe sytuowało zdrowie lub pracę w kontekście niekorzystnym dla respondenta (np. zamiast pracy - brak pracy; zamiast zdrowia - choroba), wówczas wyższą wartość przypisywano temu obiektowi, który mógł być utracony.

Nie uważamy, że relatywizm ten świadczy o niekonsekwentnych lub nieukształtowanych poglądach i postawach. Przeciwnie, fluktuacja wartości przypisywanych zdrowiu i pracy, zarówno w strukturze hierarchicznej, jak i w układzie poziomym, a także w ich wzajemnych relacjach, odzwierciedla zmieniające się i skomplikowane warunki życia społecznego i dowodzi tkwiącej w społeczeństwie gotowości do reorientacji zachowań odpowiednio do zachodzących zmian sytuacji życiowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Bogusz R., Zdrowie jako wartość deklarowana i realizowana, [w:] Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, Piątkowski W. (red.), Wyd. UMCS Lublin 2004, ss. 127-139.
2. Dawydzik L. T., Opieka zdrowotna nad pracownikami w ujęciu Kodeksu pracy i przepisów wykonawczych do Kodeksu, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997, ss. 11-13.
3. Jałowiecki S., O pojęciu wartości i strukturze systemu wartości, *Prakseologia* 1974, 3-4.
4. Makowska-Matuszkiewicz E., Autonomia jednostki a zasady sprawowania opieki zdrowotnej na pracującymi, *Medycyna Pracy* 1997, 6.
5. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN Warszawa 1985, ss. 204-205.
6. Waszkiewicz L., Uwarunkowania zdrowia związane ze środowiskiem życia i wykonywaną pracą, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Barański J., Piątkowski W. [red.], Oficyna Wyd. ATUT Wrocław 2002, ss. 97-104.

STRESZCZENIE

Referat zawiera wyniki badania przeprowadzonego na ogólnopolskiej, losowo dobranej próbie 1035 osób w wieku aktywności zawodowej, bez osób utrzymujących się z pracy w rolnictwie indywidualnym. W wywiadzie kwestionariuszowym poddano społecznej ocenie przepis prawny, według którego zatrudnienie uzależnione jest od treści orzeczenia lekarskiego. Przyjęto założenie, że zaakceptowanie tej normy prawnej świadczy o przypisywaniu większej wartości zdrowiu niż pracy, natomiast jej zakwestionowanie – o skłonności do rezygnowania z bezpieczeństwa zdrowotnego na rzecz pracy. Okazało się, że badani przypisują wyższą wartość pracy, gdy wiążące się z nią zagrożenia zdrowotne

(i ich konsekwencje) postrzegają jedynie jako stan potencjalny. Natomiast zdrowiu nadawany jest priorytet w sytuacjach, które traktowane są jako zagrażające zdrowiu lub wywołujące chorobę. Wyniki badania ujawniły zjawisko relatywizowania znaczenia zdrowia i pracy w zależności od postrzeganego ryzyka utraty którejś z tych wartości.

ABSTRACT

The paper presents the results of a questionnaire research based on a representative sample of 1035 Polish respondents in age of professional activity (working on individual farms excluded). The legal regulations stipulating that employing a person is dependant on contents of medical health certificate, were subjected to public evaluation in the questionnaire. It was assumed that acceptance of that legal norm showed that the higher value is attributed rather to health than work, but its questioning showed the tendency to resigning from the health safety in favour of work. It appeared that respondents ascribe the higher value to work, when the health hazards connected with work (and also its consequences) are perceived only as potential ones. On the other hand – health has a priority in situations which are perceived as dangerous to health or causing illness. The results of research show that significance of health and work are related to perceived risk of loss of one of these two values.