



REDAKCJA NAUKOWA

**Jerzy Telak
Dariusz Skalski
Ewa Zieliński
Dawid Czarnecki**

Bezpieczeństwo, zarządzanie, medycyna i kultura fizyczna

Wybrane zagadnienia

TOM 2

Gdańsk 2020



***Bezpieczeństwo, zarządzanie,
medycyna i kultura fizyczna***

Wybrane zagadnienia

TOM 2



***Bezpieczeństwo, zarządzanie,
medycyna i kultura fizyczna***

Wybrane zagadnienia

TOM 2

Redakcja naukowa

Jerzy Telak
Dariusz Skalski
Ewa Zieliński
Dawid Czarnecki

Gdańsk 2020

**Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu imienia Jędrzeja Śniadeckiego
w Gdańsku**

Recenzja

Igor Grygus
Jarosław Cytkowski

Sekretarz redakcji

Katarzyna Dzierżanowska

Korekta, skład i łamanie

Jerzy Telak
Radosław Zwara

Okładka

Dariusz Skalski

Zdjęcie na okładce

Dariusz Skalski

Zawartość tej monografii jest objęta Creative Commons 4.0 BY NC ND.
Niniejsza monografia została opublikowana w wersji cyfrowej na <https://zenodo.org/>

Liczba znaków ze spacjami: 326 006
Liczba grafik: 19 x 1 000 znaków (ryczajt) = 19 000 znaków
Razem: 345 006 znaków
8,625 arkusza wydawniczego

Copyright © by Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Gdańsk 2020

WYDAWNICTWO UCZELNIANE
Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego
ul. Kazimierza Górskiego 1, 80-336 Gdańsk
tel. +4858 554 71 61
wydawnictwo@awf.gda.pl

ISBN 978-83-62390-35-9

Struktura społeczna, nierówności i zróżnicowanie społeczne a edukacja zdrowotna

Dariusz Skalski¹, Piotr Makar¹, Oksana Zabolotna², Oksana Telak³, Andrzej Ostrowski⁴

¹ Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku
Wydział Kultury Fizycznej, Katedra Sportu – Zakład Sportów Wodnych

² Humański Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. Pawła Tytyny w Humanu (Ukraina)

³ Szkoła Główna Służby Pożarniczej w Warszawie

⁴ Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie
Zakład Sportów Wodnych

Słowa kluczowe: struktura społeczna, nierówności społeczne, wychowanie fizyczne, szkoła

Streszczenie

W szybko rozwijającym się świecie, powszechnym dostępie do dóbr konsumpcyjnych i edukacji wydawać by się mogło, że różnice pomiędzy poszczególnymi grupami społecznymi powinny się zacierać i mieć coraz mniejsze znaczenie dla osobistego rozwoju jednostki i poziomu jej zdrowia i świadomości. Jednak okazuje się, że jest wiele czynników, które w ogromnym stopniu wpływają na istnienie nierówności społecznych i je podtrzymują, zamiast je likwidować.

Wstęp

Istnieją pewne elementy, które tworzą trwały układ relacji w społeczeństwie. Układ ten, to właśnie struktura społeczna. Jego pierwszy element to statut, czyli pozycja danej osoby w strukturze stosunków społecznych (matka, żona, ...). Mówi się o *statusach przypisanych*, że są nadawane jednostce przez społeczeństwo lub grupy bez jej woli – przynajmniej na początku. Ludzie nie mogą wybierać swojej rasy, pochodzenia etnicznego, płci, a nawet klasy społecznej. Statusy te są funkcją rodziny, w której się urodzili. Istnieją również *statusy osiągnięte*, które zależą od jakości, na które jednostka ma wpływ, np. status małżeński i zawodowy, a także status w grupach nieformalnych (przyjaciół, przewodniczący klubu, itp.)¹.

Drugim elementem tworzącym układ struktury społecznej jest rola, czyli to wszystko czego oczekuje się od jednostki mającej określony status, są to oczekiwania wobec roli, a rola to nie tylko obowiązki, to również pewne prawa. Na przykład pracownik w kancelarii notarialnej musi być punktualny i kompetentny, ale ma prawo do świadczeń zdrowotnych do zwolnień lekarskich i urlopów. Konflikt roli zachodzi wówczas, gdy związek między statusem i rolą nie jest obustronnie kompatybilny, pojawia się np. gdy przepisy związane z dwoma lub więcej statusami są sprzeczne. Konflikty tego rodzaju wymagają od ludzi oceny i wyboru między dwoma uzasadnionymi żąda-

¹ B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 2003, s. 145.

niami². Kolejnym elementem struktury społecznej są grypy, czyli wspólni członkowie mający poczucie własnej tożsamości i wspólny zestaw oczekiwań jak również posiadają wspólną cechę lub przebywają w tym samym czasie w jednym miejscu³.

Grupy są wyróżniającą cechą życia społecznego, a większość działań odbywa się w kontekście grup, do których zalicza się rodzinę, zespoły, grupy pracownicze. Następnym elementem wchodzącym w skład struktury społecznej jest organizacja, czyli typ grupy specjalnie stworzonej, po to by wykonywać jakieś specjalne zadania. Organizacja ma sformalizowaną strukturę, za pośrednictwem której stara się spełnić to zadanie. Organizacje różnią się wielkością i regułami formalnymi i wymaganiami stawianymi członkom, które umożliwiają organizacjom osiągnięcie ich celów⁴.

Ostatnim składnikiem układu struktury są instytucje społeczne, które cechuje stabilny system wartości, norm, statusów, przepisów roli, grup społecznych i organizacji, które związane są z pewnym specyficznym obszarem ludzkiej aktywności. Instytucją społeczną, jedną z najistotniejszych dla współczesnej cywilizacji, jest gospodarka⁵.

Nierówności i zróżnicowanie społeczne

Teraz należałoby zastanowić się, czym są nierówności i zróżnicowanie społeczne. Istnieje zależność między tymi dwoma pojęciami, a mianowicie, nierówność zawiera się w zróżnicowaniu, które jest zjawiskiem o szerszym zakresie i staje się formą nierówności. Najprościej mówiąc, oznacza to, że jedni ludzie mają pewnych rzeczy więcej niż drudzy. Najbardziej jest to widoczne w dostępności do dóbr materialnych. Tym, którym powodzi się lepiej, mają lepsze samochody, korzystają z usług turystycznych w ekskluzywnych kurortach, mają wyższą pozycję w społeczeństwie niż ci, których nie stać na takie luksusy. Najlepiej policzalną charakterystyką nierówności jest zróżnicowanie dochodów, następnie władza, prestiż, styl życia i na końcu sfera kultury⁶.

Zróżnicowanie społeczne jest ciągłym pojawianiem się nowych ról i podziałów. Ludzie różnią się od siebie różnymi cechami wyglądu czy też wiekiem, ale nie to jest najistotniejszą cechą zróżnicowania. Otóż ważną cechą jest to, jakie każdy człowiek posiada wykształcenie oraz jaki wykonuje zawód. Zróżnicowanie jest podstawowym aspektem każdej struktury społecznej, jest zbiorem wszystkich możliwych podziałów. Podstawową i najważniejszą funkcją jest tworzenie strukturalnych ram dla identyfikacji, poczucia tożsamości i zakorzenienia w grupach o takiej samej wspólnotce duchowej, czyli w rodzinie lub narodzie⁷.

² Ibidem, s. 145-146.

³ Ibidem, s. 185.

⁴ N. Goodman, *Wstęp do socjologii*, Zysk i S-ka Wydawnictwo s.c., Poznań 1997, s. 55.

⁵ Ibidem, s. 55.

⁶ H. Domański, *Struktura społeczna*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2004, s. 25.

⁷ Ibidem, s. 24.

Edukacja zdrowotna

Prawidłowy rozwój, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne dziecka stanowią o potencjale zdrowotnym i ekonomicznym społeczeństwa. Ważne jest, aby treści o charakterze prozdrowotnym przekazywać już od najmłodszych lat. Wiek przedszkolny jest tym okresem w życiu człowieka, w którym najtrwalej kształtuje się aktualne i przyszłe zachowania dotyczące zdrowia. W tym okresie dziecko potrzebuje ruchu, który jest dla niego naturalną potrzebą fizjologiczną. Chodzi więc o to, aby pielęgnować i podtrzymywać jego naturalne formy, a jednocześnie sterować rozwojem cech motoryki i rozwijać umiejętności ruchowe. Wzbogacenie wiedzy dziecka o elementy świadomości zdrowia własnego i innych, tworzenie warunków do promowania zdrowego stylu życia, oraz nabywanie umiejętności dbania o zdrowie to podstawa edukacji zdrowotnej dziecka w przedszkolu. Poznanie możliwości własnego organizmu, czynników które mu szkodzą lub pomagają w rozwoju, to również lepsze poznanie otaczającej dziecko rzeczywistości: zasady, metody i techniki, dotyczące propagowania wśród dzieci zdrowia i promowania prozdrowotnych form aktywności, to przede wszystkim prezentacja zdrowego stylu życia przez nauczyciela, który stanowi swoisty wzorzec właściwego zachowania. W związku z tym nauczyciel sam musi podjąć decyzję dotyczącą swojego stylu życia. Wyeksponowanie momentów wychowawczych, podczas których wskazuje siebie jako przykład, jest o wiele skuteczniejsze niż egzekwowanie nakazów i zakazów, będących w sprzeczności z tym co na co dzień prezentuje.

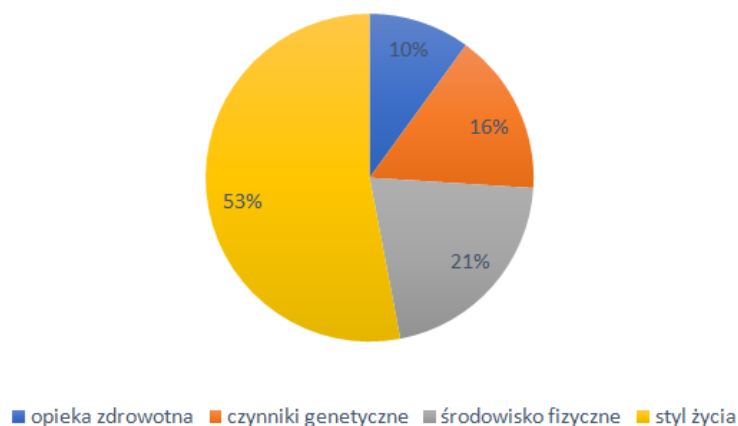
Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym i komplementarnym elementem promocji zdrowia, chociaż edukacja zdrowotna to ukierunkowane działanie na jednostkę, a promocja zdrowia oddziałuje na system społeczny. Edukacja zdrowotna to proces wzajemnie ze sobą powiązanych elementów, w którego zakres wchodzi wiedza o zdrowiu związana z funkcjonowaniem własnego organizmu, umiejętność zapobiegania i radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wiedza i umiejętność związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej, wiedza o czynnikach środowiskowych, społecznych i politycznych wpływających na zdrowie. Promocja zdrowia jest nowym spojrzeniem na edukację, a szczególnie na wychowanie w aspekcie zdrowotnych oddziaływań i zdrowotnych skutków. Edukacja zdrowotna jest fundamentalnym prawem socjalnym dziecka zagwarantowanym zapisami Konwencji o Prawach Dziecka. Edukacja powinna być rozpatrywana jako długofalowa „inwestycja” w zdrowie społeczeństwa⁸.

Wiedzę przydatną dla rozwoju edukacji w strukturach społecznych uzyskiwano poprzez obserwację zachowania, a za tym szło naśladownictwo. Rodziny chłopskie i mieszczańskie były jednostkami produkcyjnymi: rolniczymi, rzemieślniczymi. Dzieci od najmłodszych lat uczestniczyły w ich pracach i w ten sposób zdobywały różne umiejętności praktyczne i zawodowe. Nauka zawodu poza rodziną odbywała się przez terminowanie u majstrów, co oznaczało przyłączanie się na pewien czas do ich gospodarstw domowych - rodzin. Ten sposób zdobywania kwalifikacji zawodowych nie

⁸ K. Dudkiewicz, K. Kamińska, *Edukacja zdrowotna*, Nasza Księgarnia, Warszawa 2001.

wymagał umiejętności czytania i pisania. Nie wymagała jej również praca rękodzielnicza⁹.

Duży wpływ na zdrowie ma styl życia, który zależy od tego w jakim przebywa społeczeństwie i jaki wywiera na niego wpływ. Wykres procentowego udziału czynników wpływających na stan zdrowia został przedstawiony na rycinie 1.



Rycina 1. Wykres procentowego udziału czynników wpływających na stan zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie:

<http://www.klimatazdrowie.pl/uploads//czynnikinastanzdrowia.jpg>

Edukację zdrowotną można rozumieć jako proces pojawiania się instytucji społecznych, które uczyniły edukację ważnym elementem społeczeństwa i doprowadziły do powstania systemu edukacji. Edukacja często kojarzy się z oświatą, a powinno się ją rozumieć jako proces, dzięki któremu jednostki nabywają wiedzę, umiejętności, kształtują cechy osobowości, pogłębiają się ich społeczno-kulturowe kompetencje. Edukację będzie się również uważać jako kształcenie i wychowanie w ramach systemu szkół, które ten proces wypełniają¹⁰.

Poprzez edukację zdrowotną można rozumieć i rozpatrywać ją jako edukację fizyczną, bo przecież znane jest powszechnie powiedzenie: „w zdrowym ciele, zdrowy duch”. Przysłowie to mówi, że aby być zdrowym medycznie, czyli nie przejawiać większych oznak chorobowych trzeba być sprawnym fizycznie. Tylko ruch, zdrowy tryb życia i prawidłowe odżywianie, dają pełne zdrowie całego organizmu człowieka.

Według Z. Dziubińskiego, przyglądając się edukacji fizycznej z perspektywy socjologicznej, należy ją rozumieć jako:

⁹ B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003, s. 418.

¹⁰ Z. Dziubiński, Z. Krawczyk, *Socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2011, s. 298.

- „całozyciowy, złożony wieloaspektowy proces uczenia się, dzięki któremu człowiek staje się uczestnikiem kultury fizycznej. Tak rozumiana edukacja fizyczna jest tożsama z socjalizacją do kultury fizycznej”¹¹,
- „celowy, zaplanowany i prowadzony przez profesjonalistów proces kształcenia i wychowania do kultury fizycznej. Tak rozumiana edukacja fizyczna jest domeną systemów edukacyjnych oraz stanowi element szkolnego programu kształcenia i wychowania”¹².

Spółeczne nierówności w zdrowiu

Nierówności w zdrowiu spowodowane są wieloma czynnikami społecznymi, które kształtują warunki, w jakich ludzie się rodzą, wychowują, pracują i leczą. Zalicza się do nich czynniki makrospołeczne tj.:

- polityka gospodarcza,
- bezrobocie,
- ubóstwo,
- zagrożenia zdrowia np. w miejscu pracy,
- kapitał społeczny,
- organizacja i funkcjonowanie ochrony zdrowia.

Wpływ na nierówności mają także zachowania człowieka, tj.:

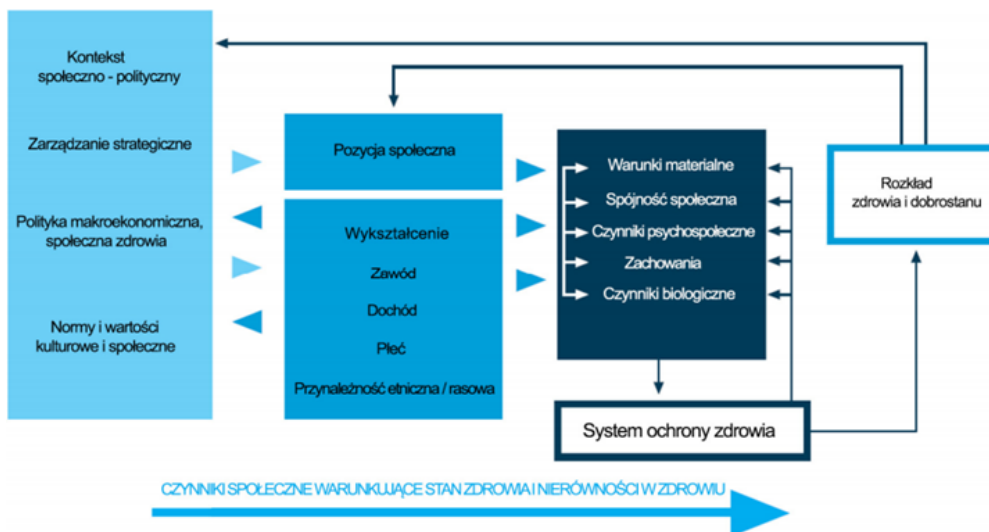
- palenie tytoniu,
- nadużywanie alkoholu,
- aktywność fizyczna,
- sposób odżywiania się.

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej ma znaczenie w tworzeniu się nierówności społecznych. Czynniki, w zmienny sposób wpływające na grupy społeczne, stanowiące jedne z głównych przyczyn powstawania nierówności społecznych w zdrowiu, zostały przedstawione na rycinie 2.¹³

¹¹ Ibidem, s. 303.

¹² Ibidem.

¹³ *Spółeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO Regional Office for Europe, s. 13, <https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Spoleczne-nerownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf>, [dostęp: 4.01.2020 r.].



Rycina 2. Schemat – społeczne czynniki oddziałujące na stan zdrowia
 – Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce
 Źródło: WHO Regional Office for Europe, s. 13,
<https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Spoeczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf>

Zróźnicowanie pozycji społecznych wiąże się ze zróźnicowaniem strukturalnym stanu zdrowia. Przeprowadzono wiele badań potwierdzających związek pozycji społecznej ze zdrowiem oraz czynnikami zagrażającymi zdrowiu, udowodniono, że niski status społeczno-ekonomiczny, który jest głównym elementem pozycji społecznej, pozostaje w ścisłym związku z zachorowalnością i umieralnością. Szacuje się, iż dwukrotnie większe ryzyko zachorowania na poważną chorobę i przedwczesny zgon dotyczy osób zajmujących niskie pozycje w strukturach społecznych. Status społeczno-ekonomiczny ma wpływ na występowanie czynników ryzyka chorób, może to mieć związek np. z niższym poziomem wiedzy zdrowotnej, antyzdrowotnymi stylami życia, niskim poziomem wsparcia społecznego, wyższą ekspozycją na działanie stresu, a także ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza specjalistycznych¹⁴.

Z pojęciem społeczne nierówności integralnie związane jest pojęcie społeczne determinanty, które pojawiło się w teorii zdrowia publicznego w latach siedemdziesiątych minionego wieku i miało na celu zaakcentowanie znaczenia tego obszaru dla warunków społecznych, rozwoju i ochrony zdrowia. W zakres społecznych determinantów zdrowia wchodzi różne czynniki, m.in. pozycja społeczna, cechy położenia społecznego i zasoby, do których dostęp wyznacza pozycja społeczna¹⁵.

¹⁴ Z. Stońska, J. Koziarek, *Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2011, tom IX, nr 2 s. 64–65.

¹⁵ Ibidem, s. 65.

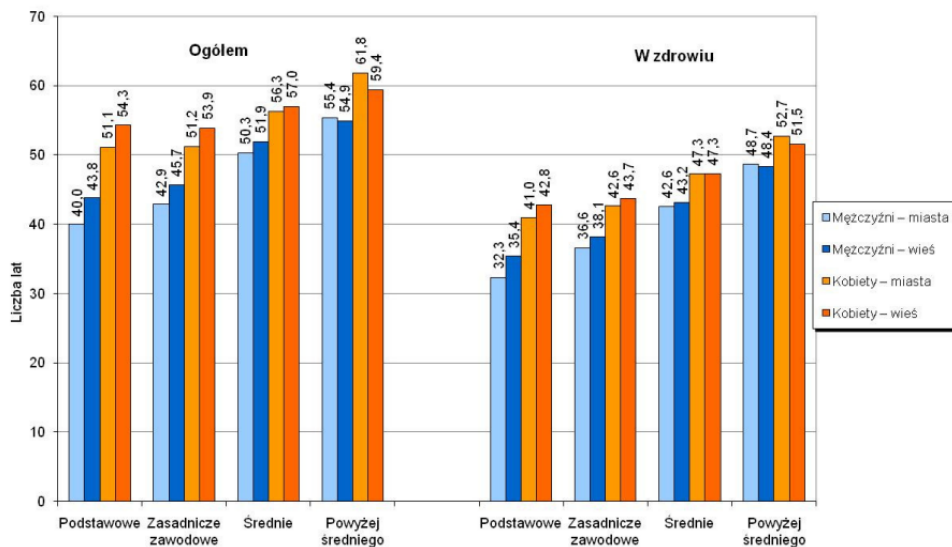
Badania porównawcze obejmujące populację Stanów Zjednoczonych i Kanady dostarczyły ciekawych informacji na temat relacji pomiędzy czynnikami społecznymi, a zdrowiem. Z tych badań wynika, że w poszczególnych populacjach te same czynniki społeczne mogą oddziaływać z różną siłą na zdrowie. Przykładowo udowodniono, że dostęp do opieki zdrowotnej oraz psychospołeczne i behawioralne czynniki ryzyka bardzo silnie wpływały na zdrowie zarówno Amerykanów, jak i Kanadyjczyków, ale w oby tych krajach konsekwencje zdrowotne ich oddziaływania różniły się istotnie, np. otyłość, palenie tytoniu i niski poziom satysfakcji życiowej miały silniejsze negatywne oddziaływanie na zdrowie Amerykanów, natomiast niski poziom aktywności fizycznej oraz niezaspokojone potrzeby zdrowotne miały najsilniejsze znaczenie w przypadku zdrowia Kanadyjczyków¹⁶.

Wykształcenie, a zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej

Zróżnicowania i nierówności w obszarze zdrowia, występujące pomiędzy grupami o różnych statusach społecznym, stały się – przynajmniej od lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, po wydaniu słynnego raportu Douglasa Blacka – nie tylko istotnym problemem dla publicznych polityk zdrowotnych w skali makro, ale także coraz częściej wyzwaniem dla programów promocji zdrowia w organizacjach i małych społecznościach, a także dla komunikowania o zdrowiu w interakcjach profesjonalistów z ich klientami (podopiecznymi, pacjentami). W tej pierwszej perspektywie uwagę zwraca się głównie na strukturalne przyczyny nierówności i ich konsekwencje dla ładu i rozwoju wspólnotowego (degradacji biologicznej, kolejnych rozwarstwień, konfliktów i marginalizacji społecznej, kosztów zabezpieczenia grup o gorszym statusie), na możliwości masowego przeciwdziałania im oraz na wartości wyborów, w imię których konstruowane są polityki. Natomiast w skali mikro zainteresowanie skupia się raczej na poszukiwaniu sposobów szybkiego, skutecznego oddziaływania na niekorzystną sytuację zdrowotną osób i grup uznanych za poszkodowane, możliwych do zastosowania w bezpośrednich kontaktach z nimi. W wielu politykach zdrowia publicznego i programach promocji zdrowia, sposobem niwelowania nierówności staje się edukacja zdrowotna, kierowana do przedstawicieli tych grup. Przyjmuje się, że edukacja pozwala na zmianę tych treści, sposobów i mechanizmów świadomości, które są odpowiedzialne za stosunek do zdrowia i styl życia. Wykres przeciętnej długości życia ogółem i w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mieszkańców miast i wsi w wieku 25l według płci i poziomu wykształcenia w Polsce w 2002 r. został przedstawiony na rycinie 3.¹⁷

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO Regional Office for Europe, <https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Spoleczne-nerownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf> s. 13, [dostęp: 4.01.2020 r.].



Rycina 3. Przeciętna długość życia ogółem i w zdrowiu mieszkańców miast i wsi w wieku 25 lat według pci i poziomu wykształcenia w Polsce, 2002 r.

Źródło: *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, WHO Regional Office for Europe, s. 13.*

Wyraźnie widać na podstawie danych wykazanych na rycinie 3., że średnia długość życia, zarówno kobiet i mężczyzn, jest znacznie wyższa w przypadku osób z wykształceniem powyżej średniego. Natomiast najkrótsza średnia lat życia przypada na osoby najmniej wykształcone, z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Przy czym należy zauważyć, że również środowisko zamieszkania ma duże znaczenie, ponieważ mieszkańcy wsi żyją dłużej niż mieszkańcy miast.

Badania wskazują, że grupy o niskim statusie, zwłaszcza te najniżej uplasowane w hierarchii społecznej, a zatem często marginalizowane a nawet wykluczone, odróżniają się poziomem świadomości, w tym zdrowotnej, od reszty społeczeństwa, która niewątpliwie ma lepsze wskaźniki stanu zdrowia. Sytuacja ta jest odzwierciedleniem m.in. poziomu wykształcenia obywateli określanego poprzez liczbę lat nauki lub rodzaj ukończonej szkoły. Oczywiście jest to ściśle związane z innymi aspektami pozycji społeczno-ekonomicznej. Innymi uwarunkowaniami gorszego stanu zdrowia tej grupy mogą być np. rzadsza gotowość do prozdrowotnych zmian w dotychczasowym zachowaniu i psychiczną zdolność do kontynuowania rozpoczętej zmiany, ograniczone wsparcie społeczne dla zachowania prozdrowotnego i częstsze przyzwolenie dla zachowania ryzykownego, mniejszą otwartość na przekazy edukacji zdrowotnej¹⁸.

¹⁸ K. Puchalski, E. Korzeniowska, *Zróźnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom IX, nr 2, 85–96.

Zakończenie

W grupach o różnym statusie społeczno-ekonomicznym występuje duże zróżnicowanie wskaźników zdrowia i wiedzy o nim. Bierze się to stąd przede wszystkim, iż w grupach o niższym statusie, ludzie mają mniejszy dostęp przepływu informacji o zdrowiu, czego skutkiem są większe umieralności i zachorowania na różne choroby, dzieci rodzące się mają mniejszą masę urodzeniową, większa jest umieralność niemowląt. Częściej zdarza się zaobserwować, że ludzie z grup o niższym statusie mają wady wrodzone, więcej jest osób niepełnosprawnych, mają zaburzenia rozwoju fizycznego i psychospołecznego. Grupy te charakteryzuje też więcej zachowań niekorzystnych dla zdrowia, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu¹⁹.

Może kiedyś uda się zrównać poziom dostarczanej wiedzy o edukacji zdrowotnej dla wszystkich warstw i grup społecznych, np. dzięki programowi „Zdrowi na starcie”, zapoczątkowanemu przez Biuro Europejskie WHO w 1985 r. i jego nowelę „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Programy te mają na celu: „do roku 2020 zredukować różnice zdrowotne pomiędzy grupami społeczno-ekonomicznymi wewnątrz krajów przynajmniej o jedną czwartą we wszystkich krajach członkowskich, dzięki istotnej poprawie stanu zdrowia grup znajdujących się w niekorzystnym położeniu”²⁰.

Widoczna jest poprawa edukacji zdrowotnej w Polsce poprzez wdrażanie do różnych grup, programów profilaktyki wielu chorób. Istnieją też programy obowiązkowe takie jak szczepienia czy badania okresowe dla grup zawodowych. Nie każdy człowiek jest świadomy istnienia takich programów, ale wiele kampanii społecznych (pracownicy ochrony zdrowia, media, środki komunikacji publicznej, urzędy, poczty, parafie, itp.) odpowiednio przygotowanych, motywują ludność do brania w nich udziału²¹.

Obecnie edukacja zdrowotna jest bardzo rozpowszechniana oraz jest stawiany duży nacisk na tą, że edukację we wszystkich placówkach oświatowych. Edukacja naszego życia zaczyna się w środowisku rodzinnym, które jest różne, i nie zawsze wszystkie ważne informacje dotyczące ochrony naszego zdrowia zostaną przekazane w sposób właściwy lub w ogóle ich nie będzie. Kiedy dziecko zaczyna wiek przedszkolny, ważne jest, aby do przedszkola uczęszczało, ponieważ wszystkie programy nauczania począwszy od trzylatków, mają na celu nie tylko przygotowanie dzieci do czytania, pisania czy liczenia, ale także do dbania o własne zdrowie i bezpieczeństwo.

Piśmiennictwo

Publikacje

1. Domański H., *Struktura społeczna*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
2. Dudkiewicz K., Kamińska K., *Edukacja zdrowotna*, Nasza Księgarnia, Warszawa 2001.

¹⁹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2007, s. 67.

²⁰ Ibidem, s. 68.

²¹ Ibidem, s. 69.

3. Dziubiński Z., Krawczyk Z., *Socjologia kultury fizycznej*, Wydawnictwo AWF, Warszawa 2011.
4. Goodman N., *Wstęp do socjologii*, Zysk i S-ka s.c., Poznań 1997.
5. Puchalski K., Korzeniowska E., *Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom IX, nr 2, 85–96.
6. Słońska Z., Koziarek J., *Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2011, tom IX, nr 2.
7. Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003.
8. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN S.A., Warszawa 2007.

Źródła internetowe

1. *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO Regional Office for Europe, <https://wsse.krakow.pl/page/wp-content/uploads/2013/06/Spoeczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf>