

Karolina Pawłowska-Cyprysiak



LISTA KONTROLNA  
SZKOLENIA I EDUKACJA  
PRACOWNIKÓW 50+

dla pracowników

Lista kontrolna CIOP-PIB

LISTA KONTROLNA – SZKOLENIA I EDUKACJA PRACOWNIKÓW 50+ dla pracowników

*Opracowano na podstawie wyników IV etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” sfinansowanego w latach 2017-2019 w zakresie zadań służb państwowych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.*

*Koordinator Programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.*

*Zadanie 4.G.07: Wspieranie procesu uczenia się osób starszych, jako determinanta ich aktywności zawodowej*

Autor:

mgr Karolina Pawłowska-Cyprysiak – Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Zakład Ergonomii, Pracownia Fizjologii i Higieny Pracy

Zdjęcie na okładce: bigstock-Line-File-Documents-And-Paper-C-372363166.jpg

© Copyright by

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy  
Warszawa 2019

**CIOP**  **PIB**

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy  
ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa  
tel. (48-22) 623 36 98, [www.ciop.pl](http://www.ciop.pl)



### Pytania ogólne

		TAK	NIE
1	Czy pracuje Pan/Pani na stanowisku kierowniczym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Czy uważa Pan/Pani, że posiada wszelkie niezbędne kompetencje wymagane na Pana/Pani stanowisku pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Czy Pana/Pani praca wymaga uczenia się nowych rzeczy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy Pana/Pani praca wymaga uaktualniania posiadanych kompetencji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy ma Pan/Pani określone obszary z zakresu swojej pracy, z których chciałby/chciałaby Pan/Pani zdobyć nową dla Pana/Pani wiedzę lub poszerzyć wiedzę już przyswojoną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy w Pana/Pani przedsiębiorstwie pyta się pracowników o potrzeby w zakresie szkoleń, tj. czego i w jaki sposób chcieliby się uczyć?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Czy jest Pan/Pani pytany/pytana w swoim przedsiębiorstwie o preferencje względem szkoleń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Czy pracowników 50+ włącza się w proces tworzenia szkoleń, korzysta się z ich doświadczeń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Czy ma Pan/Pani potrzebę uczestnictwa w szkoleniach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Czy ma Pan/Pani potrzebę uczestnictwa w szkoleniach, dzięki którym może się poprawić Pana/Pani sposób wykonywania pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Czy uczestniczy Pan/Pani w szkoleniach organizowanych w siedzibie przedsiębiorstwa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Czy uczestniczy Pan/Pani w szkoleniach organizowanych poza miejscem pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Jak często według Pana/Pani powinny być organizowane szkolenia dla pracowników w wieku 50 lat i więcej?		
	– Raz w miesiącu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Raz na kwartał.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Raz na pół roku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Raz na rok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Inne, proszę podać jakie?.....		
14	Czy uczestniczy Pan/Pani w szkoleniach, kursach i warsztatach organizowanych poza siedzibą firmy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Motywacje do podejmowania szkoleń**

		TAK	NIE
15	Co wpływa na Pana/Pani chęć uczestnictwa w szkoleniach, kursach itd.?		
	– Chęć nabycia nowych kwalifikacji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Możliwość awansu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Chęć zmiany kierunku kariery zawodowej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Motywy finansowe (wyższe kwalifikacje = wyższe zarobki).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Konieczność/obowiązek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Naciski ze strony innych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Chęć rozwijania zainteresowań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Chęć aktywnego spędzania czasu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Chęć wypełnienia wolnego czasu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Traktowanie nauki jako wyzwania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– „Lubię się uczyć”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Uczestnictwo w szkoleniach to sposób na poznanie nowych ludzi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Uczenie się rozwija mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Uczenie się pozwala na aktywniejsze życie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Zapewnienie jasnej informacji zwrotnej po szkoleniu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Stwarzanie warunków sprzyjających uczeniu się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Możliwość wykorzystania nabytych kompetencji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Diagnoza potrzeb szkoleniowych pracowników i zaspokajanie tych potrzeb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Wykorzystanie Pana/Pani wiedzy i doświadczenia przy planowaniu oraz przeprowadzaniu szkoleń.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Zapewnienie dostępu do szkoleń w takim samym stopniu jak pracownikom młodszym.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Tworzenie ścieżki edukacyjnej na podstawie indywidualnych potrzeb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Inne, proszę podać jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Przeszkody w uczestnictwie w szkoleniach**

		TAK	NIE
16	Co wpływa na Pana/Pani niechęć do uczestnictwa w szkoleniach, kursach itd.?		
	– Nie mam potrzeby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Nie chce mi się.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Trudno mi się skupić.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Mam problemy z pamięcią.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Mam problemy ze zdrowiem i nie pozwala mi ono na uczestnictwo w szkoleniach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Nie mam na to czasu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Opiekuję się osobą zależną (wnukami / starszym rodzicem / osobą niepełnosprawną).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Nie mam wiedzy o szkoleniach, kursach itd. odpowiednich dla mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Moja praca nie wymaga tego ode mnie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Szkolenia są za drogie i nie mogę sobie na nie pozwolić.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Myślę o emeryturze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Mój pracodawca nie proponuje mi uczestnictwa w szkoleniach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Szkolenia do niczego mi się nie przydadzą.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Inne, proszę podać jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tematyka szkoleń		TAK	NIE
17	Czy ma Pan/Pani określoną tematykę, którą jest Pan/Pani najbardziej zainteresowany/zainteresowana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Czy zgłasza/zgłaszał/zgłaszała Pan/Pani tematykę szkoleń, którą jest Pan/Pani zainteresowany/zainteresowana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Jaką tematyką szkoleń jest Pan/Pani zainteresowana? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kursy komputerowe.</li> <li>– Kursy językowe.</li> <li>– Kursy branżowe.</li> <li>– Kursy radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi.</li> <li>– Kursy asertywności.</li> <li>– Kursy z zarządzania czasem.</li> <li>– Kursy związane z tematyką zachowania równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym.</li> <li>– Kursy/szkolenia związane z tematyką zdrowotną (jak dbać o zdrowie, profilaktyka chorób związanych z wiekiem itp.).</li> <li>– Szkolenia umożliwiające rozwój hobby/pasji.</li> <li>– Inne, proszę podać jakie?.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	Czy materiał szkoleniowy jest przystosowany do możliwości percepcyjnych pracowników w wieku 50+?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Czy uważa Pan/Pani, że szkolenia ogólne są tak samo potrzebne jak szkolenia branżowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Czy kiedykolwiek pytano Pana/Panią o preferencje dotyczące metody prowadzenia szkoleń, która Panu/Pani odpowiada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Metody prowadzenia szkoleń		TAK	NIE
23	Czy zgłasza/zgłaszał/zgłaszała Pan/Pani metodę prowadzenia szkoleń, którą jest Pan/Pani zainteresowany/zainteresowana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Jakie metody szkolenia Pan/Pani preferuje? <ul style="list-style-type: none"> <li>– Metody podające oparte na słowie i bierności uczestników (np. wykład, pogadanka czy opis).</li> <li>– Metody problemowe polegające na rozwiązywaniu konkretnych problemów.</li> <li>– Metody aktywizujące oparte na aktywności uczestników (np. inscenizacja czy dyskusja).</li> <li>– Metody eksponujące oparte na pokazywaniu (np. demonstracja czy inscenizacja).</li> <li>– Metody programowane polegające na stosowaniu różnorodnych programów (np. z użyciem komputera).</li> <li>– Metody praktyczne oparte na ćwiczeniach z danej dziedziny.</li> <li>– Inne, proszę podać jakie?.....</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Umiejętności osoby szkolącej		TAK	NIE
25	Czy jest Pan/Pani w stanie wymienić umiejętności osoby prowadzącej szkolenia, które według Pana/Pani są ważne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>26</b>	Jakie umiejętności osoby szkolącej są według Pana/Pani istotne?		
	– Odwołuje się do doświadczeń uczestników szkolenia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Odwołuje się do tego, co zostało powiedziane na szkoleniu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Pokazuje sposoby rozwiązania problemów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Pyta o oczekiwania uczestników.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Słucha i obserwuje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Prowadzi wykład, nie inicjując dyskusji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Jest „wszechwiedzący”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Potrafi z różnych osób i osobowości stworzyć grupę i z nią pracować.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Jest wnikliwy i dopytuje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Jest stanowczy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Potrafi przyjąć konstruktywną krytykę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Podtrzymuje kontakt wzrokowy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Gestykuluje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Inne, proszę podać jakie?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Grupa szkolona

		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>27</b>	Czy chce się Pan/Pani szkolić w grupie uczestników w podobnym wieku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28</b>	Czy chce się Pan/Pani szkolić w grupie uczestników w różnym wieku (starsze i młodsze grupy)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Typy szkoleń

		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>29</b>	Czy kiedykolwiek pytano Pana/Panią o preferowane typy szkoleń, które Panu/Pani odpowiadają?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>30</b>	Czy zgłasza/zgłaszał/zgłaszała Pan/Pani typ szkoleń, którym jest Pan/Pani zainteresowany/zainteresowana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>31</b>	Jakimi typami szkoleń jest Pan/Pani zainteresowany/zainteresowana?		
	– Szkolenia stacjonarne organizowane w zakładzie pracy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Szkolenia niestacjonarne organizowane poza zakładem pracy (szkolenia w tym samym mieście).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Szkolenia wyjazdowe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– E-learning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Szkolenia organizowane w siedzibie firmy przez młodszych pracowników (wzajemne korzystanie z posiadanej wiedzy i umiejętności, tzw. intermentoring).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Inne, proszę podać jakie?.....		

### Ustawienie sali wykładowej

		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>32</b>	Czy kiedykolwiek pytano Pana/Panią o preferowane ustawienie sali wykładowej, które Panu/Pani odpowiada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>33</b>	Czy zgłasza/zgłaszał/zgłaszała Pan/Pani preferowane ustawienie sali wykładowej, która Panu/Pani odpowiada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>34</b>	Jakie ustawienie sali wykładowej Panu/Pani odpowiada?		
	– Ustawienie szkolne (klasa szkolna).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Ustawienie teatr/kino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| – Układ w kształcie litery „u” bądź w podkowę. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Układ „rada nadzorcza”.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Układ owalny.                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Układ à la kabaret (bankietowy).             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – Inne, proszę podać jakie?.....               |                          |                          |

### Działania poszkoleniowe

		<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>35</b>	Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani mieć możliwość kontaktu z osobą szkolącą po zakończeniu szkolenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>36</b>	Czy w Pana/Pani przedsiębiorstwie jest sprawdzana efektywność szkoleń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>37</b>	Czy kiedykolwiek pytano Pana/Panią o przydatność przebytych szkoleń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>38</b>	Czy kiedykolwiek pytano Pana/Panią o to, jakie modyfikacje szkoleń można wprowadzić, aby były one jeszcze bardziej efektywne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>39</b>	Czy kiedykolwiek pytano Pana/Panią, czy wykorzystuje Pan/Pani w codziennej pracy wiedzę zdobytą podczas szkoleń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>40</b>	Czy są tworzone plany zakładające wykorzystanie na stanowisku pracy wiedzy zdobytej w trakcie szkolenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>