KRZYSZTOF PUCHALSKI
ELŻBIETA KORZENIOWSKA
ELIZA GOSZCZYŃSKA
ALICJA PETRYKOWSKA

KTO WYMAGA SZCZEGÓLNEJ UWAGI W PROMOCJI ZDROWEGO ODŻYWIANIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W FIRMACH?

Ministerstwo Zdrowia
NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA
INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA
KRAJOWE CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia

KRZYSZTOF PUCHALSKI
ELŻBIETA KORZENIOWSKA
ELIZA GOSZCZYŃSKA
ALICJA PETRYKOWSKA

KTO WYMAGA SZCZEGÓLNEJ UWAGI W PROMOCJI ZDROWEGO ODŻYWIANIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W FIRMACH?

Łódź 2020

AUTORZY:
Krzysztof Puchalski
Elżbieta Korzeniowska
Eliza Goszczyńska
Alicja Petrykowska

RECENZJA NAUKOWA:
dr hab. Dorota Merecz-Kot, prof. UŁ

Publikacja „Kto wymaga szczególnej uwagi w promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w firmach?" opracowana przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, w ramach umowy z Ministerstwem Zdrowia na realizację zadania publicznego określonego w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020.

Ministerstwo Zdrowia

NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia

„Rozwój kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczania występowania nadwagi i otyłości przez działania edukacyjne dla pracodawców, kadry zakładów pracy, organizacji pracowniczych, specjalistów służby medycyny pracy w zakresie przygotowania i animacji programów promocji aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania w zakładach pracy"
(umowa nr 6/1/9/NPZ/FRPH/2018/312/112).

Projekt koordynowany przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera

INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA

KRAJOWE CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

ISBN 978-83-63253-44-8

Copyright © by Ministerstwo Zdrowia

WYDAWCA:
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera
ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348 Łódź
Tel.: 42 6314 686, Tel./fax: 42 6314 685
e-mail: whpp@imp.lodz.pl
www: promocjazdrowiawpracy.pl

ŁÓDŹ 2020

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie 5

Samoocena stanu zdrowia pracowników - na kogo zwracać szczególną uwagę w działaniach prozdrowotnych w firmie 13

Nadwaga i otyłość pracowników firm – rozpowszechnienie i zróżnicowanie społeczne, związki z samooceną stanu zdrowia i charakterem pracy 45

Nadmierna masa ciała pracowników w kontekście promocji zdrowia – wybrane uwarunkowania psychospołeczne 69

Pracownicy nastawieni negatywnie do zdrowego stylu życia - wyzwanie dla promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w firmach 91

Noty o autorach 129

WPROWADZENIE

Monografia, którą oddajemy do rąk czytelników, jest kolejną publikacją Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, dostarczającą naukowego wsparcia dla realizacji nieobligatoryjnych działań prozdrowotnych w zakładach pracy. Jest ona adresowana zarówno do osób reprezentujących obszar zdrowia publicznego (społecznej polityki zdrowotnej i nauk o zdrowiu), jak też bezpośrednio do pracodawców, menedżerów firm i specjalistów zarządzających w nich kwestiami dotyczącymi zdrowia personelu. Kontynuujemy w niej zagadnienia związane z profilaktyką otyłości, realizowaną poprzez promocję aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się wśród pracowników. Uzasadnienie celowości działań w tym obszarze wydaje się tu zbędne, bo wiele już powiedziano na temat korzyści wynikających z nich dla gospodarki kraju, zdrowia publicznego i pomyślnego funkcjonowania firm (zob. Goszczyńska 2017, Narodowy Fundusz Zdrowia 2019, Olszanecka-Glinianowicz 2017).

Nasze badania prowadzone systematycznie w mijającym ćwierćwieczu pokazują, że pracodawcy stopniowo, z małymi wahaniami, przejmują od państwa coraz większy zakres odpowiedzialności za zdrowie pracowników.

Kryzysowi publicznej opieki medycznej towarzyszy rosnące zaangażowanie pracodawców w działania, które są wsparciem dla kondycji zdrowotnej zatrudnionych osób, a często też ich rodzin. Warto przy tym podkreślić, że do takiej aktywności firmy nie są zobligowane przepisami prawa, nakazującymi ochronę zdrowia personelu przed niekorzystnym oddziaływaniem procesów i środowiska pracy. W ostatnich latach, jeszcze przed epidemią COVID-19, do takich inicjatyw prozdrowotnych najczęściej podejmowanych w firmach należało sponsorowanie pracownikom ułatwień w korzystaniu z prywatnej opieki medycznej (w formie abonamentów i ubezpieczeń zdrowotnych) oraz promocja rekreacyjnej aktywności fizycznej (Korzeniowska, Puchalski 2019, Puchalski, Korzeniowska 2019).

Promocja aktywności fizycznej realizowana była w różnorodnych formach, takich jak m.in. organizowanie firmowych turniejów sportowych, zapewnianie miejsc i przyrządów do ćwiczeń w pracy, techniczne udogodnienia dla osób dojeżdżających do pracy rowerem czy udostępnianie platform lub aplikacji internetowych mobilizujących do aktywności ruchowej. Najbardziej rozpowszechnioną formą były abonamenty do obiektów sportowo-rekreacyjnych – oferowała je swoim pracownikom częściej niż co druga średnia i duża firma w Polsce (nieco inne dane wynikają z deklaracji przedstawicieli firm, natomiast inne z wypowiedzi samych pracowników), przy czym odsetek ten zmieniał się w zależności od kondycji ekonomicznej przedsiębiorstwa, jego wielkości, lokalizacji czy branży. Nieco mniej firm angażowało się w promocję zdrowego odżywiania wśród pracowników. Najczęściej były to udogodnienia socjalne i organizacyjne ułatwiające spożywanie posiłków w pracy, regularne dostawy owoców, oferta zdrowych produktów w firmowych bufetach lub cateringu, jak również, choć rzadziej, edukacja dietetyczna.

Część z bogatej palety działań prozdrowotnych firmy realizowały własnymi siłami, jednak większość na zasadach outsourcingu. Sprzyjał temu dynamiczny rozwój rynku komercyjnych usług prozdrowotnych oferowanych pracodawcom (w ramach tzw. benefitów pozapłacowych przeznaczonych dla pracowników). Z jednej strony oferta tego rynku (w połączeniu z tzw. rynkiem pracownika) stymulowała firmy – zwłaszcza te bogatsze i z większych ośrodków miejskich – do aktywności prozdrowotnej, z drugiej sprzyjała unifikacji form promocji zdrowia w firmach. Unifikacja wynikała też z faktu, że osoby zarządzające zdrowiem personelu w przedsiębiorstwach (coraz rzadziej specjaliści z zakresu zdrowia, BHP, a coraz częściej z HR, EB, CSR) bardzo rzadko badały potrzeby i oczekiwania zdrowotne pracowników, by dostosować ofertę w tym obszarze do zebranych ustaleń. W końcu

2018 r. zaledwie kilka procent pracowników średnich i dużych firm w Polsce przyznało, że pracodawca interesował się ich oczekiwaniami i potrzebami zdrowotnymi, podczas gdy blisko 3/5 personelu oczekiwało takiego zainteresowania. Stąd zapewne 2/5 pracowników takich firm oceniło, że oferowane im działania czy benefity prozdrowotne nie trafiały w ich potrzeby (Korzeniowska, Puchalski 2019).

Innym problemem dotyczącym wdrożenia benefitów prozdrowotnych w firmach było to, że częściej były one oferowane pracownikom zajmującym uprzywilejowane pozycje społeczne (m.in. kadrze menedżerskiej, wykonującym pracę umysłową, pracującym w sektorze usług, lepiej wykształconym i więcej zarabiającym, zatrudnionym w dużych ośrodkach miejskich, w dużych firmach z kapitałem zagranicznym) (Grant Thornton 2019). Tak więc firmowe świadczenia prozdrowotne częściej trafiały do tych, którzy z racji swej pozycji społecznej charakteryzowali się lepszym stanem zdrowia i mieli ogólnie większe możliwości oraz kompetencje, by samodzielnie zadbać o swoje zdrowie. Z drugiej strony przeciwstawne grupy (z niższych szczebli drabiny społecznej i o obiektywnie większych potrzebach zdrowotnych) były w dużej części pozbawione prozdrowotnego wsparcia ze strony firm.

Sytuację nierównego dostępu różnych grup personelu firm do prozdrowotnych benefitów pogłębiła epidemia COVID-19. Większość działań w tym zakresie zostało przeniesionych w sferę online, co znacząco ograniczyło dostęp do nich pracownikom na stanowiskach robotniczych, w złej sytuacji materialnej (według CBOS 2020, z internetu korzystało w tym czasie tylko 70% nisko wykształconych robotników). Także reżimy sanitarne wprowadzone w przestrzeniach zakładów pracy, zwłaszcza w obszarach produkcyjnych, znacząco ograniczyły możliwość realizacji wcześniej wdrożonych form promocji zdrowia. Z drugiej strony lockdown oraz praca w trybie home office sprzyjały ograniczeniu aktywności fizycznej znacznego odsetka pracowników, jak również u znacznego odsetka przyczyniły się do wzrostu kaloryczności codziennej diety. Można zatem oczekiwać, że efekty te ujawnią się we wzroście wskaźnika masy ciała wśród pracowników, a także w różnych innych parametrach stanu zdrowia. Z badania MultiSport Index Pandemia 2020 wynika, że 2/3-3/4 dorosłych Polaków odczuło już negatywny wpływ zmniejszenia aktywności fizycznej na swoje zdrowie, samopoczucie oraz sylwetkę (Benefit Systems, Kantar 2020). Jest wielce prawdopodobne (choć brakuje jeszcze jednoznacznych wyników badań), że ograniczenia realizowanej aktywności fizycznej i niezdrowe praktyki dietetyczne (oraz idące za tym pogorszenie stanu zdrowia) częściej miały miejsce w przypadku osób,

które wcześniej nie były pozytywnie nastawione do zdrowego stylu życia, napotykały różne, mentalne i środowiskowe utrudnienia w jego realizacji oraz miały większe zapotrzebowanie na wsparcie w tym zakresie.

W prezentowanej monografii analizujemy i szczegółowo omawiamy wybrane trzy grupy pracowników, które wymagają szczególnej uwagi i wsparcia w obszarze promocji zdrowia, aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania w firmach. Koncentrujemy się na osobach oceniających swoje zdrowie jako gorsze niż dobre, posiadających nadmierną masę ciała oraz kontestujących ideę zdrowego stylu życia. Wychodzimy bowiem z założenia, że działania prozdrowotne kierowane pod ich adresem, by nie powodowały zdrowotnej marginalizacji owych grup i przynosiły pozytywny wpływ na ich zdrowie, powinny w większym stopniu uwzględniać ich specyfikę i być lepiej dostosowane do ich złożonej charakterystyki.

Pierwsza wyróżniona grupa to pracownicy wystawiający swojemu zdrowiu ocenę poniżej dobrej. Chociaż stan zdrowia pracujących – oceniany w oparciu o różne kryteria – wyróżnia się in plus na tle ogółu społeczeństwa, to blisko co czwarta osoba zatrudniona w średniej lub dużej firmie uznaje, że jej zdrowie nie jest dobre. Oceny takie wiążą się z innymi parametrami słabego zdrowia, m.in.: chorobami, dolegliwościami, częstym odczuwaniem bólu, obniżonym nastrojem, deficytem energii, przemęczeniem, absencją zawodową i nieefektywnym wykonywaniem pracy, co pozwala traktować samoocenę zdrowia jako uogólniony wskaźnik jego stanu. W pierwszym rozdziale monografii, zatytułowanym „Samoocena stanu zdrowia pracowników – na kogo zwracać szczególną uwagę w działaniach prozdrowotnych w firmie", przedstawiamy statystyczne rozkłady tych zjawisk w reprezentacji pracowników średnich i dużych firm, dając pracodawcom referencyjny materiał do oceny sytuacji w poszczególnych przedsiębiorstwach. Pokazujemy też, że niskie oceny stanu zdrowia wiążą się z niekorzystnymi cechami położenia społecznego pracowników, m.in. niskim wykształceniem, małymi dochodami i złą sytuacją materialną oraz starszym wiekiem, co prowadzi do kumulacji wielu niekorzystnych zjawisk wykraczających poza kwestie zdrowotne i tym samym do tworzenia się grup defaworyzowanych na wielu płaszczyznach. Pracownicy oceniający zdrowie jako gorsze niż dobre częściej są narażeni na ryzykowne czynniki w środowisku pracy, a ich stosunek do zdrowego stylu życia i do jego promocji w firmie wydaje się nie sprzyjać zaangażowaniu w działania prozdrowotne. Także z tego punktu widzenia grupa ta jest wyzwaniem dla promocji zdrowia.

Drugą grupą wymagającą szczególnej uwagi, obejmującą co drugiego pracownika, są osoby z nadmierną masą ciała, zwłaszcza otyłe. To ich

charakteryzuje częste poczucie zmęczenia, niska samoocena zdrowia, niska aktywność fizyczna i niezdrowe praktyki w sferze odżywiania, jak również przekonania, postawy oraz czynniki społeczno-środowiskowe niesprzyjające zdrowemu stylowi życia i zaangażowaniu w jego promocję realizowaną w miejscu pracy. W rozdziale drugim, zatytułowanym „Nadwaga i otyłość pracowników firm – rozpowszechnienie i zróżnicowanie społeczne, związki z samooceną stanu zdrowia i charakterem pracy" pokazujemy, jaka jest skala problemu nadwagi i otyłości wśród pracowników średnich i dużych firm na tle ogółu dorosłej populacji w Polsce i jak nadmierna masa ciała rozkłada się w poszczególnych segmentach struktury społecznej pracujących. Dajemy tym samym materiał pozwalający poszczególnym firmom oszacować skalę problemu wśród ich personelu, albo – gdy znają wskaźniki masy ciała zatrudnionych – ocenić, na ile i w jakim kierunku odbiegają one od wartości charakteryzujących reprezentację pracowników średnich i dużych firm. Pokazujemy też te aspekty charakterystyki i środowiska pracy, które wiążą się z nadwagą i otyłością. Natomiast w trzecim rozdziale, zatytułowanym „Nadmierna masa ciała pracowników w kontekście promocji zdrowia – wybrane uwarunkowania psychospołeczne", omawiamy tzw. miękkie czynniki, które sprzyjają nadwadze i otyłości, i których modyfikacja w ramach firmowych programów promocji zdrowia może pomóc w redukcji rozpowszechnienia nadmiernej masy ciała.

Trzecia grupa, analizowana w rozdziale zatytułowanym „Pracownicy nastawieni negatywnie do zdrowego stylu życia – wyzwanie dla promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w firmie", to osoby kontestujące ideę prozdrowotnego stylu życia, a zwłaszcza negujące możliwość wpływania na własne zdrowie poprzez zmiany swoich zachowań i uważające, że idea ta służy jedynie wyciąganiu pieniędzy od ludzi. Postawy takie, o różnym stopniu nasilenia, prezentuje blisko co trzeci pracownik średnich i dużych firm. Częściej są to osoby starsze i niżej wykształcone, postępujące w sposób mało przyjazny dla zdrowia w sferze aktywności fizycznej i odżywiania się, o ograniczonych umiejętnościach prowadzenia zdrowego stylu życia, dostrzegające liczne przeszkody dla jego realizacji i podzielające wiele przekonań usprawiedliwiających ich bierność w tej kwestii. W omówieniu tych ustaleń pokazujemy, jak poważne wyzwanie dla organizacji stanowią ich style myślenia i jak utrudniają one osiąganie celów firmowych strategii zdrowotnych, a także wskazujemy, jak skuteczniej oddziaływać na tę grupę pracowników, by włączyć ich w prozdrowotną aktywność.

Można oczywiście identyfikować grupy wymagające szczególnej uwagi w promocji zdrowia w firmach w oparciu o inne lub bardziej szczegółowe

kryteria. Można je wyróżniać m.in. w aspekcie poszczególnych chorób, dolegliwości lub ich czynników ryzyka (zarówno w środowisku pracy, jak i stylu życia), można też odwołać się do cech demograficznych pracowników. To drugie kryterium uwzględniliśmy w innych projektach. Wcześniej wiele uwagi poświęciliśmy pracownikom o niskim poziomie wykształcenia (Korzeniowska, Puchalski 2010, Puchalski, Korzeniowska 2011, Korzeniowska, Puchalski, 2012, Korzeniowska, Puchalski, Goszczyńska i in. 2014, Korzeniowska, Puchalski 2015). Obecnie powróciliśmy do naszych dawnych zainteresowań dotyczących sytuacji pracowników ze starszych grup wieku (Korzeniowska 2004) i kontynuujemy analizę w oparciu o nowe dane (Zaremba 2020). Badaliśmy też sytuację pracowników z ograniczeniami w dostępie do internetu (Korzeniowska, Puchalski 2014, Puchalski 2015), ale z racji rozwoju komunikacji sieciowej analizy te straciły zapewne wiele ze swej aktualności.

Prezentowane dalej analizy oparte są głównie o dane z badania przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. med. J. Nofera w listopadzie i grudniu 2018 r. z zastosowaniem wywiadu kwestionariuszowego (autorskie narzędzie) wspomaganego komputerowo (CAPI). Wywiady zrealizowano w próbie 1000 osób w wieku 18-60 lat w przypadku kobiet i 18-65 lat wśród mężczyzn zatrudnionych w reprezentacji średnich i dużych firm (50 osób i więcej) wszystkich branż (z wyłączeniem sekcji PKD: administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, edukacja, opieka zdrowotna i pomoc społeczna) z terenu całego kraju. W pierwszej kolejności dobranych zostało 500 firm, z wykorzystaniem schematu proporcjonalnego doboru według następujących zmiennych warstwujących: branża wg PKD, kategoria wielkości firmy (w przedziałach: 50-249, 250 pracowników i więcej) oraz lokalizacja (województwo) – w oparciu o dane z tablic publikowanych przez GUS w ramach miesięcznych informacji o podmiotach gospodarki narodowej w rejestrze REGON. Następnie w każdym z przedsiębiorstw dobierano dwóch pracowników. Podczas realizacji badania ankieterzy kontrolowali zmienność w próbie takich cech jak: płeć, wiek i wykształcenie, by struktura społeczna respondentów odpowiadała strukturze populacji pracujących.

Prezentowana monografia powstała dzięki realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego, ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowanego przez Ministra Zdrowia, pod nazwą „Rozwój kompetencji osób uczestniczących w zadaniach na rzecz ograniczania występowania nadwagi i otyłości przez działania edukacyjne dla pracodawców, kadry zakładów pracy, organizacji pracowniczych, specjalistów

służby medycyny pracy w zakresie przygotowania i animacji programów promocji aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania w zakładach pracy", ulokowanego w zakresie punktu 1.4.4. celu operacyjnego 1. „Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa" (umowa nr 6/1/9/NPZ/FRPH/2018/312/112).

Literatura

Benefit Systems, Kantar 2020. MultiSport Index Pandemia. Pobrane z: https://hrstowarzyszenie.pl/wp-content/uploads/2020/08/Wyniki-MultiSport-Index-Pandemia-P.Podolski.pdf (22.10.2020).

CBOS 2020. Korzystanie z internetu. Raport z badań (oprac. M. Feliksiak).

Goszczyńska E. (2017). Korzyści dla firm i instytucji wynikające z promocji zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej personelu. W: K. Puchalski, E. Korzeniowska (red.). Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników (s. 92-109). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.

Grant Thornton. Medicover 2019. Zdrowy pracownik, zdrowy pracodawca. Jak w dobie walki o talenty polscy pracodawcy dbają o zdrowie swoich kadr. Pobrane z: https://grantthornton.pl/wp-content/uploads/2019/07/Zdrowy-pracownik-zdrowy-pracodawca-RAPORT-Grant-Thornton-Medicover.pdf (12.05.2020).

Korzeniowska E. Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm. Medycyna Pracy 2004: 55(2): 129-138.

Korzeniowska E. Puchalski K. (red.). Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej. Stradins University, Riga 2010.

Korzeniowska E. Puchalski K. Edukacja zdrowotna pracowników – wyzwania związane z poziomem wykształcenia. Medycyna Pracy 2012: 63(1): 55–7.

Korzeniowska E. Puchalski K. Polish employees on the Internet as a source of information about health and diseases. Medycyna Pracy 2014: 65(1): 1-13.

Korzeniowska E. Puchalski K. Goszczyńska E. Pyżalski J. Should we adjust health education methodology to low-educated employees needs? Findings from Latvia, Poland, Slovenia and Spain. Int. J. Occup. Med. Environ Health 2014: 27(3): 506-511. http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0268-6.

Korzeniowska E. Puchalski K. (2015). Nierówności edukacyjne a zachowania zdrowotne i zdrowie. W: A. Ostrowska, M. Skrzypek (red.). Socjologia medy-

cyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju (s. 159-188). Warszawa: Wyd. IFiS PAN.

Korzeniowska E. Puchalski K. Co firmy powinny wiedzieć, by skutecznie promować zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną pracowników? Raport z reprezentatywnego badania 1000 pracowników średnich i dużych firm w Polsce. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera, Łódź 2019.

Narodowy Fundusz Zdrowia. Departament Analiz i Strategii 2019. Cukier, otyłość – konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski. Pobrane z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu (10.06.2020).

Olszanecka-Glinianowicz M. (2017). Otyłość a środowisko pracy. W: K. Puchalski E. Korzeniowska (red.). Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników (s. 58-75). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera.

Puchalski K. (2015). Świadomość potoczna jako wyzwanie dla promocji zdrowego odżywiania w internecie. W: M. Kaczmarek-Śliwińska (red.). Organizacje i idee. Komunikowanie się w przestrzeni tradycyjnych i nowych mediów (s. 23-39). Koszalin: Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Koszalińskiej.

Puchalski K. Korzeniowska E. Zróżnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie. Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2011: 2: 85-96.

Puchalski K. Korzeniowska E. Promocja zdrowia w średnich i dużych firmach w Polsce w 2017 r. – rozpowszechnienie, realizacja, efekty i trudności. Medycyna Pracy. 2019: 70(3): 275–294. DOI: https://doi.org/10.13075/mp.5893.00802.

Zaremba M. Zarządzanie zdrowiem personelu w kontekście starzenia się społeczeństwa. Raport z reprezentatywnego badania 1015 pracowników średnich i dużych firm w Polsce. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera, Łódź 2020.

SAMOOCENA STANU ZDROWIA PRACOWNIKÓW - NA KOGO ZWRACAĆ SZCZEGÓLNĄ UWAGĘ W DZIAŁANIACH PROZDROWOTNYCH W FIRMIE

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) połowa pracujących Polaków choruje przewlekle (46%) (GUS 2016). Co szósta osoba aktualnie lub kiedyś wykonująca pracę zarobkową uskarża się na odczuwanie spowodowanych lub pogłębionych przez nią problemów zdrowotnych (w ciągu 12 miesięcy przed badaniem GUS). Spośród deklarujących dolegliwości zdrowotne 44% odczuwa więcej niż jeden tego typu problem (GUS 2014). Według Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w 2019 r. przynajmniej raz zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej zostało wystawione dla około sześciu i pół miliona osób. Przeciętna długość takich nieobecności z powodu choroby przypadającej na 1 osobę w 2019 roku wyniosła 36 dni. Pojedyncze zaświadczenia wystawiane były najczęściej na okres 5 dni i stanowiły 34% wszystkich zwolnień. Należy jednak podkreślić, iż najczęstszy powód absencji to ciąża, poród i połóg – były one przyczyną 19% ogółu liczby dni wystawionych zwolnień z tytułu choroby własnej. Kolejne tego typu nieobecności w pracy spowodowane były przez: choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (16%), urazy, zatrucia i inne działania czynników zewnętrznych (14%) oraz choroby układu oddechowego (12%) (ZUS 2019a). Jeśli chodzi o orzeczenia ZUS do celów rentowych, w 2019 r. wystawiono blisko 163 tysiące pierwszorazowych

decyzji, z czego około 101 tysięcy stanowiły orzeczenia dotyczące świadczenia rehabilitacyjnego, a w przypadku 38 tysięcy – niezdolności do pracy (całkowitej, częściowej oraz z celowością przekwalifikowania zawodowego). Powodem utraty zdolności wykonywania pracy najczęściej były: nowotwory (23%), choroby układu krążenia (19%), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego (16%), zaburzenia psychiczne (11%), choroby układu nerwowego (8%) oraz urazy kości, stawów i tkanek miękkich (8%) (ZUS 2019b). Jeśli chodzi o przyczyny przedwczesnych zgonów (tj. przed 65 r.ż.), w zbiorowości kobiet są to choroby nowotworowe, z kolei wśród mężczyzn choroby układu krążenia i przyczyny zewnętrzne (m.in. samobójstwa, wypadki komunikacyjne w transporcie lądowym). Warto dodać, iż najczęstszą przyczyną śmierci w Polsce w populacji ogólnej są właśnie choroby układu krążenia (w szczególności choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń mózgowych oraz miażdżyca), nowotwory złośliwe (oskrzeli i płuc, jelita grubego, żołądka) oraz przyczyny zewnętrzne. Schorzenia te powodowały w 2017 r. blisko 73% wszystkich zgonów. Coraz większe znaczenie mają również choroby układu oddechowego (w tym grypa, zapalenie płuc oraz przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych) (Kuropka 2019).

Należy zwrócić również uwagę, że czynnikiem wielu powyższych schorzeń są nadwaga i otyłość. Informacje na temat problemu nadmiernej masy ciała wśród pracowników znajdują się w rozdziale „Nadmierna masa ciała pracowników w kontekście promocji zdrowia – skala problemu, strukturalne zróżnicowanie i wybrane uwarunkowania".

Ważnym elementem wieloaspektowo pojmowanego zdrowia jest jego samoocena. Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje ją jako ważny wskaźnik stanu zdrowia człowieka. Stanowi ona bowiem jeden z głównych wyznaczników ogólnego zadowolenia z życia oraz oceny jego jakości.

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki ogólnopolskich, reprezentatywnych badań sondażowych na temat autooceny zdrowia zarówno populacji osób dorosłych, jak i pracowników (w przypadku badania Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy [KCPZwMP] z 2018 roku; są to dane dotyczące reprezentacji pracowników z firm zatrudniających ≥50 osób; natomiast przywołane wyniki Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności Europejskiego [EU-SILC] Urzędu Statystycznego [Eurostat] z 2019 roku dotyczą pracowników niezależnie od wielkości zatrudnienia ich zakładów pracy [EU-SILC, 2019]). Pokazano również zróżnicowanie takiej oceny w poszczególnych grupach społeczno-demograficznych. Następnie omówiono rozkład wskaźników stanu zdrowia alternatywnych lub dodatko-

wych/uzupełniających w stosunku do samooceny zdrowia wśród pracowników średnich i dużych firm (w oparciu o przywołane badanie KCPZwMP z 2018 r.) oraz osób pracujących (na podstawie badania GUS [2016] pn. Stan zdrowia ludności Polski). Ponadto zaprezentowano korelacje tego rodzaju wskaźników z autooceną stanu zdrowia personelu z zakładów pracy zatrudniających ≥50 osób. Dodatkowo niniejszy rozdział zawiera szczegółową charakterystykę zależności samooceny zdrowia tej grupy pracowników od wybranych uwarunkowań jego stanu (skoncentrowano się tutaj na czynnikach zlokalizowanych w środowisku pracy oraz dwóch zachowaniach zdrowotnych – aktywności fizycznej i odżywianiu się). W podsumowaniu zawarto wnioski praktyczne przydatne dla osób zarządzających promocją zdrowia w zakładach pracy, sformułowane na podstawie przeanalizowanych w rozdziale danych sondażowych.

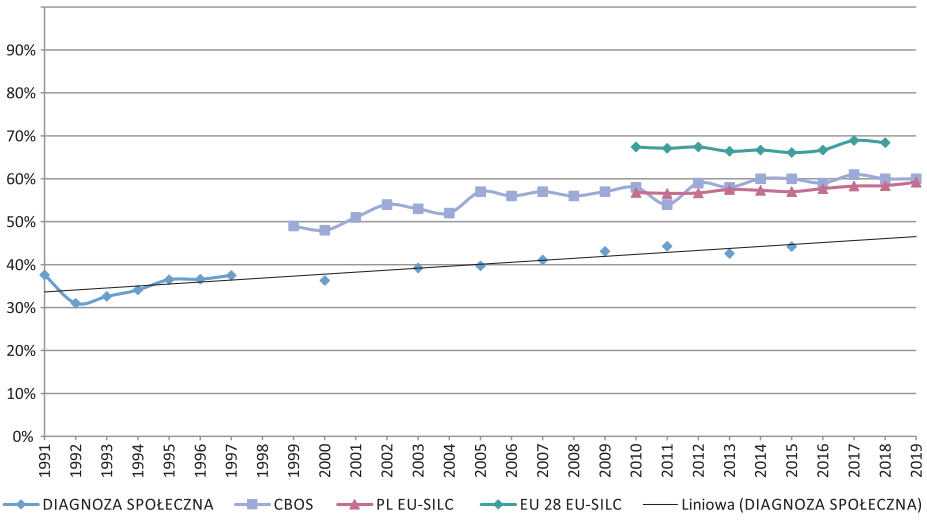
Wszystkie przedstawione poniżej zależności statystyczne mierzone są testem chi^2 Pearsona. Przyjęto istotność statystyczną dla $p<0,05$.

Samoocena zdrowia dorosłych Polaków

Dane Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) i Eurostatu wskazują, iż aktualnie trzech na pięciu dorosłych Polaków jest usatysfakcjonowanych ze swojego zdrowia (CBOS 2020; EU-SIL 2019). Na przestrzeni ostatnich dekad zadowolenie ze zdrowia rosło, podczas gdy w ostatnich kilku latach utrzymuje się już na stabilnym, około sześćdziesięcioprocentowym poziomie. Zjawiska te prezentuje Rycina 1.

Pomimo wysokiego odsetka ocen pozytywnych samoocena zdrowia Polaków jest niższa niż średnia dla ogółu obywateli Unii Europejskiej (Rycina 1). W 2018 roku dobrze lub bardzo dobrze swoje zdrowie postrzegało 68,4% mieszkańców Wspólnoty (najwyższy odsetek, odnotowany w Irlandii, wyniósł 84%) (EU-SILC 2019).

Jeżeli chodzi o negatywne postrzeganie swojego zdrowia przez dorosłych Polaków, to wyniki badań wskazują, iż dotyczy to kilkunastoprocentowej grupy osób: 19% w sondażu CBOS (2020), 13% w EU-SILC (2019).



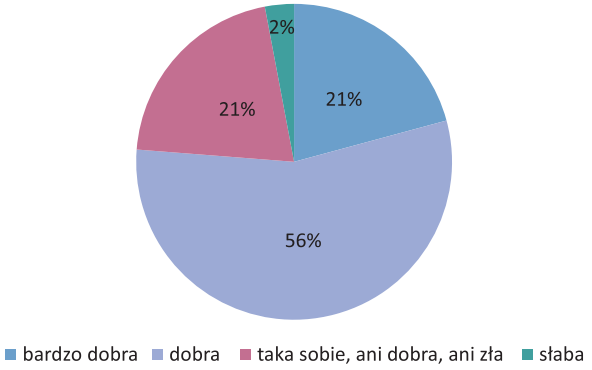
Rycina 1. Dobra lub bardzo dobra autoocena stanu zdrowia dorosłych Polaków w latach 1991-2019 oraz obywateli Unii Europejskiej w latach 2009-2018 (źródło: opracowanie własne na podstawie CBOS 2020; EU-SILC 2019; Czapiński, Panek, 2015)

Samoocena zdrowia polskich pracowników

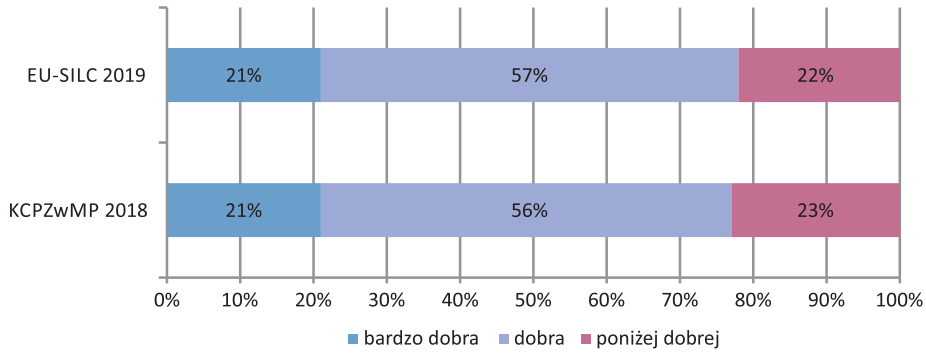
Samoocena zdrowia pracowników w Polsce jest znacznie lepsza niż wśród ogółu dorosłych mieszkańców Polski. Z reprezentatywnego badania KCPZwMP z 2018 roku wynika, że ponad 3/4 pracowników średnich i dużych firm w Polsce jest zadowolonych ze swojego zdrowia (56% ocenia je jako dobre, a 21% jako bardzo dobre). Co piąty respondent określa je jako takie sobie (ani dobre, ani złe). Blisko 2% narzeka, że jest słabe. Dane te zobrazowano na Rycinie 2. Na kolejnych wykresach, prezentujących wyniki badania KCPZwMP, połączono te dwie ostatnie kategorie samooceny zdrowia, opisując ją jako „poniżej dobrej".

Podobne wartości wskazuje baza Eurostatu EU-SILC (2019), gdzie pozytywnie stan swojego zdrowia postrzega 78% ogółu pracowników w Polsce, a poniżej dobrego (średnio, źle lub bardzo źle) 22% osób (Rycina 3).

Opisane zjawisko lepszej oceny własnego zdrowia w populacji pracowników niż wśród ogółu dorosłych Polaków wynika z faktu, iż niska samoocena zdrowia personelu jest ważnym czynnikiem sprzyjającym przerywaniu zatrudnienia w związku z nabywaniem uprawnień rentowych z tytułu niezdol-



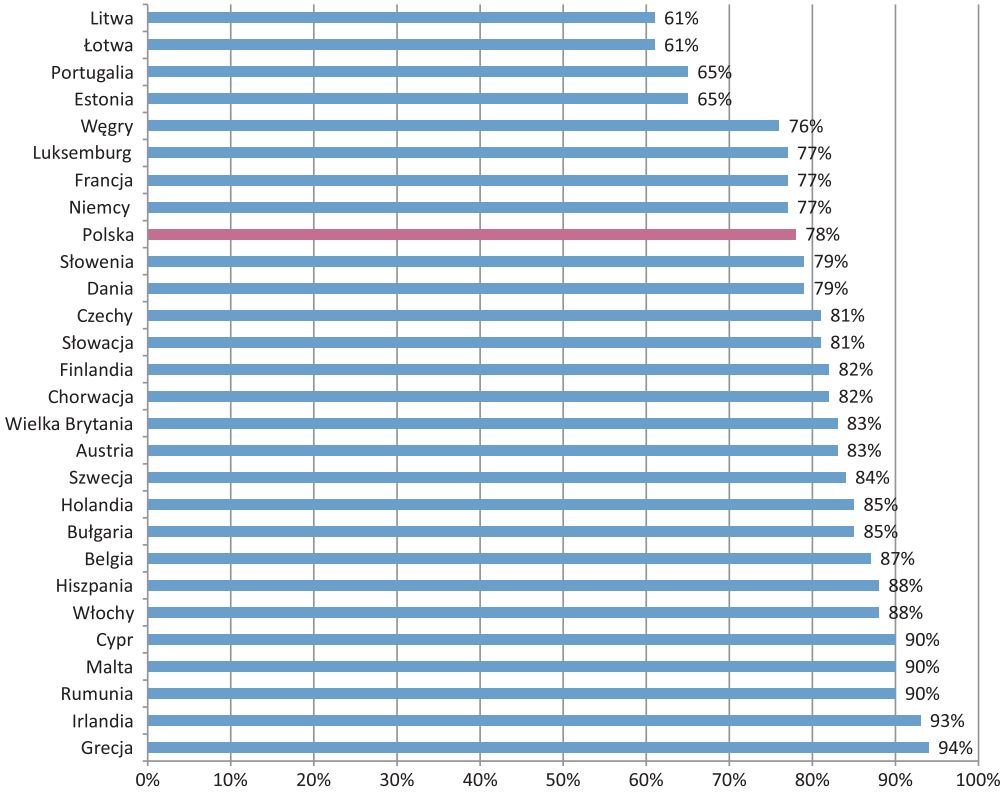
Rycina 2. Autoocena stanu zdrowia pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)



Rycina 3. Autoocena stanu zdrowia pracowników w Polsce (źródło: opracowanie własne na podstawie EU-SILC 2019; badania KCPZwMP z 2018 roku)

ności do pracy (Van den Berg i in. 2010; Van Rijn i in. 2014), bezrobociem (Van den Berg i in. 2010; Van Rijn i in. 2014) czy wcześniejszą emeryturą (Van Rijn i in. 2014). W metaanalizie ryzyko tych zdarzeń wśród pracowników o niskiej autoocenie zdrowia oszacowano na, odpowiednio, RR: 3,61, 95% CI: 2,44–5,35; RR: 1,44, 95% CI: 1,26–1,65; RR: 1,27, 95% CI: 1,17–1,38 (Van Rijn i in. 2014).

Autoocena zdrowia pracowników w Polsce jest niższa niż wśród ogółu pracowników w Unii Europejskiej. Według Eurostatu EU-SILC w 2018 r. dobrze lub bardzo dobrze swoje zdrowie postrzegało ponad 81% pracowników Wspólnoty. Polska w tym kontekście plasuje się na 20 miejscu spośród 28 państw członkowskich (włączając Wielką Brytanię). Najwyższy odsetek odnotowano w Grecji (94%) i Irlandii (93%), a najniższy na Łotwie i Litwie (po 61%) (Rycina 4).

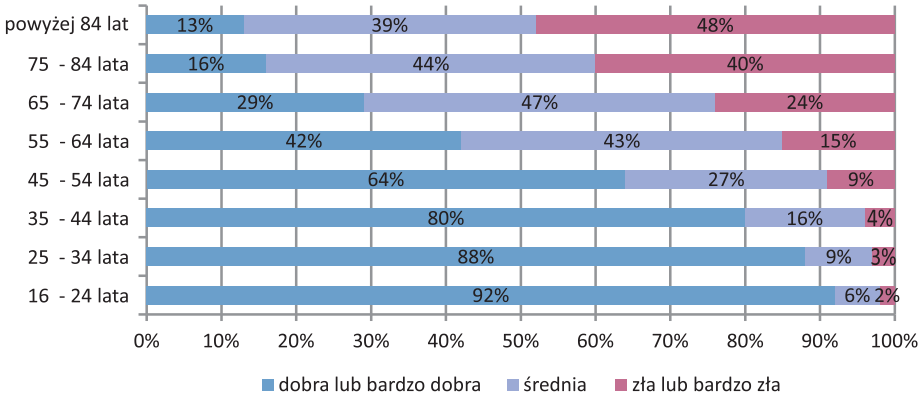


Rycina 4. Dobra i bardzo dobra ocena stanu zdrowia pracowników z terenów 28 państw członkowskich UE z włączeniem Wielkiej Brytanii (źródło: opracowanie własne na podstawie EU-SILC 2018)

Samoocena zdrowia a cechy społeczno-demograficzne pracowników na tle ogółu dorosłych Polaków

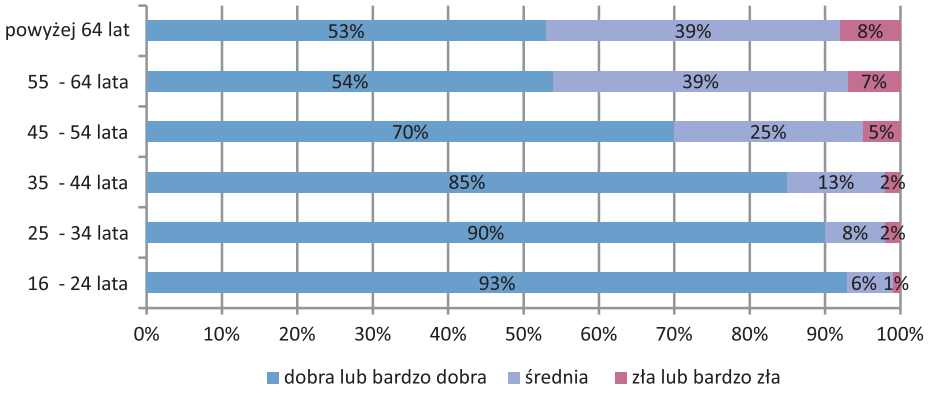
Wiek

Badania populacyjne wskazują, iż cechy społeczno-demograficzne mają wpływ na postrzeganie swojego zdrowia przez dorosłych Polaków. Jedną z najsilniej różnicujących jest wiek. W kolejnych grupach wiekowych maleją frakcje osób zadowolonych z tej kwestii. Przykładowo, według Eurostatu, w porównaniu z najmłodszą analizowaną w badaniu grupą (16-24-latków) oceny dobre i bardzo dobre przypisuje swojemu zdrowiu około dwukrotnie mniejsza grupa Polaków w wieku 55-64 lat i już siedmiokrotnie mniejsza 85-latków i starszych (EU-SILC 2019) (Rycina 5).

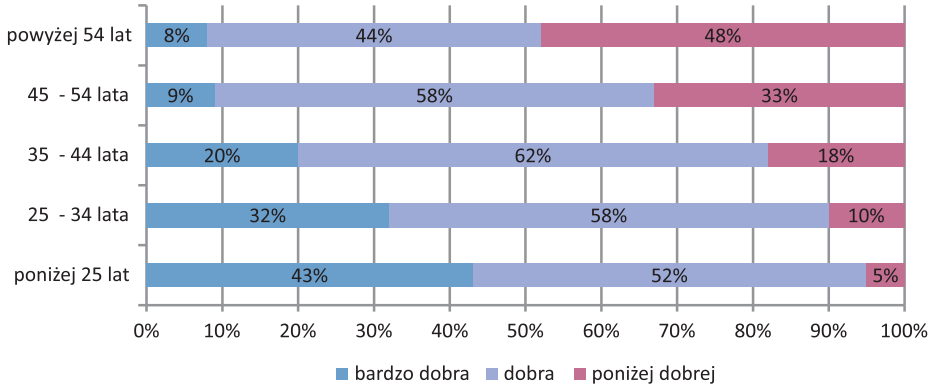


Rycina 5. Autoocena stanu zdrowia a wiek dorosłych Polaków (źródło: opracowanie własne na podstawie EU-SILC 2019)

Podobne zależności dotyczą pracowników (Rycina 6, 7). Jak wskazują dane z bazy Eurostatu, różnica polega na tym, że wśród nich odsetek osób zadowolonych ze swojego zdrowia zmniejsza się wolniej w kolejnych grupach wiekowych niż wśród ogółu Polaków z przedziału wieku produkcyjnego, tj. 18-60/65 lat (dotyczy to szczególnie pracowników z najstarszych grup wiekowych [por. Rycina 5 i 6]) (EU-SILC 2019). Jest to pokłosiem opisanego wyżej zjawiska częstszego przedwczesnego wypadania z rynku pracy pracowników o gorszym zdrowiu.



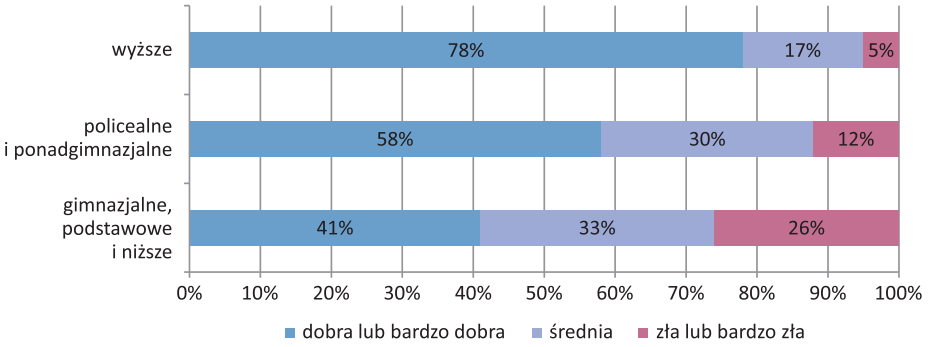
Rycina 6. Autoocena stanu zdrowia a wiek pracowników w Polsce (źródło: opracowanie własne na podstawie EU-SILC 2019)



Rycina 7. Autoocena stanu zdrowia a wiek pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=168,1084; df=8])

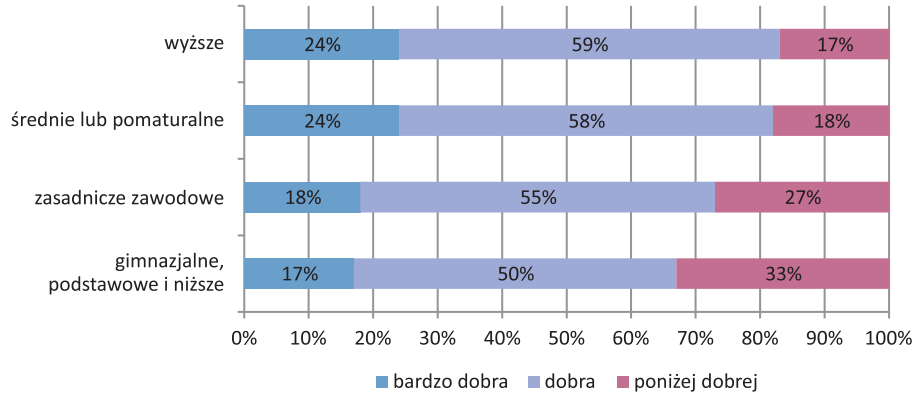
Wykształcenie

Kolejną cechą silnie różnicującą autoocenę kondycji zdrowotnej jest poziom wykształcenia. Im niższy tym większa frakcja osób niezadowolonych ze zdrowia. Przykładowo, według Eurostatu, odsetek dorosłych Polaków z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym, przypisujących swojemu zdrowiu ocenę złą lub bardzo złą, jest ponad pięciokrotnie większy niż wśród absolwentów szkół wyższych (EU-SILC 2019) (Rycina 8).



Rycina 8. Autoocena stanu zdrowia a wykształcenie dorosłych Polaków (źródło: opracowanie własne na podstawie EU-SILC 2019)

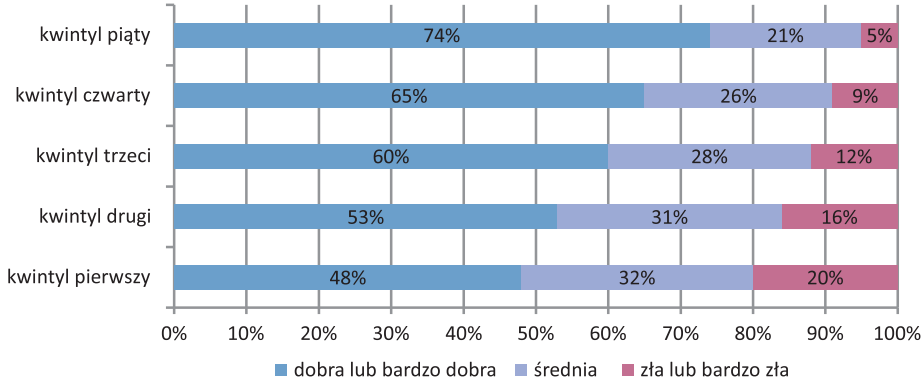
Zależności te obserwuje się także wśród pracowników w Polsce. Badanie KCZPwMP wskazuje, iż autoocena zdrowia poniżej dobrej dotyczy tylko co około szóstej osoby po szkole średniej lub wyższej, co około czwartej po zasadniczej zawodowej i aż co trzeciej z wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym (Rycina 9).



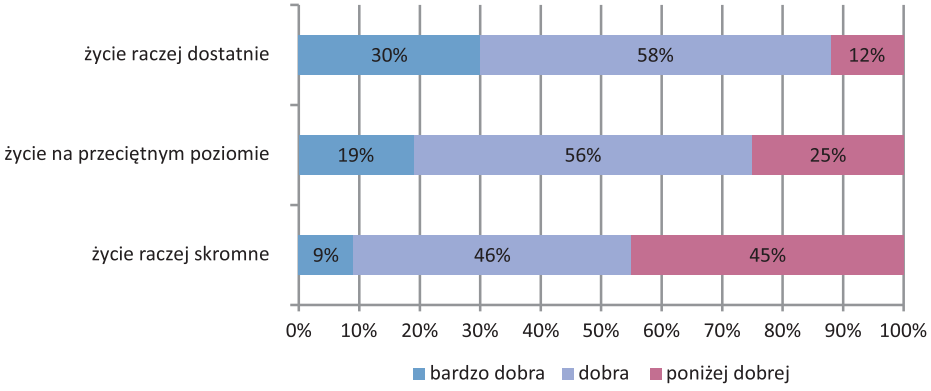
Rycina 9. Autoocena stanu zdrowia a wykształcenie pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,003; Chi^2=23,240; df=8])

Sytuacja materialna

Na postrzeganie własnego zdrowia wpływa również sytuacja materialna, przy czym im lepsza kondycja ekonomiczna tym wyższe jego oceny. Na Rycinie 10 przedstawiono tego rodzaju zależności według dochodu dorosłych Polaków w kolejnych grupach kwintylowych na podstawie danych Eurostatu (EU-SILC, 2019) (w uproszczeniu kwintyle dochodowe dzielą populację na pięć grup, każda obejmująca 20% osób o określonych dochodach, przy czym pierwszy kwintyl wyznacza 1/5 populacji o najniższych dochodach, a piąty – 1/5 osób o najwyższych dochodach). Wśród najlepiej zarabiających aż 3 na 4 osoby wysoko oceniają swoje zdrowie, podczas gdy wśród najbiedniejszych już tylko blisko co druga.



Rycina 10. Autoocena stanu zdrowia a sytuacja materialna dorosłych Polaków (źródło: opracowanie własne na podstawie EU-SILC 2019)

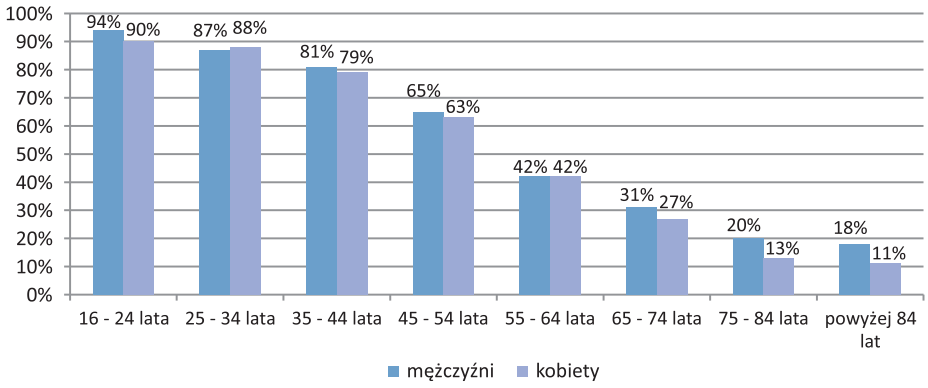


Rycina 11. Autoocena stanu zdrowia a sytuacja materialna pracowników w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=43,642; df=4])

Tego rodzaju związki między samooceną zdrowia a sytuacją materialną dotyczą również personelu średnich i dużych firm w Polsce. W porównaniu z pracownikami żyjącymi dostatnio ci, którzy określają swoją sytuację ekonomiczną jako skromną, blisko cztery razy częściej uważają, że ich zdrowie jest słabe lub takie sobie, jednocześnie około trzy razy rzadziej przypisują mu najwyższą ocenę (Rycina 11).

Płeć

Niektóre badania wskazują na różnice w postrzeganiu własnego zdrowia przez dorosłych mężczyzn i kobiety w Polsce. Nieco częściej pozytywne oceny przypisuje mu pierwsza z tych grup (Wojtyniak i in. 2018; EU-SILC 2018). Przykładowo, według Eurostatu, dotyczy to, odpowiednio, 63% i 57% osób. Największe różnice w odsetku mężczyzn i kobiet przypisujących swojemu zdrowiu oceny dobre i bardzo dobre, dotyczą respondentów w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) (EU-SILC 2019) (Rycina 12). Może to tłumaczyć brak istotnych różnic w postrzeganiu swojego zdrowia ze względu na płeć wśród pracowników w badaniu KCPZwMP z 2018 roku.



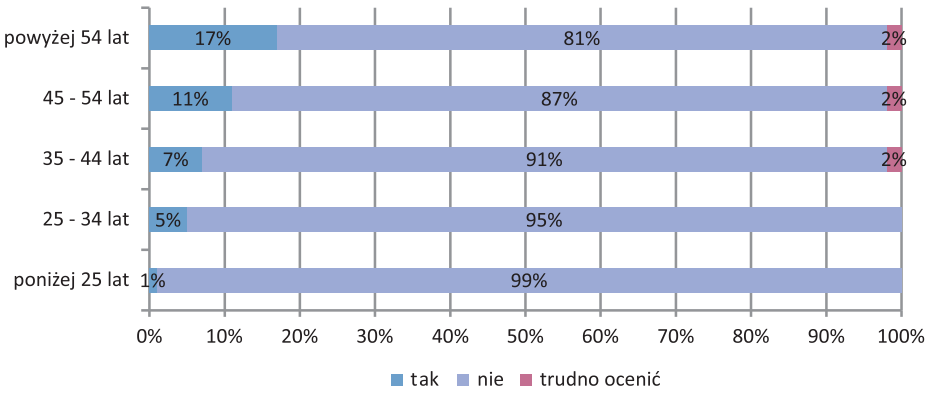
Rycina 12. Bardzo dobra i dobra autoocena stanu zdrowia a płeć i wiek dorosłych Polaków (źródło: opracowanie własne na podstawie EU-SILC 2019)

Inne niż samoocena zdrowia wybrane wskaźniki jego stanu

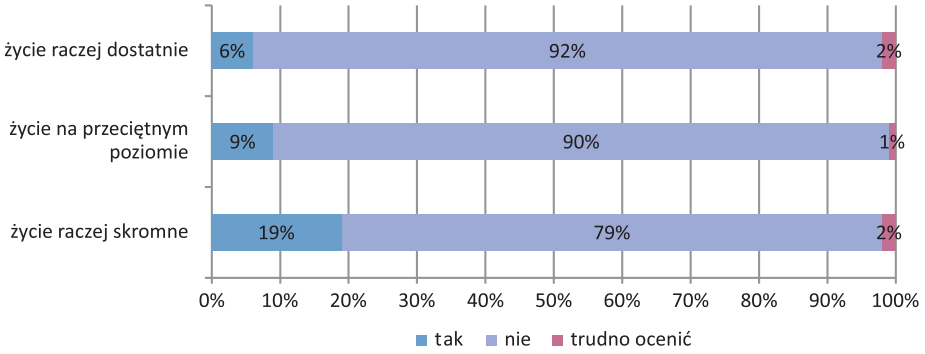
Choroby przewlekłe

W sondażu KCPZwMP 9% pracowników średnich i dużych zakładów pracy w Polsce deklaruje, że choruje chronicznie (90% osób nie ma tego rodzaju problemów zdrowotnych, a 1% nie potrafi tego ocenić). Tymczasem według GUS (2016) rozpowszechnienie schorzeń lub dolegliwości przewlekłych wśród pracujących w naszym kraju wynosi 54%. Tak duża rozpiętość wyników jest najpewniej pokłosiem dwóch kwestii. Po pierwsze – różnych pytań zadanych respondentom w tych dwóch sondażach. W pierwszym badaczy interesowało występowanie choroby przewlekłej zdiagnozowanej przez lekarza, podczas gdy w drugim – nie tylko choroby, ale także dolegliwości przewlekłej (np. bólów głowy), niekoniecznie potwierdzonej w gabinecie lekarskim, przy czym respondent otrzymywał listę 21 takich problemów zdrowotnych, z której wybierał te dotyczące go w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Drugą przyczyną dużej różnicy wyników jest uwzględnienie w badaniach odmiennych populacji (odpowiednio, pracowników firm zatrudniających ≥50 osób vs. osób pracujących).

Jak wskazują analizy KCPZwMP, doświadczanie choroby przewlekłej potwierdzonej przez lekarza zależy od wieku i sytuacji materialnej pracowników (Rycina 13 i 14).



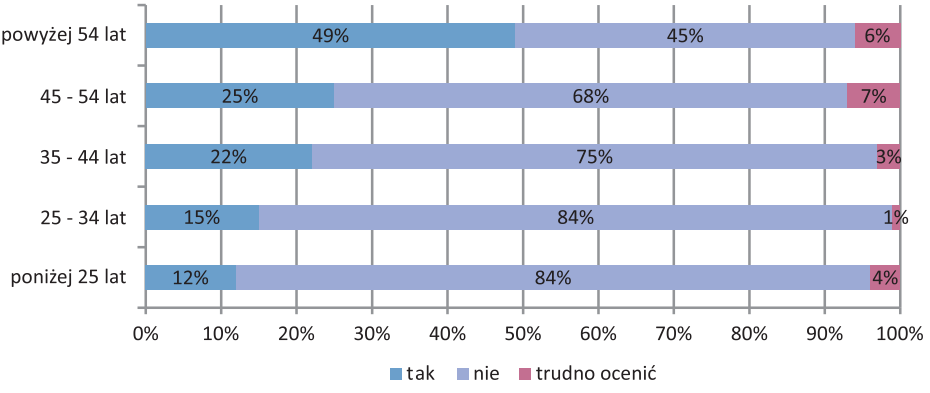
Rycina 13. Posiadanie choroby przewlekłej potwierdzonej przez lekarza a wiek pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi^2=38,935; df=8])



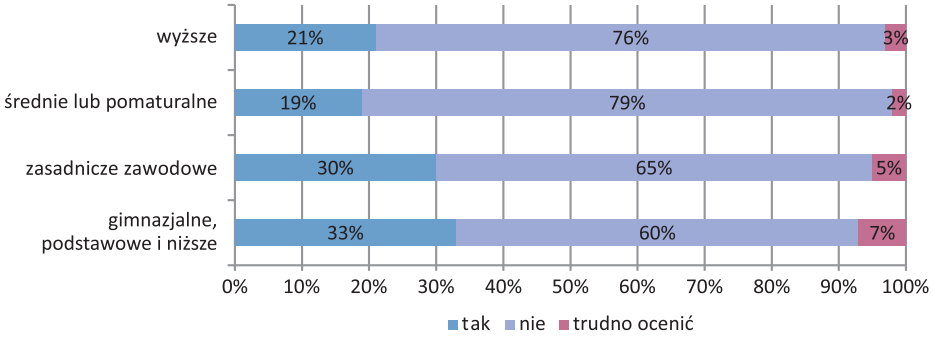
Rycina 14. Posiadanie choroby przewlekłej potwierdzonej przez lekarza a sytuacja materialna pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,016; Chi^2=12,172; df=4])

Ból, dolegliwości

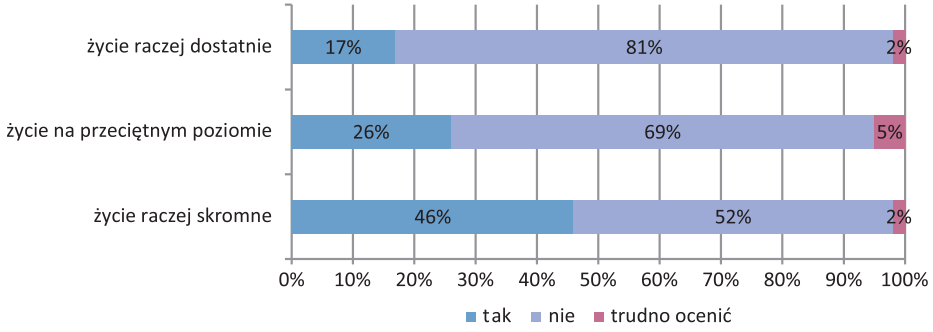
Doświadczanie bólu fizycznego przynajmniej raz w ciągu 4 tygodni przed badaniem GUS (2016) deklaruje aż 2 na 5 pracujących w Polsce (16% badanych określiło go jako średni, słabszy był udziałem 20% respondentów, a mocniejszy – 8%). Natomiast, jak dowodzi badanie KCPZwMP, dolegliwości lub ból często dokuczają 1 na 4 pracowników średnich i dużych zakładów pracy. Sprzyja temu starszy wiek, słabe wykształcenie (które jest powiązane ze starszym wiekiem) oraz kiepska sytuacja finansowa (Rycina 15-17).



Rycina 15. Częste odczuwanie dolegliwości, bólu a wiek pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi^2=106,151; df=8])



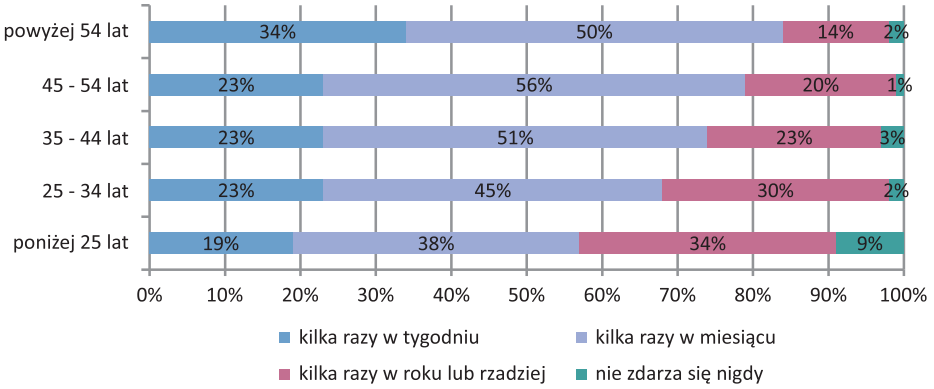
Rycina 16. Częste odczuwanie dolegliwości, bólu a poziom wykształcenia pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi²=28,307; df=6])



Rycina 17. Częste odczuwanie dolegliwości, bólu a sytuacja materialna pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi²=30,199; df=4])

Zmęczenie

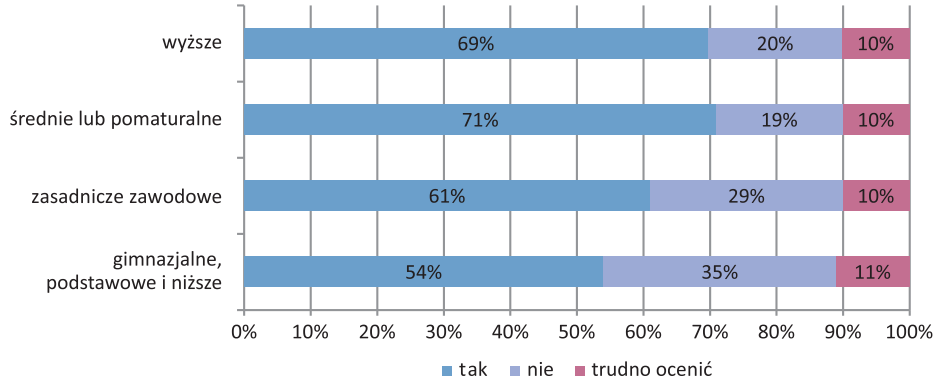
Według badania KCPZwMP silne zmęczenie fizyczne lub psychiczne nawet kilka razy w tygodniu dotyczy aż 1/4 personelu dużych i średnich firm w Polsce. Dodatkowo, połowa (49%) pracowników odczuwa je kilka razy w miesiącu. Brak lub sporadyczne tego rodzaju doświadczenia są udziałem zaledwie co czwartej (24%) osoby. Tylko 3% pracowników średnich i dużych firm w ogóle go nie odczuwa. Warto zwrócić uwagę, że wraz z wiekiem znacząco zwiększa się odsetek pracowników silnie zmęczonych co najmniej kilka razy w miesiącu na rzecz tych czujących się tak bardzo rzadko lub w ogóle (Rycina 18).



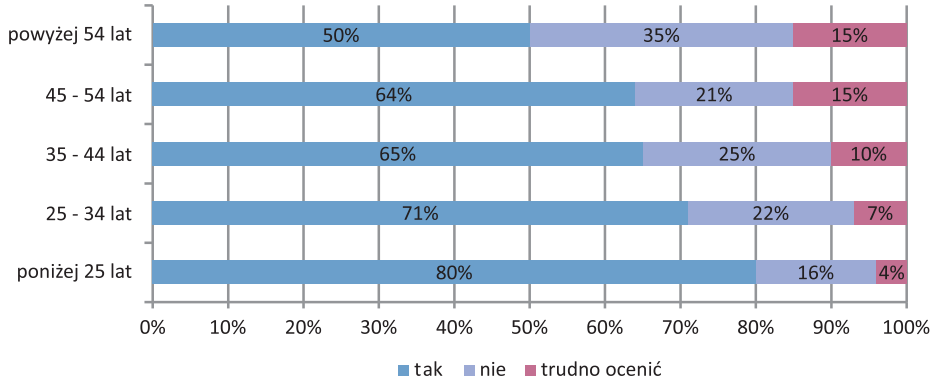
Rycina 18. Częstość odczuwania silnego zmęczenia fizycznego lub psychicznego a wiek pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi^2=67,282; df=20])

Energia, siła, witalność

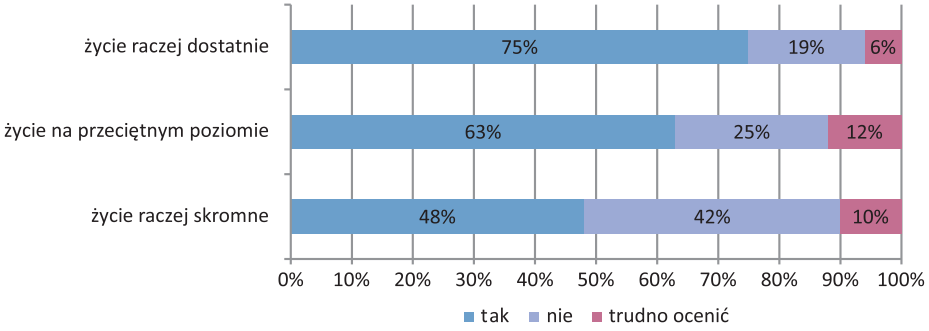
Takie odczucia towarzyszą 2 na 3 pracownikom średnich i dużych firm w Polsce (65%). Na ich brak wskazuje co czwarty, a co dziesiąty nie ma zdania w tej kwestii. Dotyczy to w podobnym stopniu mężczyzn i kobiet. Najczęściej energia, siła, witalność charakteryzują osoby dobrze wykształcone (po szkole średniej lub wyższej), młode oraz żyjące dostatnio (Rycina 19-21).



Rycina 19. Posiadanie energii, siły, witalności a poziom wykształcenia pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,001; Chi^2=21,63; df=6])



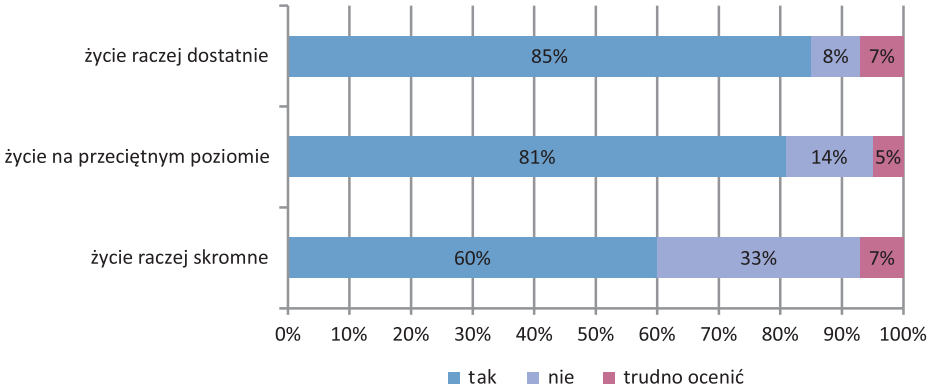
Rycina 20. Posiadanie energii, siły, witalności a wiek pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi²=36,354; df=8])



Rycina 21. Posiadanie energii, siły, witalności a sytuacja materialna pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi²=24,420; df=4])

Dobre samopoczucie

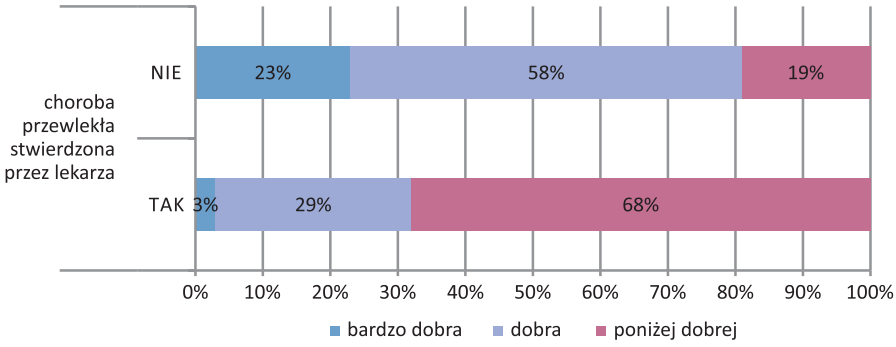
W badaniu KCPZwMP takiego samopoczucia doświadcza na ogół 80% pracowników (14% zazwyczaj go nie posiada, a kolejne 6% respondentów nie potrafi tego ocenić). Spośród analizowanych w sondażu czterech zmiennych społeczno-demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie i kondycja finansowa) tylko sytuacja materialna wpływa w sposób statystycznie istotny na rozpowszechnienie omawianego tu wskaźnika: osoby żyjące skromnie znacznie rzadziej mają zazwyczaj dobre samopoczucie niż pracownicy z grup lepiej sytuowanych ekonomicznie (Rycina 22).



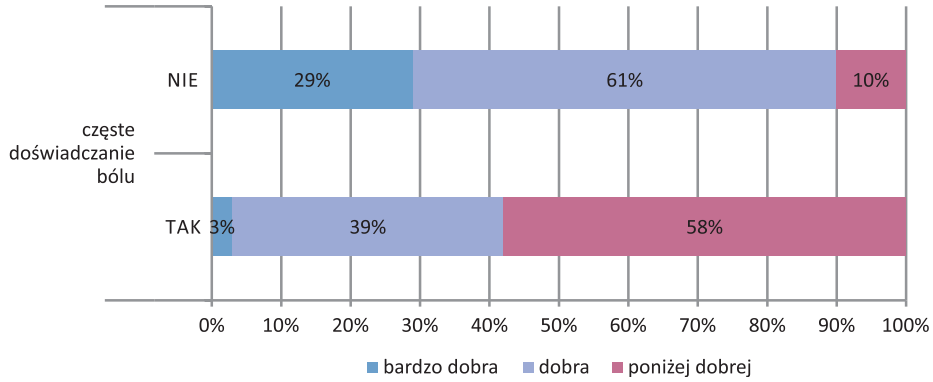
Rycina 22. Posiadanie na ogół dobrego samopoczucia a sytuacja materialna pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=0,000; Chi²=28,063; df=4])

Samoocena zdrowia pracowników a inne wskaźniki jego stanu

Wszystkie analizowane w poprzednim podrozdziale wskaźniki stanu zdrowia korelują z samooceną zdrowia personelu. Spośród nich posiadanie choroby przewlekłej zdiagnozowanej przez lekarza oraz częste odczuwanie dolegliwości, bólu – a więc stanów najbardziej dokuczliwych dla człowieka – w największym stopniu sprzyjają niskiej ocenie własnego zdrowia przez pracowników. Porównanie bowiem odsetka osób o takiej autoocenie zdrowia wśród doświadczających i niedoświadczających poszczególnych zasobów/problemów zdrowotnych spośród 5 przedstawionych wyżej pokazuje, że różnice są najwyższe i sięgają aż blisko 50 pkt. proc. w przypadku choroby chronicznej oraz bólu, dolegliwości (Rycina 23 i 24).

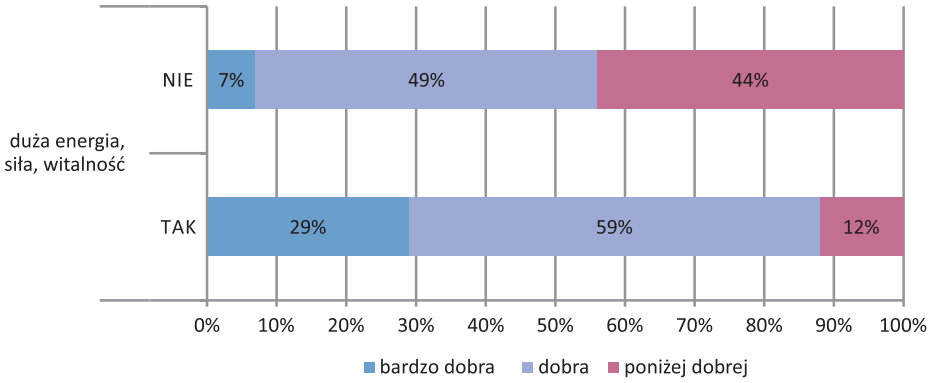


Rycina 23. Autoocena stanu zdrowia a występowanie choroby przewlekłej potwierdzonej przez lekarza u pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi²=110,500; df=2])



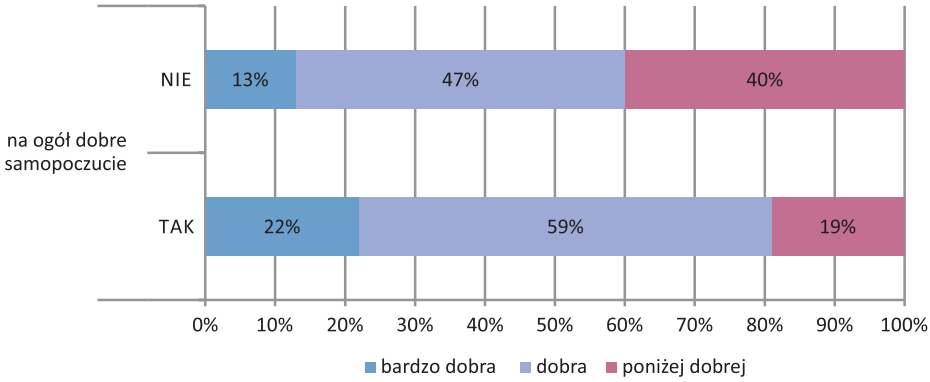
Rycina 24. Autoocena stanu zdrowia a częste odczuwanie dolegliwości, bólu przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,000; Chi²=257,148; df=2])

Fakt posiadania energii, siły, witalności również znacząco wpływa na wysokość oceny przypisywanej własnemu zdrowiu. Niska autoocena zdrowia charakteryzuje 44% pracowników narzekających na niedostatek takich zasobów, ale już około czterokrotnie mniejszą grupę osób (12%) doświadczających ich wysokiego poziomu. Jednocześnie w pierwszej z tych populacji jest czterokrotnie mniejsza frakcja pracowników o najwyższej autoocenie zdrowia (7% vs. 29%) (Rycina 25).



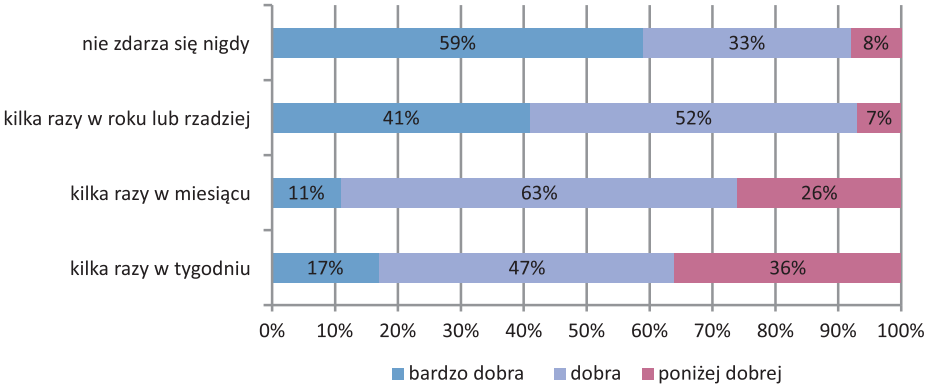
Rycina 25: Autoocena stanu zdrowia a doświadczanie dużej energii, siły, witalności przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,000; Chi²=131,836; df=2])

Jeśli chodzi o samoocenę zdrowia w zależności od posiadania dobrego samopoczucia, to analizy wskazują na dwukrotnie większy odsetek respondentów przypisujących swojemu zdrowiu ocenę poniżej dobrej wśród pracowników narzekających na brak takiego samopoczucia w porównaniu z osobami na ogół go doświadczającymi (40% vs. 19%) (Rycina 26).



Rycina 26. Autoocena stanu zdrowia a doświadczanie na ogół dobrego samopoczucia przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,000; Chi^2=31,727; df=2])

W grupie pracowników nieodczuwających silnego zmęczenia (fizycznego lub psychicznego) dominują osoby bardzo zadowolone ze swojego zdrowia (59%). Z kolei wśród personelu często go doświadczającego (tj. przynaj-

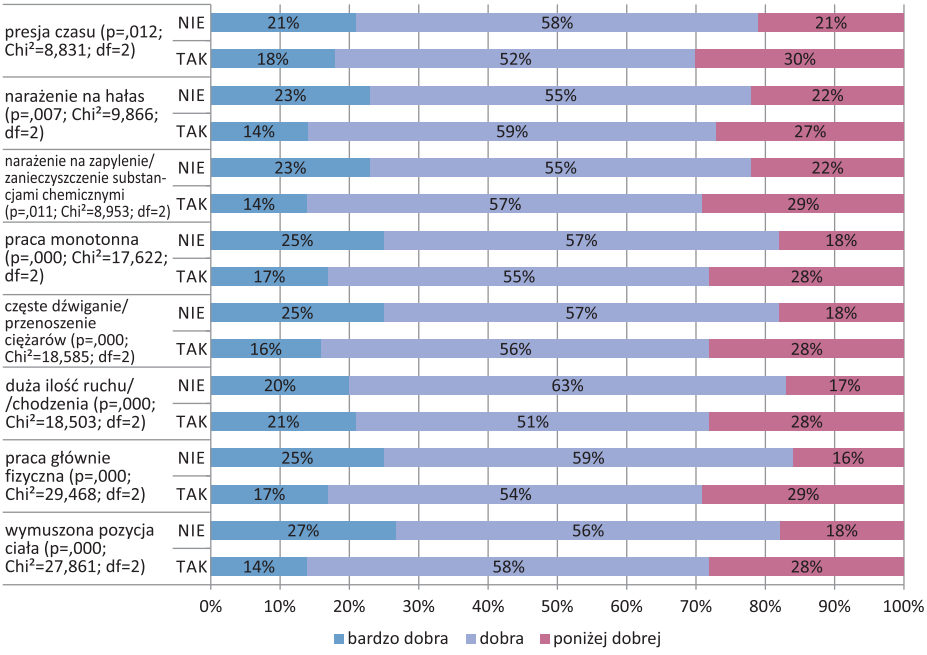


Rycina 27. Autoocena stanu zdrowia a częstość odczuwania silnego zmęczenia fizycznego lub psychicznego przez pracowników dużych i średnich firm (źródło: wyniki badania KCWZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=143,912; df=6])

mniej kilka razy w miesiącu) najwyższa autoocena zdrowia dotyczy już tylko kilkunastoprocentowej grupy respondentów. Wraz z częstością odczuwania silnego zmęczenia rośnie odsetek pracowników niezadowolonych ze swojego zdrowia (Rycina 27).

Samoocena zdrowia pracowników a warunki i sposoby wykonywania pracy

Badanie KCPZwMP wskazuje, że zawodowe narażenie na niektóre czynniki szkodliwe i uciążliwe sprzyja niskiej ocenie własnego zdrowia. Mowa tu o obciążeniu wysiłkiem fizycznym, monotonii, ekspozycji na hałas, pyły lub szkodliwe substancje chemiczne. Zestawienie tych czynników przedstawia Rycina 28.



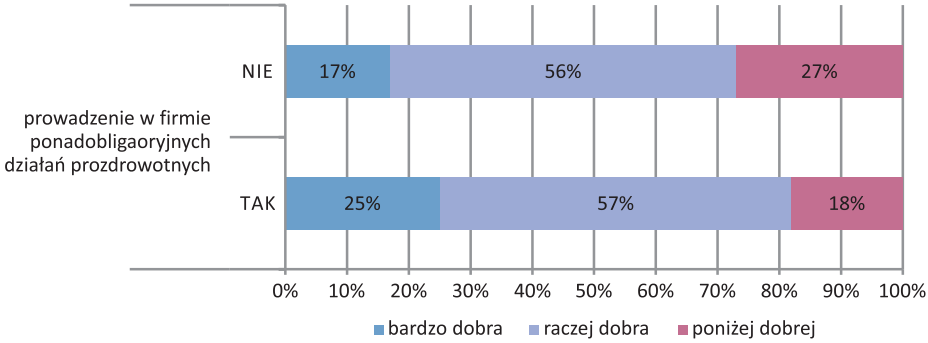
Rycina 28. Autoocena stanu zdrowia a wybrane czynniki szkodliwe i uciążliwe środowiska pracy pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Spośród długiej listy cech pracy analizowanych w tym sondażu tylko zawodowa odpowiedzialność za innych ludzi wpływa na nieco większe rozpowszechnienie oceny bardzo dobrej przypisywanej swojemu zdrowiu. Dotyczy ona 31% respondentów odpowiedzialnych w pracy za inne osoby oraz 19% wykonujących inną pracę (p=,001; Chi^2=14,253; df=2). Opisana tu zależność jest efektem pozycji społecznej osób z pierwszej z tych grup (tj. ich wyższego wykształcenia, lepszej kondycji ekonomicznej itd.).

Analiza danych z sondażu KCPZwMP dowodzi, że na postrzeganie zdrowia nie wpływają w sposób statystycznie istotny takie kwestie jak praca: głównie stojąca, siedząca, zmianowa lub nocna, w zimnym lub gorącym mikroklimacie, wykonywana głównie w domu, w nadgodzinach (>40h/tydzień), wiążąca się z dużym ryzykiem wypadku, możliwością spowodowania uszczerbku na zdrowiu i życiu innych ludzi, poczuciem braku wpływu na swoje obowiązki służbowe, a także koniecznością częstych podróży lub stałej dyspozycyjności.

Samoocena zdrowia pracowników a realizacja promocji zdrowia w zakładzie pracy

Ważną kwestią sprzyjającą pozytywnej autoocenie zdrowia jest ponadobligatoryjna troska o zdrowie pracowników w zakładzie pracy (tj. wykraczająca poza wymogi prawne dotyczące bhp i badań profilaktycznych medycyny pracy). Wśród personelu firm, które angażują się w tego rodzaju przedsięwzięcia prozdrowotne, co czwarta osoba jest bardzo zadowolona ze swojego zdrowia. Natomiast w grupie pracowników zatrudnionych w przedsiębiorstwach niepodejmujących tego rodzaju inicjatyw, taka ocena zdrowia charakteryzuje zaledwie co około szóstego respondenta. Odwrotna sytuacja dotyczy frakcji pracowników przypisujących swojemu zdrowiu ocenę poniżej dobrej (Rycina 29). Istnieją co najmniej 2 hipotezy wyjaśniające te zależności. Po pierwsze, realizacja przez firmę promocji zdrowia przyczynia się do poprawy stanu zdrowia personelu (taki efekt obserwuje 49% średnich i dużych przedsiębiorstw w Polsce organizujących działania prozdrowotne [Puchalski, Korzeniowska 2019]). Po drugie, pracownicy o niższej samoocenie zdrowia (m.in. robotnicy, starsi, bardziej schorowani) są częściej zatrudniani w zakładach pracy niepodejmujących tego rodzaju inicjatyw.



Rycina 29. Autoocena stanu zdrowia pracowników a prowadzenie poonadobligatoryjnych działań prozdrowotnych w dużych i średnich firmach w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,006; Chi^2=10,324; df=2])

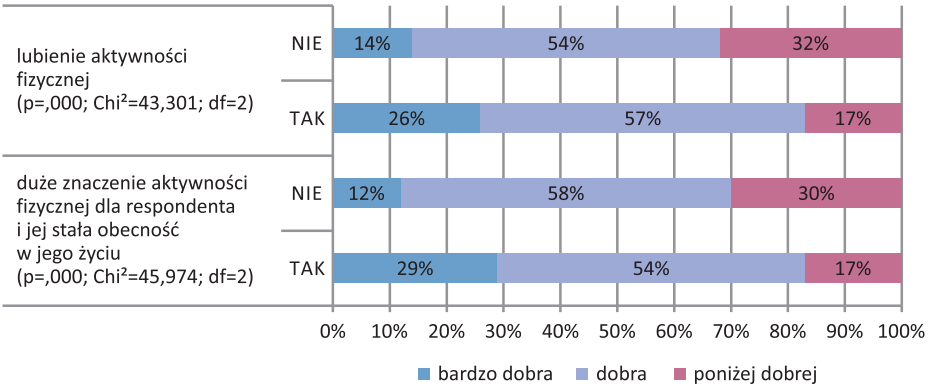
Samoocena zdrowia a podejmowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej przez pracowników

Sondaż KCPZwMP dowodzi, że duże osobiste znaczenie przypisywane rekreacyjnej aktywności fizycznej, jej lubienie oraz podejmowanie koreluje z wysoką autooceną zdrowia personelu (Rycina 30). Ta ostatnia zależność dotyczy zarówno lekkich, nadmiernie niemęczących, jak i intensywnych form aktywności fizycznej, przy czym te drugie mają w tym zakresie nico większy potencjał (Rycina 31). Tymczasem brak lub niski poziom aktywności fizycznej wiąże się ze znacząco mniejszymi odsetkami pracowników o najwyższej autoocenie zdrowia (Rycina 32).

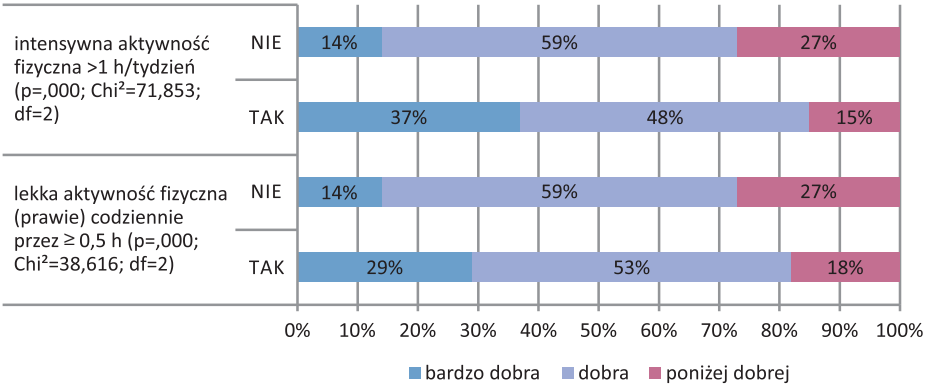
Zależności te mogą wynikać z jednej strony z pozytywnego wpływu podejmowania omawianego tu zachowania na zdrowie, z drugiej z większych chęci i możliwości osób o wysokiej samoocenie zdrowia (m.in. młodszych, zdrowszych, bardziej wykształconych i o lepszej sytuacji materialnej) do uprawiania ćwiczeń fizycznych, sportów (szczególnie tych intensywnych).

Warto zwrócić uwagę na odmienny wpływ na autoocenę zdrowia personelu rekreacyjnej aktywności fizycznej oraz wysiłku fizycznego związanego z pracą zawodową. O ile pierwszy typ aktywności koreluje z lepszym ocenianiem własnego zdrowia, to drugi (w formie pracy fizycznej, wynikający z częstego podnoszenia i przenoszenia ciężarów lub dużej ilości ruchu/chodzenia) wiąże się z wyższymi odsetkami pracowników o niskiej samoocenie zdrowia (por. Rycina 28 i 31). Z jednej strony można to tłumaczyć faktem, iż regularny, długotrwały wysiłek fizyczny w pracy jest czynnikiem ryzyka dla zdrowia pracownika, z drugiej strony taką pracę często wykonują starsi, biedni, niewykształceni robotnicy.

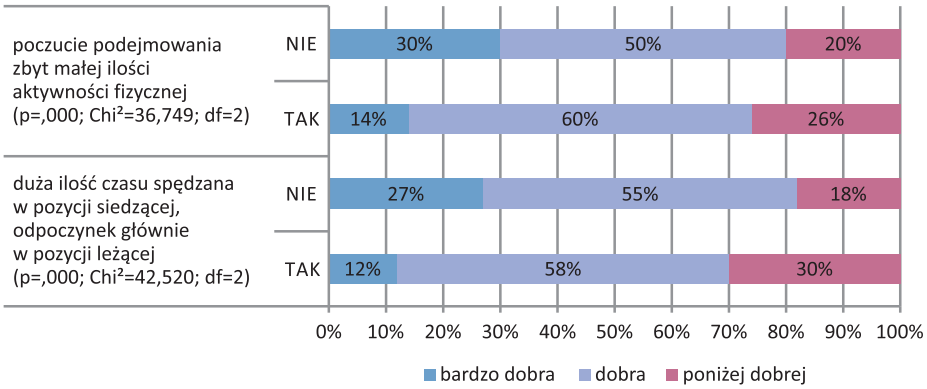
Słabsza autoocena zdrowia pracowników koreluje z ich częstszymi deklaracjami o doświadczaniu przeszkód w realizacji rekreacyjnej aktywności fizycznej. Do tego rodzaju utrudnień należą problemy z motywowaniem się personelu do prozdrowotnej zmiany stylu życia i wytrwaniu w niej, zmęczenie, a także wysokie koszty, trudności w wygospodarowaniu czasu, mała dostępność miejsc oraz niesprzyjające otoczenie społeczne do podejmowania aktywności fizycznej (Rycina 33). Tak więc jeśli osoby o gorszym zdrowiu chciałyby postępować bardziej prozdrowotnie, to mają z tym obiektywnie większe trudności w porównaniu z personelem o wysokiej samoocenie zdrowia. Taka sytuacja jest źródłem społecznych nierówności w zdrowiu w populacji pracowników.



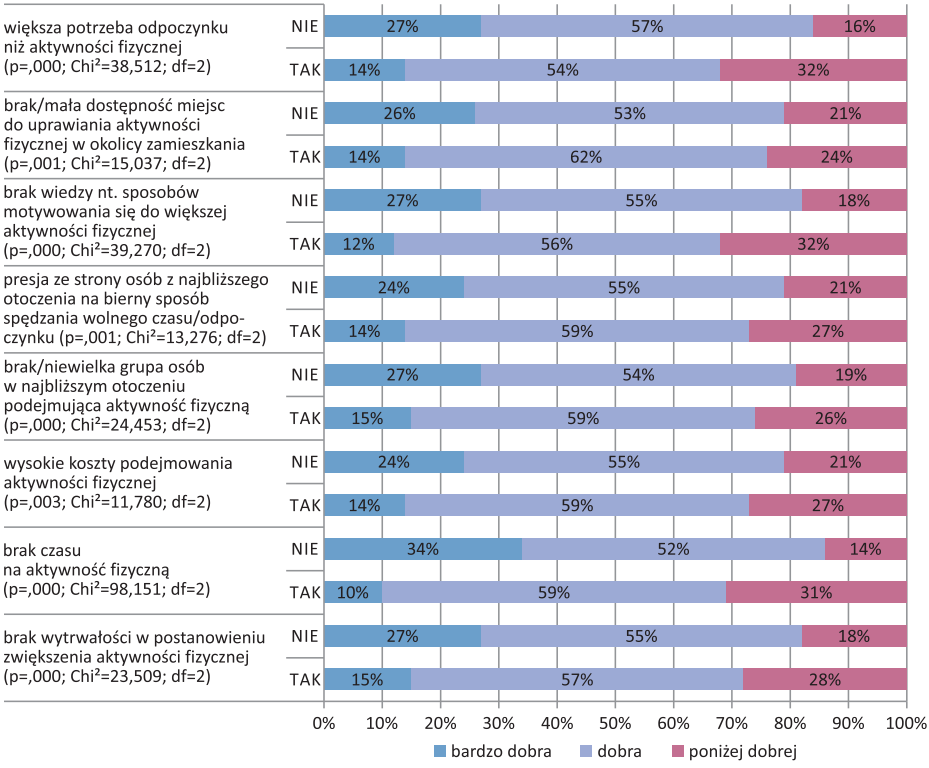
Rycina 30. Autoocena stanu zdrowia a duże znaczenie rekreacyjnej aktywności fizycznej, jej lubienie oraz realizacja przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)



Rycina 31. Autoocena stanu zdrowia a podejmowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej o różnej intensywności przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)



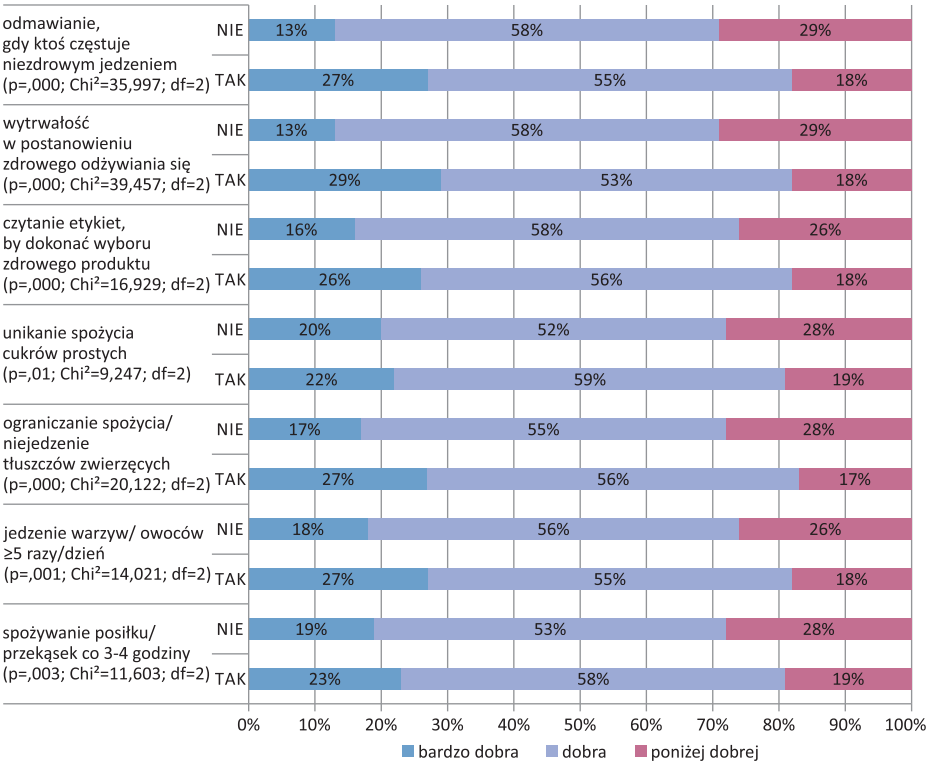
Rycina 32. Autoocena stanu zdrowia a brak/niedobór rekreacyjnej aktywności fizycznej u pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)



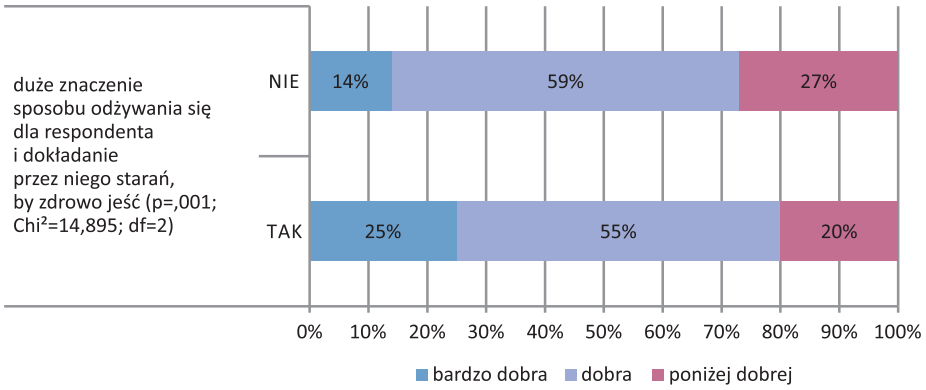
Rycina 33. Autoocena stanu zdrowia a przeszkody w podejmowaniu rekreacyjnej aktywności fizycznej przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Samoocena zdrowia a sposoby odżywiania się pracowników

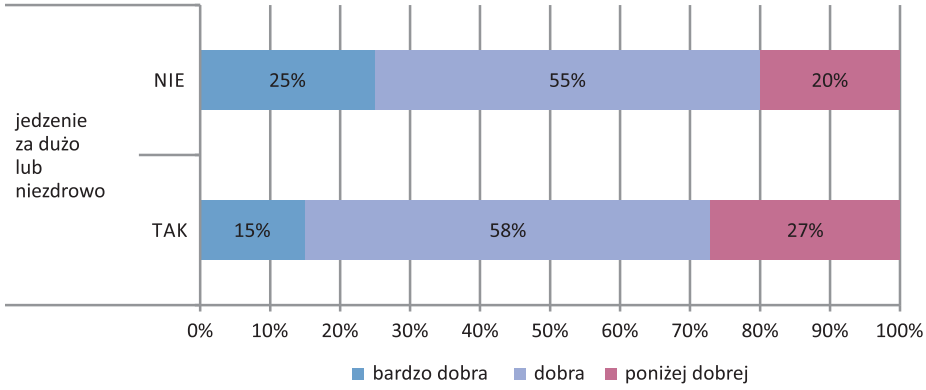
Podejmowanie sprzyjających zdrowiu zachowań w sferze odżywiania się oraz duże osobiste znaczenie im przypisywane sprzyjają wysokiej autoocenie zdrowia personelu (Rycina 34 i 35). Natomiast poczucie, że realizowana dieta jest niewłaściwa pod względem ilościowym lub jakościowym, wiąże się z istotnie wyższym odsetkiem pracowników o niskiej samoocenie zdrowia (Rycina 36). Tego rodzaju relacje mogą być pokłosiem pozytywnego wpływu na zdrowie racjonalnej diety, ale również faktu, iż personel o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, a więc charakteryzujący się lepszą autooceną zdrowia, częściej podejmuje prozdrowotny styl odżywiania się.



Rycina 34. Autoocena stanu zdrowia a podejmowanie sprzyjających zdrowiu zachowań w sferze odżywiania się przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

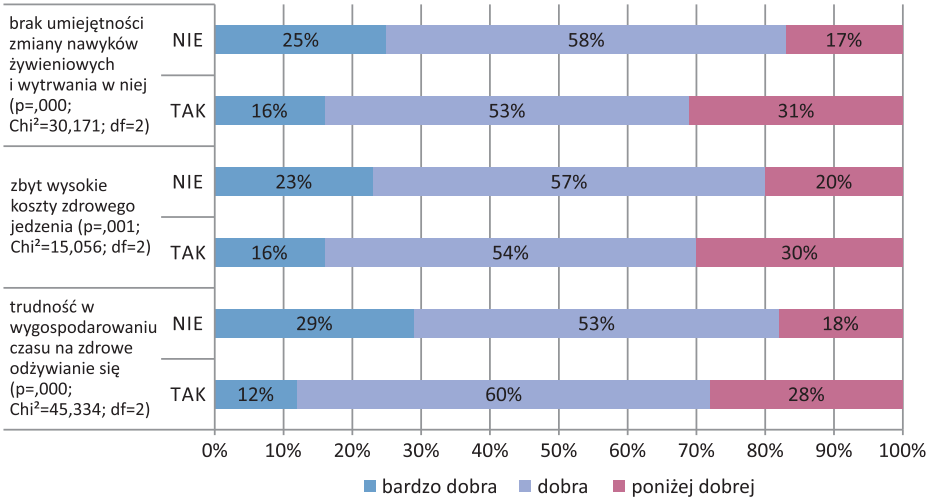


Rycina 35. Autoocena stanu zdrowia a duże osobiste znaczenie zdrowego odżywiania się oraz jego realizacja przez pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)



Rycina 36. Autoocena stanu zdrowia a poczucie pracowników dużych i średnich firm w Polsce, że jedzą za dużo lub niezdrowo (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,000; Chi²=16,024; df=2])

Badanie KCPZwMP wskazuje również na istotną zależność między niską samooceną zdrowia a doświadczaniem utrudnień w realizacji właściwego sposobu odżywiania (tj. jego wysokimi kosztami oraz niedoborem czasu i umiejętności respondentów w tym obszarze) (Rycina 37). Problemem w grupie pracowników o takiej autoocenie zdrowia jest więc współwystępowanie złego zdrowia oraz czynników niesprzyjających podejmowaniu zachowań prozdrowotnych.



Rycina 37. Autoocena stanu zdrowia a przeszkody w zdrowym odżywianiu się pracowników dużych i średnich firm w Polsce (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Podsumowanie

Samoocena stanu zdrowia personelu jest wskaźnikiem rekomendowanym menedżerom promocji zdrowia do stosowania w firmowych przedsięwzięciach prozdrowotnych (zarówno na etapie przygotowań do nich, kiedy diagnozowane są potrzeby zdrowotne załogi, jak i w ewaluacji tego rodzaju wdrożeń). Mowa tu zarówno o ogólnie rozumianej autoocenie zdrowia (weryfikowanej wśród pracowników firm np. pytaniem „Jak Pan/Pani ocenia swoje zdrowie?"), jak i bardziej szczegółowych subiektywnych wskaźnikach jego stanu (tj. np. dotyczących zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego oraz funkcjonalnego, dobrego samopoczucia, witalności/siły/energii, zmęczenia/wyczerpania). Dobrą praktyką jest zestawianie wyników takiej subiektywnej oceny z obiektywnymi danymi nt. stanu zdrowia personelu, np. wskaźnikami i kosztami absencji chorobowej czy informacjami o dolegliwościach i chorobach przewlekłych pochodzących z raportów ze zbiorczymi wynikami badań profilaktycznych medycyny pracy.

Jak wykazano w niniejszym rozdziale, ogólna samoocena zdrowia załogi koreluje zarówno z innymi subiektywnymi, jak i obiektywnymi wskaźnikami kondycji zdrowotnej. Dowodzi to, że autoocena zdrowia jest „czułym" wyznacznikiem stanu zdrowia pracowników. Wraz ze stosunkowo dużą ła-

twością jej szacowania wśród personelu są to dwie najważniejsze zalety jej stosowania w przedsięwzięciach prozdrowotnych w zakładzie pracy.

Z uwagi na duże zróżnicowanie samooceny zdrowia ze względu na sytuację społeczno-demograficzną pracowników (tj. m.in. wiek, wykształcenie czy dochód), a także warunki i sposób wykonywania pracy istnieje konieczność weryfikowania sytuacji zdrowotnej załogi z perspektywy wymienionych zmiennych. Tego rodzaju analiza pozwala na wytypowanie grup personelu wymagających szczególnej uwagi w zakładowych przedsięwzięciach prozdrowotnych.

Z przedstawionych w rozdziale korelacji wynika, że wśród załogi o niskiej samoocenie zdrowia kumuluje się szereg niekorzystnych zjawisk z punktu widzenia jej dbałości o własne zdrowie, tj. takie czynniki strukturalne jak niskie wykształcenie i dochód oraz starszy wiek, częstsze bariery mentalne, powszechniejsze narażenie zawodowe na czynniki szkodliwe i uciążliwe środowiska pracy, częstsze dostrzeganie trudności w realizacji zdrowego stylu życia, a także rzadsze podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Tymczasem pracowników o wysokiej autoocenie zdrowia częściej dotyczą zjawiska sprzyjające ich trosce o własne zdrowie. Tego rodzaju różnice są ogromnym wyzwaniem dla realizatorów promocji zdrowia w zakładach pracy. Powinni oni diagnozować potrzeby, możliwości i oczekiwania zdrowotne specyficzne dla poszczególnych grup i na tej podstawie organizować ofertę prozdrowotną „szytą na miarę" każdej z nich. W innym przypadku z firmowych działań na rzecz zdrowia personelu skorzystają głównie pracownicy z grupy uprzywilejowanej, co pogłębi społeczne nierówności w zdrowiu między osobami o niskiej i wysokiej samoocenie zdrowia.

Wyniki badań sondażowych, przedstawione w niniejszym rozdziale, mogą stanowić punkt odniesienia dla zakładowych menedżerów promocji zdrowia. Mogą oni bowiem weryfikować, jak na tle ogólnopolskich, reprezentatywnych danych plasują się omówione w rozdziale wskaźniki stanu zdrowia personelu ich firm.

Literatura

CBOS. Zadowolenie z życia. Komunikat z badań Nr 2/2020. Styczeń 2020.

CBOS. Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Komunikat z badań Nr 138/2016. Październik 2016.

Czapiński J., Panek T. (red.) (2015). Diagnoza społeczna [2015]. www.diagnoza.com.

EU-SILC. Eurostat Database. https://ec.europa.eu/eurostat/data/database.

GUS (2014). Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. – tablice. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html.

GUS. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa 2016.

GUS. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą. Warszawa 2014.

Kuropka I. (2019) Umieralność i trwanie życia w Polsce i wybranych krajach Europejskich W: A. Potrykowska, D. Bojarska-Lis, M. Budziński, E. Kowalczyk (red.) Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2018-2019 (s. 100-122). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.

Piekarzewska M. Zajenkowska-Kozłowska A. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r., Notatka informacyjna, GUS, Warszawa 2015.

Puchalski K. Korzeniowska E. Promocja zdrowia w średnich i dużych firmach w Polsce w 2017 r. – rozpowszechnienie, realizacja, efekty i trudności. Med. Pr. 2019: 70(3): 275–294. https://doi.org/10.13075/mp.5893.00802.

Van den Berg T. Schuring M. Avendano M. i wsp. The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. Occup. Environ. Med. 2010: 67(12): 845–852. https://doi.org/10.1136/oem.2009.051730.

Van Rijn RM. Robroek SJ. Brouwer S. Burdorf A. Influence of poor health on exit from paid employment: a systematic review. Occup. Environ. Med. 2014: 71(4): 295–301. https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101591.

Wojtyniak B. Goryński P. Stokwiszewski J. Halik R. Topór-Mądry R. Juszczyk G. (2018). Samoocena stanu zdrowia dorosłych Polaków - wyniki badania terenowego. W: B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania (s. 229-242). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Wojtyniak B. Stokwiszewski J. Rubikowska B. Goryński P. Zdrojewski T. (2018). Długość życia i umieralność ludności Polski. W: B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania (s. 51-122). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

ZUS. Absencja chorobowa w 2019 roku. Warszawa 2019a.

ZUS. Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2019 roku. Warszawa 2019b.

NADWAGA I OTYŁOŚĆ PRACOWNIKÓW FIRM – ROZPOWSZECHNIENIE I ZRÓŻNICOWANIE SPOŁECZNE, ZWIĄZKI Z SAMOOCENĄ STANU ZDROWIA I CHARAKTEREM PRACY

Wstęp

Nadmierna masa ciała, wykraczająca poza normy określone w naukach medycznych, stała się zjawiskiem powszechnym. Prawidłową masę ma obecnie tylko mniej niż połowa polskiego społeczeństwa, natomiast blisko co piąta osoba jest otyła (w języku medycznym – choruje na otyłość), a pozostałe mają nadwagę. Tak duże rozpowszechnienie otyłości i nadwagi, która często przechodzi w otyłość, staje się problemem zarówno dla zdrowia publicznego – poprzez liczne choroby powiązane z nadmierną masą ciała, jak również dla gospodarki – na skutek kosztów generowanych przez te choroby (Springer i in. 2019, Zgliczyński 2017). Otyłość występująca wśród pracowników staje się też wyzwaniem dla pracodawców, bo w firmach kumulują się efekty wynikających z niej problemów zdrowotnych i ekonomicznych. Raport Narodowego Funduszu Zdrowia (2019) omawiający konsekwencje otyłości ukazuje straty czasu pracy, jakie w 2017 r. powstały w związku z chorobami, dla których otyłość jest istotnym czynnikiem ryzyka. I tak nadciśnienie było w Polsce przyczyną 2767 tys. dni absencji chorobowej (273,4 tys. zwolnień trwających przeciętnie 10,1 dnia), zwyrodnienie kolan wygenerowało 2153,3 tys. dni absencji (123,3 tys. zwolnień trwających przeciętnie 17,5 dnia), choroby pęcherzyka żółciowego i dróg

żółciowych – 1356,8 tys. dni (74,5 tys. zwolnień trwających przeciętnie 18,2 dnia), natomiast cukrzyca – 837,1 tys. dni (59,5 tys. zwolnień trwających przeciętnie 14,1 dnia). Do tego dochodzą też trudne do oszacowania koszty związanego z otyłością prezentyzmu, obniżonej samooceny i zaburzonych relacji społecznych. Z drugiej strony wskazuje się, że dobrze prowadzone programy promocji zdrowia w zakładach pracy, skierowane na profilaktykę otyłości, w tym na behawioralne czynniki jej ryzyka (czyli niedostatek rekreacyjnej aktywności fizycznej oraz niezdrowe odżywianie się) mogą przyczynić się do istotnego ograniczenia przywołanych negatywnych następstw (Goszczyńska 2017, Korzeniowska 2017, Olszanecka-Glinianowicz 2017).

Rozpowszechnienie otyłości i nadwagi w populacji określa się zazwyczaj w oparciu o wskaźnik BMI (Body Mass Index). Jest on liczony jako stosunek masy ciała (wyrażonej w kilogramach) do wzrostu (wyrażonego w metrach i podniesionego do kwadratu). Zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wartość BMI poniżej 18,5 kg/m^2 klasyfikowana jest jako niedowaga, gdy mieści się w przedziale 18,5-24,9 kg/m^2 oznacza stan prawidłowy, zakres 25-29,9 kg/m^2 to nadwaga, natomiast 30 kg/m^2 i więcej określana jest jako otyłość. W zakresach wykraczających poza normę wyodrębniane są też węższe przedziały, różnicujące stopień zaawansowania poszczególnych stanów. Niezależnie od różnych zastrzeżeń dotyczących BMI jako wskaźnika w wieloaspektowych ocenach stanu zdrowia osób, grup i populacji, jest on najczęściej wykorzystywanym (znacznie częściej niż np. pomiar obwodu w talii) w badaniach rozpowszechnienia problemu nadmiernej masy ciała.

Dane dotyczące rozkładu wartości BMI w społecznościach pochodzą na ogół z dwóch typów źródeł. Pierwsze to sondaże, gdzie podstawą do wyliczenia wskaźnika masy ciała są deklaracje respondentów na temat ich wzrostu i wagi. Zazwyczaj zapewniają one reprezentatywność ustaleń dla danej populacji (przy założeniu reprezentatywnego doboru próby badawczej), ale wyniki mogą być zafałszowane przez nierzetelność deklaracji respondentów (m.in. nieznajomość wzrostu lub wagi ciała, przekazywanie zapamiętanych danych sprzed lat, celowe lub spontaniczne zawyżanie wzrostu lub zaniżanie wagi dla ukazania bardziej atrakcyjnego swojego wizerunku itp.). Drugie źródło to pomiary wzrostu oraz wagi, prowadzone podczas badań medycznych (np. badań profilaktycznych pracowników). Tutaj waga i wzrost podlegają z reguły bezpośrednim pomiarom, ale dobór osób, które poddawane są badaniom nie zawsze daje podstawy, by zgromadzone wyniki uogólniać na szerszą zbiorowość. Przyczyną może być na przykład to, że różne grupy pracowników z różną częstotliwością podlegają

obowiązkowym badaniom profilaktycznym (częściej z reguły te, które mają wyższe ryzyko otyłości, jak m.in. pracujący na stanowiskach robotniczych, w większych narażeniach ze strony środowiska zawodowego), natomiast na dobrowolne badania medyczne częściej zgłaszają się osoby z podejrzeniem problemów zdrowotnych, a BMI istotnie koreluje ze stanem zdrowia i jego samooceną).

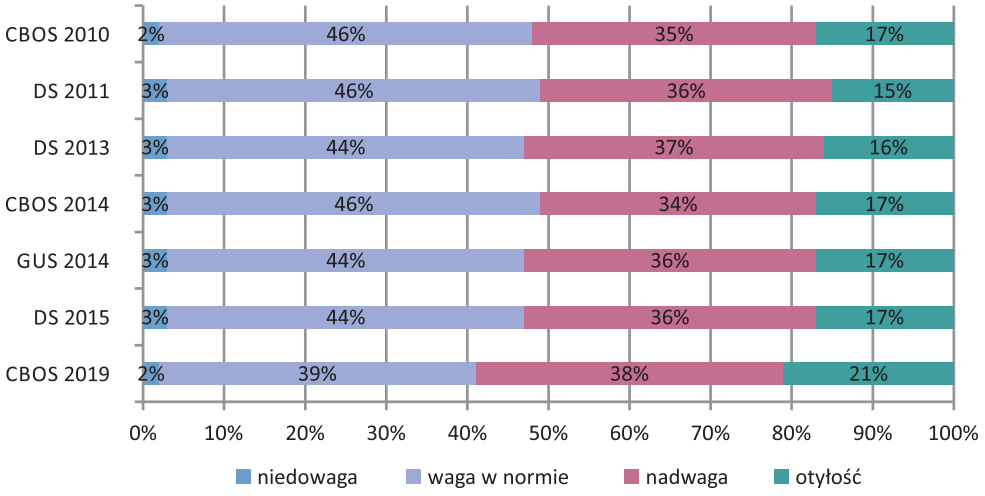
Rozdział ten przedstawia systematycznie zgromadzone dane naukowe dotyczące rozpowszechnienia otyłości i nadwagi (mierzonej przy wykorzystaniu wskaźnika BMI) wśród personelu średnich i dużych firm w Polsce. Obraz ten zostaje ukazany na tle danych dotyczących ogółu dorosłego społeczeństwa polskiego. Omawia zróżnicowanie masy ciała pracowników należących do odmiennych kategorii społeczno-demograficznych (wyróżnionych w aspekcie płci, wieku, poziomu wykształcenia i sytuacji materialnej) oraz grup zdefiniowanych poprzez charakter i warunki pracy (m.in. praca siedząca, fizyczna, ponad 40 godz./tyg., w narażeniu na hałas, stres). Analizuje też relacje pomiędzy wartością BMI a różnicami w ocenie stanu zdrowia. Wszystkie te dane mogą być użyteczne zarówno dla polityków i ekspertów zdrowia publicznego (w kontekście medialnie nagłaśnianej epidemii otyłości), jak również dla menedżerów zarządzających kwestiami zdrowia w zakładach pracy. Ci drudzy w przedstawionych ustaleniach znajdą punkt odniesienia dla oceny powagi problemu otyłości i nadwagi we własnej firmie. Znajdą też materiał do refleksji, na ile struktura demograficzna personelu ich firmy oraz charakterystyka i środowisko pracy zwiększają ryzyko rozwoju omawianego problemu, na ile natomiast redukują to ryzyko. Odnajdą również dane pokazujące, jak nadmierna masa ciała pracowników oddziałuje na takie aspekty stanu ich zdrowia jak samopoczucie, odczuwanie dolegliwości, silne zmęczenie, zasoby energii, ogólna samoocena – być może motywujące do działań na rzecz profilaktyki otyłości w zakładzie pracy.

Rozpowszechnienie otyłości i nadwagi w społeczeństwie

Populacyjne badania antropometryczne prowadzone w pierwszej i na początku drugiej dekady obecnego stulecia pokazały, że wśród dorosłych Polaków, w tym zwłaszcza wśród mężczyzn, nastąpił spadek odsetka osób o prawidłowej masie ciała, a jednocześnie wzrost odsetka otyłych oraz posiadających nadwagę. Szczegółowo rzecz ujmując, pomiary prowadzone w latach 2003-2005 pokazały, że odsetek osób przekraczających normę BMI wśród mężczyzn wynosił 60% (20% otyłych i 40% z nadwagą), natomiast w latach 2013-2014 wzrósł do 67% (24% otyłych i 43% z nadwagą). Wśród kobiet ten wzrost był niższy – w pierwszych pomiarach wynosił 50%

(22% otyłych i 28% z nadwagą), a w kolejnych wzrósł do 52% (23% otyłych i 29% z nadwagą) (Stepaniak i in. 2016). Z kolei badania sondażowe prowadzone przez GUS dały podstawy, by uznać, że w całej pierwszej dekadzie XXI wieku systematycznie wzrastały odsetki osób z nadmierną masą ciała (zob. Zgliczyński 2017).

Wartości wskaźnika BMI w okresie drugiej dekady, ustalone w oparciu o dane z dużych reprezentatywnych sondaży wśród dorosłych obywateli Polski, przedstawia Rycina 1. Pokazuje on dużą zgodność i niezmienność wyników zgromadzonych w jej pierwszej połowie. Wskazuje też, że dopiero pod koniec tego dziesięciolecia nastąpiła niekorzystna zmiana w strukturze BMI. O ile do 2015 r. odsetek osób o masie ciała w normie wynosił 45% (w poszczególnych pięciu pomiarach odbiegał od tej wartości jedynie o 1 pkt. proc.), to w 2019 r. doszło do spadku tego odsetka do 39%. Jednocześnie wzrosła grupa osób otyłych (do 21%) i nieznacznie z nadwagą (do 38%).



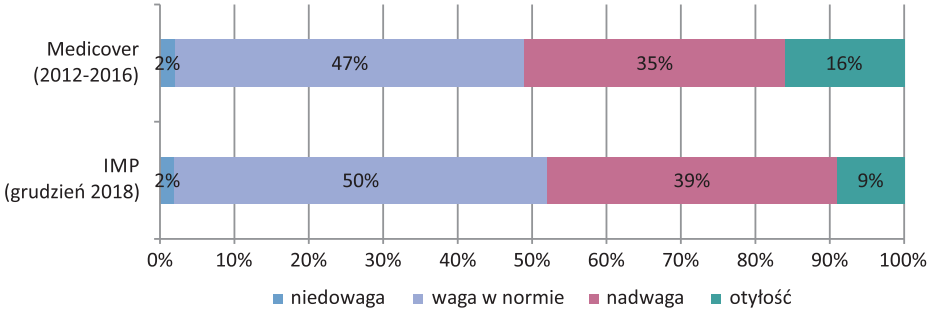
Rycina 1. Zróżnicowanie wartości wskaźnika masy ciała wśród dorosłego polskiego społeczeństwa w 2 dekadzie XXI wieku – ustalenia reprezentatywnych sondaży (źródło: opracowanie własne na podst. Czapiński, Panek 2015, CBOS 2019, GUS 2016).

Warto zachować ostrożność przy próbach interpretacji tych ostatnich ustaleń jako poświadczenia trendu, bo jest to tylko jedno badanie ukazujące takie zmiany i są one relatywnie niewielkie. Należy też mieć na uwadze, że możliwość bezpośredniego porównania przedstawionych ustaleń zaburza w jakimś stopniu zróżnicowane kryterium wieku przy doborze prób badawczych (GUS prowadził wywiady wśród 15-latków i starszych. Diagnoza społeczna objęła osoby w wieku 16 lat i więcej, sondaże CBOS dotyczą populacji w wieku nie niższym niż 18 lat, natomiast sondaż NIZP-PZH, o którym mowa w kolejnym akapicie, odnosi się do respondentów w wieku 20 lat i więcej).

Od wyżej przedstawionych ustaleń (Rycina 1) odbiegają dane z reprezentatywnego (pod względem płci, wieku i miejsca zamieszkania) sondażu firmowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Nie było możliwe ich pokazanie wraz z ustaleniami innych sondaży, gdyż w dostępnej publikacji źródłowej ujęte one zostały w nieco innych kategoriach (osobno dla obu płci, bez danych dla całej populacji i bez wyodrębnienia grupy z niedowagą). Pokazują one, że pod koniec 2018 r. nadmierna masa ciała (nadwaga i otyłość) dotyczyła tylko połowy społeczeństwa w wieku 20 lat i więcej (41% kobiet i 59% mężczyzn), w tym otyłość charakteryzowała 11% respondentów każdej płci (Poznańska i in. 2018). Różnią się zatem zarówno od wyników z pierwszej połowy dekady, ale zwłaszcza od ustaleń CBOS z 2019 r. – pokazując w tym czasie niższą, a nie wyższą wagę społeczeństwa. Tym samym skłaniają do ostrożnego traktowania medialnie nagłaśnianej tezy o systematycznym wzroście rozpowszechnienia otyłości i nadwagi w społeczeństwie.

Otyłość i nadwaga wśród pracowników firm

O ile nie brakuje ustaleń ukazujących strukturę BMI wśród ogółu społeczeństwa (choć nie ma zgody co do jej dynamiki w ostatnich kilku latach), o tyle trudno o takie dane dotyczące pracowników firm. Badania populacyjne rzadko wyodrębniają tę grupę i rzadko staje się ona obiektem osobnej uwagi. Poniżej (Rycina 2) przedstawiono wyniki dwóch diagnoz poświęconych pracownikom. Pierwsza oparta jest o pomiary wykonywane sukcesywnie w latach 2012-2016 podczas badań medycznych, którymi objęto ponad 255 tys. osób pracujących w firmach (różnej wielkości, różnych branż itp.) korzystających z opieki zdrowotnej Medicover (Medicover 2017). Druga to sondaż Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy IMP, przeprowadzony w grudniu 2018 r. wśród 1000 pracowników firm zatrudniających 50 osób i więcej.



Rycina 2. Zróżnicowanie wskaźnika masy ciała wśród pracowników w Polsce – wyniki badań medycznych i sondażowych (źródło: opracowanie własne na podst. Medicover 2017 oraz wyników badania KCPZwMP z 2018 roku)

Badania antropometryczne wykonywane w placówkach medycznych pokazują na ogół wyższe niż w sondażach odsetki osób, których masa ciała przekracza normę BMI. Dotyczy to zwłaszcza grupy otyłych, z reguły znacząco większej w pomiarach antropometrycznych. Biorąc pod uwagę tę prawidłowość, ustalenia odnoszące się do pracowników, pochodzące z odmiennych źródeł, można uznać za zbliżone do siebie. Zgodnie z oczekiwaniem największe różnice pomiędzy danymi antropometrycznymi i sondażowymi potwierdziły się w odsetkach osób otyłych. Według sondażu IMP do grupy tej zalicza się niespełna co dziesiąty pracownik, podczas gdy Medicover podaje, że był to blisko co szósty (taki sam rozkład BMI pokazują dane zbierane przez tę firmę do 2019 r. – zob. Medicover 2020).

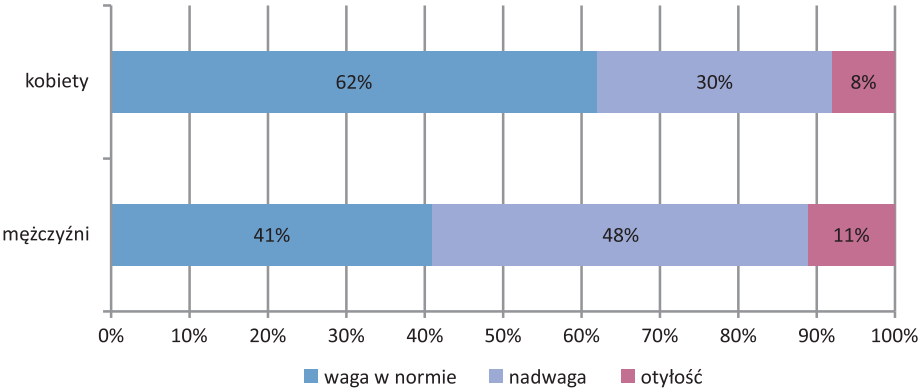
Warto zauważyć (niezależnie od różnic w wynikach badań), że odsetki osób otyłych wśród pracowników są nieco niższe niż wśród ogółu społeczeństwa, natomiast wyższe są odsetki osób o prawidłowej masie ciała (ok. 50%). Może to wynikać z faktu, że wśród pracowników są nieobecne lub tylko nielicznie reprezentowane grupy o najwyższych wskaźnikach rozpowszechnienia otyłości, takie jak osoby w wieku emerytalnym, utrzymujące się ze świadczeń rentowych, pracujące na własny rachunek, rolnicy, osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, chorujący przewlekle, źle oceniające swoje zdrowie, czy o najniższym statusie wykształcenia (CBOS 2019).

Cechy demograficzne pracowników a masa ciała

Badania populacyjne pokazują, że BMI wiąże się z cechami położenia społeczno-demograficznego. Płeć i wiek to główne cechy różnicujące masę ciała.

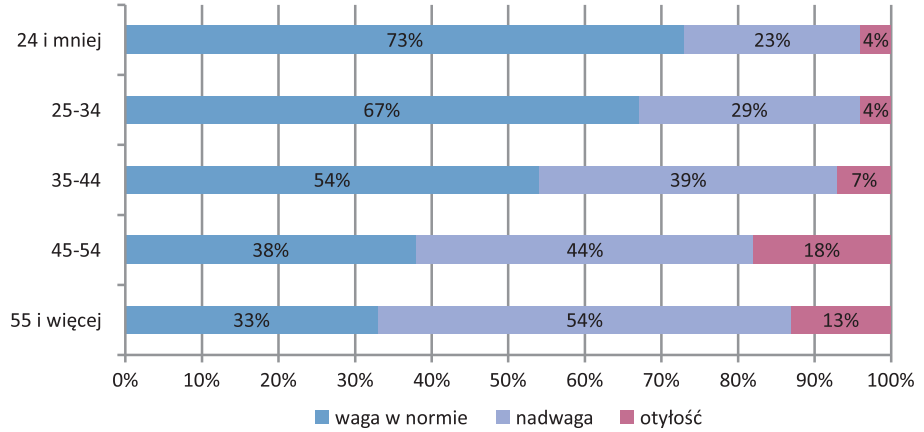
Sondaż IMP przeprowadzony wśród pracowników średnich i dużych firm – dalsze analizy prowadzone są w oparciu o dane z tego sondażu – potwierdził

zróżnicowanie BMI w odmiennych grupach płci (Rycina 3). Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni zachowują masę ciała mieszczącą się w normie, natomiast zarówno nadwaga, jak i otyłość istotnie częściej charakteryzuje mężczyzn. O ile wśród kobiet niespełna 2/5 waży powyżej normy, o tyle wśród mężczyzn tylko 2/5 ma prawidłową wagę. W analizach pominięto nieliczną grupę pracowników (N=21) o masie ciała poniżej normy BMI.



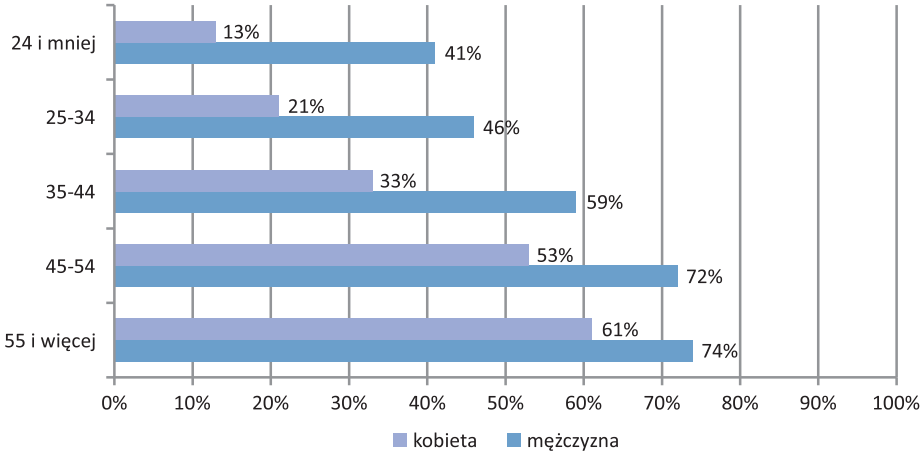
Rycina 3. Płeć a wskaźnik masy ciała wśród pracowników firm (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=44,779; df=2])

Masa ciała pracowników średnich i dużych firm istotnie wiąże się z ich wiekiem (Rycina 4). Im starsi, tym częściej ważą powyżej normy BMI. Po 45 roku życia wagę w normie zachowuje niewiele więcej niż co trzecia osoba, a jednocześnie ponad dwukrotnie wzrastają odsetki otyłych.



Rycina 4. Wiek a wskaźnik masy ciała wśród pracowników firm (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=93,207; df=8])

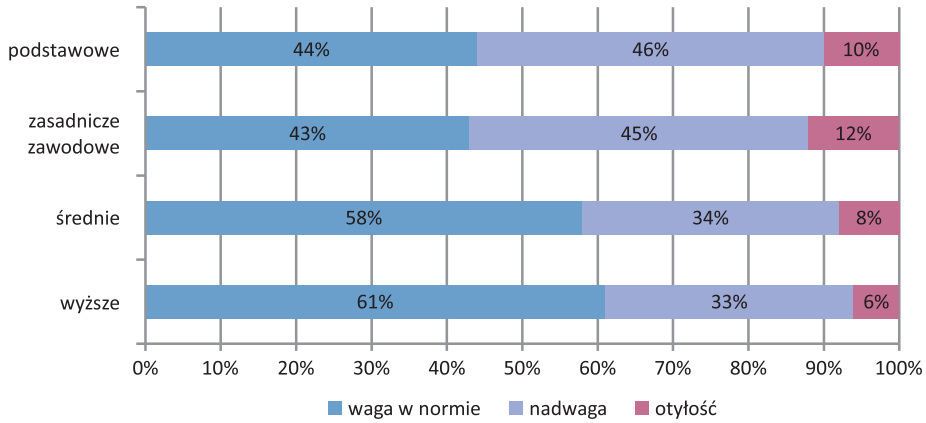
Zależność między wiekiem a masą ciała dotyczy obu płci (Rycina 5). W najmłodszej grupie wiekowej trzykrotnie więcej mężczyzn niż kobiet waży powyżej normy. W nieco starszych grupach, do 44 roku życia, różnica ta jest dwukrotna. W późniejszym wieku dystans ten wyraźnie maleje, co wynika z dużego wzrostu odsetka kobiet z nadwagą lub otyłością. Po 45 roku życia już częściej niż co druga kobieta i blisko 3/4 mężczyzn ma ponadnormatywną wagę (w tym – czego nie widać na wykresie – co dziesiątej kobiety i co piątego mężczyzny dotyczy otyłość).



Rycina 5. Wiek pracowników a masa ciała powyżej normy BMI wśród kobiet (p=,0000; Chi^2=65,428; df=8) i mężczyzn (p=,0000; Chi^2=46,136; df=8) (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

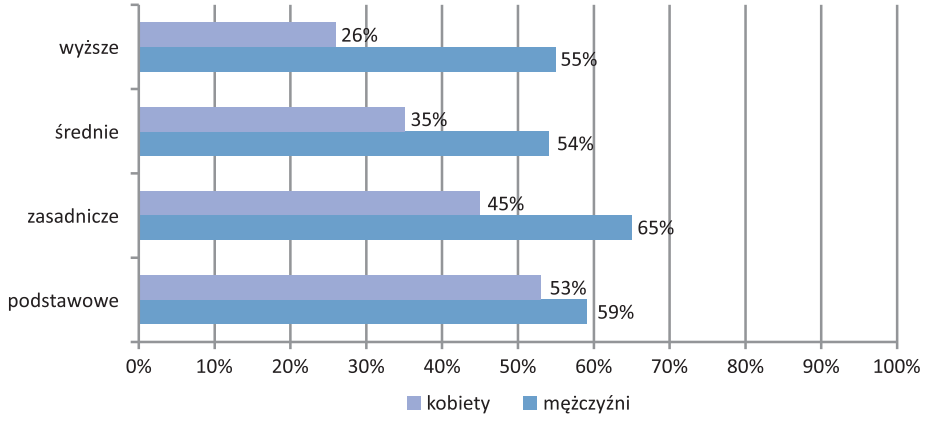
Wartość wskaźnika masy ciała wśród pracowników średnich i dużych firm zmienia się też wraz z ich statusem edukacyjnym oraz materialnym.

Prawidłową masę ciała najczęściej mają pracownicy z wykształceniem wyższym, a także średnim, natomiast nadwaga i otyłość częściej występuje wśród niżej wykształconych. W grupie osób posiadających maturę relacja normatywnej i ponadnormatywnej masy ciała wynosi 3:2, natomiast wśród niżej wykształconych jest ona odwrotna – 2:3. Wśród pracowników, którzy zakończyli edukację na poziomie zasadniczym zawodowym otyłość występuje dwukrotnie częściej niż wśród absolwentów szkół wyższych (Rycina 6). Zróżnicowanie BMI w grupach o różnym poziomie wykształcenia wiąże się też z wiekiem pracowników, bo wśród niżej wyedukowanych większy udział mają osoby starsze, a wśród lepiej wykształconych młodsze.



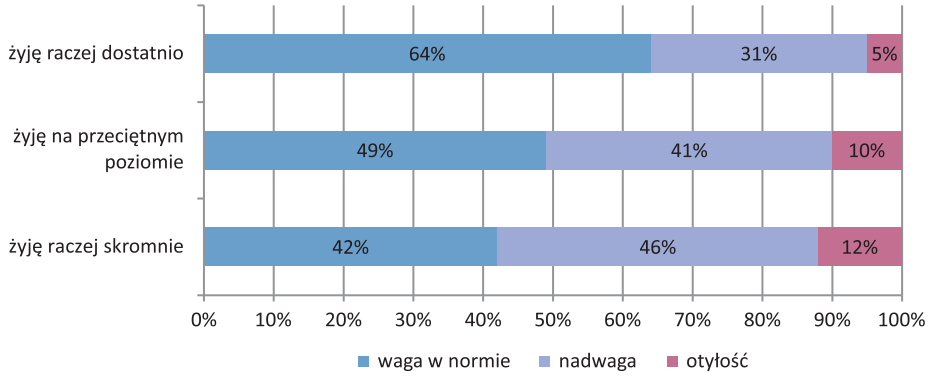
Rycina 6. Poziom wykształcenia a wartość wskaźnika masy ciała wśród pracowników firm (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0003; Chi²=28,943; df=8])

Systematyczny spadek odsetka osób ważących powyżej normy BMI postępujący wraz ze wzrostem wykształcenia to głównie zasługa kobiet. Nadmierną masę ciała ma co druga kobieta, która zakończyła edukację na poziomie nieprzekraczającym zasadniczego, natomiast już rzadziej niż co trzecia z maturą (a zaledwie co czwarta z wyższym wykształceniem). Wśród mężczyzn związek taki nie jest statystycznie istotny – lepsze wykształcenie nie jest czynnikiem, który znacząco sprzyja prawidłowej masie ciała (Rycina 7). Podobne wnioski płyną też z innych badań sondażowych, prowadzonych wśród ogółu społeczeństwa (Poznańska i in. 2018).



Rycina 7. Poziom wykształcenia pracowników firm a masa ciała powyżej normy BMI wśród kobiet (p=,0043; Chi²=22,351; df=8) i mężczyzn (zależność nieistotna statystycznie) (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Dostatnie życie wyraźnie sprzyja utrzymaniu wagi w normie (taką wagę ma 2/3 osób w grupie z najwyższą samooceną statusu materialnego). Natomiast im gorzej pracownicy oceniają swoją sytuację materialną, tym częściej towarzyszy im zarówno otyłość, jak i nadwaga (Rycina 8). Zależności te są statystycznie istotne w obu grupach płci (wśród mężczyzn: p=,0012; Chi^2=17,917; df=4; wśród kobiet: p=,0026; Chi^2=16,267; df=4).



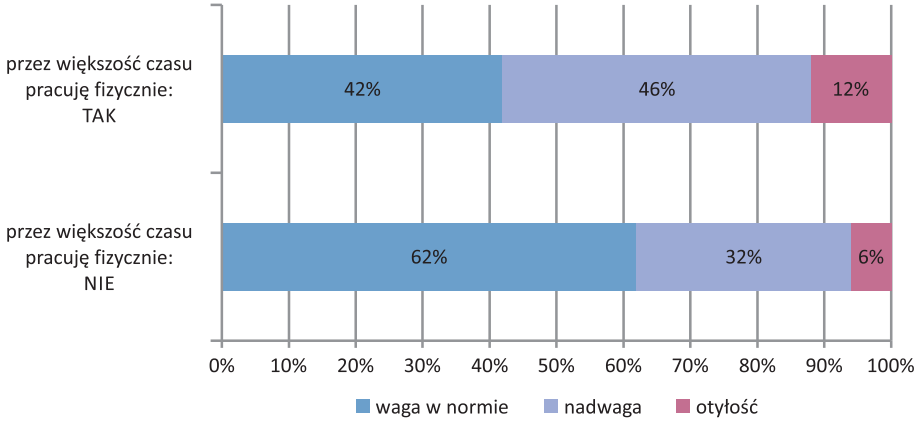
Rycina 8. Ocena własnej sytuacji materialnej a wskaźnik masy ciała wśród pracowników firm (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0002; Chi^2=21,662; df=4])

Charakterystyka pracy zawodowej a masa ciała

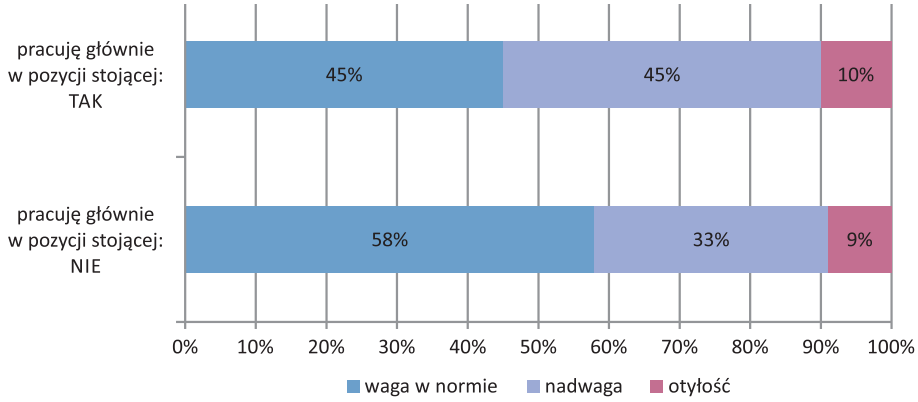
Badania naukowe sugerują, że praca zawodowa (jej charakter, sposób organizacji, środowisko itp.) może sprzyjać – poprzez różne mechanizmy – nadmiernej masie ciała. Wcześniejsze ustalenia pokazują, że nadwaga i otyłość jest efektem pracy siedzącej i niewymagającej ruchu oraz wysiłku fizycznego. Nadmiernej masie ciała sprzyja też obciążenie czynnościami zawodowymi powyżej 40 godz./tyg., nadmiar pracy i związane z nią zmęczenie. Wśród czynników sprzyjających wzrostowi BMI znajduje się ponadto praca nocna i zmianowa, a także niekorzystne warunki fizycznego środowiska pracy. Duże znaczenie przypisuje się uwarunkowaniom psychospołecznym w pracy, takim jak stres i jego generatory, m.in. niski poziom poczucia kontroli, małe wsparcie społeczne w pracy czy złe relacje międzyludzkie (Olszanecka-Glinianowicz 2017, Solovieva i in. 2013).

W omawianym badaniu pracowników zostały potwierdzone tylko niektóre z przywołanych zależności pomiędzy charakterystyką pracy a masą ciała. Niespodziewanie okazało się, że ani praca w pozycji siedzącej, ani – z dru-

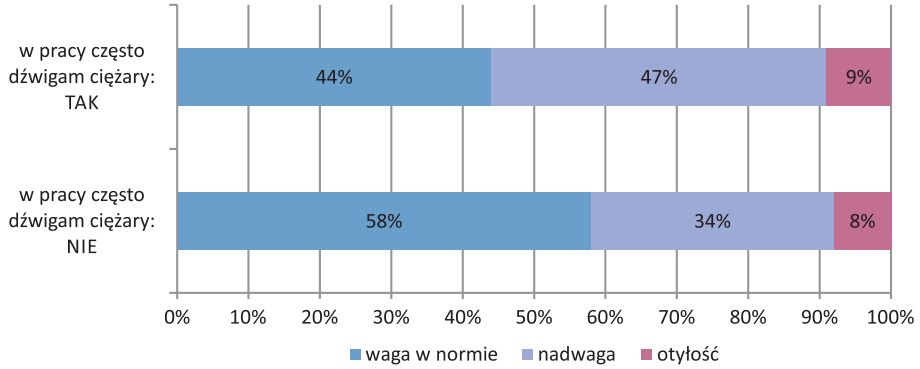
giej strony – wymagająca ruchu nie różnicuje w znaczący sposób wartości BMI. Można było nawet zauważyć, że ta pierwsza w niewielkim stopniu sprzyja wadze w normie (p=,034; chi^2=6,731; df=2). Co więcej, wśród osób pracujących fizycznie (Rycina 9), w pozycji stojącej (Rycina 10) i często dźwigających ciężary (Rycina 11), a więc o dużym wydatku energetycznym, istotnie częściej – wbrew oczekiwaniom – pojawia się nadmierna masa ciała. Można zatem przypuszczać, że na masę ciała pracowników większy wpływ mają omówione już cechy struktury społecznej niż przywołana charakterystyka czynności zawodowych (np. pracę o dużym wydatku energetycznym częściej wykonują mężczyźni o niższym poziomie wykształcenia, a pracę siedzącą lepiej wykształcone kobiety).



Rycina 9. Praca fizyczna a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=43,672; df=2])

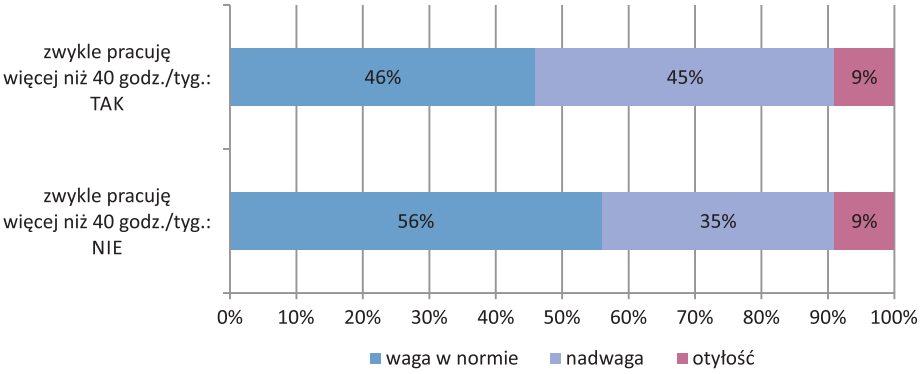


Rycina 10. Praca w pozycji stojącej a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0004; Chi^2=15,607; df=2])



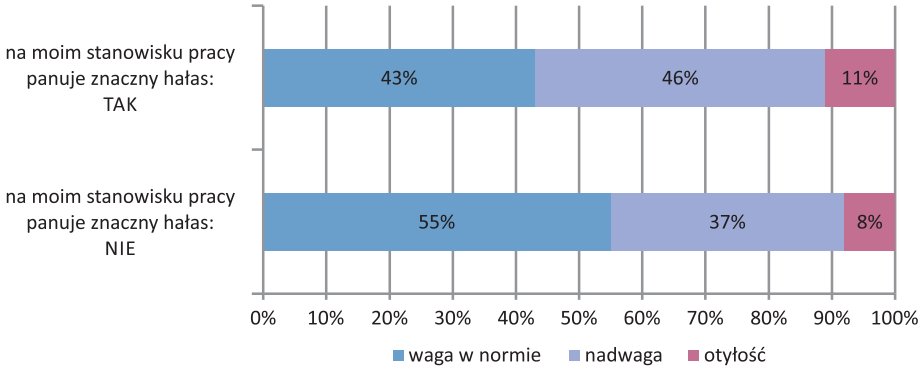
Rycina 11. Ciężka praca fizyczna a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0001; Chi²=17,804, df=2])

Wartość wskaźnika BMI nie wiązała się – także wbrew oczekiwaniom – z pracą zmianową lub nocną. Potwierdził się natomiast związek ponadnormatywnej wagi z pracą zajmującą więcej niż 40 godzin tygodniowo. Osoby z nadwagą nieco częściej można spotkać wśród pracowników, którzy poświęcają na czynności zawodowe właśnie tyle czasu, niż wśród tych, którzy pracują krócej (Rycina 12).

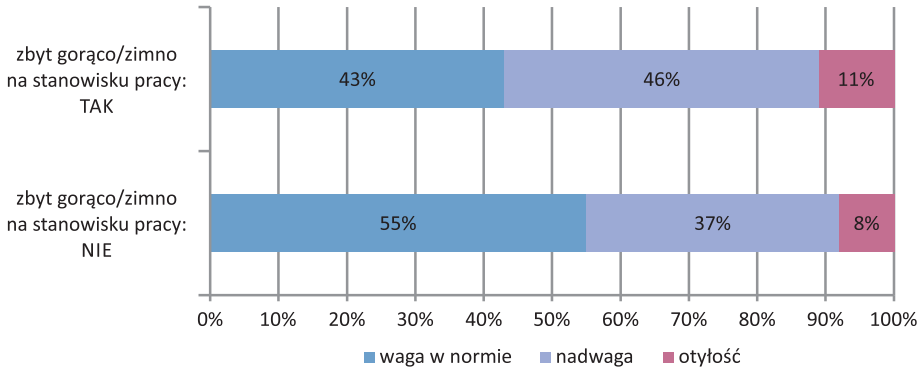


Rycina 12. Praca powyżej 40 godzin tygodniowo a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0039; Chi²=11,049; df=2])

Potwierdziło się też, że wzrostowi wartości BMI sprzyjają niekorzystne czynniki środowiska pracy, takie jak narażenie na znaczny hałas (Rycina 13) oraz zbyt wysokie lub zbyt niskie temperatury (Rycina 14). W niewielkim stopniu sprzyjała jej też praca w zapyleniu lub narażeniu na substancje chemiczne (p=,018; chi²=8,006; df=2).

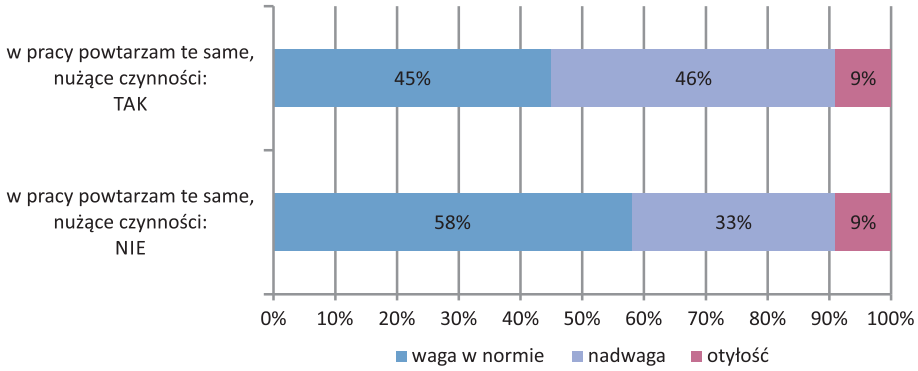


Rycina 13. Praca w hałasie a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0038; Chi²=11,126; df=2])

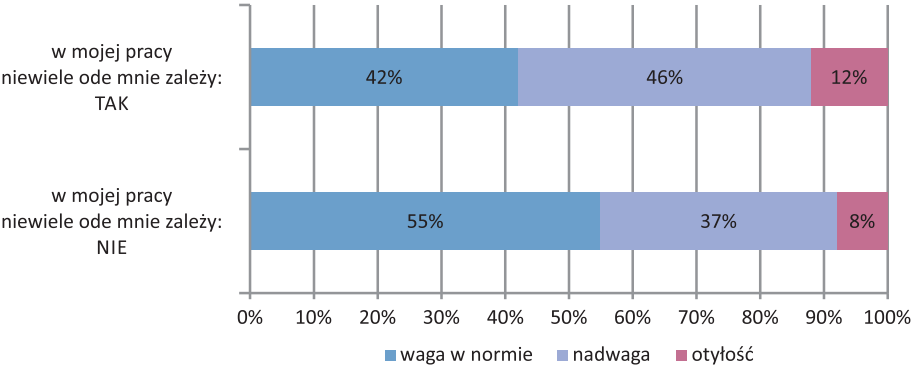


Rycina 14. Praca w zbyt wysokich/niskich temperaturach a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0063; Chi²=10,135; df=2])

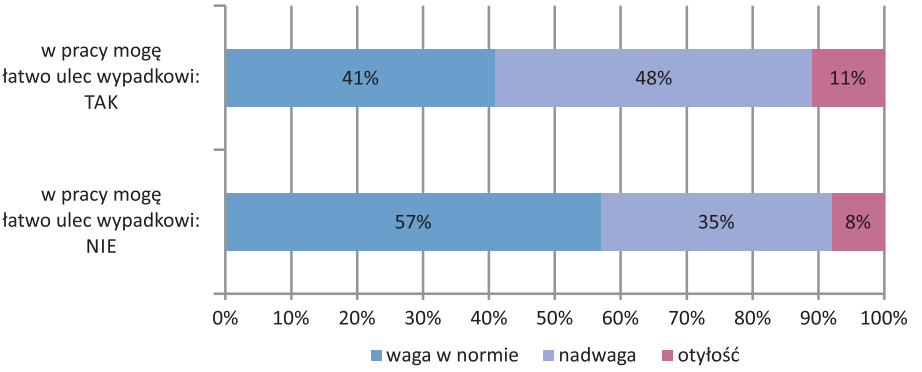
Ambiwalentne są ustalenia dotyczące związku masy ciała i potencjalnych stresorów. BMI wzrasta wśród osób powtarzających w pracy wciąż te same, nużące czynności (Rycina 15), także tych, które mają niewielki wpływ na to, co dzieje się w ich pracy (Rycina 16), oraz odczuwających silną presję czasu (tu jednak zależność jest słaba: p=,029; chi²=7,041; df=2). Waga powyżej normy częściej też dotyczy pracowników oceniających, że są narażeni na duże ryzyko wypadku (Rycina 17) oraz przewidujących, że ich błąd w pracy może zagrażać zdrowiu i życiu innych (Rycina 18). Natomiast nie odnotowano związków masy ciała z innymi czynnikami mogącymi pełnić ważną rolę w genezie stresu, takimi jak duża odpowiedzialność za pracę innych, konieczność stałej dyspozycyjności czy praca w niewygodnej pozycji ciała. Z wartością BMI nie korelowały też czynniki środowiska społecznego, takie jak złe relacje międzyludzkie w pracy.



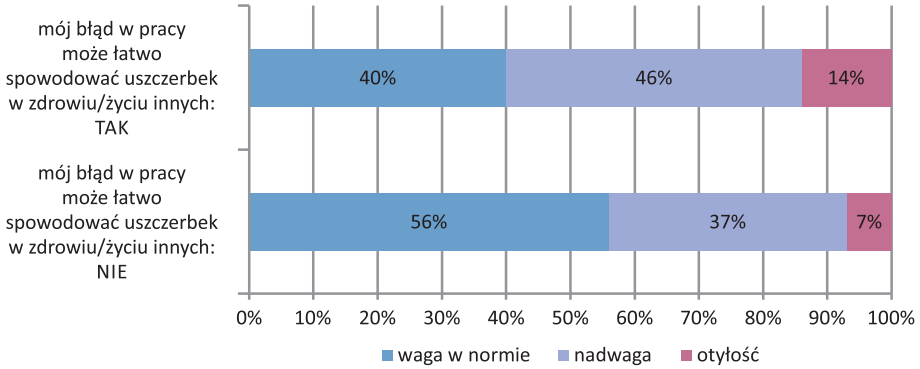
Rycina 15. Wykonywanie monotonnej pracy a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=18,760; df=2])



Rycina 16. Poczucie małego wpływu na to, co dzieje się w pracy a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0008; Chi^2=14,214; df=2])

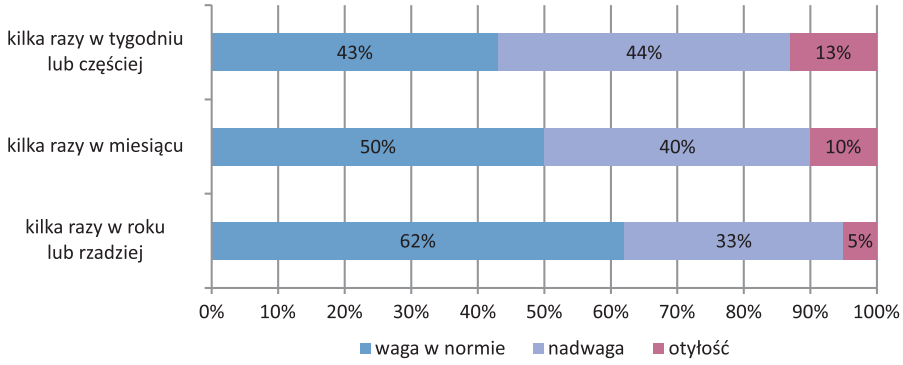


Rycina 17. Narażenie na duże ryzyko wypadku w pracy a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=20,148; df=2])



Rycina 18. Praca związana z ryzykiem dla zdrowia innych osób a wartość wskaźnika masy ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=20,460; df=2])

Są przesłanki by sądzić, że zmęczenie pracowników sprzyja wzrostowi ich masy ciała. Zebrane dane pokazują, że osoby, które co najmniej kilka razy w tygodniu odczuwają silne zmęczenie, istotnie częściej mają nadwagę i otyłość niż te, które rzadziej doświadczają tego stanu (Rycina 19). Nie można jednak stwierdzić, w jakim stopniu częste i silne zmęczenie przyczynia się do wzrostu BMI (np. poprzez niechęć do podejmowania aktywności fizycznej), a w jakim to nadmierna masa ciała sprzyja zmęczeniu. Trudno też powiedzieć, czy i w jakim stopniu zmęczenie, na które uskarżają się pracownicy, jest efektem ich aktywności zawodowej, na ile natomiast wynika z innych aspektów życia codziennego. W innym badaniu Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy IMP, przeprowadzonym taką samą metodą w końcu 2019 r. w podobnie dobranej populacji 1015 pracowników średnich i dużych firm, 59% respondentów oceniło, że praca zawodowa ma duży lub bardzo duży wpływ na ich poczucie zmęczenia (dane niepublikowane).



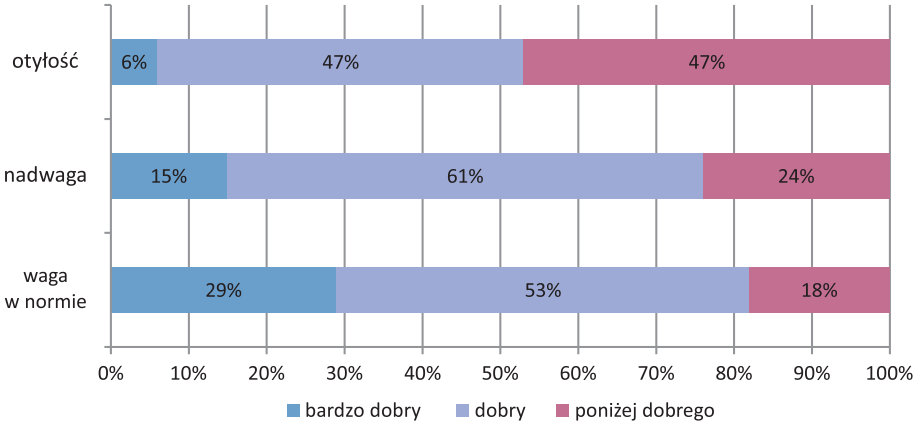
Rycina 19. Częstość odczuwania silnego zmęczenia a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0003; Chi^2=20,649; df=4])

Niezależnie od możliwości przyczynowej interpretacji związków pomiędzy ryzykownymi dla zdrowia cechami pracy oraz przemęczeniem a wartością BMI, warto też zwrócić uwagę na samo współwystępowanie tych zjawisk. Większość (blisko 60%) osób przemęczonych, pracujących długo i ciężko, narażonych na wypadki, stres, nadmierny hałas i inne przywołane czynniki środowiska pracy to jednocześnie pracownicy z nadmierną masą ciała. Dochodzi więc w ich przypadku do kumulacji różnorodnych czynników ryzyka.

Masa ciała a stan zdrowia

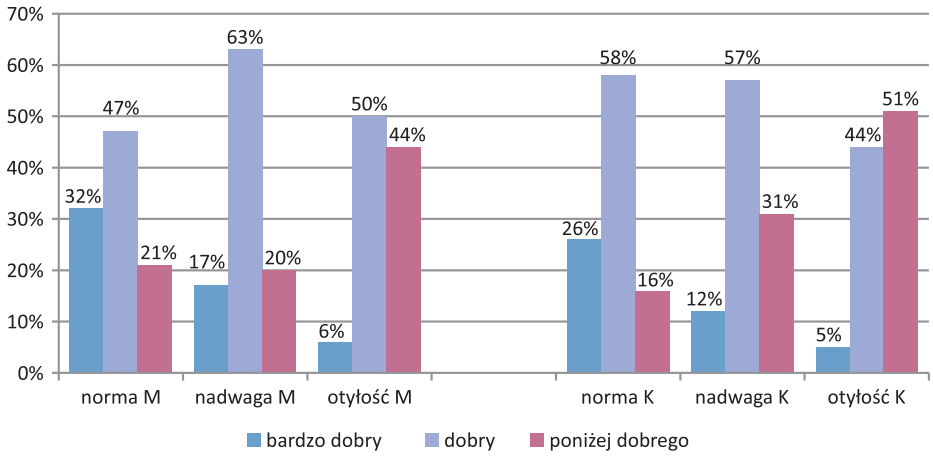
Badania sondażowe pokazują, że BMI wiąże się z subiektywną oceną stanu zdrowia – im większa masa ciała, tym częściej pojawia się niższa ocena. Przykładowo, w cytowanym sondażu CBOS z 2019 r. ocenę poniżej dobrej przyznało swojemu zdrowiu 23% społeczeństwa z prawidłową wagą, 34% z nadwagą i 45% z otyłością (CBOS 2019).

Podobna zależność ujawniła się w badaniu pracowników firm. Osoby z nadmierną masą ciała (zwłaszcza otyłe) częściej, niż te ważące w granicach normy, oceniają swoje zdrowie jako gorsze niż dobre, a jednocześnie zdecydowanie rzadziej dają mu ocenę bardzo dobrą (Rycina 20). Porównując pracowników firm do ogółu społeczeństwa warto zauważyć, że oceny zdrowia poniżej dobrej tak samo często w obu populacjach pojawiają się tylko wśród osób otyłych. Natomiast pracownicy z nadwagą, a także zachowujący wagę w normie, oceniają swoje zdrowie lepiej niż ogół obywateli – częściej określając je jako dobre lub bardzo dobre.



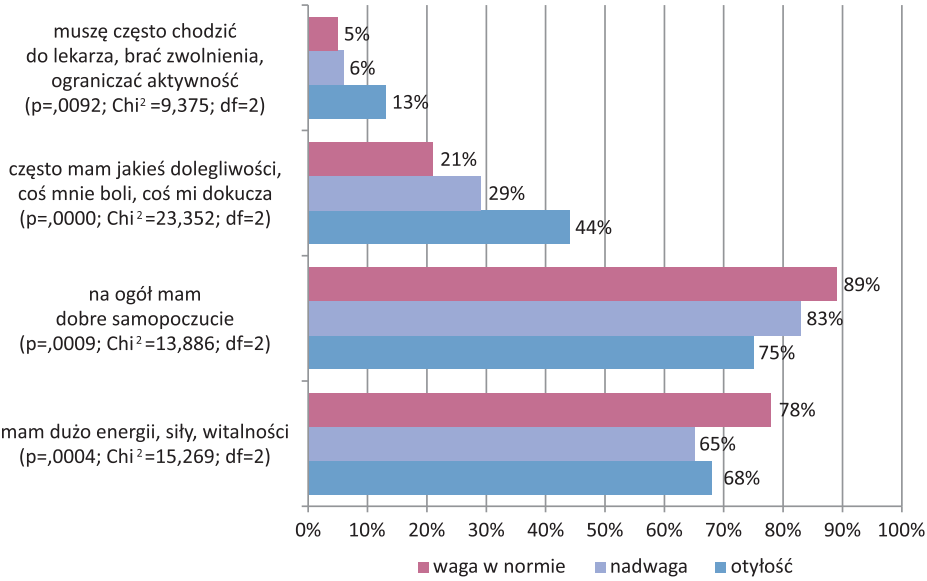
Rycina 20. Masa ciała a samoocena stanu zdrowia wśród ogółu pracowników (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku [p=,0000; Chi^2=63,271; df=4])

Systematyczny spadek odsetka bardzo dobrych ocen zdrowia wraz ze wzrostem masy ciała w podobnym stopniu dotyczy obu płci. Natomiast trend odwrotny, jakim jest rosnący odsetek ocen niższych niż dobre, odnosi się przede wszystkim do kobiet. Wśród mężczyzn ocenę poniżej dobrej tak samo często wybierają osoby z nadwagą i ważące w normie. Jednocześnie takie same odsetki mężczyzn w obu tych grupach oceniają swoje zdrowie jako przynajmniej dobre – z tym, że ocenę bardzo dobrą częściej przyznają mu pracownicy z prawidłowym BMI (Rycina 21).



Rycina 21. Masa ciała pracowników firm a samoocena stanu zdrowia wśród mężczyzn (p=,0000; Chi^2=36,078; df=4) i kobiet (p=,0000; Chi^2=39,680; df=4) (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Związek pomiędzy masą ciała a samooceną stanu zdrowia ujawnia się też przy ocenie jego szczegółowych aspektów. Osoby otyłe dwukrotnie częściej niż ważące w normie deklarują, że często odczuwają różne dolegliwości, a także często muszą korzystać z opieki medycznej i ograniczać aktywność zawodową. Także pracownicy z nadwagą nieco częściej skarżą się na różne dolegliwości. Odwrotne relacje dotyczą wskazań na dobre samopoczucie, a także duże zasoby energii i witalności. Stany te częściej dotyczą osób utrzymujących wagę w normie (Rycina 22).



Rycina 22. Masa ciała a samoocena szczegółowych aspektów zdrowia (źródło: wyniki badania KC-PZwMP z 2018 roku)

Wzrost masy ciała, o czym już była mowa, sprzyja także częstszemu odczuwaniu silnego zmęczenia.

Podsumowanie

Przegląd ustaleń dotyczących rozkładów wskaźnika BMI w społeczeństwie polskim w mijającym dziesięcioleciu nie pozwala odrzucić, ale też nie daje podstaw do twierdzenia o rosnących odsetkach obywateli z nadwagą oraz otyłych, co można było zaobserwować w pierwszej dekadzie obecnego stulecia. Mimo tego, jak pokazuje zdecydowana większość badań, ponad połowa Polaków ma masę ciała wyższą niż norma BMI, a blisko co piąty jest otyły. Na tym tle lepiej wypadają pracownicy firm, z mniejszym odsetkiem osób otyłych i nieco większym w normie. Jednak i w tej populacji problem nadmiernej masy ciała dotyczy przynajmniej połowy.

Można przypuszczać, że zatrzymanie wzrostowego trendu nadwagi i otyłości w populacji dorosłych obywateli wiąże się m.in. ze zmianami w świadomości i stylu życia części społeczeństwa, w tym ze wzrostem zainteresowania aktywnością fizyczną i zdrowym odżywianiem. Wśród pracowników

firm (zwłaszcza zatrudnionych w większych i bogatszych zakładach pracy), a często też wśród ich rodzin, zmiany takie prawdopodobnie były wsparte działaniami pracodawców, stymulującymi do zdrowego stylu życia i ułatwiającymi korzystanie z infrastruktury sportowo-rekreacyjnej (zob. Puchalski, Korzeniowska 2019).

Aktualnie trudno ocenić, na ile zatrzymanie wzrostowego trendu masy ciała wśród pracowników jest trwałym zjawiskiem. Można wyrazić obawy, że ryzyko powrotu do wzrostu BMI w tej populacji jest niemałe, co wynika przynajmniej z trzech procesów. Pierwszy to niepokojąca skala narastania problemu ponadnormatywnej masy ciała wśród dzieci i młodzieży, a więc w pokoleniu, które w nadchodzących latach będzie wkraczać na rynek pracy. Drugi to zmiana struktury wiekowej populacji aktywnej zawodowo, czyli rosnący w niej udział starszych grup (Goszczyńska 2019), charakteryzujących się na ogół wyższym wskaźnikiem BMI. Wreszcie trzeci wiąże się z pandemią COVID-19. Wynikające z niej ograniczenia w działalności obiektów sportowo-rekreacyjnych, z których korzystali pracownicy, praca zdalna zmniejszająca codzienną aktywność ruchową i sprzyjająca zwiększonemu spożyciu kalorii, a także przeniesienie aktywności prozdrowotnych oferowanych przez pracodawców w sferę online to zjawiska, które – dziś nie wiadomo w jak długiej perspektywie – przyczynią się niewątpliwie do wzrostu masy ciała dużych grup populacji pracujących. Dotknie to zwłaszcza te grupy, które wcześniej były relatywnie mniej aktywne i charakteryzowały się większym ryzykiem otyłości.

Nadmierna masa ciała (otyłość i nadwaga będąca jej czynnikiem ryzyka) nie jest równo rozłożona w różnych segmentach struktury społecznej. Wśród zatrudnionych w średnich i dużych firmach to przede wszystkim wiek sprzyja wzrostowi problemu. Dotyczy to głównie mężczyzn – ponadnormatywna waga u większości z nich pojawia się już po 35 roku życia, niezależnie od poziomu wykształcenia. Inaczej jest wśród kobiet – większość doświadcza tego problemu dopiero w grupie o 10 lat starszej (do tego czasu przeciętnie tylko co piąta waży ponad normę) i częściej wśród najniżej wykształconych. Im lepsze wykształcenie, tym więcej kobiet ma prawidłową wagę (ma taką 3/4 absolwentek studiów). Niezależnie od płci, rozpowszechnienie nadwagi i otyłości wśród pracowników narasta wraz z pogarszaniem się ich sytuacji materialnej (subiektywnie ocenianej).

Nadmierna masa ciała jest też cechą związaną z charakterystyką pracy, choć relacje te są niejednoznaczne. Częściej występuje wśród osób przemęczonych, pracujących ponad 40 godz./tyg., w narażeniu na niektóre szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy (m.in. nadmierny hałas,

wysokie lub niskie temperatury, zapylenie i szkodliwe substancje chemiczne), potencjalne stresory (m.in. niski poziom kontroli, nużące czynności, duże ryzyko wypadku). Z drugiej strony inne generatory stresu (m.in. złe relacje społeczne, konieczność stałej dyspozycyjności, odpowiedzialność za innych) nie wiązały się z BMI. Nie miała związku z masą ciała praca siedząca oraz zmianowa – wskazywane w literaturze jako ważne czynniki ryzyka otyłości. Z kolei praca o dużym wydatku energetycznym (fizyczna, wymagająca dźwigania ciężarów, w pozycji stojącej) sprzyjała, wbrew oczekiwaniom, wadze powyżej normy. Ta niejednoznaczność ustaleń oznacza, że relacje cech pracy i wartości BMI wymagają głębszego rozpoznania w dalszych badaniach. Z uwagi na taki stan wiedzy warto monitorować relacje cech pracy i masy ciała bezpośrednio w poszczególnych firmach. W tym celu wystarczy choćby przeprowadzić zbiorczą analizę danych zawartych w kartach badań okresowych pracowników, zawierających szeroki zakres informacji o zdrowotnej charakterystyce stanowiska pracy, ryzykach zawodowych oraz wartości BMI.

Masa ciała pracowników wiąże się z ich oceną własnego stanu zdrowia. Ogólnie rzecz biorąc, im wyższa wartość BMI tym gorsza ocena zdrowia. W całej populacji wzrost BMI objawia się systematycznym spadkiem odsetka osób oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre. Wśród kobiet wzrostowi masy ciała towarzyszy też systematyczny wzrost odsetka oceniających zdrowie jako gorsze niż dobre. Wśród mężczyzn oceny zdrowia poniżej dobrej stają się powszechne dopiero w grupie otyłych. Wraz ze wzrostem BMI wzrastają też odsetki pracowników często odczuwających dolegliwości, doświadczających ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, posiadających mniejsze zasoby energii i gorsze samopoczucie. Dobrze prowadzona profilaktyka otyłości w zakładzie pracy może zatem przyczynić się do poprawy wielu aspektów stanu zdrowia pracowników, co zapewne będzie miało istotne znaczenie dla wzrostu produktywności firmy.

W programach profilaktyki otyłości w zakładach pracy (i w szerszych politykach zdrowotnych) szczególnej uwagi wymaga kwestia współwystępowania nadmiernej masy ciała z wieloma innymi czynnikami ryzyka zdrowotnego. Pracownicy ważący ponad normę, zwłaszcza otyli, nie tylko aktualnie mają często gorszy stan zdrowia niż ci ważący w normie, ale także częściej narażeni są na liczne czynniki (demograficzne i zawodowe), które mogą ich stan zdrowia pogarszać w przyszłości, takie jak m.in. starszy wiek, niższe wykształcenie, zła sytuacja materialna, ciężka praca fizyczna, przemęczenie, nadmierny stres, wypadki, hałas, zapylenie. Do tego dochodzi podwyższone ryzyko chorób skojarzonych z otyłością, zwiększających wskaźni-

ki absencji. Kumulacja tych zjawisk dowodzi, że zapobieganie nadmiernej masie ciała nie powinno ograniczać się do oddziaływań na jej główne behawioralne czynniki ryzyka (niską aktywność fizyczną i niezdrowe odżywianie się), ale powinno przybrać postać szerszych strategii i programów promocji zdrowia, obejmujących ponadto interwencje dotyczące fizycznego i psychospołecznego środowiska pracy, wsparcie w korzystaniu z usług prozdrowotnych czy edukację dostosowaną do specyfiki grup wymagających szczególnej uwagi (m.in. nisko wykształconych czy kontestujących zdrowy styl życia).

Literatura

Czapiński J. Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport. Contemporary Economics 2015: 9(4): 200-331. DOI:10.5709/ce.1897-9254.190.

CBOS. Czy Polacy mają problem z nadwagą? Komunikat z badań Nr 103/2019. Oprac. M. Rutkowska. Sierpień 2019.

Goszczyńska E. (2017). Korzyści dla firm i instytucji wynikające z promocji zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej personelu. W: Puchalski K., Korzeniowska E. (red.). Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników (s. 92--109). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.

Goszczyńska E. Promocja zdrowia w miejscu pracy jako narzędzie ograniczania skutków starzenia się populacji pracujących. Medycyna Pracy 2019: 70(5): 617–631. DOI: https://doi.org/10.13075/mp.5893.00884.

GUS. Informacje i Opracowania Statystyczne. Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Warszawa 2016.

Korzeniowska E. (2017). Główne determinanty jakości zakładowych programów promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej. W: Puchalski K., Korzeniowska E. (red.). Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników (s. 110-135). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.

Medicover. Praca. Zdrowie. Ekonomia. Perspektywa 2012-2016. Pobrane z: https://prowly-uploads.s3.amazonaws.com/uploads/landing_page_image/image/73985/RAPORT_Praca.Zdrowie.Ekonomia._Perspektywa_2012_2016.pdf (21.06.2020).

Medicover 2020. Praca. Zdrowie. Ekonomia. Perspektywa 2020.

Narodowy Fundusz Zdrowia. Departament Analiz i Strategii 2019. Cukier, otyłość – konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski. Pobrane z: https://www.gov.pl/web/zdrowie/cukier-otylosc-konsekwencje-prezentacja-raportu (21.06.2020).

Olszanecka-Glinianowicz M. (2017). Otyłość a środowisko pracy. W: Puchalski K. Korzeniowska E. (red.). Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników (s. 58-75). Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.

Poznańska A. Rabczenko D. Wojtyniak B. (2018). Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. W: Wojtyniak B. Goryński P. (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania (s. 387-414). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

Puchalski K. Korzeniowska E. Promocja zdrowia w średnich i dużych firmach w Polsce w 2017 r. – rozpowszechnienie, realizacja, efekty i trudności. Medycyna Pracy. 2019: 70(3): 275–294. DOI: https://doi.org/10.13075/mp.5893.00802.

Solovieva S. Lallukka T. Virtanen M. i wsp. Psychosocial factors at work, long work hours, and obesity: a systematic review. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2013 May 1; 39(3): 241-258. DOI: 10.5271/sjweh.3364.

Springer M. Zaporowska-Stachowiak I. Hoffmann K. i wsp. Otyłość – choroba kosztowna. Hygeia Public Health. 2019: 54(2): 88-91.

Stepaniak U. Micek A. Waśkiewicz A. i wsp. Prevalence of general and abdominal obesity and over-weight among adults in Poland. Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005). Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. 2016: 126(9): 662–671.

Zgliczyński W. S. Nadwaga i otyłość w Polsce. Biuro Analiz Sejmowych. Infos. Zagadnienia społeczno-gospodarcze 4(227): 1-4.

NADMIERNA MASA CIAŁA PRACOWNIKÓW W KONTEKŚCIE PROMOCJI ZDROWIA – WYBRANE UWARUNKOWANIA PSYCHOSPOŁECZNE

Wstęp

Nadmierna masa ciała ma swoje liczne uwarunkowania, o różnym znaczeniu w skali populacji i w różnym stopniu poddające się kontroli w ramach programów promocji zdrowia w zakładach pracy. Czynniki o relatywnie małym znaczeniu populacyjnym i trudne do modyfikacji w interwencjach społecznoorganizacyjnych to uwarunkowania organiczne (predyspozycje genetyczne, przebyte choroby, konsekwencje leczenia). Nieco łatwiej poddające się zmianom są kwestie psychologiczne, takie jak m.in. obniżony nastrój czy nadmierny stres i niekonstruktywne radzenie sobie z nim (m.in. „zajadanie" stresu, unikanie aktywności, izolacja społeczna). Istotne znaczenie dla dystrybucji nadwagi i otyłości w skali populacji ma natomiast omówiona w poprzednim rozdziale pozycja w strukturze społecznej (m.in. płeć, wiek, poziom wykształcenia, pozycja zawodowa) oraz będące pochodną tej pozycji, a jednocześnie łatwiejsze do modyfikacji elementy stylu życia związanego ze zdrowiem, zwłaszcza w sferze stylu odżywiania się i aktywności rekreacyjnej. Ta ostatnia grupa czynników, o złożonej etiologii, może być kształtowana w programach prozdrowotnych w firmach poprzez interwencje w fizycznym i społecznym środowisku pracy (m.in. udostępnienie infrastruktur, produktów i usług ułatwiających zdrowe odżywianie się i aktywność fizyczną, zmiany w organizacji pracy umożliwiające regularne

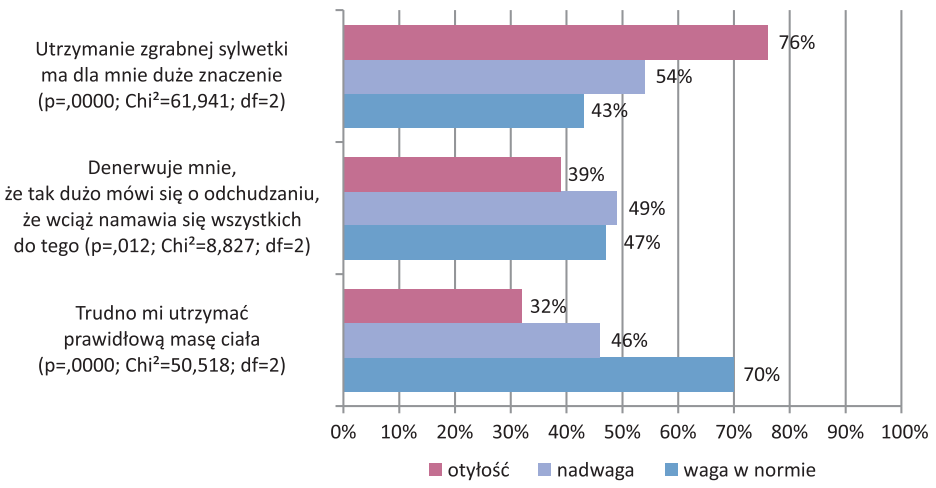
posiłki i przeciwdziałające długiemu przebywaniu w pozycji siedzącej, budowanie prozdrowotnej kultury organizacyjnej czy kreowanie sprzyjających zdrowiu mód i wzorów postępowania) połączone z oddziaływaniami informacyjno-edukacyjnymi kierowanymi do pracowników (jak również, za ich pośrednictwem, do ich rodzin). W tym drugim obszarze szczególnego znaczenia nabiera potrzeba dostosowania komunikatów do zastanych treści i sposobów myślenia ich adresatów (osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia otyłości) – by ich treść odnosiła się do akceptowanych przez nich wartości, służyła modyfikacji rozpowszechnionych przekonań niesprzyjających praktykom prozdrowotnym oraz wsparciu tych poglądów i postaw, które wydają się skłaniać do zdrowego odżywiania się, aktywności fizycznej i utrzymywania prawidłowej masy ciała.

Uzasadnieniem potrzeby stymulowania rekreacyjnej aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się pracowników jest stan ich zachowań przejawianych w tych obszarach oraz ich wpływ na stan zdrowia populacji (w tym rozpowszechnienie otyłości) i na funkcjonowanie firm (Puchalski, Korzeniowska 2017). Badanie Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy z końca 2018 r. przeprowadzone w reprezentacji 1000 pracowników średnich i dużych firm różnych branż w Polsce pokazało, że nie więcej niż 45% w minionym roku systematycznie podejmowało po pracy umiarkowaną aktywność fizyczną („prawie codziennie, przynajmniej pół godziny przeznacza na ruch, który nie męczy nadmiernie, np. marsz, lekki bieg, spokojne pływanie, jazdę rowerem"), natomiast zaledwie 31% regularnie uprawiało intensywne formy ruchu („ćwiczy intensywnie więcej niż godzinę w tygodniu, np. trenuje na siłowni, szybko biega, uprawia aerobic, ciężko pracuje na działce"). I chociaż blisko co czwarty pracownik (23%) w minionym roku realizował obie formy aktywności, to aż 45% nie podejmowało żadnej z nich. Ponadto pracę zawodową wykonywaną głównie w pozycji siedzącej zadeklarowała w powyższym badaniu połowa pracowników (identycznie jak w kolejnym sondażu KCPZwMP, przeprowadzonym w grudniu 2019 r. w próbie 1015 tak samo dobranych osób). Jednocześnie 43% przyznało, że po pracy odpoczywa głównie leżąc i dużo czasu spędza na siedząco. Co istotne, częściej niż co piąty (21%) zarówno pracuje, jak i odpoczywa siedząc. Nadmiernej masie ciała sprzyjają też dominujące wśród pracowników firm praktyki w sferze odżywiania się. W sposób nieregularny jada na ogół 44% z nich, 52% nie zmniejsza udziału cukru w swojej diecie, 62% nie kontroluje spożycia tłuszczy pochodzenia zwierzęcego i aż 71% nie je rekomendowanej ilości warzyw i owoców. Wszystkie przywołane praktyki niekorzystne dla zdrowia częściej charakteryzują pracowników z nadmierną masą ciała, zwłaszcza otyłych.

Rozdział ten przedstawia przekonania i postawy dotyczące zdrowia, związanych z nim elementów stylu życia oraz działań prozdrowotnych realizowanych przez pracodawców, charakterystyczne dla pracowników z nadmierną masą ciała (jako adresatów edukacji prozdrowotnej). Omawia wybrane psychospołeczne uwarunkowania zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej – w różnym zakresie odnoszące się do pracowników z wagą w normie, nadwagą i otyłością. Ukazuje zróżnicowanie oczekiwań dotyczących działań prozdrowotnych w firmach, wyrażanych przez osoby różniące się masą ciała.

Masa ciała a stosunek do zdrowego stylu życia i utrzymania wagi w normie

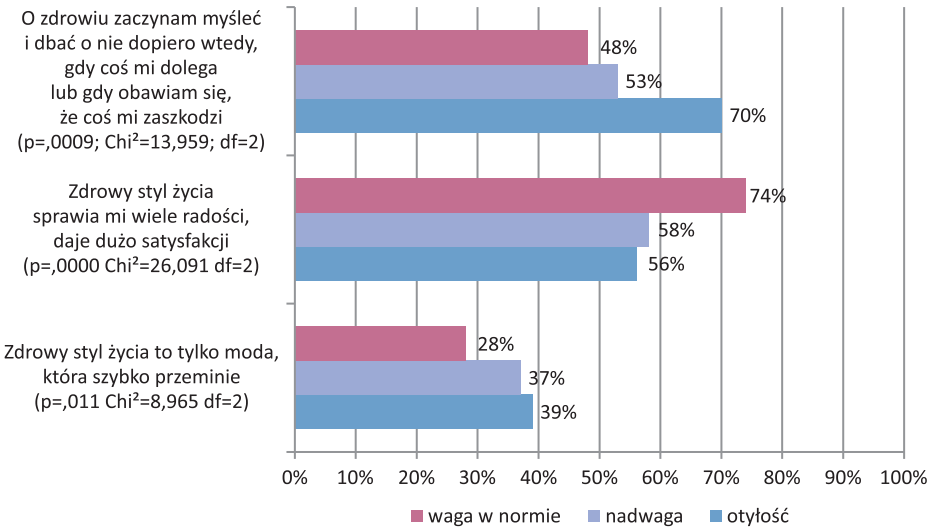
Osoby z nadmierną masą ciała, zwłaszcza otyłe, częściej niż te, które mają BMI w normie, prezentują postawy mało sprzyjające utrzymaniu prawidłowej wagi. Istotnie rzadziej przyznają, że utrzymanie zgrabnej sylwetki ma dla nich duże znaczenie (2/5 otyłych vs. 3/4 z wagą w normie). Jednocześnie pracownicy ważący powyżej normy częściej odczuwają zdenerwowanie przekazami namawiającymi do utrzymania prawidłowej masy ciała. Zdecydowanie częściej przyznają też, że trudno jest im utrzymać wagę w normie. Trudność tę wskazuje aż 70% osób otyłych i tylko co trzecia z prawidłową wagą (Rycina 1).



Rycina 1. Postawy wobec utrzymania wagi w normie a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

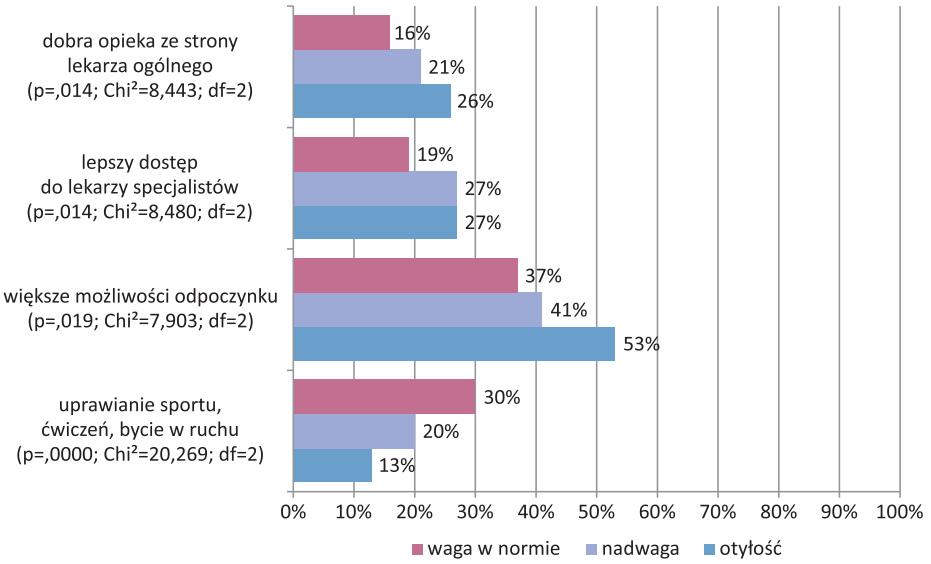
Utrzymywaniu prawidłowej wagi nie sprzyjają rozpowszechnione ogólne postawy wobec zdrowia i zdrowego stylu życia. Wśród ogółu pracowników co drugi przyznaje, że o zdrowiu zaczyna myśleć i dbać o nie dopiero wtedy, gdy coś im dolega. W grupie osób otyłych odsetek ten wynosi aż 70% (Rycina 2). Zatem póki dobrze się czują i nie doświadczają dolegliwości, póty kwestie związane ze zdrowiem, w tym praktyki prozdrowotne, mają dla większości z nich raczej drugorzędne znaczenie.

Rzadsze zainteresowanie zdrowiem przy braku dolegliwości wśród osób z nadmierną masą ciała zbiega się z faktem, że rzadziej niż pozostałe odczuwają radość i satysfakcję ze zdrowego stylu życia. O ile satysfakcję taką deklaruje 3/4 pracowników o masie ciała w normie, o tyle wśród osób ważących powyżej normy jest to tylko 3/5. Jednocześnie ta grupa częściej podziela przekonanie, że zdrowy styl życia to tylko chwilowa moda, która szybko przeminie (Rycina 2). Niezależnie, czy postawy takie są subiektywnym usprawiedliwieniem małej aktywności prozdrowotnej, czy raczej apriorycznym przekonaniem powstrzymującym przed jej podjęciem, nie sprzyjają one zdrowemu odżywianiu się i aktywności fizycznej (potwierdzają to szczegółowe analizy wyników omawianego sondażu).



Rycina 2. Postawy wobec zdrowego stylu życia a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

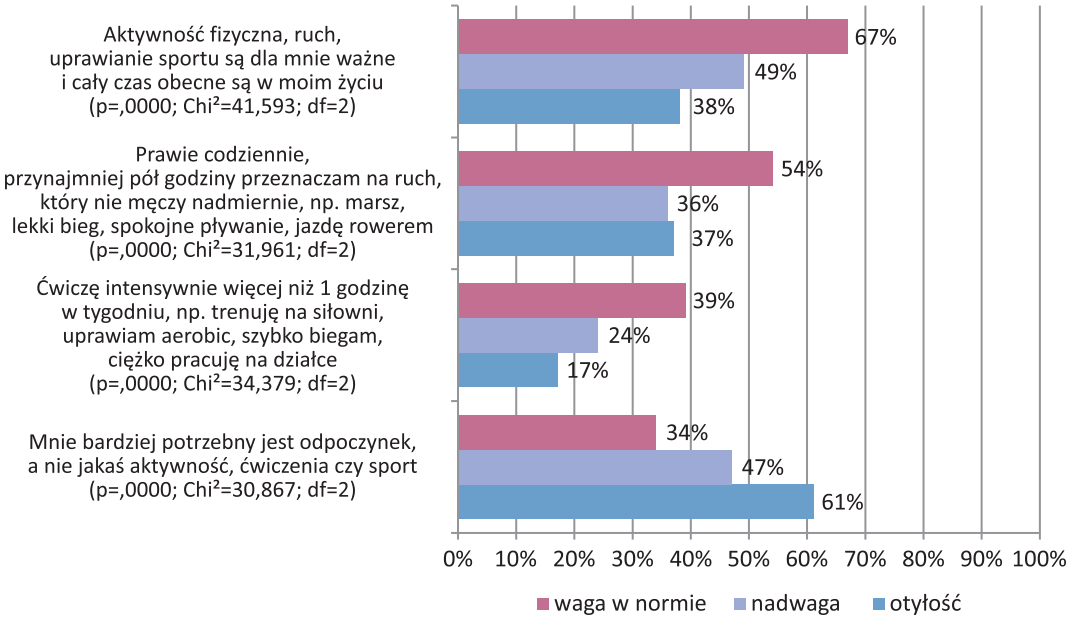
Badanie pokazało, że masa ciała różnicuje także postrzeganie spraw uznawanych za najważniejsze dla własnego zdrowia. Co prawda nie dotyczy to tych spraw, które wśród trzech najważniejszych dla siebie wskazały najwyższe odsetki ogółu pracowników (są to: udane życie rodzinne – 57%, dobra praca – 52% oraz zdrowe odżywianie się – 40%), natomiast odnosi się do kilku kolejnych w rankingu (takich jak: większe możliwości odpoczynku – 40%, uprawianie sportu, ćwiczeń – 25%, lepszy dostęp do lekarzy specjalistów – 23% i dobra opieka lekarza rodzinnego – 19%). Pracownicy z ponadnormatywną wagą istotnie częściej podkreślają znaczenie opieki medycznej (ogólnej i specjalistycznej). Częściej też – co zbiega się z charakteryzującym tę grupę poczuciem zmęczenia (zob. rozdz. 2 w tym opracowaniu) – jako najważniejsze dla swojego zdrowia wybierają większe możliwości odpoczynku, natomiast rzadziej wskazują w tym kontekście potrzebę aktywności fizycznej, sportu, ćwiczeń, ruchu (Rycina 3). Warto przy tym zauważyć, że wskazania na aktywność fizyczną jako bardzo ważną dla zdrowia w całej badanej populacji pracowników pojawiają się rzadziej niż wskazania na potrzebę odpoczynku. Aktywność fizyczna jest także rzadziej przywoływana niż potrzeba zdrowego odżywiania się. Ponadto wśród ogółu pracowników wszystkie te kwestie mają mniejsze znaczenie niż udane życie rodzinne, a także dobra praca.



Rycina 3. Kwestie uznane przez pracowników za najważniejsze dla własnego zdrowia, których wybór różnicuje masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Masa ciała pracowników a ich stosunek do aktywności fizycznej w kontekście zdrowia

Większe znaczenie odpoczynku niż aktywności fizycznej, zwłaszcza dla osób z nadmierną masą ciała, potwierdzają kolejne ustalenia. Okazało się, że wraz ze wzrostem BMI pracownicy systematycznie częściej przyznają wprost, że bardziej potrzebują odpoczynku niż aktywności fizycznej czy sportu. Stąd też osoby mające nadwagę, a zwłaszcza otyłe, wyraźnie rzadziej niż te ważące w normie deklarują duże znaczenie aktywności fizycznej w swoim życiu, rzadziej też potwierdzają systematyczną realizację zarówno intensywnych jej form, jak też rekreacyjnych (Rycina 4).

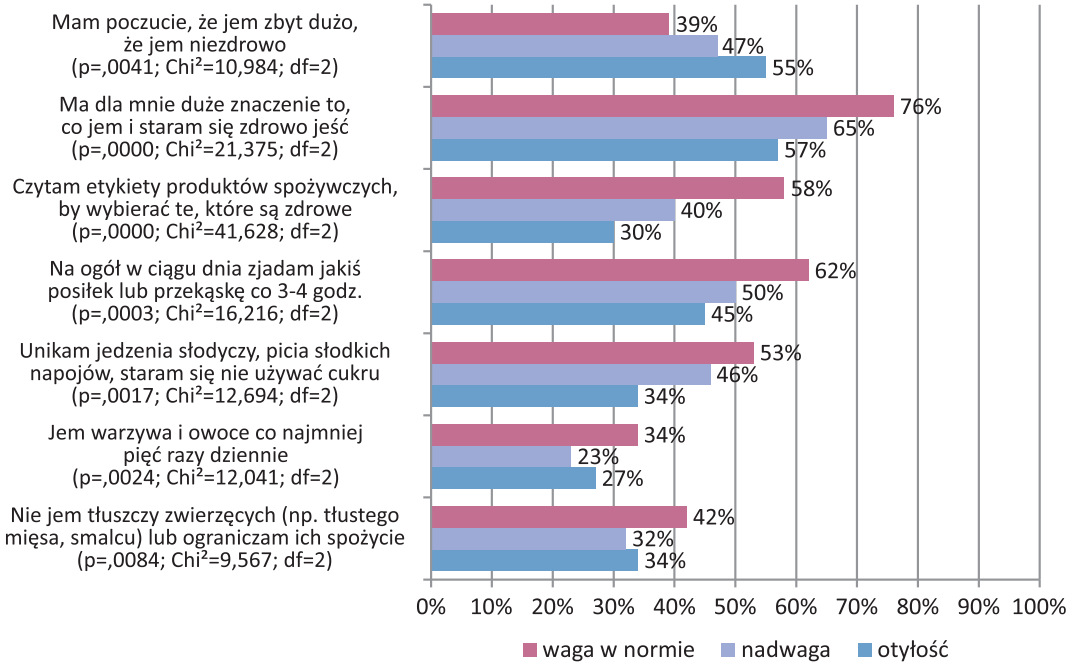


Rycina 4. Postawy wobec aktywności fizycznej a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Stosunek pracowników do zdrowego odżywiania się a ich masa ciała

Chociaż 40% pracowników (bez różnic ze względu na masę ciała) uznaje zdrowe odżywianie się za jedną z trzech spraw najważniejszych dla własnego zdrowia, to aż 2/3 ogółu przyznaje wprost, że zdrowe praktyki żywieniowe są ważne w ich życiu, że starają się zdrowo jeść. Częstość tej drugiej deklaracji, dotyczącej praktyk żywieniowych, istotnie różni się w grupach

o różnej masie ciała. Osoby otyłe rzadziej niż te z nadwagą, a zwłaszcza z masą ciała w normie, w praktyce przywiązują dużą wagę do zdrowego jedzenia (Rycina 5). Co więcej, te pierwsze dwukrotnie rzadziej niż ostatnie sprawdzają skład produktów spożywczych, by wybierać zdrowsze. Rzadziej też jedzą regularne posiłki i rzadziej ograniczają konsumpcję cukru. Nieco rzadziej przyznają, że konsumują zalecaną ilość warzyw i owoców oraz ograniczają spożycie tłustego mięsa (chociaż te dwie praktyki najmniej rozpowszechnione są nie tyle wśród osób otyłych, ile z nadwagą). Ogólnie rzecz ujmując, tylko ok. 1/3 pracowników z otyłością realizuje uwzględnione w sondażu elementy zdrowego sposobu odżywiania się, podczas gdy wśród osób o wadze mieszczącej się w normie dotyczy to w przybliżeniu co drugiej. Jednocześnie warto zauważyć, że 55% otyłych pracowników (a 47% z nadwagą i 39% utrzymujących wagę w normie) ma poczucie, że je zbyt dużo i niezdrowo w jakiejś części, pomimo starań o zdrowy sposób jedzenia (Rycina 5).



Rycina 5. Postawy wobec zdrowego odżywiania się a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

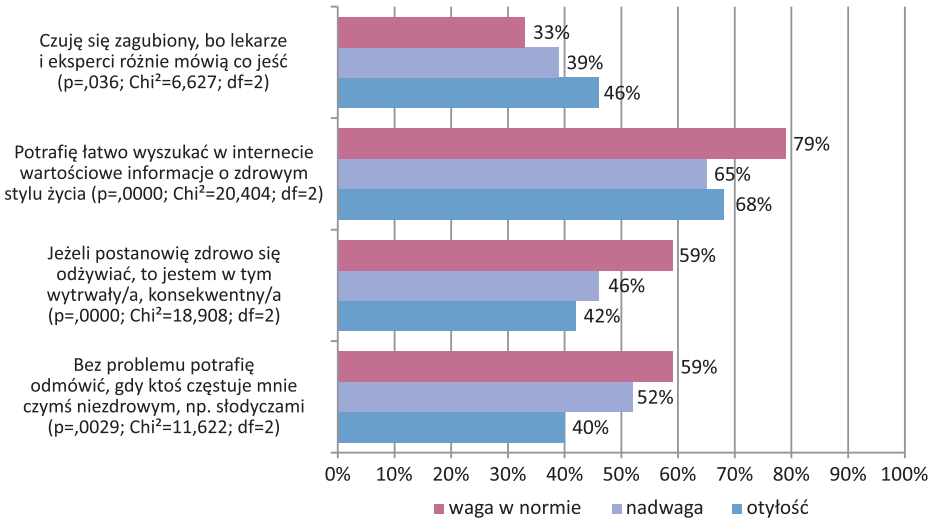
Utrudnienia i czynniki sprzyjające zdrowemu odżywianiu się a masa ciała

Uszczegółowieniem opisanych już ogólnych postaw wobec jedzenia w kontekście zdrowia jest analiza wybranych uwarunkowań zdrowego odżywiania się. Uwzględnione tu zostały cztery grupy czynników: umiejętności dokonywania zdrowych wyborów dotyczących jedzenia (wiedza i jej wyszukiwanie, asertywność, wytrwałość), wzory praktyk żywieniowych w otoczeniu społecznym (wśród bliskich i w środowisku pracy), osobiste upodobania dietetyczne oraz warunki życia codziennego (organizacyjne, materialne). Zgodnie z ideą tego rozdziału uwaga została zwrócona na czynniki, które w największym stopniu dotyczą grup o ponadnormatywnej masie ciała.

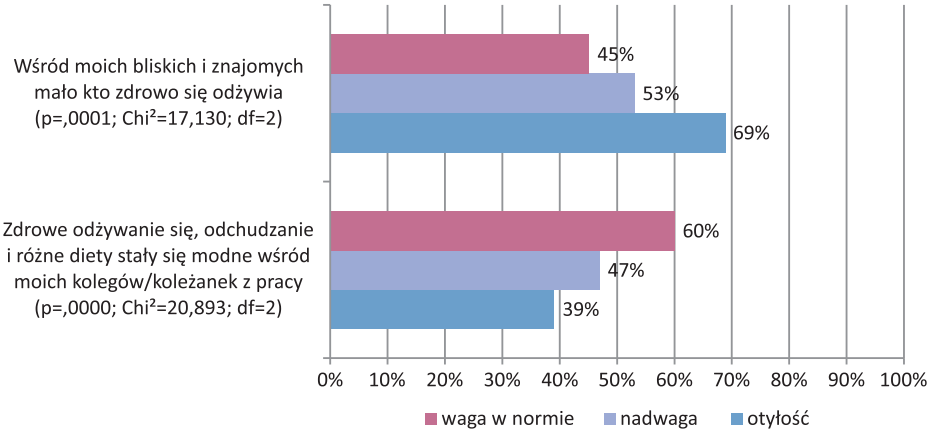
Jednym z czynników ułatwiających zdrowe odżywianie się jest niewątpliwie wiedza o tym, co jeść z korzyścią dla zdrowia (przekonanie, że to się wie) oraz umiejętność zdobywania takich informacji. Tymczasem wraz ze wzrostem masy ciała wzrasta odsetek osób, które czują się zagubione w przekazach dotyczących jedzenia i nie mają pewności, jak zdrowo jeść. Przeciętnie dwie na pięć osób z wagą powyżej normy BMI deklaruje taką niepewność. Co więcej, pracownicy z tej grupy (przeciętnie co trzeci) częściej mają problemy z wyszukiwaniem w internecie wartościowych informacji na temat zdrowego stylu życia (Rycina 6).

Pracownicy ważący powyżej normy, zwłaszcza otyli, częściej niż mieszczący się w normie BMI nie są wytrwali we wprowadzaniu prozdrowotnych zmian w sposobie odżywiania się (gdy chcą je wprowadzać) i słabo umieją przeciwstawiać się społecznej presji na niezdrowe jedzenie. Wytrwałość i asertywność w tych kwestiach cechuje blisko 60% osób z prawidłową masą ciała, natomiast tylko ok. 40% otyłych (Rycina 6).

Umiejętność asertywnych zachowań, nieulegania naciskom i wzorom związanym z niezdrowym jedzeniem jest ważna zwłaszcza w sytuacji, gdy są one rozpowszechnione w bliskim otoczeniu społecznym. Wzory praktyk żywieniowych, prozdrowotne i odmienne, oddziałują również poprzez słabo uświadamiane mechanizmy naśladownictwa. Badanie ujawniło, że wraz ze wzrostem masy ciała wzrastają odsetki pracowników, którzy na co dzień żyją wśród osób niezdrowo odżywiających się. Prawie 70% otyłych wśród swoich bliskich i znajomych raczej nie dostrzega osób, które jedzą zdrowo. Wzrost masy ciała wiąże się również z rzadszym dostrzeganiem zainteresowania sprawami jedzenia i zmian nawyków żywieniowych wśród kolegów i koleżanek z pracy. Zainteresowanie takie zauważa 3/5 pracowników zachowujących wagę w normie i mniej niż 2/5 otyłych (Rycina 7).

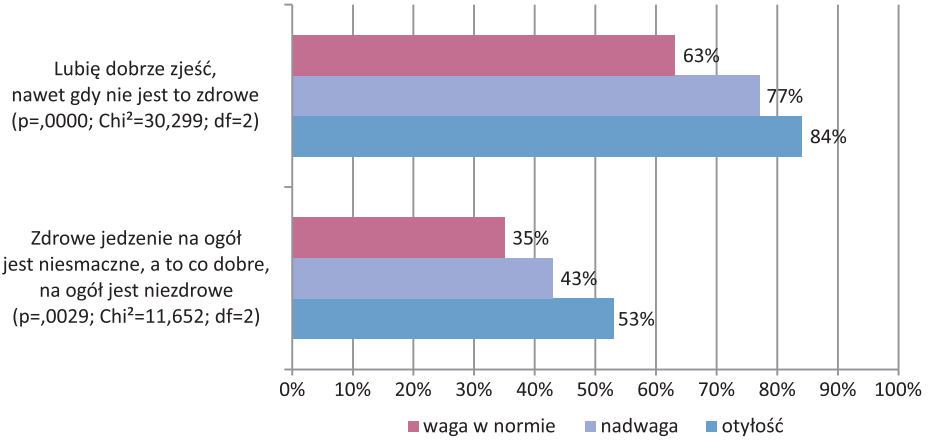


Rycina 6. Umiejętności dotyczące praktyk żywieniowych a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)



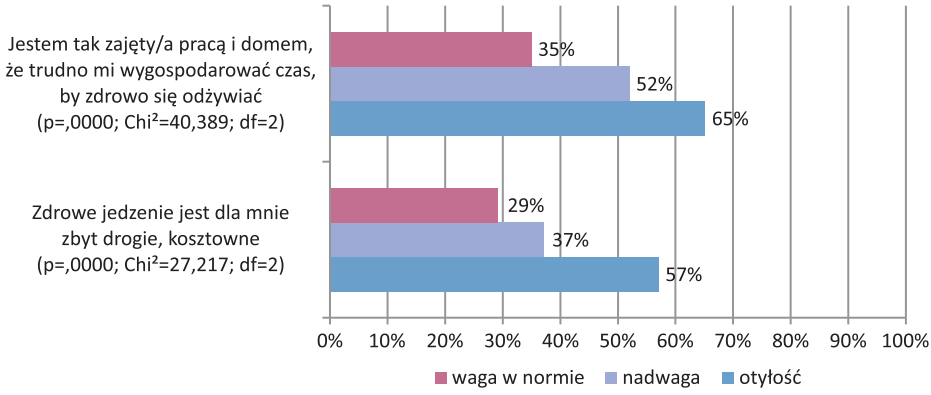
Rycina 7. Wzory praktyk żywieniowych w bliskim otoczeniu społecznym a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Obserwowane wzory społeczne okazały się zbieżne z indywidualnymi upodobaniami żywieniowymi. Wraz ze wzrostem wagi coraz więcej pracowników przyznaje, że lubi dobrze zjeść, nie przejmując się przy tym zdrowiem. Wzrost wagi sprzyja także przekonaniu, że zdrowe jedzenie jest niesmaczne. Myśli tak co trzecia osoba o masie ciała w normie i częściej niż co druga wśród otyłych (Rycina 8).



Rycina 8. Upodobania żywieniowe a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Najsilniejsze powiązania masy ciała z uwarunkowaniami, w tym przypadku utrudnieniami dla zdrowego jedzenia, dotyczą warunków życia codziennego (Rycina 9). Takim podstawowym utrudnieniem jest zaabsorbowanie codziennymi obowiązkami, przeszkadzające w zdrowym odżywianiu się. Na nadmiar codziennych obowiązków narzeka w tym kontekście częściej niż co drugi pracownik z ponadnormatywną masą ciała i blisko dwukrotnie więcej osób otyłych (65%), niż tych z wagą w normie (35%). Podobnie wygląda zależność pomiędzy masą ciała a poczuciem niedostatku środków finansowych, których wymaga zdrowe jedzenie. Brak pieniędzy na zdrowe odżywianie się deklaruje aż 57% otyłych pracowników, natomiast tylko 29% ważących w granicach normy.

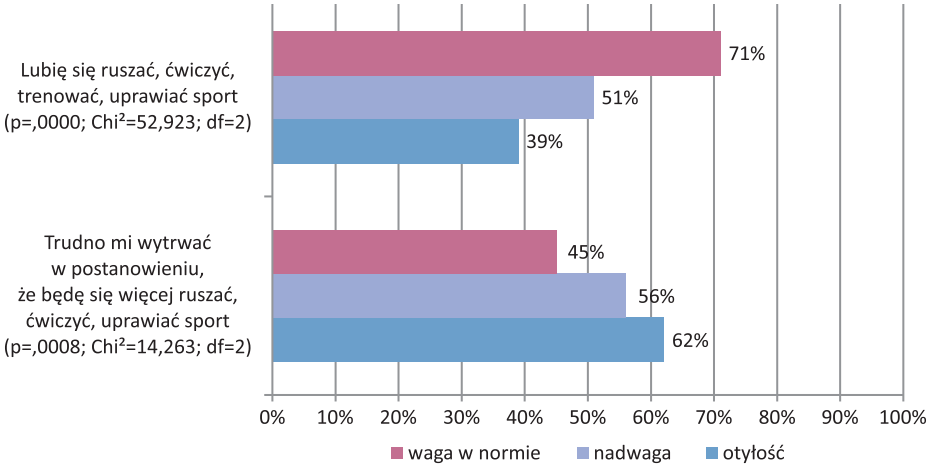


Rycina 9. Warunki życia codziennego utrudniające zdrowe odżywianie się a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Utrudnienia i czynniki sprzyjające aktywności fizycznej a masa ciała

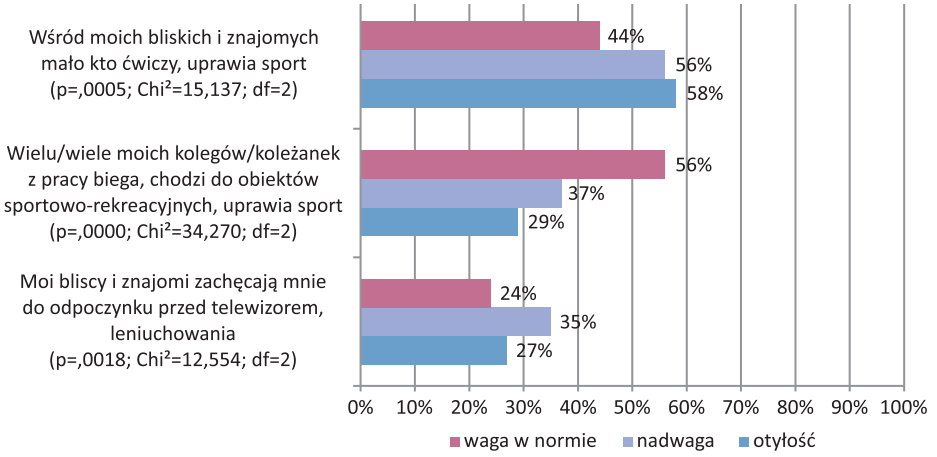
Podobnie jak w podrozdziale o wybranych uwarunkowaniach zdrowego odżywiania się, obecnie uwaga jest skierowana na czynniki warunkujące aktywność fizyczną, charakterystyczne dla pracowników z nadmierną masą ciała.

Im wyższa masa ciała pracowników, tym mniejsze odsetki odczuwają przyjemność wynikającą z aktywności fizycznej. Wśród osób ważących w normie odczuwa ją ponad 70%, natomiast wśród otyłych niespełna 40%. Tym ostatnim, częściej niż pierwszym, brakuje też wytrwałości, gdy postanowią zwiększyć swoją aktywność fizyczną (Rycina 10).



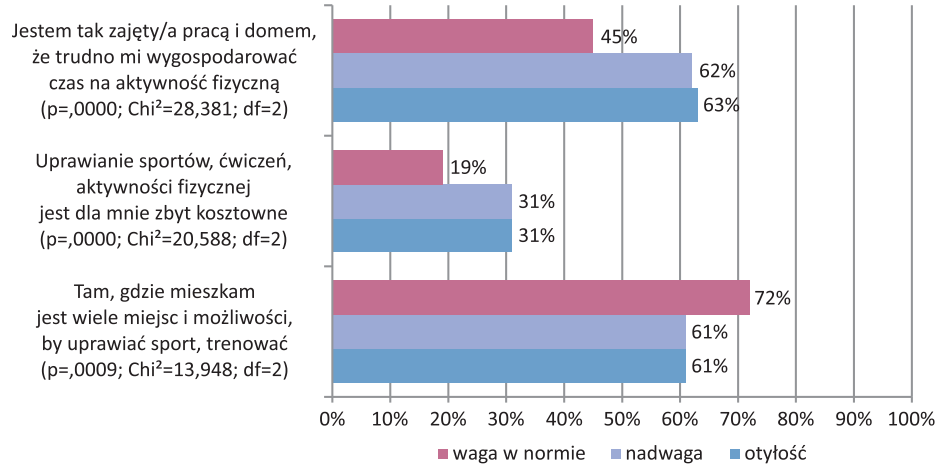
Rycina 10. Przyjemność związana z aktywnością fizyczną i wytrwałość w jej realizacji a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Respondenci ważący powyżej normy BMI rzadziej niż ci z prawidłową wagą zauważają w swoim bliskim otoczeniu społecznym osoby aktywne fizycznie. Odnosi się to zwłaszcza do znajomych z pracy – mniej niż 30% otyłych jest przekonanych, że wielu ich współpracowników rekreacyjnie uprawia sport, natomiast wśród ważących w normie aktywność fizyczną kolegów z pracy zauważa 56%. Osoby z nadmierną masą ciała częściej też przyznają, że ich bliscy i znajomi zachęcają ich do biernego odpoczynku. Zachęty te dotyczą nie tyle otyłych pracowników, ile tych z nadwagą (Rycina 11).



Rycina 11. Wzory aktywności fizycznej w otoczeniu społecznym a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Aktywność fizyczna większości (ponad 60%) osób z nadmierną masą ciała ograniczana jest przez zaabsorbowanie codziennymi obowiązkami. Ponadto częściej są one przekonane, że rekreacyjny ruch wiąże się z wydatkami, na które nie mogą sobie pozwolić – tak uważa niespełna 1/3 tej grupy. I chociaż blisko dwukrotnie więcej ważących powyżej normy sądzi, że w okolicy zamieszkania ma infrastrukturę dogodną do uprawiania sportów, to wśród ważących w normie przekonanie takie podziela więcej, bo 72% (Rycina 12).



Rys. 12. Warunki życia codziennego wpływające na aktywność fizyczną a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Masa ciała a działania prozdrowotne oczekiwane od firmy

Wraz ze wzrostem masy ciała pracownicy na ogół rzadziej oczekują od swoich firm inicjatyw, które mogłyby im pomóc utrzymać prawidłową wagę, zdrowo się odżywiać i uprawiać aktywność fizyczną. Dotyczy to prawie wszystkich działań uwzględnionych w kwestionariuszu omawianego badania, choć istotność i siła tych zależności jest zróżnicowana. Tabela 1 przedstawia je uszeregowane w kolejności od najczęściej oczekiwanych przez ogół pracowników.

Tabela 1. Działania prozdrowotne oczekiwane od firmy a masa ciała pracowników (w %)

„Czy chciałby/aby P. żeby firma realizowała takie działania?":	Masa ciała			p, chi^2, df=2
	norma	nadwaga	otyłość	
Dofinansowanie karnetów lub regularnych wejść do obiektów sportowo-rekreacyjnych poza firmą	79	74	69	n.i.
Udostępnienie pomieszczeń kuchennych, gdzie można przygotować sobie prosty posiłek	70	64	62	n.i.
Zapewnienie pracownikom możliwości wyboru pory przerwy na posiłek, wydłużenia tej przerwy	69	61	63	p=,043 chi^2=6,285
Bezpłatne oferowanie pracownikom zdrowych przekąsek (np. owoców, warzyw)	70	63	58	p=,023 chi^2=7,524
Organizowanie w plenerze imprez dla personelu, z grami sprawnościowymi, zdrowym jedzeniem	67	60	53	p=,0098 chi^2=9,250
Umożliwienie zakupu zdrowych posiłków w firmie (w stołówce, cateringu, automatach)	66	59	52	p=,0053 chi^2=10,452

Tabela 1. Działania prozdrowotne oczekiwane od firmy a masa ciała pracowników (w %) *c. d.*

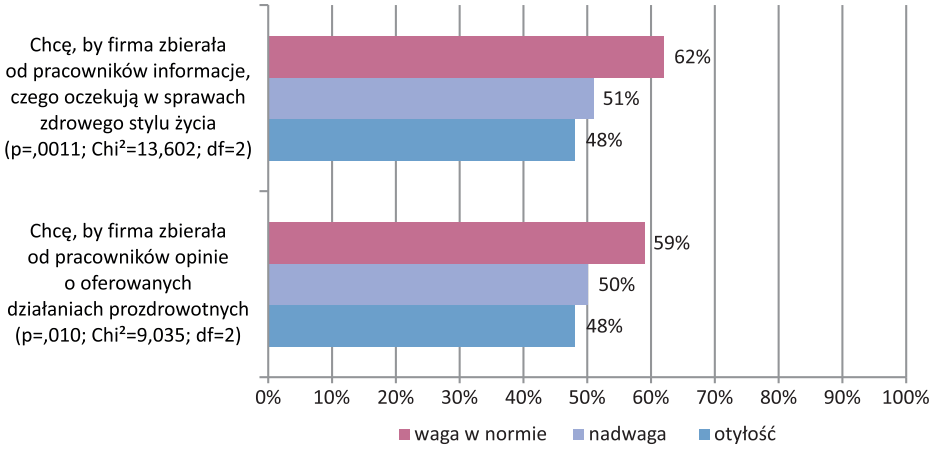
„Czy chciałby/aby P. żeby firma realizowała takie działania?”:	Masa ciała			p, chi², df=2
	norma	nadwaga	otyłość	
Zapewnienie pryszniców, stojaków, schowków dla przybywających do pracy rowerem, biegiem	64	59	51	p=,046 chi²=6,140
Dofinansowanie pracownikom zakupu, napraw, konserwacji sprzętu sportowego	63	53	49	p=,0041 chi²=10,978
Oferowanie badań, innych niż okresowe, które pozwolą pracownikom dowiedzieć się, czy są sprawni, czy zdrowo się odżywiają	62	55	43	p=,0016 chi²=12,829
Oznakowanie oferowanych w firmie produktów spożywczych, by pokazać, które są zdrowe	56	49	46	n.i.
Organizacja miejsc do ćwiczeń i relaksu podczas przerw w pracy, np. siłowni, foteli do masażu	54	47	40	p=,014 chi²=8,531
Zorganizowanie grupowych ćwiczeń pod okiem trenera, który pokaże jak prawidłowo ćwiczyć	54	47	37	p=,0042 chi²=10,947
Wspieranie grup, w które organizują się pracownicy, by uprawiać turystykę, ćwiczyć, grać w piłkę itp.	54	47	45	n.i.
Organizacja turniejów sportowych, wspieranie udziału pracowników w zawodach poza firmą	55	45	33	p=,0000 chi²=19,150
Indywidualne konsultacje ze specjalistami w sprawach zdrowego stylu życia	51	48	33	p=,0068 chi²=9,966

Udostępnianie aplikacji/urządzeń wspierających zdrowy tryb życia, np. liczących kroki, kalorie	53	42	35	p=,0004 chi^2=15,591
Zapewnienie przyrządów do prostych ćwiczeń na stanowisku pracy, np. piłek do siedzenia	48	42	34	p=,015 chi^2=8,354
Przygotowanie w firmie miejsc, gdzie można poćwiczyć po pracy, np. sali gimnastycznej	48	44	32	p=,017 chi^2=8,116
Informowanie (w ulotkach, internecie) na temat aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania	50	41	31	p=,0004 chi^2=15,248
Prelekcje, wykłady autorytetów od spraw zdrowego odżywiania się, aktywności fizycznej	50	40	32	p=,0008 chi^2=14,088
Organizowanie w firmie spotkań, pokazów, nt. przygotowywania zdrowych posiłków, diet	49	39	29	p=,0001 chi^2=17,597
Organizowanie krótkiej przerwy w pracy na wspólne ćwiczenia fizyczne	44	37	30	p=,012 chi^2=8,786

Źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

Osoby ważące powyżej normy BMI są na tle ogółu najmniej zainteresowane takimi inicjatywami firm jak: turnieje sportowe, pokazy przygotowania zdrowych posiłków, różne zbiorowe formy przekazu informacji na temat zdrowia oraz udostępnianie aplikacji wspomagających zdrowy styl życia. Wyraźnie rzadziej oczekują też możliwości diagnozowania swojej kondycji fizycznej i sposobu żywienia, zakupu w pracy zdrowego jedzenia, udostępniania i serwisowania sprzętu sportowego, wspólnych ćwiczeń fizycznych w pracy. Z kolei podobnie często jak inni oczekują finansowania karnetów sportowych i udostępnienia pomieszczeń kuchennych w firmie (są to działania najczęściej oczekiwane przez ogół pracowników), a także mniej popularnego znakowania zdrowych produktów w menu firmowych bufetów oraz wsparcia grup realizujących po pracy różne aktywności prozdrowotne (Tabela 1).

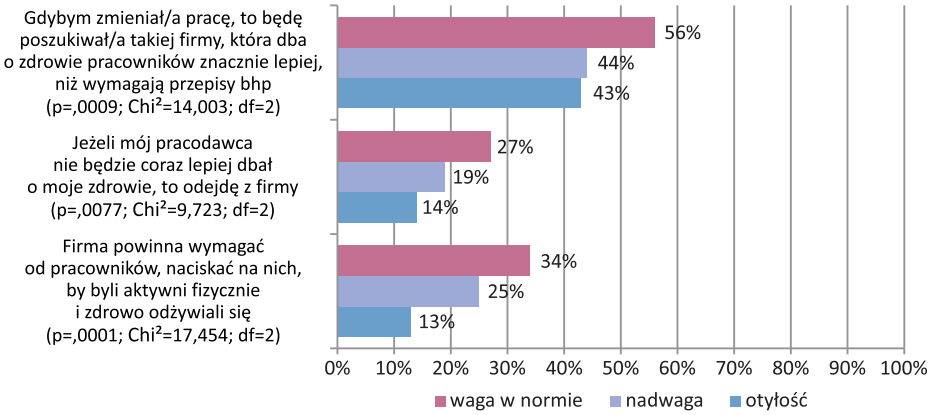
Większa masa ciała wiąże się również z rzadziej wyrażanym oczekiwaniem, by firma interesowała się potrzebami pracowników dotyczącymi zdrowego stylu życia, a także ich opiniami o oferowanych aktywnościach prozdrowotnych (Rycina 13). Warto jednak odnotować, że oczekiwania takie ma co druga osoba ważąca powyżej normy.



Rycina 13. Masa ciała a oczekiwania pracowników dotyczące diagnozy ich potrzeb zdrowotnych i badania opinii o wdrożonych działaniach (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

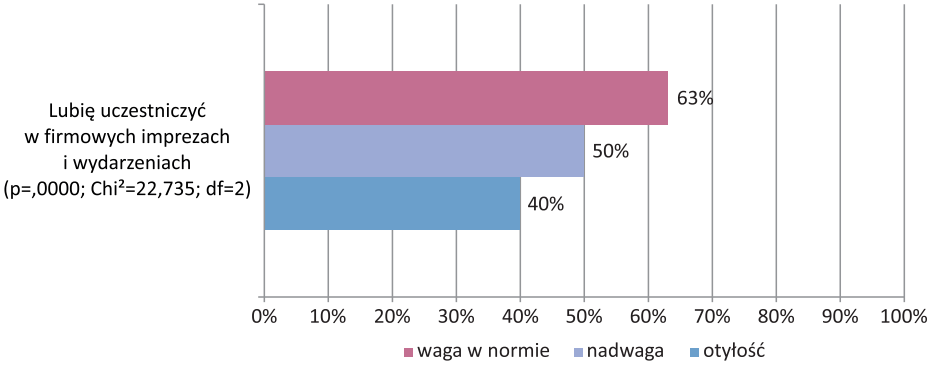
Te rzadziej wyrażane przez pracowników ważących ponad normę oczekiwania, by firma oferowała im różne prozdrowotne benefity, zbierała opinie o ich realizacji i badała potrzeby zdrowotne, zbiegają się z rzadszym podzielaniem stanowiska, że dbanie o zdrowie personelu jest ważnym zadaniem pracodawcy. Wraz ze wzrostem wartości BMI coraz mniej osób deklaruje, że poszukując nowej pracy będzie preferować firmy, które troszczą

się o zdrowie personelu znacznie lepiej niż wymagają przepisy bhp, że jak aktualny pracodawca nie będzie coraz lepiej dbał o zdrowie pracowników, to odejdą z firmy oraz – co najbardziej odróżnia grupy różniące się masą ciała – że firma powinna naciskać na pracowników, by byli aktywni fizycznie i zdrowo się odżywiali (Rycina 14).



Rycina 14. Postawy wobec prozdrowotnej aktywności firmy a masa ciała (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Innym wytłumaczeniem rzadszego zainteresowania osób ważących powyżej normy prozdrowotnymi aktywnościami firmy może być ich uogólniona niechęć do udziału w różnych firmowych wydarzeniach. O ile wśród pracowników o wadze w normie blisko 2/3 lubi w nich uczestniczyć, to w grupie otyłych prawie tyle samo ma przeciwne preferencje (Rycina 15). Być może jest to też efekt opisywanej w literaturze społecznej izolacji osób otyłych.



Rycina 15. Masa ciała pracowników a ich stosunek do wydarzeń organizowanych w firmie (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Podsumowanie

Zgromadzone wyniki potwierdziły zdroworozsądkową tezę, że nadmierna masa ciała częściej dotyczy osób, które w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej postępują w sposób mało korzystny dla zdrowia (m.in. jedzą nieregularnie, nie kontrolują konsumpcji cukru i tłustego mięsa, w ich diecie występuje niedobór warzyw i owoców, nie uprawiają sportów ani lżejszych form rekreacji ruchowej). Są podstawy, by te ustalenia interpretować przyczynowo i uznać, że w przypadku znacznej grupy pracowników ich ponadnormatywny BMI jest efektem przywołanych niezdrowych praktyk. Jednocześnie badanie pokazało, że osoby z nadmierną masą ciała, częściej niż pozostałe, deklarują wartości, wyrażają emocje, podzielają przekonania i prezentują jeszcze inne dyspozycje do zachowań niesprzyjających utrzymaniu prawidłowej masy ciała.

W sferze uznawanych wartości wzrost masy ciała nie sprzyja docenianiu posiadania zgrabnej sylwetki i nadawaniu dużego znaczenia zdrowemu jedzeniu. Jednocześnie wzrost BMI sprzyja wyższemu wartościowaniu możliwości odpoczynku i dostępu do leczenia niż aktywnego stylu życia.

Pracownicy ważący ponad normę, zwłaszcza otyli, rzadziej czerpią radość ze zdrowego stylu życia, w tym przyjemność wynikającą z aktywności fizycznej. Częściej deklarują, że lubią dobrze zjeść, a zdrowe jedzenie uznają za niesmaczne. Denerwuje ich, że tak dużo mówi się o odchudzaniu i sądzą, że zdrowy styl życia to tylko chwilowa moda, która szybko przeminie. W związku z tym o swoje zdrowie zaczynają dbać dopiero wtedy, gdy coś im szkodzi lub dolega.

Wraz ze wzrostem masy ciała wzrasta odsetek pracowników, którzy narzekają na trudności z utrzymaniem prawidłowej wagi. Częściej czują się zagubieni w przekazach dotyczących zdrowego jedzenia, a jeżeli decydują się na prozdrowotne modyfikacje diety lub zwiększenie aktywności fizycznej, to rzadziej są wytrwali we wprowadzaniu i utrzymywaniu takich zmian. Ponadto wzrost BMI utrudnia przeciwstawianie się społecznej presji na niezdrowe jedzenie (np. odmawianie jedzenia słodyczy, gdy inni częstują).

W społecznym otoczeniu osób z nadmierną masą ciała, także w ich środowisku pracy, częściej brakuje dobrych wzorów dbania o dietę i aktywność fizyczną. Pracownicy z wysokim BMI rzadziej zauważają wśród swoich znajomych tych, którzy dbają o swoją sylwetkę, zdrowo się odżywiają i uprawiają sport.

Wzrost masy ciała sprzyja częstszemu poczuciu zaabsorbowania codziennymi obowiązkami i braku czasu na to, by móc zdrowo jeść i być aktywnym fizycznie. Sprzyja też przekonaniu, że zdrowa dieta i uprawianie sportu wiąże się z wydatkami, na które nie można sobie pozwolić.

Wraz ze wzrostem masy ciała pracownicy na ogół rzadziej oczekują od swoich firm, by dbały o ich zdrowie. Rzadziej oczekują inicjatyw, które by im pomogły utrzymać prawidłową wagę, zdrowo się odżywiać i uprawiać aktywność fizyczną – dotyczy to zarówno realizacji różnych form edukacji zdrowotnej, organizacji zajęć sportowych i dietetycznych czy rozwiązań w infrastrukturze środowiska pracy sprzyjających prozdrowotnym praktykom. Ogólnie są mniej zainteresowani uczestnictwem w różnych aktywnościach firmy.

W kontekście przedstawionych ustaleń nasuwa się obserwacja, że profilaktyka otyłości w zakładach pracy może być realizowana poprzez wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej personelu. Skuteczność takich oddziaływań potwierdzają liczne analizy (Dabral-Bhatt, Klein 2014, Malik, Blake, Suggs 2014, Verweij, Coffeng, van Mechelen i in., 2011). Skierowanie takich interwencji do grup zwiększonego ryzyka, a więc osób z nadwagą i otyłych, wymaga działań zarówno w sferze kultury organizacyjnej (m.in. większego włączenia tych pracowników w życie firmy, kreowania w ich otoczeniu wzorów prozdrowotnego stylu życia), różnorodnych ułatwień w zdrowym odżywianiu się i aktywności fizycznej (m.in. sponsorowania przez firmę związanych z tym benefitów, zapewnienia możliwości realizowania prozdrowotnych praktyk w czasie pracy), jak również oddziaływań na doświadczenia i przekonania związane ze zdrowiem.

W obszarze kreowania doświadczeń dotyczących aktywności fizycznej warto upowszechniać wśród pracowników i ułatwiać im dostęp do takich jej form, które odbierane będą jako przyjemne i relaksujące, nie generujące nadmiernego zmęczenia. Podobnie w kwestii odżywiania idzie o doświadczenia obrazujące, że zdrowe jedzenie może być smaczne. Ważne jest przy tym, by doświadczeń tych nie wiązać z potrzebą odchudzania, natomiast traktować je jako autonomiczne elementy zdrowego życia. Więcej uwagi trzeba w tym kontekście poświęcić aktywności fizycznej, bo mniej osób uznaje ją za ważną dla swojego zdrowia niż zdrowe odżywianie.

Istotne jest stałe podtrzymywanie wsparcia firmy dla prozdrowotnej aktywności pracowników, by przeciwdziałać brakom wytrwałości w jej realizacji. Wsparcie to może dotyczyć zarówno ułatwień w dostępie do prozdrowotnych infrastruktur, inicjatyw i usług oferowanych w zakładzie pracy, upowszechniania wiarygodnych informacji o zdrowym stylu życia oraz pomocy w dostępie do nich i w nabywaniu umiejętności ich selekcji, jak również popularyzowania wzorów zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej występujących wśród personelu.

W obszarze działań edukacyjnych warto popularyzować nie tyle ogólne informacje o znaczeniu zdrowego stylu życia, ile o tym, jak aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie mogą pomóc w przeciwdziałaniu konkretnym dolegli-

wościom doświadczanym przez pracowników oraz w ograniczaniu ryzyka chorób, na które są szczególnie narażeni.

Więcej praktycznych wskazówek dotyczących działań rekomendowanych w obszarze profilaktyki otyłości, promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w firmach zawierają opracowania Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, m.in. broszury pt. „Zarządzanie zdrowiem w zakładach pracy: aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie się" (Instytut Medycyny Pracy 2018a), „Jak firma może pomóc pracownikom w zdrowym odżywianiu i utrzymaniu prawidłowej masy ciała" (Instytut Medycyny Pracy 2018b) oraz „Jak zakład pracy może zadbać o kondycję fizyczną personelu" (Instytut Medycyny Pracy 2018c).

Bibliografia

Dabral-Bhatt S. Klein E.G. A review of the effectiveness of worksite dietary and physical acivity interwentions for obesity prevention. Journal of Science Policy& Governance. Healthy Food Policy Issue. Sept. 2014: 1-4.

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (2018a). Zarządzanie zdrowiem w zakładach pracy: aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie się. Pobrane z: https://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2018/10/Zarzaadzanie-zdrowiem-w-zakladach-pracy.pdf.

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (2018b). Jak firma może pomóc pracownikom w zdrowym odżywianiu i utrzymaniu prawidłowej masy ciała. Pobrane z: https://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2018/10/Jak-firma-moze-pomooc-pracownikom-w-zdrowym-odzywianiu-i-utrzymaniu-prawidlowej-masy-cia%C5%82a1.pdf.

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (2018c). Jak zakład pracy może zadbać o kondycję fizyczną personelu. Pobrane z: https://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2018/10/Jak-zaklad-pracy-moze-zadbac-o-kondycjee-fizyczna-personelu.pdf.

Puchalski K. Korzeniowska E. (red.). (2017). Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.

Malik S. Blake H. Suggs I. A systematic review of workplace health promotion interwentions for increasing physical activity. British Journal of Health Psychology. 2014: 19: 149–180.

Verweij L.M. Coffeng J. van Mechelen W. i wsp. Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes. Obesity Reviews. 2011: 12: 406-429.

PRACOWNICY NASTAWIENI NEGATYWNIE DO ZDROWEGO STYLU ŻYCIA – WYZWANIE DLA PROMOCJI ZDROWEGO ODŻYWIANIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W FIRMACH

Wprowadzenie

Nasze społeczeństwo wciąż nie najlepiej dba o zdrowie. Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów w Polsce. (State of Health in the EU 2019). Obok wyższego od średniej w UE odsetka osób palących tytoń oraz upijających się alkoholem szczególnie niepokojąca jest wzrostowa tendencja rozpowszechniania się nadwagi i otyłości. Wg różnych ustaleń (WHO, NIZP-PZH, EHIS) mamy 59-69% mężczyzn z nadwagą i 11--25% z otyłością, a wśród kobiet 41-57% z nadwagą i 11-26% otyłych. Oznacza to, że w ok. 16. z 28. państw europejskich jest mniejszy problem w tym zakresie niż u nas (Zdrowie i zachowania zdrowotne 2014, Wojtyniak, Goryński 2018). Takie rozpowszechnienie nadmiernej masy ciała wskazuje m.in. na niewłaściwe wzory zachowań w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej. W porównaniu do innych krajów UE charakteryzujemy się na przykład niedostatecznym spożyciem owoców, o 42% niższym niż przeciętna dla tego regionu (State of Health in the EU 2019). Żadnych form aktywności fizycznej (takich jak np. jazda na rowerze, gimnastyka, pływanie, prace ogrodnicze), które trwają przez min. 30 minut nie podejmuje ok. 60% dorosłych Polaków (Wojtyniak, Goryński 2018). Regularnie (5-7 razy w tygodniu) ćwiczy tylko 5% z nich (Eurobarometer 2018).

Są to jedne z istotnych powodów niezadawalającego stanu zdrowia Polaków. Nadwaga odpowiada w przypadku naszego kraju za utratę 11,3% lat przeżytych w zdrowiu i jest drugim z najważniejszych czynników ryzyka, którego zmniejszenie daje szansę na poprawę sytuacji zdrowotnej do 2040 r. (wg Badania Obciążenia Chorobami z 2017 r. za: Wojtyniak, Goryński 2018). Niskie rozpowszechnienie regularnej aktywności fizycznej zwiększa ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego, a także umieralność ogólną i z przyczyn sercowo-naczyniowych (Makowiec-Dąbrowska 2012); sprzyja też zachorowalności na cukrzycę, osteoporozę czy niektóre typy nowotworów. Nie służy również zachowywaniu dobrego samopoczucia i zdrowia psychicznego, m.in. przez jej niedostatek tracone są szanse na łagodzenie stanów lękowych, czy depresyjnych (Gieroba 2019).

Stąd duże znaczenie mają oddziaływania przyczyniające się do zmiany tego rodzaju sytuacji. Dogodnym miejscem do kształtowania prozdrowotnych zachowań osób dorosłych są zatrudniające ich firmy (Dinenberg 2018). Na gruncie promocji zdrowia w pracy kreowanie prozdrowotnych stylów życia personelu (w tym zdrowego jedzenia oraz aktywności ruchowej) jest kluczowym obszarem oddziaływania obok świadczenia ponadobligatoryjnych usług medycznych i oddziaływań na materialne i społeczno-organizacyjne środowisko zakładu (Luxemburg Declaration 1997; Goszczyńska i in. 2018).

Aby efektywnie zmieniać ludzkie zachowania na bardziej prozdrowotne, należy realizować działania, w tym w firmach, skoncentrowane na minimalizowaniu wpływu najważniejszych czynników, które sprzyjają bierności lub podejmowaniu działań szkodliwych dla zdrowia, a zwiększać oddziaływania takich, które stymulują dbanie o zdrowie. W powstających na przestrzeni lat teoriach/modelach determinant zachowań zdrowotnych wskazuje się rozmaite ich rodzaje: np. genetyczne, społeczne, kulturowe, środowiskowe, osobowościowe, poznawcze (Cleland 2010, Conner 2010). Wciąż bada się i wyróżnia nowe determinanty takie jak np. wpływ cyklu życia na postępowanie wobec zdrowia (Mishra 2010).Wydziela się np. determinanty, które odpowiadają za inicjowanie zachowania, jak i takie, które je podtrzymują (Łuszczyńska 2004). Szczególnie długą tradycję i rozwiniętą postać ma refleksja, na gruncie której zakłada się, że zachowania zdrowotne bardziej zależą od tego, jak człowiek postrzega rzeczywistość, jak się do niej odnosi, niż od jej obiektywnych cech. Powstało szereg teorii i modeli tego rodzaju (np. model przekonań zdrowotnych, teoria uzasadnionego działania i planowanego zachowania, model rozpoczynania działania, teoria wcielania w życie intencji) (Łuszczyńska 2004; Sęk 2000). Analizuje

się zatem ludzką świadomość zdrowotną tj. wiedzę, motywację, opinie, oceny i przekonania dotyczące zdrowia i działań na jego rzecz. Przyjmuje się, że jeśli zgodnie z treściami świadomości można i warto zachowywać się w taki sposób, by służyło to zdrowiu, to występuje czynnik sprzyjający podejmowaniu zachowań na jego rzecz. Jeśli natomiast nie – pojawia się istotna bariera dla prowadzenia zdrowego stylu życia. Nie jesteśmy bowiem w stanie (bez wyjścia ze strefy wewnętrznego komfortu) postępować niezgodnie z naszą wizją siebie i rzeczywistości. Zatem szczególnie istotną grupą docelową oddziaływań prozdrowotnych realizowanych w siedliskach życia człowieka, w tym w zakładach pracy, są osoby, które nie zastanawiają się albo wręcz negują rolę zachowań takich jak: odżywianie się, aktywność fizyczna, korzystanie z używek, radzenie sobie ze stresem itp. w kształtowaniu własnego zdrowia.

W problematyce badania KCPZwMP[1], wykonanego w celu wspierania skuteczności oddziaływań prozdrowotnych podejmowanych przez pracodawców, uwzględniono zatem szereg przekonań związanych z postrzeganiem roli stylu życia. Przy czym skoncentrowano się na odżywianiu i aktywności ruchowej, jako ważnych determinantach zdrowia. Zidentyfikowano, jak często i w jakich grupach występują treści świadomości sprzyjające zachowaniom korzystnym dla zdrowia, ale poświęcono szczególnie wiele uwagi takim, które mogą być odpowiedzialne za bierność, a nawet lekceważenie zdrowia w codziennym postępowaniu. W niniejszym rozdziale zaprezentowano ustalenia dotyczące tych ostatnich. Wiedza o skali i kontekstach ich rozpowszechnienia stwarza bowiem niezbędną bazę dla identyfikacji najbardziej potrzebujących wsparcia, a zatem kluczowych dla promocji zdrowia grup personelu, nastawionych negatywnie do wyzwania, jakim jest odpowiedzialne traktowanie swojego zdrowia. Pozwala też skuteczniej modyfikować ich niesprzyjające dbaniu o zdrowie style myślenia oraz przygotowywać trafione z punktu widzenia ich potrzeb firmowe strategie prozdrowotne. W problematyce badania, o którym mowa, zwrócono uwagę m.in. na dwa szczególnie istotne negatywne przekonania dotyczące zdrowego stylu życia. Pierwsze określono w kwestionariuszu w następujący sposób: "Choćbym chciał, to niewiele mogę zrobić dla swojego zdrowia, bo zależy ono głównie od losu, genów, medycyny, warunków w których żyję, a mało od mojego stylu życia". Jest to przekonanie charakterystyczne dla

[1] Badanie wykonano techniką wywiadów osobistych ze wspomaganiem komputerowym (CAPI) w końcu 2018 r. na reprezentatywnej próbie 1000 pracowników firm zatrudniających minimum 50 osób.

tzw. „zewnętrznego zlokalizowania kontroli"[2], które zgodnie z teorią Locus of Control, autorstwa Juliana Rottera polega na uznaniu przez jednostkę, że jej życiem sterują czynniki niezależne od jej świadomego wpływu, od jej własnych działań (Heszen, Sęk 2007). Przekonanie takie można też traktować jako przejaw tzw. niskiego poczucia własnej skuteczności (teoria Alberta Bandury) lub też symptom wyuczonej bezradności (koncepcja Marka Seligmana) (Prochaska 2018; Gromulska i in. 2009). Tego rodzaju przeświadczenie może więc uzasadniać mierne zainteresowanie sprawami zdrowia, a nawet usprawiedliwiać zachowania o negatywnym wpływie na organizm czy psychikę. Akceptowanie tego przekonania traktowane jest jako szczególnie ważne wyzwanie dla promocji zdrowia. Dąży się w niej bowiem do tego, by jednostki jak i społeczności traktowały siebie jako podmiot zdrowia, kształtowały i kontrolowały różnorakie czynniki, które na nie wpływają (empowerment), w tym szczególnie swoje zachowania i zmieniały je w prozdrowotnym kierunku (Ottawa Charter 1986; Gniazdowski 1997, Cianciara 2010).

Drugie z analizowanych w przywoływanym tu badaniu KCPZwMP przekonań to: „Zdrowy styl życia to pomysł, jak wyciągnąć od ludzi pieniądze, a nie jak poprawić ich zdrowie". Wyraża ono podejrzenie, że zdrowy styl życia to pretekst do manipulowania ludźmi, wykorzystywania ich naiwności pod pozorem zdrowia. Takie przekonanie może być wyrazem potrzeby chronienia się przed nieuczciwymi oddziaływaniami posługującymi się hasłem „zdrowy styl życia" i mieć swe źródło w negatywnych doświadczeniach związanych z powszechną, komercyjną reklamą i podażą towarów i usług „dla zdrowia" Przekonanie to może sprzyjać niechęci wobec prozdrowotnej oferty pracodawców, poszukiwaniu innych, „mniej szlachetnych" jej motywów, a także utrudniać odbiór realizowanej w jej ramach edukacji, na skutek utożsamiania zawartych tam treści z przekazami komercyjnej reklamy (Korzeniowska, Puchalski 2017).

W niniejszym rozdziale przedstawiono, jak wielu może być w średnich i dużych firmach w Polsce pracowników wyznających każdy z dwu wspomnianych wcześniej negatywnych poglądów na temat zdrowego stylu życia (zilustrowano też ilu zwolenników jednego akceptuje również drugi). Następnie scharakteryzowano specyfikę zewnątrzsterownych przez porównanie z grupą wewnątrzsterownych oraz podejrzliwych na tle wierzących w dobre intencje

[2] W dalszych fragmentach tekstu używany będzie też na określenie takich osób termin „zewnątrzsterowni", a dla uznających, że to, co ich spotyka, zależy od nich samych – określenia „wewnątrzsterowni".

propagatorów zdrowego stylu życia. Przy tych porównaniach uwzględniono cechy społeczno-demograficzne i sposób postępowania w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej. Dzięki temu wskazano, w jakich grupach personelu można z większym prawdopodobieństwem spodziewać się zatrudnionych o negatywnym nastawieniu do zdrowego stylu życia, a tym samym mniej zainteresowanych prozdrowotną ofertą firmy. Pokazano też, jak poważne wyzwanie stanowią ich zachowania żywieniowe i związane z ćwiczeniami fizycznymi dla organizacji i osiągania celów firmowych strategii prozdrowotnych. Ponadto zilustrowano inne elementy stylu myślenia takich negatywnie nastawionych pracowników, współwystępujące z dwoma analizowanymi negatywnymi przekonaniami, a wyróżniające ich w sposób statystycznie istotny od pracowników, którzy biorą odpowiedzialność za własne zdrowie i ufnie podchodzą do promocji zachowań prozdrowotnych. Treści te wyłoniono drogą analizy z zawartych w badaniu przekonań o zdrowym odżywianiu i aktywności fizycznej oraz z opinii na temat już wdrażanych przez firmę przedsięwzięć na rzecz promocji zdrowia.

Do identyfikacji i pomiaru siły wyżej wymienionych różnic pomiędzy pracownikami wyznającymi wskazane wcześniej dwa wybrane, negatywne przekonania na temat zdrowego stylu życia, a tymi, którzy ich nie podzielają zastosowano test chi^2 Pearsona i uznawano, że są one istotne statystycznie wówczas, gdy $p<0,05$.

Sformułowano także szereg sugestii, dzięki którym organizatorzy programów prozdrowotnych w firmach będą mogli lepiej profilować ich zawartość, szczególnie edukacyjną, a tym samym skuteczniej pomagać pracownikom, którzy nie doceniają możliwości wywierania wpływu na swoje zdrowie, samopoczucie i zdolności do pracy lub są podejrzliwie nastawieni do działań, które odwołują się do kwestii zdrowego stylu życia.

Jak wielu i jacy pracownicy podchodzą niechętnie do oddziaływań w zakresie zdrowego stylu życia?

Z danych zebranych w badaniu KCPZwMP wynika, iż dokładnie jedna trzecia pracowników firm zatrudniających min. 50 osób wyznaje pogląd, że choćby chcieli, to ze względu na zewnętrzne uwarunkowania niewiele mogą zrobić dla swojego zdrowia. Podobna część (35%) sądzi, że źródłem zainteresowania zdrowym stylem życia są zyski dla jego popularyzatorów, a nie jego rzeczywisty wpływ na samopoczucie ludzi. Zatem w firmach o wskazanej powyżej wielkości zatrudnienia możemy się spodziewać wcale niemałej grupy pracowników, którzy nie widzą sensu dbania o zdrowie,

uznając, że zależy ono bardziej od losu, medycyny, środowiska itp., lub podejrzliwie nastawionych do promocji zdrowego stylu życia.

Jeśli idzie o problem identyfikacji pracowników lokalizujących kontrolę nad zdrowiem w czynnikach niezależnych od własnych działań, to nie różnią się oni od traktujących siebie podmiotowo strukturą płci i wieku natomiast nieco częściej są to osoby z wykształceniem nie wyższym niż zasadnicze zawodowe ($p<0,05$) i oceniające swoją sytuacją materialną jako przeciętną ($p<0,05$).

Co bardzo istotne dla organizatorów zakładowych programów promocji zdrowia są to osoby gorzej postępujące w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej. Aż nieco ponad połowa takich pracowników je zbyt dużo, niezdrowo i podobnej części trudno utrzymać prawidłową wagę. Tego rodzaju problemy ma odpowiednio tylko co ok. trzeci w grupie wewnątrzsterownych w sferze zdrowia ($p<0,0001$). Ponadto pracownicy, którzy uważają, iż ich zdrowie w niewielkim stopniu zależy od tego jak postępują, rzadziej są aktywni fizycznie. Tylko co około trzeci z nich podejmuje codzienną przynajmniej półgodzinną aktywność ruchową, taką jak np. marsz, lekki bieg, spokojne pływanie, jazda na rowerze. W grupie o odmiennym zdaniu postępuje w ten sposób już połowa ($p<0,001$). Tylko niespełna co czwarty ćwiczy intensywnie więcej niż jedną godzinę w tygodniu (np. trenując na siłowni, uprawiając aerobic, szybko biegając lub ciężko pracując na działce), a wśród wierzących we wpływ swoich działań na samopoczucie takie zachowania prezentuje co około trzeci ($p<0,001$). Ponadto 59% osób wątpiących we własne możliwości kształtowania zdrowia za pośrednictwem stylu życia kilka razy w tygodniu odczuwa silne zmęczenie, podczas gdy wśród akceptujących znaczenie stylu życia dla zdrowia 46% ($p<0,001$).

W przypadku podejrzewających, że zdrowy styl życia to jedynie pretekst do robienia dobrych interesów dla tych, co się posługują takim hasłem, a nie czynnik mający ważne znaczenie dla zdrowia, płeć i wykształcenie nie są cechami społeczno-demograficznymi ułatwiającymi ich wyróżnienie od grupy niewyznającej tego poglądu. Natomiast wiek odgrywa taką rolę. Częściej żywi to przekonanie personel mający 44 lata i więcej. Wśród osób do 44 lat około co trzeci pracownik zgadza się z taką tezą, a u starszych już co około drugi ($p<0,05$). Poza tym nieco częściej tacy ludzie pracują fizycznie (59% z nich), podczas gdy wśród niewyznających tego poglądu 46% ($p<0,001$).

Wyraźnie różni ich od ufnie podchodzących do działań reklamujących prozdrowotny sposób życia gorszy sposób odżywiania się. Aż ok. połowa (52%) traktujących hasło „zdrowy styl życia" jako pretekst do wyłudzania od ludzi pieniędzy uważa, że je zbyt dużo, niezdrowo, a wśród pozytywnie

podchodzących do działań tego rodzaju ocenia się tak tylko co ok. trzeci (36%), ($p<0,00001$). Tylko 47% przekonanych o merkantylnym charakterze mody na zdrowy styl życia dba o to by jeść co 3-4 godziny, a wśród niewyznających tego przeświadczenia postępuje tak już 62% ($p<0,0001$). Mniejsza część obawiających się, że wyciąga się od nich pieniądze pod pretekstem zdrowego trybu życia ogranicza też spożycie cukru niż z porównywanej grupy (odpowiednio 42% i 54%; $p<0,001$). Niewielkie, ale istotne statystycznie różnice pojawiają się też w postępowaniu pracowników z obu grup, gdy idzie o ograniczanie spożycia soli, jedzenie warzyw i owoców czy czytanie etykiet i wybieranie przy zakupie zdrowszych produktów spożywczych ($p<0,05$). W przypadku aktywności fizycznej różnice pomiędzy negatywnie i pozytywnie nastawionymi do działań popularyzujących zdrowy sposób postępowania są niewielkie, choć istotne statystycznie ($p<0,05$) i dotyczą wykonywania lekkich ćwiczeń ruchowych codziennie oraz podejmowania intensywnych aktywności minimum przez godzinę tygodniowo. Ponadto podejrzliwi wobec działań oferowanych w związku ze zdrowym stylem życia nieco częściej odczuwają też silne zmęczenie kilka razy w tygodniu (58% z nich przy 45% z drugiej grupy, $p<0,001$).

Co myślą negatywnie nastawieni pracownicy o zdrowym stylu życia, w tym o zdrowym jedzeniu i aktywności fizycznej

Przekonania na temat zdrowego stylu życia

Ustalenia badania, zawarte w Tabeli 1 pokazały, że jeśli idzie o pracowników, którzy sądzą, że niewiele mogą zrobić dla swojego zdrowia, bo kształtują je czynniki od nich niezależne, to blisko trzech na czterech z nich równocześnie pesymistycznie zakłada, że w obecnych realiach życia nie da się zdrowo jeść ani ćwiczyć. Jest to zarazem dużo większy odsetek niż w grupie traktujących się podmiotowo w sferze zdrowia, gdzie tego zdania jest tylko co drugi. Oprócz tego ponad dwóch na trzech zewnątrzsterownych pracowników ogranicza się do tego, by zdrowiu zbytnio nie szkodzić i reaguje dopiero, gdy ma z nim jakieś problemy, podczas gdy w taki sposób odnosi się do swojego zdrowia tylko niespełna połowa odczuwających odpowiedzialność za własne zdrowie. Co więcej zewnątrzsterowni są dwa i pół razy częściej od wewnątrzsterownych przekonani, że jest jakieś oszustwo w zachętach do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Tabela 1. Specyfika przekonań pracowników, którzy uważają, że zdrowie zależy głównie od warunków zewnętrznych, a nie tego, jak o nie dbają na tle nieakceptujących takiej tezy

Przekonanie	Uznający, że sami niewiele mogą zrobić dla własnego zdrowia			Odczuwający odpowiedzialność za własne zdrowie			Poziom istotności – p
	ZGADZAM SIĘ (w %)	NIE ZGADZAM SIĘ (w %)	RAZEM (w %)	ZGADZAM SIĘ (w %)	NIE ZGADZAM SIĘ (w %)	RAZEM (w %)	
Nie da się teraz zdrowo żyć – jedzenie przepełnione chemią, sport to wdychanie skażonego powietrza	73	27	100	46	54	100	p<0,00001
Nie robię nic szczególnego dla zdrowia, ale na ogół staram się, by mu za bardzo nie szkodzić	68	32	100	47	53	100	p<0,00001
O zdrowiu zaczynam myśleć i dbać o nie dopiero wtedy, gdy mi coś dolega lub obawiam się, że coś mi zaszkodzi	67	33	100	43	57	100	p<0,00001
Zdrowy styl życia to pomysł jak wyciągnąć od ludzi pieniądze, a nie jak poprawić ich zdrowie	60	40	100	27	73	100	p<0,00001

Przy prezentacji kolejnych danych empirycznych w niniejszym rozdziale w tabelach pominięto kolumny „nie zgadzam się" oraz „razem". Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

Tabela 2. Specyfika przekonań nt. zdrowego stylu życia pracowników uznających, że jest on sposobem na wyciąganie od ludzi pieniędzy, a nie na poprawę ich zdrowia

Przekonanie	Traktujący zdrowy styl życia jako pomysł na zarabianie pieniędzy (w %)	Wierzący w znaczenie stylu życia dla stanu zdrowia (w %)	Poziom istotności – p
Nie da się teraz zdrowo żyć – jedzenie przepełnione chemią, sport to wdychanie skażonego powietrza	70	46	p<0,00001
O zdrowiu zaczynam myśleć i dbać o nie dopiero wtedy, gdy mi coś dolega lub obawiam się, że coś mi zaszkodzi	64	44	p<0,00001
Zdrowy styl życia to tylko moda, która szybko przeminie	62	15	p<0,00001
Choćbym chciał, to niewiele mogę zrobić dla swojego zdrowia, bo zależy ono głównie od losu, genów, medycyny, warunków w jakich żyję, a mało od mojego stylu życia	54	23	p<0,00001
Zdrowe odżywianie to jedna z trzech najważniejszych spraw dla własnego zdrowia	34	45	p<0,001
Aktywność fizyczna to jedna z trzech najważniejszych spraw dla własnego zdrowia	17	30	p<0,0001

UWAGA: odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ w polach tabeli przedstawiono jedynie wartości procentowe odpowiedzi potwierdzających dane przekonanie.
Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

Jak widać w zamieszczonej Tabeli 2 pracownicy z drugiej analizowanej grupy (czyli podejrzewający, że zdrowy styl życia stanowi pretekst do robienia interesów na naiwnych) aż w ponad połowie, są równocześnie zdania, że i tak naprawdę niewiele mogą zrobić dla swojego zdrowia. Co więcej – jest to ponad dwa razy częstsze wśród nich, niż w grupie wierzących we własną moc wpływania na zdrowie. Konsekwentnie, podejrzliwie podchodzący do znaczenia stylu życia dla zdrowia, rzadziej niż w grupie przeciwnej, wśród trzech najważniejszych determinant własnego zdrowia wymieniają zdrowe odżywianie oraz aktywność fizyczną. Dodatkowo znacząca część z nich (blisko trzech na czterech) zgadza się z tezą, że nie da się teraz zdrowo żyć, bo jedzenie przepełnione jest chemią, a sport to wdychanie skażonego powietrza. Wśród ich adwersarzy sądzi tak tylko niespełna połowa. Stąd dwie trzecie podejrzliwych interesuje się zdrowiem dopiero, gdy ma z nim problemy (w grupie kontrolnej tylko niespełna połowa postępuje w ten sposób) i podobny odsetek wyznaje pogląd, iż zdrowy styl życia to tylko moda, która szybko przeminie. W grupie, która nie akceptuje podejrzeń co do merkantylnego podłoża oddziaływań związanych ze zdrowym stylem życia, w ich przejściowy charakter wierzy czterokrotnie mniej osób.

Okazuje się zatem, że pracownicy przekonani, iż stan własnego zdrowia zdeterminowany jest przez czynniki niezależne od ich aktywności, podobnie jak ci, którzy postrzegają zdrowy styl życia jako pretekst do robienia interesów na naiwnych w sposób statystycznie istotny częściej od tych niezgadzających się z takimi poglądami, czują się bezradni, gdy idzie o zdrowe jedzenie i aktywność fizyczną. Wierzą bowiem w zatrucie żywności i powietrza. Zamiast aktywnie dbać o zdrowie starają się raczej mu zbytnio nie szkodzić, a aktywizują się dopiero wówczas, gdy odczuwają dolegliwości czy obawy związane z jego stanem. Dodatkowo do takiego schematu poznawczego nieufnych wobec oddziaływań pod hasłem zdrowego stylu życia dochodzi jeszcze częstsze wyrażanie opinii, że jest to tylko moda, która szybko przeminie i rzadsze uznawanie, że podejście do jedzenia i ćwiczeń ruchowych ma znaczący wpływ na to, jak się czują. Z kolei schemat myślenia zewnątrzsterownych wzbogaca się o przekonanie, że nie robią nic dla poprawy swojego zdrowia, mogą ewentualnie jedynie próbować mu nie szkodzić.

Zatem świadomość zdrowotna omawianych grup personelu jest rozbudowanym i dość spójnym konglomeratem szeregu bardzo niekorzystnych przekonań. Pracownicy wyznający pogląd, że stan zdrowia od nich nie zależy, częściej od tych, którzy nie zgadzają się z taką tezą sądzą, że popularyzuje się zdrowy styl życia, by wyciągać od ludzi pieniądze.

Tymczasem nie ma możliwości, by żyć zdrowo, bo żywność i powietrze zanieczyszczają substancje chemiczne. Można jedynie tylko próbować zdrowiu nie szkodzić i to dopiero wówczas, gdy pojawiają się jakieś dolegliwości. Z kolei podejrzliwie podchodzący do produktów i usług realizowanych pod hasłem zdrowego stylu życia są zdania, że to tylko moda, która szybko przeminie, bo jednostka nie kształtuje swojego zdrowia. Ponadto skoro produkty spożywcze i powietrze zawierają szkodliwe substancje, to nie ma decydującego znaczenia dla zdrowia, co wybieramy na posiłki oraz czy ćwiczymy. Co najwyżej trzeba się zaktywizować, gdy pojawiają się problemy zdrowotne. Tego rodzaju style myślenia stanowią dobrą bazę do umacniania się poczucia bezradności czy niskiej skuteczności, a także pojawiania się takich emocji jak smutek, zniecierpliwienie, a nawet złość w sferze dbania o zdrowie. Mogą one znacząco ograniczać aktywności prozdrowotne takich osób, w tym w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej oraz nie sprzyjać otwartości i angażowaniu się przez nich w działania oferowane przez firmy, a związane z wspieraniem tych aspektów zdrowego trybu życia.

Przekonania dotyczące zdrowego odżywiania

Rozumienie terminu „zdrowe odżywianie"

Tylko 7% personelu firm w Polsce, które zatrudniają minimum 50 osób, kojarzy „zdrowe jedzenie" z zaleceniami dietetyków, naukowców czy lekarzy. Nie stwierdzono w tym przypadku różnic pomiędzy grupami pracowników pozytywnie i negatywnie nastawionymi do obu aanalizowanych w tym rozdziale poglądów.

Najbardziej popularne określenia tego terminu wśród pracujących to: a) nieprzejadanie się, kontrolowanie liczby kalorii, b) dania i posiłki przygotowane w domu, c) rezygnacja z dań i produktów, po których źle się czujemy, które szkodzą. Wskazuje na nie po ok. dwie piąte ogółu zatrudnionych w firmach o wskazanej powyżej wielkości. Zatem mamy do czynienia z dość tradycyjnym, zdroworozsądkowym ujęciem tego terminu.

Gdy idzie o grupy zwolenników i przeciwników obu analizowanych tu przekonań, to podobnie często rozumieją oni zdrowe jedzenie jako nieprzejadanie się i przygotowywanie posiłków w domu. Natomiast nastawieni negatywnie do zdrowego stylu życia rzadziej są zdania, że zdrowe odżywianie nie powoduje dolegliwości czy schorzeń. Sądzi tak 31% zewnątrzsterownych i 42% traktujących się podmiotowo ($p<0,01$) oraz 30% podejrzewających, że chce się wyciągać od nich pieniądze pod hasłem prowadzenia

zdrowego stylu życia i 43% niemających takich obaw (p<0,0001). Oznacza to, iż w zbiorowości negatywnie nastawionych do zdrowego stylu życia pracowników rzadziej występuje gotowość do modyfikacji swojej diety polegającej na rezygnacji z produktów, na które źle reaguje organizm niż wśród tych o pozytywnym nastawieniu.

Upodobania żywieniowe

Jak ilustruje Tabela 3 pracownicy będący zdania, że o ich zdrowiu decydują czynniki od nich niezależne, jak i ci, którzy w modzie na zdrowy styl życia widzą sposób na wyciąganie od ludzi pieniędzy w znaczących odsetkach: a) lubią dobrze zjeść, nawet gdy zdają sobie sprawę, że to niezdrowe (wskazania rzędu 80%), b) uważają, że zdrowa żywność jest niesmaczna (wskazania rzędu 60%) i c) nie lubią podejmować decyzji o tym, co skonsumują (co około drugi). Ponadto, wyraźnie różnią się od pozytywnie nastawionych do kreowania zdrowego stylu życia, którzy zdecydowanie rzadziej mają taki stosunek do tego, co spożywają. Szczególnie spektakularne odmienności (rzędu 33%) wystąpiły pomiędzy negatywnie nastawionymi do zdrowego stylu życia a tymi, którzy doceniają rolę własnych zachowań w kształtowaniu samopoczucia i wierzą w sens promowania zdrowego stylu życia, gdy idzie o: a) opinie, że zdrowe jedzenie na ogół jest niesmaczne, a to co dobre, na ogół jest niezdrowe oraz b) niechęć dokonywania wyboru produktów do spożycia.

Poglądy związane z edukacją żywieniową

Jak pokazuje Tabela 4 aż co drugi pracownik o poczuciu zewnętrznego zlokalizowania kontroli w sprawach zdrowia odczuwa negatywne emocje w stosunku do działań popularyzujących zdrowe odżywianie, bo: a) nie są dla niego jednoznaczne przekazy wskazujące co jest korzystne, a co szkodzi, b) drażni go zachęcanie ludzi do ograniczania masy ciała, c) na skutek braku odpowiednich kompetencji ma problem ze zmianą nawyków żywieniowych. Wśród biorących odpowiedzialność za stan własnego zdrowia tylko co około trzeci narzeka na jakość przekazów o tym, co zdrowe i zachęcanie do odchudzania się, za to około dwie trzecie wierzy w swoje możliwości zmiany sposobu jedzenia na zdrowszy.

W grupie pracowników podejrzewających, że ktoś robi interes zachęcając ich do zdrowego stylu życia aż blisko dwie trzecie denerwuje promocja odchudzania, a około połowa gubi się w niejasnych ich zdaniem zaleceniach

Tabela 3. Specyfika upodobań związanych z jedzeniem pracowników nastawionych negatywnie do znaczenia stylu życia dla zdrowia

Przekonanie	Uznający, że sami niewiele mogą zrobić dla własnego zdrowia (w %)	Odczuwający odpowiedzialność za własne zdrowie (w %)	Poziom istotności – p	Traktujący zdrowy styl życia jako pomysł na zarabianie pieniędzy (w %)	Wierzący w znaczenie stylu życia dla zdrowia (w %)	Poziom istotności – p
Lubię dobrze zjeść nawet, gdy nie jest to zdrowe	79	65	p<0,0001	83	63	p<0,00001
Zdrowe jedzenie na ogół jest niesmaczne, a to co jest dobre, na ogół jest niezdrowe	62	27	p<0,00001	57	31	p<0,00001
Nie lubię decydować, co mam jeść, na ogół jem, co mi dają, co mam pod ręką	52	27	p<0,00001	50	28	p<0,00001

UWAGA: odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ w polach tabeli przedstawiono jedynie wartości procentowe odpowiedzi potwierdzających dane przekonanie.
Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

Tabela 4. Specyfika opinii pracowników nastawionych negatywnie do znaczenia stylu życia dla zdrowia dotyczących edukacji zdrowotnej nt. zdrowego odżywiania

Opinia	Uznający, że sami niewiele mogą zrobić dla własnego zdrowia (w %)	Odczuwający odpowiedzialność za własne zdrowie (w %)	Poziom istotności – p	Traktujący zdrowy styl życia jako pomysł na zarabianie pieniędzy (w %)	Wierzący w znaczenie stylu życia dla zdrowia (w %)	Poziom istotności istotności – p
Czuję się zagubiony, bo lekarze i eksperci różnie mówią co jeść	50	29	p<0,00001	48	29	p<0,00001
Denerwuje mnie, że tak dużo mówi się o potrzebie odchudzania się, że wciąż namawia się wszystkich do tego	56	37	p<0,00001	62	34	p<0,00001
Gdy chcę lub chciałbym zmienić swoje nawyki żywieniowe, to wiem, jak się za to zabrać, jak w tym wytrwać	55	66	p<0,001	56	64	p<0,05

UWAGA: odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ w polach tabeli przedstawiono jedynie wartości procentowe odpowiedzi potwierdzających dane przekonanie.
Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

na temat zdrowego żywienia i nie bardzo „wie jak" oraz nie potrafi wytrwać, gdy wprowadza zmiany w swój sposób jedzenia. Wśród pozbawionych „spiskowego" spojrzenia na produkty i usługi zachęcające do prowadzenia zdrowego stylu życia, na sprzeczne informacje o tym co jeść i nadmiar mówienia o potrzebie odchudzania – narzeka tylko co ok. trzeci. Za to dwie trzecie wierzy w swoje kompetencje do wprowadzania zmian w zwyczaje żywieniowe.

Postrzeganie środowiskowych barier dla zdrowego odżywiania się

Tabela 5 prezentuje różnice w rozpowszechnieniu czterech rodzajów determinant, istotnych dla kształtowania wzorów zachowań żywieniowych wśród negatywnie i pozytywnie nastawionych do zdrowego stylu życia pracowników. Są to: a) dysponowanie czasem na zdrowe odżywianie się, b) posiadanie środków na jej zakup, c) dostępność do zdrowej żywności i d) wzory w zakresie jedzenia, charakterystyczne dla bliskich i znajomych.

Blisko trzy piąte pracowników o zewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli nad zdrowiem narzeka na brak czasu na zdrowe odżywianie się, a tak ocenia swoją sytuację tylko co około trzeci wierzący, że może wywierać wpływ na swój stan zdrowia. Jeśli idzie o dostęp do zdrowych produktów spożywczych, to pracownicy zewnątrzsterowni w stosunku do tych, którzy biorą odpowiedzialność za zdrowie, są bardziej krytyczni. Około połowa z nich, czyli blisko dwa razy więcej niż w drugiej grupie, ocenia, że barierę stanowią dla nich zbyt wysokie ceny zdrowej żywności, a nieznacznie rzadziej uznają, że mają łatwy dostęp do takich produktów. Z kolei, gdy idzie o wpływ ludzi z bezpośredniego otoczenia, to blisko dwie trzecie z nich ma sytuację, gdy ich bliscy czy znajomi mało dbają o to, by zdrowo jeść, podczas gdy osoby wewnątrzsterowne rzadziej (bo około dwie na pięć) funkcjonują w takim środowisku. Ponadto częściej (bo dotyczy to około dwóch piątych z nich) są zachęcani przez otaczających ich ludzi do niezdrowych zachowań żywieniowych, niż dzieje się to w grupie traktujących się jako podmiot własnego zdrowia (gdzie zdarza się to co około czwartemu).

W przypadku porównania opinii pracowników obawiających się, że zdrowy styl życia może być pretekstem do wyciągania pieniędzy i nie mających takich podejrzeń stwierdzono podobne rozkłady odpowiedzi jak w przypadku grup charakterystycznych dla zewnętrznego i wewnętrznego zlokalizowania kontroli w sprawach zdrowia. Częściej, bo dwie trzecie z tych, którzy podejrzewają, że idzie o zyski przy posługiwaniu się hasłem zdrowego stylu życia ocenia, że brakuje im czasu na zdrowe odżywianie, podczas gdy wśród nie akceptujących takiej tezy tylko około dwóch na pięciu. Blisko dwa

Tabela 5. Specyfika postrzegania środowiskowych barier dla zdrowego odżywiania się pracowników negatywnie nastawionych do znaczenia stylu życia dla zdrowia

Przekonanie	Uznający, że sami niewiele mogą zrobić dla własnego zdrowia (w %)	Odczuwający odpowiedzialność za własne zdrowie (w %)	Poziom istotności - p	Traktujący zdrowy styl życia jako pomysł na zarabianie pieniędzy (w %)	Wierzący w znaczenie stylu życia dla zdrowia (w %)	Poziom istotności - p
Jestem tak zajęty pracą i domem, że trudno mi wygospodarować czas, by zdrowo się odżywiać	59	37	p<0,00001	67	45	p<0,00001
Zdrowe jedzenie jest dla mnie zbyt drogie, kosztowne	49	27	p<0,00001	50	27	p<0,00001
Tam, gdzie na ogół robi zakupy moja rodzina, można łatwo nabyć zdrowe jedzenie	62	70	p<0,05	60	70	p<0,001
Wśród moich bliskich i znajomych mało kto zdrowo się odżywia	64	43	P<0,00001	62	41	p<0,00001
Moi bliscy i znajomi zachęcają mnie do niezdrowego i obfitego jedzenia	39	24	p<0,0001	37	26	p<0,001

UWAGA: odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ w polach tabeli przedstawiono jedynie wartości procentowe odpowiedzi potwierdzających dane przekonanie.
Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

razy częściej podejrzliwi niż ich adwersarze wyrażają przeświadczenie, że zdrowa żywność jest droga (odpowiednio połowa i co około czwarty z nich), a nieco rzadziej chwalą łatwy dostęp do zdrowych produktów spożywczych w miejscach dokonywania zakupów. Ponadto znacząco wielu, bo około trzech na pięciu pracowników z tej grupy ma mało zdrowo odżywiających się znajomych i zdarza się im to częściej niż osobom z grupy kontrolnej (gdzie taką sytuację ma dwóch na pięciu). Częściej też podejrzliwi pracownicy są zachęcani przez osoby ze swojego otoczenia do niezdrowego, obfitego jedzenia niż ci ufni wobec działań realizowanych pod hasłem zdrowego stylu życia.

Zatem trzy piąte zewnątrzsterownych i dwie trzecie podejrzliwych pracowników uważa, iż nie ma czasu, by zdrowo się odżywiać, a podobne ograniczenia postrzega po 22% mniej z grup o odmiennych poglądach w tych kwestiach. Po około połowie negatywnie nastawionych uznaje, że nie stać ich na zdrowe odżywianie, a podobnie sądzi tylko co około czwarty niezgadzający się z obiema niekorzystnymi dla zdrowego stylu życia kwestiami analizowanymi w badaniu. Co więcej, ponad trzy piąte niechętnych w obu aspektach wobec zdrowego stylu życia nie ma na co dzień dobrego przykładu w postaci zdrowo odżywiających się członków rodziny czy przyjaciół. Sytuacja w obu grupach pozytywnie odnoszących się do zdrowego stylu życia jest lepsza, bo tylko około dwóch na pięciu ma niekorzystne wzory płynące z bezpośredniego otoczenia. Za znaczący problem należy uznać też fakt, że blisko dwóch na pięciu negatywnie traktujących kwestie dbania o zdrowie poprzez zdrowe życie jest stymulowanych do niezdrowego jedzenia przez ludzi, z którymi się kontaktuje. Wśród żywiących przeciwne przekonania problem tego rodzaju dotyka około jednego na pięciu pracowników.

Przekonania dotyczące aktywności fizycznej

Obie analizowane grupy negatywnie nastawionych do zdrowego stylu życia pracowników definiowały zdrową aktywność ruchową podobnie jak cała populacja zatrudnionych w średnich i dużych firmach w Polsce. Najczęściej wskazywali na to, że ma to być aktywność, która sprawia przyjemność oraz realizowana systematycznie, czyli kilka razy w tygodniu, przez minimum 20--30 min.

Upodobania związane z aktywnością fizyczną

W przypadku obu grup pracowników negatywnie nastawionych (czyli przekonanych, że nie mają wpływu na własne zdrowie, jak i podejrzliwych wobec

działań pod hasłem zdrowego stylu życia) stwierdzono, że podobnie często, bo na poziomie około trzech na pięciu są oni zdania, że bardziej potrzebują odpoczynku niż aktywności fizycznej. Taki pogląd ma istotnie mniej zatrudnionych w każdej grupie o pozytywnym nastawieniu, bo tylko co około trzeci ($p<0,00001$).

Opinie związane z edukacją zdrowotną w zakresie aktywności fizycznej

Jak widać w Tabeli 6 w przypadku tego rodzaju sądów również stwierdzono, że proporcje pomiędzy uznającymi możliwość wywierania przez jednostkę świadomego wpływu na własne zdrowie i niezgadzającymi się z tą tezą oraz traktującymi zdrowy styl życia jako pomysł na wyciąganie od ludzi pieniędzy oraz negującymi takie podejrzenie są podobne. Około połowa pracowników zgadzających się z każdym z dwóch analizowanych negatywnych przekonań narzeka na niedostatek wartościowych informacji na temat tego, jaka aktywność fizyczna służy zdrowiu oraz na niedostatek wiedzy pomagającej w zmotywowaniu się do ćwiczeń. W grupach o pozytywnym podejściu do roli jednostki w kształtowaniu zdrowia i wolnej od podejrzeń o wyłudzanie pieniędzy pod hasłem zdrowego stylu życia tego rodzaju problemy zgłasza tylko co około czwarty pracownik. Natomiast na trudności w wytrwaniu w postanowieniu o prowadzeniu aktywnego trybu życia narzeka po około dwie trzecie oponentów wobec zdrowego stylu postępowania i niespełna połowa uznających jego korzystne właściwości.

Postrzeganie środowiskowych barier dla aktywności fizycznej

Pracownicy nieakceptujący znaczenia własnych zachowań w kształtowaniu swojego stanu zdrowia, jak i niechętni popularyzowaniu zdrowego stylu życia częściej dostrzegają w swoim życiu występowanie wszystkich analizowanych czynników niekorzystnych dla angażowania się w aktywność fizyczną. Około dwie trzecie z nich nie ma na to czasu. Więcej niż co trzeci pieniędzy. Około trzy piąte nie obserwuje wśród ludzi ze swojego otoczenia aktywności ruchowej, a około dwóch na pięciu doświadcza nawet zachęt z ich strony do biernego wypoczynku. Pracownicy o podmiotowym traktowaniu swojej roli w sprawach własnego zdrowia oraz niezgadzający się z tezą, że służy zarabianiu pieniędzy o około 20% rzadziej wskazują na bariery takie jak brak czasu i pieniędzy. Ponadto podejrzliwi co do intencji działań związanych ze zdrowym stylem życia w podobnej skali różnią się od swych adwersarzy, gdy idzie o bierny fizycznie członków rodziny i znajomych. Taka sama różnica ma miejsce pomiędzy zewnątrz- i wewnątrzsterownymi w odniesieniu do zachęcania przez osoby z bliskiego otoczenia do biernego odpoczynku. Niewielką różnicę stwierdzono tylko w jednym przypadku. Dotyczyła ona posiadania

bliskich i znajomych biernych fizycznie wśród pracowników o odmiennym zlokalizowaniu kontroli w sprawach zdrowia (Tabela 7).

Tabela 6. Specyfika opinii związanych z edukacją zdrowotną w zakresie aktywności fizycznej pracowników nastawionych negatywnie do znaczenia stylu życia dla zdrowia

Przekonanie	Uznający, że sami niewiele mogą zrobić dla własnego zdrowia (w %)	Odczuwający odpowiedzialność za własne zdrowie (w %)	Poziom istotności - p	Traktujący zdrowy styl życia jako pomysł na zarabianie pieniędzy (w %)	Wierzący w znaczenie stylu życia dla zdrowia (w %)	Poziom istotności - p
Brakuje mi rzetelnych informacji, jaki ruch, sport, ćwiczenia są dobre dla mojego zdrowia	54	27	p<0,00001	50	27	p<0,00001
Za mało wiem, jak się zmotywować, by więcej się ruszać, ćwiczyć, aktywnie wypoczywać	53	23	p<0,00001	50	25	p<0,00001
Trudno mi wytrwać w postanowieniu, że będę się więcej ruszać, ćwiczyć, uprawiać sport	64	43	p<0,00001	62	45	p<0,00001

UWAGA: odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ w polach tabeli przedstawiono jedynie wartości procentowe odpowiedzi potwierdzających dane przekonanie.
Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

Tabela 7. Specyfika postrzegania środowiskowych uwarunkowań dla aktywności fizycznej przez pracowników negatywnie nastawionych do znaczenia stylu życia dla zdrowia

Przekonanie	Uznający, że sami niewiele mogą zrobić dla własnego zdrowia (w %)	Odczuwający odpowiedzialność za własne zdrowie (w %)	Poziom istotności - p	Podejrzliwie podchodzący do zdrowego stylu życia (w %)	Wierzący w znaczenie stylu życia dla zdrowia (w %)	Poziom istotności - p
Jestem tak zajęty pracą i domem, że trudno mi wygospodarować czas na aktywność fizyczną	67	45	p<0,00001	66	47	p<0,00001
Uprawianie sportów, ćwiczeń, aktywności fizycznej jest dla mnie zbyt kosztowne	39	17	p<0,00001	39	18	p<0,00001
Wśród moich bliskich i znajomych mało kto ćwiczy, uprawia sport	59	50	p<0,01	61	43	p<0,00001
Moi bliscy i znajomi zachęcają mnie do odpoczynku przed telewizorem, leniuchowania	43	22	p<0,00001	38	24	p<0,0001

UWAGA: odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ w polach tabeli przedstawiono jedynie wartości procentowe odpowiedzi potwierdzających dane przekonanie.
Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

Przedstawione ustalenia pokazują tym samym poważną skalę wyzwań, jakie stoją przed realizatorami projektów promocji aktywności fizycznej, w odniesieniu do pracowników opornych w kwestiach związanych ze zdrowym stylem życia, a spektakularnym przykładem bariery do pokonania jest znaczące rozpowszechnienie przekonania o braku czasu na ćwiczenia fizyczne.

Podsumowanie ustaleń na temat specyfiki myślenia pracowników o negatywnym nastawieniu do zdrowego stylu życia

Porównanie opinii i przekonań zwolenników i przeciwników poglądów o brzmieniu: a) "Choćbym chciał, to niewiele mogę zrobić dla swojego zdrowia, bo zależy ono głównie od losu, genów, medycyny, warunków w których żyję, a mało od mojego stylu życia" i b) "Zdrowy styl życia to pomysł, jak wyciągnąć od ludzi pieniądze, a nie jak poprawić ich zdrowie" pokazuje, że w świadomości pracowników zgadzających się z tymi stwierdzeniami częściej funkcjonują niesprzyjające dbaniu o zdrowie (szczególnie w obszarze odżywiania się i aktywności fizycznej), dość spójne schematy poznawcze, które zaprezentowano poniżej.

Choćbym chciał to niewiele mogę zrobić dla swojego zdrowia. Zdrowy styl życia to pomysł na wyciąganie od ludzi pieniędzy, bo zależy ono od czynników, na które nie mam wpływu. Tymczasem nie da się teraz zdrowo żyć, bo jedzenie przepełnione chemią, a sport to wdychanie skażonego powietrza. Dlatego staram się zdrowiu zbytnio nie szkodzić i zajmuję się nim dopiero wtedy, gdy coś mi dolega.

Rycina 1. Schemat myślenia o zdrowym stylu życia pracowników zewnątrzsterownych. (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Zdrowy styl życia to pomysł na wyciąganie od ludzi pieniędzy, moda, która szybko przeminie. Uważam, że nie mam wpływu na swoje zdrowie, dlatego nie przeceniam tego, jak się odżywiam i czy jestem aktywny fizycznie. Ponadto uważam, że nie jest możliwe, by postępować w tych sferach zdrowo, bo żywność jest przepełniona chemią i wdycham skażone powietrze. Dlatego zaczynam myśleć i dbać o zdrowie dopiero, gdy coś mi dolega.

Rycina 2. Schemat poznawczy pracowników nieufnych wobec działań realizowanych pod hasłem zdrowego stylu życia (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Schematy te, jak widać w powyższych rycinach, są bardzo zbliżone, gdy idzie o wyznawców obu analizowanych, negatywnych poglądów. Różnica polega na tym, że pracownicy przekonani o zewnętrznej lokalizacji determinant ich zdrowia w stosunku do nieufnych wobec działań związanych ze „zdrowym stylem życia" starają się, by swojemu zdrowiu za bardzo nie szkodzić i nie traktują zdrowego stylu życia tylko jako mody, która szybko przeminie. Ponadto nie różnią się od swoich wewnątrzsterownych adwersarzy w traktowaniu zdrowego jedzenia i aktywności fizycznej jako ważnej determinanty swojego zdrowia. Wydaje się więc, że pomimo poczucia własnej niemocy i ostrożności wobec działań reklamowanych jako dobre dla zdrowia, są oni jednak w pewien sposób otwarci, przynajmniej na to, by swoje zdrowie ochraniać.

Analiza treści myślenia na temat zdrowego odżywiania się wykazała, że obie grupy pracowników wyznających negatywne poglądy o zdrowym stylu życia są pod tym względem właściwie takie same. Rzadziej niż ogół pracowników średnich i dużych firm uwzględniają w definiowaniu zdrowego sposobu jedzenia fakt unikania produktów, które szkodzą, ale podobnie często akcentują nieprzejadanie się i kontrolowanie liczby kalorii oraz jedzenie dań i posiłków przygotowanych w domu. Ich myślenie o upodobaniach dotyczących jedzenia, jego środowiskowych uwarunkowaniach i edukacji zdrowotnej nakierowanej na problem żywienia układa się w następujący schemat poznawczy:

Lubię dobrze zjeść, nawet jeśli są to niezdrowe pokarmy. Niestety na ogół to co smaczne jest niezdrowe, a to co zdrowe nie smakuje dobrze. Drażni mnie, że tak dużo mówi się o potrzebie odchudzania. Nie lubię decydować co mam jeść, bo lekarze i eksperci różnie mówią na ten temat. Ponadto brakuje mi czasu na zdrowe odżywianie się i jest ono dla mnie zbyt drogie, a czasem także niezbyt łatwo dostępne. Nie wiem, jak zmienić swój sposób jedzenia na zdrowszy i jak wytrwale później go kontynuować, tym bardziej, że wśród moich bliskich i znajomych mało kto się zdrowo odżywia i takie osoby zachęcają mnie do niezdrowego jedzenia.

Rycina 3. Schemat poznawczy dotyczący zdrowego odżywiania pracowników negatywnie nastawionych do zdrowego stylu życia (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Analogiczną sytuację zdiagnozowano w zakresie treści myślenia o aktywności fizycznej. Obie grupy negatywnie nastawionych do zdrowego stylu życia pracowników są bardzo podobne pod tym względem. Podobnie rozumieją zdrową aktywność fizyczną jako czynność przyjemną i realizowaną systematycznie. Upodobania z nią związane, bariery w jej podejmowaniu i stosunek do sprofilowanej na nią edukacji zdrowotnej układają się w następujący schemat poznawczy:

Mnie bardziej potrzebny jest wypoczynek, a nie jakieś ćwiczenia czy sport. Nawet gdybym chciał ćwiczyć, to nie wiem jakie ćwiczenia, ruch, sport są dobre dla mojego zdrowia. Ponadto nie umiem zmotywować się do ćwiczeń i wytrwać w tym postanowieniu. W moim bezpośrednim otoczeniu mało kto ćwiczy czy uprawia sport, a bliscy i znajomi zachęcają mnie do odpoczynku przed telewizorem, leniuchowania.

Rycina 4. Schemat poznawczy negatywnie nastawionych do zdrowego stylu życia pracowników dotyczący aktywności fizycznej (źródło: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku)

Czego oczekują od firmy i jak oceniają prowadzone przez nią działania pracownicy negatywnie nastawieni do zdrowego stylu życia?

Uzyskane dane wykazały, że pracownicy przekonani, że ich zdrowie zależy od czynników, na które nie mają wpływu, co wydaje się naturalne, rzadziej oczekują od swojego pracodawcy różnych oddziaływań prozdrowotnych w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej niż ci, którzy czują się odpowiedzialni za własne zdrowie. Różnice rzędu kilkunastu procent stwierdzono w przypadku 10 takich form analizowanych w badaniu[3]. Wart odnotowania jest fakt, że specyfika tej grupy personelu przejawiła się szczególnie w odniesieniu do kilku bardzo popularnych w firmowych ofertach działań takich jak: a) dofinansowanie karnetów do obiektów sportowych (chciało tego 66% zewnątrzsterownych i 80% wewnątrzsterownych pracowników; $p<0,0001$), b) zapewnienia udogodnień np. stojaków na rowery, pryszniców dla dojeżdżających do pracy na rowerze, rolkach itp. (wskazało na taką potrzebę 49% z pierwszej wyżej wymienionej grupy i 67% z drugiej; $p<0,00001$) oraz c) organizacji imprez w terenie z ćwiczeniami, zabawami, grami sprawnościowymi oraz zdrowym jedzeniem, czyli tzw. eventów (oczekiwało tego odpowiednio 52% i 68% pracowników z analizowanych grup; $p<0,0001$).

Ci z personelu średnich i dużych firm, którzy podejrzewają, że namawia się ludzi do tzw. „zdrowego stylu życia", by robić na tym interesy, a nie dbać o ich zdrowie, również mieli mniejsze oczekiwania wobec swego pracodawcy w sprawach zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej niż ich adwersarze w tej kwestii. Różnice były jednak mniejsze niż w przypadku zewnątrz i wewnątrzsterownych. Dotyczyły 6 z analizowanych w badaniu oddziaływań i były rzędu dziesięciu punktów procentowych[4]. Jednakże

---

[3] Oprócz trzech wymienionych w tekście powyżej były to oczekiwania w zakresie: zapewnienia prostego sprzętu do ćwiczeń na stanowisku pracy, organizowania krótkiej przerwy w pracy na wspólne ćwiczenia pracowników, przygotowania w firmie miejsc, gdzie można poćwiczyć w czasie pracy, zorganizowania grupowych ćwiczeń pod okiem trenera/instruktora, zorganizowania indywidualnych konsultacji ze specjalistą, dietetykiem/trenerem, zorganizowania/sponsorowania udziału w turniejach sportowych, stworzenie możliwości wyboru pory na posiłek lub wydłużenia przerwy na posiłek (w każdym przypadku $p<0,01$).

[4] Oprócz wskazanych w tekście powyżej były to oczekiwania dotyczące: indywidualnych konsultacji z dietetykiem/trenerem, sponsorowania aplikacji/urządzeń ICT wspierających zdrowy styl życia, stworzenie możliwości wyboru pory na posiłek lub wydłużenia przerwy na posiłek, oznakowania dostępnych w firmie zdrowych produktów spożywczych, ułatwiającego ich wybór (w każdym przypadku $p<0,01$).

Tabela 9. Specyfika ocen na temat jakości działań prozdrowotnych realizowanych przez firmy wyrażanych przez pracowników negatywnie nastawionych do znaczenia stylu życia dla zdrowia

Ocena	Uznający, że sami niewiele mogą zrobić dla własnego zdrowia (w %)	Odczuwający odpowiedzialność za własne zdrowie (w %)	Poziom istotności - p	Podejrzliwie podchodzący do zdrowego stylu życia (w %)	Wierzący w znaczenie stylu życia dla zdrowia (w %)	Poziom istotności - p
Działania te na ogół nie trafiały w potrzeby pracowników	57	44	p<0,001	54	44	p<0,05
Informacja o takich działaniach na ogół nie docierała do wszystkich zainteresowanych	50	43	p<0,05	53	39	p<0,001
Z najbardziej atrakcyjnych działań mogły skorzystać tylko uprzywilejowane grupy	35	47	p<0,01	43	33	p<0,01
Działania te zwykle były organizowane w mało dogodnym czasie i miejscu	50	32	p<0,00001	43	33	p<0,01
Brakowało kontynuacji lub powtórzenia ciekawych działań	49	37	p<0,01	43	33	p<0,01
Oferowane w ramach tych działań usługi czy produkty były na ogół niskiej jakości	36	19	p<0,00001	33	21	p<0,01

UWAGA: odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ w polach tabeli przedstawiono jedynie wartości procentowe odpowiedzi potwierdzających dane przekonanie.
Źródło danych: wyniki badania KCPZwMP z 2018 roku

i w przypadku takich pracowników słabszym zainteresowaniem cieszyły się dwa z najbardziej popularnych w ofertach firm oddziaływań, a mianowicie: dofinansowanie karnetów do obiektów sportowych (chciało tego 67% z nich, a 79% ufnie odbierających działania na rzecz zdrowego stylu życia) oraz zapewnienie stojaków na rowery i innych ułatwień dla aktywnie dojeżdżających do pracy (odpowiednio 50% i 64% w każdej z wyżej wymienionych grup).

Jeśli idzie o ocenę jakości prozdrowotnych działań firmy, to obie tu analizowane grupy opornych pracowników (czyli wierzący, że zdrowie nie zależy od ich sposobu życia i podejrzewający, że popularyzowanie zdrowego stylu życia to pretekst do zarabiania pieniędzy) są bardziej krytyczne w porównaniu do tych, którzy nie akceptują tego rodzaju przekonań, ale różnice te nie są bardzo wyraźne. Wyjątek od tej reguły stanowi zarzut, że ciekawe formy dostępne są dla uprzywilejowanych, bo rzadziej stawiają go zewnątrzsterowni niż traktujący się podmiotowo w sferze zdrowia.

Pracownicy zewnątrzsterowni w stosunku do grupy wewnątrzsterownych są znacząco częściej niezadowoleni z czasu i miejsca, w jakich prowadzono oddziaływania oraz z ich niskiej jakości (chociaż warto odnotować, że ten ostatni aspekt nie jest krytykowany często przez pracowników).

Traktujący zdrowy styl życia jako sposób na dorabianie się, a nie pomaganie ludziom w poprawie stanu zdrowia najbardziej różnią się od swoich adwersarzy w ocenie działań informujących o prozdrowotnej ofercie firmy oraz – podobnie jak grupa zewnątrzsterownych – w kwestii jakości oferowanych przez pracodawcę usług czy produktów dla zdrowia.

Zalecenia dla organizatorów promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w średnich i dużych firmach w Polsce

Ustalenia prezentowanego tu badania Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy pokazały, że w firmach w Polsce zatrudniających minimum 50 pracowników znaczące wyzwanie stanowią osoby negatywnie nastawione do brania odpowiedzialności za własne zdrowie z punktu widzenia zewnętrznej lokalizacji determinant jego stanu bądź braku zaufania do oddziaływań popularyzujących zdrowy styl życia. Stanowią one bowiem niemałą liczebnie grupę w stosunku do tej części personelu, która nie reprezentuje tego rodzaju przekonań, a przy tym szczególnie wymagającą jeśli idzie o działania promujące zdrowie. Częściej bowiem są to osoby o niższym poziomie wykształcenia i starsze. Ponadto, charakteryzują ich

wyraźnie bardziej niekorzystne wzory postępowania w sferze odżywiania się (częściej przyznają, że jedzą zbyt dużo, niezdrowo oraz nieregularnie), a także nieco gorsze, gdy idzie o aktywność fizyczną (szczególnie codzienną, przynajmniej półgodzinną). Co więcej, w ich świadomości częściej funkcjonują niesprzyjające dbaniu o zdrowie (szczególnie w obszarze odżywiania się i aktywności fizycznej), dość spójne schematy poznawcze.

Są to zatem pracownicy, którzy zgodnie z ustaleniami refleksji socjomedycznej należą do zbiorowości szczególnie narażonych na tzw. nierówności w zdrowiu (health inequity i ineqality), czyli gorszy stan zdrowia i krótsze trwanie życia, gorszy dostęp do opieki medycznej i tym podobne zjawiska (Cianciara 2015). Jest to też grupa zagrożona szybszą utratą sprawności, a nawet zdolności do pracy, co czyni ją ważną grupą docelową dla promocji zdrowia pracujących.

Fakt, że w takiej grupie jest wiele osób starszych i niżej wykształconych oznacza przede wszystkim konieczność uwzględnienia odpowiednich metod w firmowej edukacji zdrowotnej adresowanej do ogółu pracowników, a nawet rozważenie możliwości utworzenia specjalnej, ale niestygmatyzującej ścieżki edukacyjnej, adresowanej właśnie do nich. Idzie tu m.in. o uwzględnianie w oddziaływaniach takich zasad jak: a) ostrożne stosowanie metod kojarzonych z nauką szkolną (np. zamiast kursów/szkoleń zastosowanie form bliskich rozrywce, podawanie ważnych informacji w jasny i prosty, a zarazem krótki sposób, unikanie bezpośredniej kontrargumentacji w stosunku do posiadanych przez takie osoby opinii, wielokrotne powtórzenia istoty przekazu, akcentujące jego treść i odwołujące się do pozytywnych emocji, unikanie konieczności publicznego udzielania przez edukowanego odpowiedzi na pytania czy brania udziału w testach sprawdzających jego wiedzę), b) dobór treści z punktu widzenia ich bezpośredniej użyteczności do rozwiązywania problemów i wyzwań, z jakimi stykają się tacy pracownicy w pracy i w życiu rodzinnym połączone z wskazówkami, co konkretnie warto zrobić w danej sytuacji, c) odwoływanie się do konkretnych, a nawet spektakularnych przykładów i rozsądne ograniczanie argumentacji opartej na faktach, liczbach (Woynarowska 2018, Pratkanis, Aronson 2007, Winn 2003, Korzeniowska, Puchalski 2012), d) przemyślane i ograniczone posługiwanie się technologią IT, do której często mają ograniczony dostęp i z którą gorzej sobie radzą takie osoby (Korzeniowska 2012, Puchalski 2012), e) umiejętne wykorzystywanie w czasie edukacji autorytetu personelu medycznego (Korzeniowska, Puchalski 2010).

Jeśli idzie o kluczowe treści edukacji zdrowotnej dla takich grup personelu, to determinują je już same analizowane dwa przekonania: „Choćbym chciał, to niewiele mogę zrobić dla swojego zdrowia, bo zależy ono

głównie od losu, genów, medycyny, warunków w których żyję, a mało od mojego stylu życia" i "Zdrowy styl życia to pomysł, jak wyciągnąć od ludzi pieniądze, a nie jak poprawić ich zdrowie" Pierwsze z nich stanowi wyzwanie związane ze skutecznym dostarczaniem informacji nt. uwarunkowań zdrowia (ich rodzajów i znaczenia) oraz budowaniem adekwatnych do ustaleń naukowych przekonań na temat roli, jaką wśród nich odgrywa własny sposób postępowania wobec zdrowia. Wydaje się, że godny polecenia jest tu mix przekazów, które skrótowo zilustrują: a) modele determinant zdrowia, b) wybrane, spektakularne wyniki badań epidemiologicznych, pokazujacych związek behawioralnych czynników ryzyka z występowaniem chorób cywilizacyjnych) i c) przykłady świadczące o tym, jak styl jedzenia i aktywność ruchowa wpływają na zdrowie (dotyczące np. wybranej osoby/osób spośród personelu firmy, uznanych autorytetów itp.).

Rozpowszechnienie drugiego z analizowanych przekonań wskazuje na potrzebę uczenia personelu praktycznych umiejętności odróżniania propagandy zdrowotnej i marketingu komercyjnych towarów i usług związanych ze zdrowiem od rzetelnej edukacji zdrowotnej i marketingu społecznego w zakresie zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej. Ponadto na potrzebę wyposażenia go w niezbędną wiedzę nt. popularnie stosowanych na gruncie komercyjnej propagandy i reklamy technik manipulacji powiązane z uczeniem pracowników prostych metod obrony przed tymi naciskami (Pratkanis, Aronson 2004).

W związku z częstszym występowaniem w tej grupie personelu wiary, że nie da się w dzisiejszych czasach zdrowo żyć, które stanowi wygodne uzasadnienie bierności w sferze zdrowia, ważne wydaje się też podejmowanie problemu rzeczywistej jakości żywności czy powietrza. Idzie tu m.in. o wyważoną polemikę z mitami, obiegowymi opiniami na ten temat, popularyzowanie mniej znanych faktów o ich pro i antyzdrowotnych aspektach. Ponadto chodzi też o wskazywanie konkretnych wzorów zachowań, które pozwalają w istniejących realiach zachować niezbędną kontrolę nad tym, jaki wpływ na zdrowie będzie miało to, co jemy i jak jesteśmy aktywni ruchowo (np. sugerowanie potrzeby wyboru właściwej pory i miejsca do uprawiania joggingu, czytania ze zrozumieniem informacji na opakowaniach produktów spożywczych i dokonywania zakupów z unikaniem substancji o niekorzystnym wpływie na zdrowie). Realną podstawę do zmiany przeświadczenia o „szkodliwości warunków życia" stanowić też może oferowanie pracownikom zdrowej żywności wraz z wiarygodnymi informacjami poświadczającymi taki jej charakter, czy bieżących danych o stanie powietrza ze szczegółowymi sugestiami, jak reagować na niepokojące prognozy w tym zakresie.

Wypieranie ze świadomości spraw związanych ze zdrowiem, odkładanie tych kwestii dopiero na czas choroby, to kolejna cecha schematów poznawczych analizowanej grupy pracowników. Z uwagi na gorsze wzory zachowań w sferze odżywiania i aktywności fizycznej kierowana do nich edukacja zdrowotna powinna informować o istocie i znaczeniu profilaktyki, w tym o wpływie sposobu odżywiania się i aktywności fizycznej na występowanie dolegliwości, ale również na poprawę samopoczucia, sprawności, wyglądu itp. Ponadto warto przybliżać im sens i rozwijać wiedzę na temat różnych badań profilaktycznych jako bazy do podejmowania racjonalnych decyzji o sposobach postępowania, mających wpływ na zdrowie. Przydatne może być np. informowanie o dostępnych testach tego rodzaju do samodzielnego stosowania, ich wiarygodności, cenie oraz dostarczanie niezbędnej wiedzy do wstępnej interpretacji wyników uzyskanych za ich pośrednictwem. Trudnym do przeceniania rozwiązaniem w ramach firmowego programu promocji zdrowia, tak dla ogółu pracowników, jak i szczególnie dla grup o negatywnym nastawieniu do kwestii zdrowego trybu życia, jest też oferta dodatkowych (tj. niewynikających bezpośrednio z czynników ryzyka na stanowisku pracy) badań profilaktycznych. Powinno się ją łączyć z omówieniem wyników i wskazywaniem adekwatnych sposobów postępowania, w zakresie odżywiania się i aktywności ruchowej. Ideałem jest też sugerowanie pracownikom, w jakich elementach oferty prozdrowotnej firmy powinni uczestniczyć z racji na zdiagnozowany stan zdrowia, styl jedzenia i zaangażowanie w aktywności ruchowe.

Gdy idzie o szczegółowe wyzwania związane z dostosowaniem firmowego programu zdrowego odżywiania do specyfiki pracowników negatywnie nastawionych do znaczenia stylu życia, to warto pamiętać, że są oni podobni do innych w rozumieniu, na czym polega dobrze służący zdrowiu sposób jedzenia. Najczęściej kojarzą go z kontrolowaniem liczby kalorii oraz posiłkami domowymi. Dobrze jest jednak pamiętać, że na nieprzejadanie się, jako cechę zdrowego odżywiania wskazuje relatywnie wciąż niedostateczna grupa pracowników, a za to znaczącą część z nich denerwuje, że tak często mówi się o potrzebie odchudzania. Może to zatem świadczyć, że ograniczanie ilości jedzenia to wciąż poważny problem. Wymaga to więc ciągłej uwagi promotorów zdrowia, brania pod uwagę negatywnych emocji i trudności, które związane są z realizacją takiego zalecenia, szczególnie przez osoby z nadwagą czy otyłością oraz oferowania im długofalowego specjalistycznego dietetyczno-psychologicznego wsparcia w zmianie nawyków żywieniowych. Z kolei kwestia wiary w to, że domowe jedzenie służy zdrowiu wymaga działań, które uświadamiają, że przygotowując domowe jedzenie także powinno się respektować zalecenia dietetyków. Niechętni

wobec zdrowego stylu życia pracownicy potrzebują bardziej niż pozostali uwzględniania w firmowych programach zdrowego żywienia problemu unikania konsumpcji produktów spożywczych, które szkodzą. Oznacza to, że należy zachęcać tę grupę personelu do tego, by identyfikowali pokarmy, które nie służą ich zdrowiu. Uczyć ich jak to robić, jak dostrzegać niepokojące symptomy. Dostarczać niezbędnej wiedzy o składnikach pożywienia, które mogą być nietolerowane przez organizm albo niewskazane ze względu na posiadane schorzenia. Informować, jak zastępować takie produkty innymi, dla zachowania właściwej diety.

Trudne do przecenienia wyzwanie stanowi też fakt, że bardzo duża część pracowników o negatywnym nastawieniu do zdrowego stylu życia lubi dobrze zjeść nawet, gdy im to nie służy. Mamy więc do czynienia z konfliktem podstawowych potrzeb, a nawet wartości (tj. zdrowia i radości z życia). Towarzyszy temu znaczące rozpowszechnienie stereotypu, że zdrowe jedzenie jest niesmaczne. Mamy zatem do rozwiązania problem – jak nie pogarszając samopoczucia pracowników, bo nie taki jest cel promocji zdrowia, poprawić ich styl jedzenia. Dobrym sposobem wydaje się rozłożone w czasie, systematyczne pokazywanie przykładów zdrowych, a zarazem smacznych produktów i potraw, uwzględnianie ich w prozdrowotnej ofercie firmy oraz organizowanie przedsięwzięć umożliwiających wymianę opinii na temat ich walorów smakowych, zarówno na forum społeczności firmy jak i z udziałem zewnętrznych „liderów opinii" np. znanych i cenionych osób ze świata kultury, gastronomii, sportu itp. Nie można jednak, biorąc pod uwagę specyfikę omawianej tu grupy docelowej, ulec pokusie pokazywania głównie wyszukanych produktów czy dań. Idzie raczej o to, by przekonywać, że niewielkie prozdrowotne modyfikacje potraw, popularnych w diecie takich pracowników są możliwe bez utraty ich walorów smakowych. Dobrze jest zadbać o tworzenie możliwości próbowania tak przygotowanych produktów czy potraw, popularnych w naszej kuchni i powszechnie dostępnych, a nawet ich przyrządzania w gronie kolegów z pracy.

Poważnym problemem jest też niechęć do decydowania o tym co jeść, bo doświadcza jej co drugi z wyznających krytyczne poglądy nt. sensu i przyczyn prowadzenia zdrowego stylu życia. Wydaje się to dość logiczną konsekwencją zewnątrzsterowności, ale również postrzegania szeregu barier utrudniających stosowanie się do zaleceń na temat zdrowego żywienia, które pojawiły się w obu analizowanych grupach zatrudnionych. Idzie tu szczególnie o częste przekonanie, że brakuje czasu i pieniędzy. Ponadto zagubienie w kwestii tego, co jest zdrową żywnością spowodowane jest niejasnymi i czasami sprzecznymi opiniami ekspertów. Wreszcie o brak kompetencji do zmiany

złych nawyków żywieniowych i utrzymania tych korzystniejszych. Oznacza to, że działania firmy na rzecz zdrowego odżywiania się personelu powinny stanowić realne wsparcie dla podejmowania, testowania i utrwalania się korzystnych wzorów jedzenia. Idzie m.in. o: a) sponsorowanie i podaż wybranych zdrowych produktów, przede wszystkim w czasie pracy, b) udostępnianie wartościowych informacji na temat ich walorów odżywczych, c) stwarzanie możliwości ich przyrządzania (np. wydłużenie przerw, urządzenie kącików kuchennych, wspólne gotowanie w czasie/po pracy). Ponadto celem jest takie profilowanie przekazów edukacyjnych, by dostarczały możliwie najbardziej konkretnych i użytecznych informacji o tym, które produkty i jak często należy spożywać, w kontekście danych o stanie zdrowia, wieku, zamożności personelu, natomiast unikały formułowania oczekiwań, albo co gorsze – krytycznych przekazów pod adresem realizujących nieprawidłowe wzory jedzenia. Oznacza to również potrzebę organizowania rozłożonych w czasie strategii wspierających zmiany w nawykach żywieniowych (np. obejmujących: cykl spotkań z dietetykiem, naukę metod szybkiego przygotowywania zdrowych dań i racjonalnego planowania wydatków na jedzenie, wspierające kontakty z osobistym trenerem/doradcą albo grupą pracowników podejmujących określone wyzwanie w zakresie diety). Podejście takie wymaga pewnego zindywidualizowania oddziaływań edukacyjnych oraz ich rozłożenia w czasie, jednak daje realne wsparcie dla osób, które decydują się na uczestniczenie w takim programie (Snelling, Kirkpatrick 2018).

Uzyskane dane pokazują też ogrom wyzwań, jakie stoją przed realizatorami projektów promocji aktywności fizycznej w sferze pracy, w odniesieniu do pracowników zewnątrzsterownych i niemających zaufania do oddziaływań związanych ze zdrowym stylem życia. Po pierwsze, należy zmienić ich nastawienie do ruchu, ćwiczeń fizycznych. Zrobiono już dużo, gdy idzie o informowanie o korzyściach dla zdrowia płynących z aktywności fizycznej i zagrożeniach związanych z jej niedostatkiem. Prawdopodobnie spowodowało to u szeregu osób postrzeganie jej raczej w kategoriach obowiązku niż przyjemności. W firmowych programach prozdrowotnych warto skoncentrować się na tworzeniu warunków do tego, by szczególnie pracownicy, o których mówimy w tym rozdziale, mogli spróbować i poczuć przyjemne doznania związane z podejmowaniem różnych nowych, ciekawych form aktywności fizycznej (np. poprzez możliwość uczestniczenia w pokazowych spotkaniach, treningach, ćwiczeniach zaspokajających różne potrzeby – relaksu, rywalizacji, dbania o dobry wygląd, sprawność itp.). Ważne jest też skuteczne zarządzanie funkcją wypoczynkową aktywności fizycznej. W przypadku pracowników biurowych czy kadry zarządzającej jest

to relatywnie proste, bo łatwiej zorganizować przedsięwzięcia, w ramach których doświadczają jak ruch, zmęczenie fizyczne pomaga w radzeniu sobie ze stresem i w odpoczynku po wysiłku umysłowym. Natomiast specjalną uwagą należy otoczyć personel pracujący fizycznie. Warto szanować potrzebę biernego wypoczynku u tego rodzaju osób, ale równocześnie uczyć ich, zachęcać i oferować aktywności, które kompensują obciążenia układu ruchu związane z pracą i minimalizują dolegliwości przez nie spowodowane. Inne ważne wyzwanie to pomoc w wyborze adekwatnych do stanu zdrowia danych osób czy grup personelu (czyli ich dolegliwości, chorób przewlekłych) form aktywności fizycznej. Ludzie wiedzą, że należy ćwiczyć, ale nie wiedzą jak ćwiczyć, by sobie nie zaszkodzić. Pora więc, aby ogólne zachęty do aktywności fizycznej wzbogacać o precyzyjne informacje, jakie formy ruchu są odpowiednie z racji na określony charakter pracy i stan zdrowia oraz organizowanie i sponsorowanie takich ćwiczeń (zarówno rekreacyjnych jak i rehabilitacyjnych). Bardzo ważne jest także uczenie, szczególnie pracowników o negatywnym nastawieniu do zdrowego stylu życia, w jaki sposób pracować nad swoją motywacją do ćwiczeń i podtrzymywać ją w dłuższych odcinkach czasu. Wskazane powyżej sugestie, jak kształtować w ramach firmowych programów działania promujące aktywność fizyczną, będą w naturalny sposób wspierały taką motywację. Wydaje się jednak, że warto także dostarczyć personelowi niezbędnej wiedzy z zakresu problematyki zmiany zachowań zdrowotnych. Uczyć ich o tym, jak kreować w sobie intencje do zmiany swojego postępowania w sferze aktywności ruchowej, jak inicjować nowy sposób zachowania, jak podtrzymywać to zachowanie, jak powrócić do pożądanego postępowania po okresie zaprzestania jego realizacji (Łuszczyńska, 2004). Z racji na to, że szczególnie potrzebujący to pracownicy niżej wykształceni i starsi warto tego rodzaju działalność edukacyjną traktować jako element rozłożonego w czasie procesu (a nie działanie akcyjne) nakierowanego na podejmowanie przez nich określonych ćwiczeń fizycznych (uczenie zmiany przez jej praktykowanie). Wspieranie personelu w tworzeniu i podtrzymywaniu motywacji do ruchu, ćwiczeń, uprawiania sportu stanowi też metodę, która sprzyja odnajdywaniu czasu na zachowania tego rodzaju. Niemniej jednak skoro tak duża część opornych wobec zdrowego stylu życia pracowników postrzega brak czasu jako barierę dla aktywności fizycznej, to duże znaczenie ma dobra reklama i wdrażanie rozwiązań, które umożliwiają wykonywanie prostych ćwiczeń w czasie pracy, w tym na stanowisku pracy. W świetle uzyskanych wyników uzasadnione jest też dofinansowywanie aktywności fizycznej personelu, uświadamianie jak można tanio organizować sobie takie działania oraz systematyczne informowanie o imprezach rekreacyjno-sportowych

dostępnych bezpłatnie w środowisku zamieszkania czy funkcjonowania firmy.

Jeśli idzie o specyfikę potrzeb pracowników negatywnie nastawionych do zdrowego stylu życia i to jak odbierają prozdrowotną ofertę firmy, to uzyskane wyniki potwierdziły mniejsze zainteresowanie z ich strony uczestnictwem w działaniach na rzecz zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej. Jest to bardzo poważne wyzwanie, bo realizują oni gorsze wzory zachowań żywieniowych i w zakresie ćwiczeń fizycznych. Wprawdzie nie stwierdzono bardzo dużych różnic w częstości wybierania konkretnych form wsparcia, ale rzadziej oczekują wielu przedsięwzięć, w tym również tych, które najczęściej znajdują się w prozdrowotnych strategiach firm. Oznacza to potrzebę wdrażania przemyślanych kampanii edukacyjno-reklamowych nakierowanych na kreowanie ich potrzeb w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej. Równocześnie częściej pracownicy ci są ogólnie niezadowoleni z tego, co ich firma robiła dotychczas na rzecz zdrowia personelu. Krytykują przede wszystkim to, że nie uwzględnia potrzeb pracowników oraz niedostatecznie informuje ich o swojej ofercie. Oznacza to, że w przypadku pracowników o negatywnym nastawieniu do zdrowego stylu życia dobra diagnoza ich potrzeb i oczekiwań jest wyjątkowo istotna dla ustalenia, czego rzeczywiście mogą chcieć albo dlaczego czegoś nie chcą od swojego pracodawcy w sprawach promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej. Jest to niestety też bardzo trudne. Stąd warto łączyć takie rozpoznanie z dobrym informowaniem o motywach pracodawcy i zaletach oferowanych przedsięwzięć (diagnoza motywująca). Kluczowy jest też dobry obieg informacji o działaniach prozdrowotnych wdrażanych przez firmę; co naturalne jest on szczególnie ważny dla grupy podejrzliwych pracowników, gdy idzie o ofertę sygnowaną hasłem „zdrowy styl życia". Istotną sprawą jest nie tylko kwestia doboru treści, ale również równego dostępu do wiadomości. Z kolei zewnątrzsterowny personel, a zatem nie wierzący w swoje możliwości kształtowania zdrowia, wymaga dużej uwagi, gdy idzie o wybór czasu i miejsca działań prozdrowotnych oraz ich powtarzania.

Aktualnie, w związku z pandemią COVID-19 stajemy wobec pytania czy, kiedy, w jaki sposób i na ile trwale zmieni ona przekonania na temat roli zdrowego stylu życia w kształtowaniu zdrowia i intencji oferujących produkty i usługi związane z realizacją prozdrowotnych zachowań. Trudno stawiać hipotezy na ten temat, bowiem jest to zupełnie nowa, wyjątkowa sytuacja na przestrzeni okresu dowartościowania znaczenia czynników behawioralnych w kształtowaniu zdrowia jednostek i społeczeństw. Zagrożenie wirusem

może zarówno umacniać przekonanie o braku wpływu na własną sytuację zdrowotną, jak i je osłabiać. Pandemia to – z jednej strony – zdarzenie „losowe", na które przeciętny człowiek nie ma wpływu. Z drugiej strony trzeba się chronić, zachowywać tak, by minimalizować zagrożenie, skoro system ochrony zdrowia nie działa sprawnie. Możliwe są zatem modyfikacje w obu kierunkach, gdy idzie o postrzeganie własnej roli w kształtowaniu stanu zdrowia. Niejasne, a nawet sprzeczne, przy tym zmieniające się przekazy dotyczące wirusa COVID-19, jego rozprzestrzeniania się, sposobów leczenia itp. mogą sprzyjać podejrzliwości i rozwojowi postaw obronnych wobec treści związanych ze zdrowiem. Problem testów, za które trzeba w wielu sytuacjach płacić (a przede wszystkim szczepień, które będą szybko dostępne, prawdopodobnie dla tych, co będą w stanie pokryć ich koszty) również może sprzyjać rozwojowi skojarzeń dotyczących wyciągania od ludzi pieniędzy pod pretekstem zdrowia. Do tego wpływ na analizowane przekonania będzie uzależniony od tego jak długo i w jakim zakresie poradzimy sobie z wirusem. To co już wiadomo, to konieczność modyfikacji szeregu stosowanych przez firmę rozwiązań w ramach promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej. Relatywnie proste jest przenoszenie szeregu z nich w sferę on-line. Niestety wówczas mogą korzystać z nich głównie zatrudnieni w trybie home-office. W gorszej sytuacji są pracownicy produkcyjni, starsi, gorzej wykształceni, którzy mają problemy w korzystaniu z komputerów i internetu. Stwarza to ryzyko pogłębiania się nierówności w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej pomiędzy tymi grupami.

Bibliografia

Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

Cianciara D. Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. Hygeia Public Health. 2015: 50(3): 435-440.

Cleland V.J. Kylie B. Crawford D. Social and Environmental Determinants of Health Behaviors. W: Steptoe A. (red.) Handbook of Behavioral Medicine. Springer, New York 2010.

Conner M. Cognitive Determinants of Health Behavior W: Steptoe A. (red.) Handbook of Behavioral Medicine. Springer, New York 2010.

Dinenberg R. E. (2018). Health Impact of Lifestyle and Health Promotion. W: M.P. O'Donnell (red.), Health Promotion in the Workplace. Fifth edidtion. (s. 347-373). Michigan: Art & Science of Health Promotion Institute.

Gniazdowski A. Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 1997.

Gieroba B. Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2019: 25(3): 153-161.

Gromulska L. Piotrowicz M.Cianciara D. Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz edukacji zdrowotnej, Przegląd Epidemiologiczny 2009: 63: 427-432.

Goszczyńska E. Korzeniowska E. Puchalski K. Zarządzanie zdrowiem w kontekście starzenia się społeczeństwa. Raport z reprezentatywnego badania 1000 średnich i dużych zakładów pracy w Polsce. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera. Łódź 2018.

Heszen I., Sęk H., Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

Korzeniowska E. Puchalski K. Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie, Riga Stradina Universitate, Riga 2010.

Korzeniowska E. Puchalski K. Edukacja zdrowotna pracowników-wywania związane z poziomem wykształcenia. Medycyna Pracy 2012: 63(1): 55-71.

Korzeniowska E. Puchalski K. Jak polscy pracownicy reagują na informacje dotyczące prozdrowotnego stylu życia. Medycyna Pracy. 2017: 68(4): 525--543.

Luxemburg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. ENWHP, BKK. Luxemburg 1997.

Łuszczyńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. GWP, Warszawa 2004.

Makowiec-Dąbrowska T. Wpływ aktywności fizycznej w pracy i życiu codziennym na układ krążenia. Forum Medycyny Rodzinnej. 2012: 6(3): 130--138.

Mishra G.D. Ben-Shlomo Y. Kuh D.A. (2010) Life Course Approach to Health Behaviors: Theory and Methods. W: Steptoe A. (red.), Handbook of Behavioral Medicine. Methods and Applications (s. 3-18). Springer. London.

Pratkanis A. Aronson E. Wiek propagandy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

Prochaska J.J. Young-Wolff K.C. Alles W. (2018). Self-efficacy: Broad Implications for Research and Practice. W: M.P. O'Donnell (red.), Health Promotion in the Workplace. Fifth edidtion. (s. 347-373). Michigan: Art & Science of Health Promotion Institute.

Puchalski K. Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej. Studia Edukacyjne. 2012: 23: 119-140.

Sęk H. Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia, Sbornik Prac Filozofickie Faculty Brnenske Univerzity Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis. 2000: P 4:17-34.

Snelling A.M. Kirkpatrick K. (2018). W: M.P. O'Donnell (red.), Health Promotion in the Workplace. Fifth edidtion. (s. 347-373). Michigan: Art & Science of Health Promotion Institute.

Special Eurobarometer 472. Sport and physical activity 2018.Pobrane z: C/pobrane/ebs_472_eu.pdf. Data dostępu 8.07.2020 r.

State of Health in the EU Poland Country Health Profile 2019, OECD, Observatory of Health Systems and Policies. Pobrane z: ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_poland_english.pdf.
Data dostępu 15.08.2020 r.

Winn D. Manipulowanie umysłem. Biblioteka Moderatora. Wrocław 2003

Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Wojtyniak B. Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. NIZP-PZH 2018. Pobrane z: baza wiedzy.pzh.gov/pl/wp-content/uploads/2019/01/sytuacja_zdrowotna_2018.zip.
Data dostępu 8.07.2020 r.

Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014 GUS. Pobrane z :C:/Pobrane/zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_mieszkancow_polski_w_swietle_badania_ehis_2014.pdf.
Data dostępu 14.08.2020 r.

Noty o autorach

Eliza Goszczyńska – dr nauk o zdrowiu, specjalista zdrowia publicznego. Asystent naukowy w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera w Łodzi. Uczestniczyła w ponad 20 projektach badawczo-wdrożeniowych z tej dziedziny (głównie międzynarodowych). Laureatka zespołowej nagrody WHO za badania w dziedzinie promocji zdrowia w 2008 r. Interesuje się m.in. formalno-prawnymi uwarunkowaniami działań pracodawców na rzecz zdrowia pracowników, oceną jakości przedsięwzięć antytytoniowych w zakładach pracy, rozumieniem i korzystaniem z treści komunikatów dotyczących zdrowia (health literacy), związkami pomiędzy płcią a postawami zdrowotnymi i problemem społecznych uwarunkowań zdrowia kobiet.

Elżbieta Korzeniowska – dr nauk humanistycznych, socjolog zdrowia. Kieruje Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera. Koordynatorka wielu międzynarodowych i krajowych projektów badawczo-wdrożeniowych w dziedzinie zdrowia pracujących, współtwórca i animator Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Autorka i współautorka kilku książek (m.in. „Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy"; „Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna"; „Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej"; „Workplace Health Promotion in Enlarging Europe") oraz poradników z serii „Jak promować zdrowie w miejscu pracy". Zainteresowania badawcze skupia na problematyce zachowań i świadomości zdrowotnej pracujących, ze szczególnym uwzględnieniem nisko wykształconych. Laureatka zespołowej nagrody WHO za badania w dziedzinie promocji zdrowia w 2008 r. Zajmuje się doskonaleniem metod programów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dorosłych, konsultowaniem wdrożeń oraz ich ewaluacją (w skali międzynarodowej, krajowej, regionalnej i zakładów pracy). Posiada doświadczenie w roli nauczyciela akademickiego.

Alicja Petrykowska - absolwentka studiów licencjackich z zakresu socjologii medycyny na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz studiów magisterskich z zakresu socjologii ogólnej na Uniwersytecie Łódzkim. Specjalista w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera. Uczestniczka kilku krajowych i międzynarodowych projektów badawczo-wdrożeniowych dotyczących zdrowia pracujących. Swoje zainteresowania naukowe koncentruje na zależnościach występujących między płcią a zdrowiem, a także na wpływie mass mediów na sposób postrzegania zdrowia oraz na podejmowane zachowania zdrowotne.

Krzysztof Puchalski – dr nauk humanistycznych, socjolog zdrowia i medycyny, adiunkt w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera. Konsultant projektów prozdrowotnych w przedsiębiorstwach i społecznościach lokalnych, współtwórca Ogólnopolskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Autor i współautor kilku książek (m.in. „Zdrowie w świadomości społecznej", „Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna", „Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie"), poradników z serii „Jak promować zdrowie w miejscu pracy" (m.in. w dziedzinie odżywiania, palenia tytoniu), kilkudziesięciu artykułów naukowych. Interesuje się głównie tym, co i jak zwykli ludzie myślą o sprawach związanych ze zdrowiem oraz jak postępują w tej sferze. Bada procesy rozwoju promocji zdrowia w Polsce i ich uwarunkowania. Laureat zespołowej nagrody WHO za badania w tej dziedzinie (w 2008 r.). Prowadzi zajęcia akademickie dotyczące społecznych uwarunkowań praktyk związanych z jedzeniem oraz ich modyfikowania.

Notatki

Notatki

KRAJOWE CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

INSTYTUT MEDYCYNY PRACY
IM. PROF. J. NOFERA

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi tworzyło się pod koniec lat 80 ubiegłego stulecia. Pod obecną nazwą działa od 1996 r., zachowując część ówczesnego składu osobowego. Od 1995 r. Centrum animuje Ogólnopolską Sieć Promocji Zdrowia w Pracy. W 2001 r. zostało Narodowym Biurem Kontaktowym utworzonej w 1996 r. Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Pracy (ENWHP). W latach 2005-2006 koordynowało projekt przyłączenia do ENWHP państw z obszaru Europy Środkowej i Wschodniej, a później uczestniczyło w kolejnych międzynarodowych inicjatywach tej sieci, dotyczących m.in. przedłużania zdolności do pracy starzejących się pracowników, promocji zdrowego stylu życia pracujących, profilaktyki otyłości w miejscu pracy, wzmacniania kompetencji zdrowotnych nisko wykształconego personelu, rozwiązywania w firmach problemów dotyczących palenia tytoniu, picia alkoholu, zdrowia psychicznego. Projekty realizowane w kraju dotyczyły m.in. badania przemian i uwarunkowań związanego ze zdrowiem stylu życia pracowników, dynamiki i uwarunkowań aktywności przedsiębiorstw w sferze promocji zdrowia personelu, oceny jakości i efektów programów prozdrowotnych w firmach, tworzenia metodologii i narzędzi wdrażania takich programów. Eksperci Centrum są autorami podręczników, monografii i artykułów oraz licznych materiałów i narzędzi dotyczących promocji zdrowia w pracy. Na zaproszenie przedsiębiorstw i wojewódzkich ośrodków medycyny pracy konsultują, wspierają i popularyzują realizowane w nich programy prozdrowotne. W 2009 r. Światowa Organizacja Zdrowia przyznała Centrum nagrodę za badania w dziedzinie promocji zdrowia, w uznaniu wybitnych zasług w tym obszarze (statuetka nagrody wręczona podczas 62. Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Genewie).

Zapraszamy na nasze strony internetowe i profile na portalach społecznościowych:

- promocjazdrowiawpracy.pl
- Facebook Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy IMP
- LinkedIn Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
- YouTube Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy

Ministerstwo Zdrowia
NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA
INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA
KRAJOWE CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia