

PRACE ORYGINALNE

Elżbieta Korzeniowska

SPOSOBY MYŚLENIA I POSTĘPOWANIA W SFERZE ZDROWIA STARSZYCH PRACOWNIKÓW ŚREDNICH I DUŻYCH FIRM*

HEALTH BELIEFS AND HEALTH BEHAVIOR IN OLDER EMPLOYEES OF MEDIUM-SIZE AND LARGE ENTERPRISES

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia
Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

STRESZCZENIE

Wstęp. W związku z problemem starzenia się społeczeństw i potrzebą poszukiwania skutecznych metod przeciwdziałania niekorzystnym skutkom tego zjawiska artykuł charakteryzuje stan wybranych zachowań i elementów świadomości zdrowotnej pracowników zbliżających się do wieku emerytalnego, traktując je jako podstawę do planowania skutecznych programów prozdrowotnych dla tej populacji. **Materiał i metody.** Prezentowane wyniki pochodzą z badania, przeprowadzonego techniką wywiadu na reprezentatywnej próbie 1138 osób w wieku 25–35 lat i 45–55 lat, zatrudnionych w 250 średnich i dużych przedsiębiorstwach w Polsce. **Wyniki.** Pracownicy starsi nie różnią się zasadniczo gdy idzie o stosunek do zdrowia, od pracowników młodszych. Podstawowym problemem, w obu tych grupach, jest nieuświadomienie sobie wpływu codziennych sposobów postępowania na zdrowie oraz niskie poczucie podmiotowości, polegające na usprawiedliwianiu niedostatecznej dbałości o zdrowie nadmiarem problemów i kłopotów, bądź brakiem silnej woli. Cechą specyficzną pracowników starszych wiekiem jest skoncentrowanie się w myśleniu i działaniach związanych ze zdrowiem na korzystaniu z usług specjalistów medycznych. **Wnioski.** Nie ma wystarczających podstaw uzasadniających potrzebę realizacji specjalnych programów prozdrowotnych dla pracowników starszych. Skuteczną metodą podtrzymywania zdolności do pracy populacji pracujących mogą być zakładowe programy promocji zdrowia. W ich ramach należy skoncentrować się na kreowaniu odpowiedzialności za zdrowie i tworzeniu warunków do utrwalania się zachowań korzystnych dla zdrowia. Med. Pr. 2004; 55 (2): 129–138

SŁOWA KLUCZOWE: promocja zdrowia w miejscu pracy, zachowania i świadomość zdrowotna, starzenie się społeczeństwa

ABSTRACT

Background: In view of the aging process in our population there is a need to identify effective methods to prevent disadvantageous effects of this trend. In this paper the state of particular health-related behaviors and elements of health awareness among retirement-approaching employees are presented as a basis for developing efficient health promotion programs for this age group. **Materials and Methods:** The data presented in this paper have been gathered during the study conducted on a random sample of 1138 employees of two 25–35 and 45–55 age groups. The study was carried out in the form of a questionnaire-based interview. **Results:** There is no significant difference between older and younger employees with regard to their attitude towards one's own health. There are two major problems common to both age groups, the lack of awareness of very close relationship between everyday behavior and health, and a low locus of control manifested by finding excuse for health negligence in numerous problems faced each day or lack of strong will. The most specific feature in older workers is that they concentrate their health-related thinking and acting on the use of services provided by medical specialists. **Conclusions:** There are no sound grounds to justify the development of health promotion programs addressed only to older employees. The effective solution to this problem could be the introduction of workplace health promotion programs focused on enhancing the workers' sense of responsibility for their health and on developing skills to shape conditions favorable to health conducive behaviors. Med Pr 2004; 55 (2): 129–138

KEY WORDS: workplace health promotion, health behaviors and health awareness, population aging process

Adres autorki: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: whpp@imp.lodz.pl
Nadesłano: 5.03.2004
Zatwierdzono: 29.03.2004
© 2004, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

WSTĘP

Starzenie się staje się coraz poważniejszym problemem współczesnych społeczeństw (1). Zjawisko to wymaga podjęcia kompleksowych działań, które pozwolą uniknąć dramatycznych konsekwencji wydłużania się średniej długości życia przy równoczesnym mniejszym przyroście naturalnym. Zdaniem Komisji Europejskiej jednym ze sposobów porażenia sobie z tym wyzwaniem jest przedłużenie aktywności zawodowej ludzi starszych (2). Oznacza to, że należy zapewnić im wsparcie w budowaniu ogólnej sprawności i dobrego

zdrowia (3). Istotną strategią tego rodzaju mogą być programy promocji zdrowia, których zadaniem jest tworzenie warunków umożliwiających ludziom coraz lepszą kontrolę nad czynnikami kształtującymi ich zdrowie, a tym samym poprawę jego stanu (4). Jak pokazują doświadczenia wielu krajów najlepszym miejscem do realizacji takich programów dla populacji dorosłych są zakłady pracy (5,6). Prawidłowa realizacja zakładowych przedsięwzięć prozdrowotnych zwiększa prawdopodobieństwo zachowania sprawności, aktywności w wypełnianiu ważnych ról społecznych (w tym pracownika) osobom dojrzałym i starszym oraz przynosi korzyści (między innymi ekonomiczne) realizującym je przedsiębiorstwom.

* Praca wykonana w ramach projektu celowego zamawianego PCZ 21-21 pt. „Aktywność zawodowa pracowników w aspekcie problematyki starzejącego się społeczeństwa”. Zadanie nr 13 pt. „Opracowanie zasad i metod stykających zachowania prozdrowotne osób starszych w pracy”. Kierownik zadania: dr E. Korzeniowska.

Problem starzenia się społeczeństwa dotyczy też Polski. Wydłuża się u nas przeciętna długość życia, zmniejsza liczba urodzeń, a zatem niekorzystnie zmienia się relacja liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do tych w produkcyjnym (7).

Stąd ważne pytanie czy i na ile zbiorowość pracowników powyżej 45. roku życia w naszym kraju wymaga specjalnie zaplanowanych i wdrażanych programów prozdrowotnych. Odpowiedź na tego rodzaju pytanie wymaga ustalenia czy i na ile starsi pracownicy różnią się od tych młodszych wiekiem zachowaniami i świadomością zdrowotną.

W Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi w latach 2001–2004 w ramach projektu celowego zamawianego pn. „Aktywność zawodowa pracowników w aspekcie problematyki starzejącego się społeczeństwa” zrealizowano zadanie PCZ 21–21/13*. Celem niniejszego artykułu jest prezentacja niektórych wyników przeprowadzonych prac, dotyczących wybranych sposobów myślenia i postępowania w sferze zdrowia pracowników z dwóch grup wiekowych: 25–35 lat i 45–55 lat oraz określenie, czy i na ile starsi zatrudnieni stanowią specyficzną zbiorowość gdy idzie o ich stosunek do zdrowia. Lista uwzględnionych w analizie elementów obejmuje: a) rozumienie i samoocenę stanu zdrowia, b) postrzeganie instrumentalnej wartości zdrowia, c) poczucie podmiotowości w sferze zdrowia, d) postrzeganie pro lub antyzdrowotnego wpływu poszczególnych zachowań na własne zdrowie, e) motywy zachowania bierności bądź podejmowania zachowań korzystnych i szkodliwych dla zdrowia, f) przekonania dotyczące relacji pomiędzy zdrowiem a pracą zawodową oraz g) stan realizacji wybranych zachowań zdrowotnych. Ponadto przedstawione zostaną zalecenia dla organizatorów programów prozdrowotnych w zakładach pracy, będące konsekwencją poczynionych ustaleń.

MATERIAŁ I METODY

Zaprezentowane poniżej wyniki są efektem badania przeprowadzonego w 2002 r. metodą wywiadu kwestionariuszowego na reprezentatywnej próbie 1138 pracowników z dwóch ww. grup wieku, zatrudnionych w 250 firmach mających co najmniej 100-osobową kadrę i niebędących w stanie likwidacji. Fazę terenową zrealizował Zakład Badań Naukowych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego.

W skład przebadanej grupy weszło 49,8% respondentów młodszych wiekiem (grupa kontrolna) i 50,2% starszych (grupa badana). 48,0% stanowili respondenci płci żeńskiej, a 52,0% męskiej. Jeśli idzie o wykształcenie, to przeważali absolwenci szkół średnich i wyższych (odpowiednio 38,0% i 36,5%). Wykształceniem zawodowym legitymowało się 21,0% badanych, a podstawowym 4,5%. Respondenci w 60% pochodzili z miejscowości powyżej 100 tys. mieszkańców. Reprezentanci wsi stanowili jedynie 7,0%.

Co się tyczy sytuacji materialnej to 55,0% badanych uznało, że radzą sobie z bieżącymi wydatkami, ale niewiele mogą odłożyć, a 31,5% przyznało, że ma trudności z zaspokajaniem bieżących potrzeb i nic nie może odłożyć. Najbiedniejszych (którym nie wystarcza nawet na bieżące wydatki) było 5,5%, najbogatszych (sporo odkładających na przyszłość) 8,0%.

WYNIKI BADANIA

Rozumienie i samoocena stanu zdrowia

Osią analizy potocznych definicji zdrowia było ustalenie na ile bliższe są one tzw. negatywnej, a na ile pozytywnej koncepcji tego zjawiska. Pierwsza wywodzi się z pojmowania zdrowia jako braku choroby i bliska jest temu co C. Herzlich określiła jako „zdrowie w próżni” (8). Druga koncentruje się na uwzględnianiu w rozumieniu zdrowia różnego typu „rezerv”, a zatem traktowaniu go jako czegoś pozytywnego i dającego się rozwijać. Do takiego definiowania zdrowia odwołuje się koncepcja promocji zdrowia. Dobór takiego właśnie schematu analizy wiązał się z wcześniejszymi ustaleniami zespołu (9), wg których drugi z zarysowanych tu sposobów widzenia zdrowia może bardziej mobilizować do dbałości o nie. Sprawdzone zatem, który z nich jest charakterystyczny dla młodszych i starszych pracowników. Określenie sposobu w jaki respondenci rozumieją zdrowie polegało na wyborze jednego z pary przeciwstawnych twierdzeń, dotyczących czterech jego wymiarów*.

Okazało się, że większość odpowiadających (wskazania rzędu 66–70%) optowało za kategoriami „promocyjnymi” w poszczególnych, definiowanych obszarach. Konsekwentnie „promocyjne” ujęcie zdrowia (tego typu wybory we wszystkich czterech parach) reprezentowało 36% badanych. W ich subiektywnych przekonaniach było ono dobrym samopoczuciem, miało charakter procesu i mogło być wzmacniane, przy czym traktowano je jako efekt starań własnych człowieka.

Młodszy i starsi pracownicy pojmowali zdrowie podobnie. Jedyna różnica dotyczyła kwestii, czy w naturalny sposób się zużywa, czy też może być utrzymywane, a nawet wzmacniane. Osoby starsze nieco częściej – 25% do 38% wskazań ($\chi^2 P = 11,66$, $df = 3$, $p < 0,05$), uważały, że zdrowia ubywa wraz z upływem lat.

Obie grupy wiekowe okazały się zbliżone również jeśli idzie o kryteria uwzględniane przy ocenie stanu swojego zdrowia. Szeregując je pod względem ważności na liście obejmującej: a) ogólny nastrój, samopoczucie, b) występowanie lub brak dolegliwości, c) energię, siłę, sprawność fizyczną, d) wyniki badań, opinię lekarza, e) podatność lub odporność na choroby, f) możliwość wykonywania obowiązków, g) wygląd, osoby starsze wskazywały częściej na pierwszych dwóch pozycjach jako własną kategorię oceny: ogólny nastrój, samopoczucie. Z kolei młodsze – podatność lub odporność na

* W skład zespołu wykonującego zadanie wchodził: *Elżbieta Korzeniowska, Krzysztof Puchalski, Jacek Pyżalski, Patrycja Wojtaszczyk.*

* Analizowane wymiary zdrowia to: 1) brak choroby – zasoby energii, odporności, sprawności, dobre samopoczucie, 2) zjawisko dotyczące terażniejszości – proces zachodzący w ciągu całego życia, 3) coś co się zużywa, wyczerpuje – co może być utrzymywane, doskonalone wzmacniane, 4) dar od losu – efekt własnych starań człowieka.

chorobę ($\chi^2P = 12,53$, $df = 3$, $p < 0,05$). Obie zależności były jednak słabe, aczkolwiek istotne statystycznie.

Jeśli idzie o samoocenę stanu zdrowia to – co naturalne – zdecydowanie bardziej zadowoleni byli respondenci z młodszej grupy. Za niezadowolający uznało swój stan tylko 8% dwudziesto- i trzydziestolatków i dwa razy więcej (16,5%) czterdziesto- i pięćdziesięcioletnich ($\chi^2P = 82,21$, $df = 9$, $p < 0,00001$, $N = 1125$). Generalnie w całej badanej populacji przeważały pozytywne opinie w tym względzie (62,5% stwierdziło, że są zadowoleni, a 25,0%, że nawet bardzo). Zmiennymi, które bardzo wyraźnie wpływały na samoocenę swego zdrowia była również sytuacja materialna i wykształcenie. Osoby, zadowolone w kwestiach finansowych aż w 90% były usatysfakcjonowane również stanem swojego zdrowia, a mające kłopoty z pieniędzmi tylko w 76% ($\chi^2P = 32,85$, $df = 9$, $p < 0,001$, $N = 1127$). Podobna tendencja wystąpiła przy wykształceniu. Ci o najwyższym poziomie w 90% wypowiadali się dobrze o swoim zdrowiu, podczas gdy ci z najniższym w 78% ($\chi^2P = 27,69$, $df = 9$, $p < 0,001$, $N = 1130$).

Zdiagnozowano również jak pracownicy postrzegają zmiany swojego zdrowia w przyszłości (w najbliższych kilku latach). Uwzględniono trzy kategorie: polepszy się, pogorszy i będzie takie samo. Największa część badanych (71,4%) zakładała, że nic się nie zmieni, 26,1% obawiało się, że będzie gorzej. Tylko 2,5% przewidywało możliwość poprawy. Osoby starsze częściej, bo w 35%, wybierały wariant pesymistyczny. U młodszych poglądy tego rodzaju reprezentowało tylko 18% ($\chi^2P = 9,51$, $df = 2$, $p < 0,0001$, $N = 1114$). Wśród przyczyn pogorszenia się stanu zdrowia wymieniano (pytanie miało charakter otwarty: a) starzenie się, b) stres, c) choroby, d) sytuację ekonomiczną, e) pracę, f) złe funkcjonowanie służby zdrowia, g) zły stan środowiska i h) antyzdrowotne zachowania. Osoby starsze najczęściej upatrywały powodów pogorszenia się ich stanu zdrowia w: starzeniu się (50,5% wskazań), chorobach (21,0%) oraz stresie (19,0%). Młodsze w: stresie (26,5%), starzeniu się (25,5%), pracy (14,0%), antyzdrowotnych zachowaniach (przy czym najczęściej mieli wtedy na myśli złe odżywianie – 12,0%) oraz chorobach (11,5%). Zatem pracownicy z grupy badanej dwukrotnie częściej niż z kontrolnej spodziewali się, że ich zdrowiu zaszkodzi starzenie się lub choroby. Nieco rzadziej za to obawiali się negatywnego wpływu stresu, a zupełnie wyraźnie, w stosunku do młodszych, lekceważyli złe sposoby postępowania (wybrało je jako powód tylko 1,5% starszych). Zależności między wiekiem a postrzeganymi powodami pogorszenia stanu zdrowia były statystycznie istotne na poziomie $p < 0,0001$ ($\chi^2P = 82,21$, $df = 9$, $N = 282$).

POSTRZEGANIE INSTRUMENTALNEJ WARTOŚCI ZDROWIA

Zdrowie w naszym społeczeństwie jest powszechnie cennie, ale w sposób deklaracyjny, co oznacza, że 70–90% osób uznaje je za bardzo ważną lub ważną rzecz w życiu, ale

niekoniecznie przekłada się to na działania mające na celu osiągnięcie tej wartości (10,11).

W badaniu stosunku do zdrowia zróżnicowanych wiekiem zbiorowości pracowników dużych i średnich zakładów pracy skoncentrowano się zatem na ustaleniu czy i na ile zdrowie traktowane jest jako wartość instrumentalna, czyli warunek realizacji innych, ważnych celów życiowych. Towarzyszyło temu założenie, że takie ujmowanie zdrowia jako wartości jest lepszym predyktorem działań na jego rzecz. Okazało się, że zdecydowana większość, bo 74,3% całej badanej populacji ($N = 1132$) była zdania, że w ich sytuacji realizacja dążeń i pragnień zależy przede wszystkim od zachowania zdrowia. Tylko 8% sądziło, że jest to zależne bardziej od innych rzeczy. 17,7% zajęło stanowisko pośrednie twierdząc, że osiągnięcie celów życiowych, to zarówno sprawa zachowania zdrowia jak i innych rzeczy i okoliczności.

Wiek różnicował opinie badanych w tym względzie ($\chi^2P = 10,71$, $df = 2$, $p < 0,005$). Wśród starszych zatrudnionych co piąty (21,1%) sądził, że zdrowie to podstawowy warunek realizacji zamierzeń, a wśród młodszych co siódmy (13,8%). Młodzi nieco częściej niż starsi uzależniali też swoje sukcesy od różnych uwarunkowań (odpowiednio 78,2% i 70,7%), a nie tylko dobrego zdrowia. Zatem wraz ze wzrostem długości życia silniej postrzegano instrumentalną wartość zdrowia i traktowano je jako podstawowy warunek osiągnięcia celów życiowych.

Poczucie podmiotowości w sferze zdrowia

W prezentowanym badaniu poczucie podmiotowości zoperacjonalizowano jako konstrukt składający się z czterech elementów:

1) ogólnego przekonania na temat roli jednostki w kształtowaniu zdrowia (dane zgromadzono w oparciu o pytanie: Od czego najbardziej zależy zdrowie? Czy od samego człowieka, jego postępowania, czy od innych spraw, np. opieki medycznej, środowiska, dziedziczenia?);

2) istnienia refleksji na temat wpływu własnych zachowań na zdrowie (Pytanie: Jak często zastanawia się P., czy codzienne zachowania wpływają na P. zdrowie?);

3) poczucia konsekwencji w realizacji działań na rzecz zdrowia (Pytanie: Czy jeżeli uznaje P., że warto coś robić dla swojego zdrowia, sprawności lub dobrego wyglądu, np. zmienić dietę, ćwiczyć to jest P. wytrwały w takim sposobie postępowania?);

4) poczucia posiadania rzeczywistego wpływu na własne zdrowie (Pytanie: Proszę pomyśleć o sobie i ocenić, czy w sytuacji życiowej, w której się P. znajduje zdrowie jest rzeczywistość w P. rękach?).

W całej zbadanej populacji ($N = 1133$) podmiotowy stosunek do zdrowia w sensie gatunkowym miało 79% badanych, przy czym 52% uznawało jednak równoczesny wpływ innych spraw. Gdy trzeba było odnieść się do siebie, aż 67% badanych spośród 1134 przyznało, że w ogóle lub tylko rzadko zastanawia się, jak własny sposób życia oddziałuje na zdrowie, 47% było zdania, że nie są wytrwali we wprowadzaniu

prozdrowotnych zmian (N = 1123), a co czwarty uważał, że jego sytuacja życiowa ogranicza lub nawet uniemożliwia dbanie o zdrowie (N = 1133). Tak więc generalnie, trzy czwarte badanych sądziło, że to człowiek wpływa na zdrowie, ale już tylko jedna trzecia zastanawiała się jak to jest we własnym przypadku, a co czwarty zwalniał się z odpowiedzialności ze względu na sytuację w jakiej przyszło mu żyć. Połowa usprawiedliwiała się też brakiem konsekwencji w realizacji prozdrowotnych zachowań.

Wiek nie różnicował żadnego z analizowanych wymiarów podmiotowości. Można więc uznać, że młodszy i starsi zatrudnieni byli podobni pod tym względem. Różnili się natomiast ze względu na wykształcenie i sytuację materialną. Im wyższe wykształcenie tym częściej podejmowana była refleksja na temat wpływu zachowań na zdrowie ($\chi^2P = 32,28$, $df = 9$, $p < 0,001$) oraz powszechniejsze było poczucie, że zdrowie zależy od własnych działań. Sądziło tak 80% respondentów z wyższym wykształceniem i 57% z podstawowym ($\chi^2P = 50,15$, $df = 9$, $p < 0,0001$). Absolwenci szkół zawodowych, średnich i wyższych byli też, we własnej opinii, bardziej wytrwali we wprowadzaniu prozdrowotnych zmian w postępowaniu niż absolwenci podstawówek ($\chi^2P = 39,46$, $df = 9$, $p < 0,0001$).

Postrzeganie charakteru wpływu wybranych zachowań na zdrowie

Jak już zostało nadmienione wcześniej badani relatywnie rzadko zastanawiali się nad wpływem swoich własnych sposobów postępowania na zdrowie. Niemniej jednak, gdy poproszono ich o ocenę ich trybu życia z punktu widzenia zdrowia nieco ponad połowa uznała, że wywiera on raczej korzystny wpływ, a niespełna połowa, że niekorzystny. Za zachowania sprzyjające własnemu zdrowiu (można było wybrać nie więcej niż 3) największa część badanych uważała: a) prawidłowe odżywianie (67,9% wskazań), b) ćwiczenia kondycji i sprawności fizycznej (46,4%), c) zapewnienie sobie niezbędnego relaksu, wypoczynku (45,4%), d) umiejętne radzenie sobie ze stresem (34,7%) oraz e) regularne badanie stanu zdrowia (33,9%)*. Takie działania, jak: niepalenie tytoniu, czy unikanie zadymionych miejsc, umiarkowane picie alkoholu, stosowanie zabiegów i leków przepisanych przez lekarza, czy zażywanie witamin, odżywek, ziół bez jego zalecenia, skrupulatne przestrzeganie przepisów bhp zdecydowanie rzadziej traktowane były jako prozdrowotne. Grupa badana różniła się od kontrolnej częstotliwością wyborów trzech zachowań: ćwiczenia kondycji i sprawności fizycznej ($\chi^2P = 52,31$, $df = 1$, $p < 0,00001$), wykonywania badań kontrolujących stan zdrowia ($\chi^2P = 32,16$, $df = 1$, $p < 0,00001$) oraz stosowania się do zaleceń lekarza ($\chi^2P = 32,16$, $df = 1$, $p < 0,00001$). Osoby starsze częściej (41,9%) niż młodsze (25,9%) wskazywały, że dbałość o zdrowie kojarzy im się z poddawaniem badaniom oraz przestrzeganiem zaleceń

lekarza (odpowiednio 15,8% i 7,5%). Osobom młodszym z kolei częściej przychodziła wtedy na myśl sprawność fizyczna (odpowiednio 57,4% i 35,9%).

Listę zachowań niekorzystnych dla zdrowia opracowano analizując odpowiedzi na pytanie: „Czy i w jaki sposób zdarza się P. szkodzić swojemu zdrowiu? Proszę wskazać nie więcej niż trzy własne zachowania najbardziej niekorzystne dla P. zdrowia”.

12,5% badanych stwierdziło, że nie realizują zachowań tego rodzaju. Pozostali najczęściej wymieniali w tej funkcji: a) zbyt mało wypoczynku (49,9%), b) brak dbałości o kondycję fizyczną (38,4%), c) palenie tytoniu (34,4%), d) niezdrowe odżywianie (32,6%), e) lekceważenie objawów choroby (28,1%). Takie działania, jak picie alkoholu, nie zawsze z umiarem, niezachowywanie ostrożności na drodze, niestosowanie się do zaleceń lekarzy, niezabezpieczanie się przed HIV i chorobami wenerycznymi, nieprzestrzeganie przepisów bhp, wskazywane były tylko przez kilka procent badanych. Starsi zatrudnieni podobnie często uznawali określone zachowania za szkodliwe dla ich zdrowia jak młodszy. Wyjątek stanowiło palenie tytoniu. Czterdziesto- i pięćdziesięciolatki częściej przyznawali, że działają wbrew swemu zdrowiu ulegając temu nałogowi (odpowiednio 39,5% do 28,8% wskazań, ($\chi^2P = 14,86$, $df = 2$, $p < 0,00001$, N = 993).

Zgromadzone dane dowodzą, że dla największej części zatrudnionych z obu grup wiekowych szczególne znaczenie dla zdrowia miały działania związane z wypoczynkiem, aktywnością fizyczną i odżywianiem, przy czym przypisywano im zarówno wpływ negatywny jak i pozytywny.

Motywy realizowania określonych stylów postępowania względem zdrowia

Kluczowym elementem analizy uwarunkowań aktywności w sferze zdrowia jest rozpoznanie motywów, kryjących się za określonym sposobem postępowania. W badaniu, którego wyniki tu prezentujemy, respondenci wybierali charakterystyczne dla nich przyczyny w odniesieniu do sytuacji, gdy podejmują działania prozdrowotne, antyzdrowotne, albo są bierni (nie robią właściwie nic) w sferze zdrowia.

Wśród 21 powodów zachowań sprzyjających zdrowiu najczęściej, bo co najmniej przez ponad połowę badanych, wskazywane były:

- a) chęć zadbania o to, co najcenniejsze (zdrowie) – 75%
- b) potrzeba, by móc dłużej i sprawniej pracować – 72%
- c) pragnienie posiadania energii, dobrego wyglądu – 67%
- d) obawa przed złym stanem opieki zdrowotnej albo uznanie, że jest to tańsze niż późniejsze leczenie – po 66%
- e) przyjemność związana z takim postępowaniem – 59%
- f) niepokojące symptomy, takie jak: gorszy wygląd, łatwiejsze męczenie się, przybranie na wadze – 57%

Zalecenia lekarzy, obawa, że można zachorować, a nawet istniejąca choroba motywowały pracowników w mniejszym zakresie.

* Dane te zgromadzone w odpowiedzi na pytanie: „Robimy różne rzeczy by nie zachorować, by lepiej zadbać o własne zdrowie. Proszę pomyśleć o swojej sytuacji i wskazać nie więcej niż trzy działania, które uznaje P. za najlepsze dla siebie”.

Wiek różnicował najczęściej podejmowane wybory w trzech przypadkach: gdy idzie o zachowanie zdolności do pracy ($\chi^2P = 23,52$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $N = 1099$), obawę o niewydolność systemu opieki medycznej ($\chi^2P = 8,19$, $df = 1$, $p < 0,05$, $N = 1104$), przekonanie, że troska o zdrowie może być tańsza niż późniejsze leczenie ($\chi^2P = 18,74$, $df = 1$, $p < 0,0001$, $N = 1100$). Za każdym razem częściej osoby starsze wybierały właśnie tego typu argumenty jako powody dbałości o zdrowie niż z grupy kontrolnej.

Jeśli idzie o uzasadnienia sytuacji, w których szkodzi się zdrowiu (kafeteria zawierała ich 16, można było wybrać nie więcej niż 3), to dominowały następujące kwestie:

- a) przyzwyczajenie – 62%
- b) fakt, że sprawiają przyjemność – 56%
- c) potrzeba zachowania poczucia swobody, niezależności – 54%
- d) przekonanie, że pozwalają poradzić sobie ze stresem – 52%
- e) brak refleksji na temat ich szkodliwości – 52%

Myślenie o powodach zachowań antyzdrowotnych okazało się niezależne od wieku. Słabe różnice wystąpiły tylko w odniesieniu do trzech spoza prezentowanej tu grupy najczęściej wymienianych. Tak więc można mówić o zbliżonych racjonalizacjach działań szkodliwych dla zdrowia w obu analizowanych grupach.

Oprócz pro- i antyzdrowotnych często realizujemy też bierny styl postępowania względem zdrowia. Badana populacja rzadziej niż w poprzednich przypadkach opowiadała się za którąś z 16 zaproponowanych przyczyn tego stanu rzeczy, co wskazuje, że mniej zastanawiano się nad tego rodzaju sytuacją. Ponad 50% – dokładnie 52,0% wskazań uzyskały tylko następujące dwa powody: a) nie wiem komu wierzyć, bo eksperci różnie mówią na temat tego, jak zdrowo żyć ($N = 1118$) oraz b) mam zbyt mało silnej woli by prowadzić zdrowy tryb życia ($N = 1117$). Były one wybierane równie często przez respondentów z grupy kontrolnej jak i badanej. Inne, rzadziej występujące przyczyny wiek różnicował w sposób istotny statystycznie w dziesięciu przypadkach, ale były to zależności bardzo słabe. Na uwagę zasługuje jedynie to, że starsi częściej byli przekonani, że odziedziczyli taki organizm, przy którym ich tryb życia niczego nie zmienia ($\chi^2P = 48,47$, $df = 3$, $p < 0,0001$, $N = 1118$) oraz, że ważniejszy jest dostęp do świadczeń medycznych niż zdrowy styl życia ($\chi^2P = 21,79$, $df = 3$, $p < 0,0001$, $N = 1119$).

Przekonania dotyczące relacji pomiędzy zdrowiem a pracą zawodową

Analiza poglądów pracowników sytuujących się na styku sfer zdrowia i pracy dotyczyła problemów, takich jak: a) poczucie kontroli nad czynnikami zagrażającymi zdrowiu w czasie pracy, b) zdrowie jako wartość w zdobyciu bądź utrzymaniu pracy, c) stosunek firm do zdrowia załogi oraz starszej wiekiem kadry, d) reakcje grup pracowniczych na pro- i antyzdrowotne zachowania swoich członków oraz e)

preferencje co do form wspierania zdrowia zatrudnionych przez pracodawców.

Spośród 1036 respondentów oceniających swoje indywidualne możliwości ochrony zdrowia przed niekorzystnym wpływem pracy (pozostałe 96 osób stwierdziło, że na ich stanowisku pracy nie ma zagrożeń dla zdrowia), 40,7% uznało, że są one znaczne lub nawet, że zabezpieczają całkowicie. Natomiast 59,3% było odmiennego zdania. Stwierdzili oni brak możliwości ograniczania negatywnego wpływu pracy na zdrowie, albo określali je jako niewielkie. Opinie na ten temat były podobne w grupie badanej i kontrolnej. Zdecydowanie różnicowało je natomiast wykształcenie ($\chi^2P = 50,46$, $df = 12$, $p < 0,00001$). U osób lepiej wykształconych częściej występowało przekonanie, że postępując właściwie w miejscu pracy można w pełni lub znacznie zabezpieczyć swoje zdrowie.

Wydaje się, że jednym z argumentów, którym można byłoby posłużyć się przy motywowaniu pracowników do realizacji prozdrowotnych stylów życia jest traktowanie dobrego zdrowia jako atutu przy poszukiwaniu, albo zachowywaniu stanowiska pracy. Tymczasem okazało się, że wprawdzie trzy czwarte zatrudnionych, o czym już wspomniano, podejmuje zachowania sprzyjające zdrowiu po to, by móc dłużej i sprawnie pracować, ale zdrowie w ich opiniach zupełnie nie jest brane pod uwagę, gdy trzeba znaleźć nowe zatrudnienie bądź utrzymać się na zajmowanym stanowisku. Te ustalenia wskazują, że zachowanie dobrego zdrowia traktowano bardziej jako problem natury osobistej, który nie znajduje odzwierciedlenia w relacjach sformalizowanych. Dobre zdrowie jest czynnikiem sprzyjającym zdobyciu pracy zdaniem tylko 12,6% badanych i wskaźnik ten sytuuje je na ostatnim miejscu w gronie siedmiu wyróżnionych w kwestionariuszu tego typu spraw. Poprzedzał je nawet tzw. „szczęśliwy traf”, którego znaczenie podkreślało dwa razy więcej, bo 28,8% badanych. Ponadto zdrowie przegrało z: aktywnością w poszukiwaniu pracy (32,0%), doświadczeniem (35,1%), młodym wiekiem (35,0%), układami z ludźmi, znajomościami (66,9%) oraz odpowiednimi kwalifikacjami (69,6% wskazań). Poglądy na temat roli dobrego zdrowia w procesie poszukiwania pracy były takie same u młodszych i starszych respondentów. Zatem dobre zdrowie nie było traktowane jako atut przez młodych, ani brak zdrowia, jako wada przez starszych, w sytuacji gdy chce się znaleźć zatrudnienie.

Podobne zjawisko – co jeszcze ciekawsze – zaobserwowano, gdy idzie o utrzymanie pracy. Dobre zdrowie wśród trzech najważniejszych spraw tego rodzaju wymieniło tylko 30,4% respondentów. Liczyło się dwukrotnie mniej, co wydaje się dość naturalne, niż odpowiednie kwalifikacje (72,0%) i zaangażowanie w pracę (65,6%), ale było też nieco mniej ważne od układów z ludźmi, znajomości (36,3%) i przestrzegania dyscypliny (33,9%).

Wiek nie wywierał wpływu na lokowanie zdrowia wśród kwestii istotnych, gdy idzie o kontynuowanie pracy.

Co się tyczy postrzegania stosunku firm do zdrowia pracowników to okazało się, że najwięcej badanych, bo 44,4% spośród 1128 odpowiadających istotnie na to pytanie, było zdania, że w zakładzie, w którym pracują, dbałość o zdrowie ogranicza się do respektowania przepisów bhp. 33,8% uznało, że w ich przedsiębiorstwie organizowane są dodatkowe działania dla zdrowia (ale 17,8% z nich uważało iż tylko dla wybranych grup) i wreszcie 14,8% uznało, że pracują w zakładach, które zupełnie nie liczą się ze zdrowiem załogi. 2% badanych udzieliło jeszcze innych odpowiedzi. Zatem zdaniem blisko połowy respondentów dbałość o zdrowie załogi w firmach ogranicza się do przestrzegania przepisów bhp, w co szóstej niestety nikt nie zwraca na nie uwagi, a w co trzeciej podejmowane są dodatkowe działania na jego rzecz.

Młodszy i starsi pracownicy podobnie oceniali stosunek zatrudniających ich przedsiębiorstw do zdrowia. W sposób istotny statystycznie i silnie różnicowało te opinie wykształcenie ($\chi^2P = 105,67$, $df = 18$, $p < 0,00001$, $N = 1123$) i sytuacja materialna ($\chi^2P = 102,63$, $df = 18$, $p < 0,00001$, $N = 1121$). Wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia i dochodów wzrastał odsetek osób, zdaniem których zatrudniający ich zakład pracy zupełnie nie liczy się ze zdrowiem załogi.

Z kolei stosunek firm do pracowników – seniorów ustalono na podstawie odpowiedzi na pytanie: „W jaki sposób traktuje się w P. firmie pracowników zbliżających się do pięćdziesiątki i starszych? Największa część spośród 1131 badanych, bo 44,7% było zdania, że tak samo jak młodszych, 24% uznało, że nie inwestuje się już w ich rozwój, 9,3%, że wręcz traktuje się ich gorzej, a 18,1%, że są szczególnie cenieni bo mają duże doświadczenie i jeszcze mogą długo pracować dla firmy, 3,9% udzieliło innych odpowiedzi. Zatem blisko połowa badanych uznała, że wiek nie ma wpływu na sposób traktowania pracowników, co trzeci uważał, że osoby starsze są traktowane gorzej, a co piąty, że lepiej niż młodsze w przedsiębiorstwach, w których pracują.

Tym razem wiek różnicował opinie na ten temat ($\chi^2P = 26,14$, $df = 4$, $p < 0,0001$, $N = 1122$), chociaż niezbyt silnie. W sumie (uwzględniając dwie wyróżnione negatywne kategorie) respondenci z grupy kontrolnej w 26,5% wyrażali opinie, że stosunek do starszych pracowników jest gorszy, podczas gdy z grupy badanej w 39,8% tak oceniano tę kwestię. Zatem starsi częściej niż młodszy uważali, że wraz z wiekiem mają gorszą pozycję w firmie.

Członkowie badanej populacji oceniali również jak odnoszą się do zachowań związanych ze zdrowiem ich koledzy z pracy. W pierwszym przypadku chodziło o działania dla zdrowia niekorzystne, takie jak np.: łamanie przepisów bhp, wykonywanie obowiązków służbowych pomimo choroby, przepracowywanie się. W drugim przypadku podejmowane z myślą o jego poprawie, takie jak np. odchudzanie się, czy rzucanie palenia. W obu przypadkach obojętnością, zdaniem respondentów, reagowało odpowiednio 25,5% ($N = 1131$) oraz 32,3% ($N = 1129$) grup pracowniczych, do których należeli. Wsparciem (a więc namawianiem, by zmienić niebez-

pieczne postępowanie lub rozumieniem i pomocą gdy idzie o zachowania prozdrowotne) 46,2% i 56,1% grup. Wzmacnianie zachowań negatywnych poprzez wyrażanie podziwu i uznania w przypadku łamania przepisów bhp czy pracy ponad siły miało miejsce w 5,7% grupach koleżeńskich badanych, a wyśmiewanie się i przeszkadzanie osobom, które chciały zmienić pewne swoje przyzwyczajenia na sprzyjające zdrowiu w 2,4%. Zdania w tej kwestii były podobne w obu analizowanych grupach wiekowych.

Co się tyczy realizowania dodatkowych, niewymaganych prawem działań dla zdrowia pracowników to okazało się, że występuje powszechne oczekiwanie w tym względzie w stosunku do firm. 89,8% spośród 1138 odpowiadających opowiedziało się za tym, by zakłady pracy podejmowały tego rodzaju aktywności. Opinie na ten temat nie różnicowały żadne zmienne społeczno-demograficzne, w tym wiek. Najczęściej chodziło o: opłacanie usług lekarzy specjalistów (50,5% wskazań), zabiegi ze strony kierownictwa, by praca była mniej stresująca (34,6%), większą troskę o bezpieczeństwo i wygodę na stanowisku pracy niż wymagają tego przepisy (29,0%). 28,9% liczyło na dofinansowanie wypoczynku, a 24,9% na możliwość skorzystania z dodatkowych badań lekarskich. Co około piąty respondent wybierał: organizowanie zajęć sportowych (20,7%), możliwość leczenia u lekarza zakładowego (20,7%), lub przeprowadzanie szczepień ochronnych (19,8%). Zdecydowanie rzadziej oczekiwania dotyczyły organizowania przedsięwzięć ułatwiających realizację prozdrowotnych zachowań. Zakres potrzeb wyglądał różnie u pracowników starszych i młodszych. Idealna, troszcząca się o zdrowie firma nieco częściej zdaniem respondentów w wieku 45–55 lat niż tych mających 25–35 lat powinna stwarzać możliwości leczenia się u lekarza zakładowego. Twierdziło tak 24,5% starszych i 15% młodszych pracowników ($\chi^2P = 16,53$, $df = 2$, $p < 0,001$, $N = 1123$). Ponadto jej kierownictwo winno starać się by praca była mniej stresująca (odpowiednio 38,5% i 30,4%, $\chi^2P = 8,88$, $df = 2$, $p < 0,01$, $N = 1123$). Natomiast młodsza grupa dwa razy częściej oczekiwała organizowania zajęć sportowych (odpowiednio 29,5% i 12,2%, ($\chi^2P = 50,68$, $df = 2$, $p < 0,00001$, $N = 1123$).

Stan wybranych zachowań zdrowotnych

Jeśli idzie o sposób postępowania w sferze zdrowia, to szczególnie istotne było określenie, jaka część pracowników realizuje działania korzystne dla zdrowia, a jaka nie. Okazało się, że jedna piąta rzuciła palenie, około połowa unikała cukru, ponad połowa tłuszczy w swojej diecie, a blisko trzy czwarte jadało codziennie warzywa i owoce. Ponadto, trzy czwarte na przestrzeni ostatnich kilku lat podejmowało różnego typu dodatkowy wysiłek fizyczny, od regularnego uprawiania ćwiczeń (przynajmniej raz w tygodniu) począwszy, poprzez aktywność sezonową (np. jazdę na nartach) na działaniach okresowych, mających charakter zrywu, kończąc. Co się tyczy stresu, to nieco ponad połowa badanych uznała, że radzi sobie dobrze w tej sferze. Z własnej woli (bez wyraźnego zalecenia lekarzy), w ciągu dwóch minionych lat, wykonała

badania takie jak np. analiza krwi, moczu, EKG niespełna połowa badanych pracowników.

Przyjmując, że do kategorii aktywnych prozdrowotnie można zaliczyć osoby: a) niepalące (od zawsze lub takie, które rzuciły palenie), b) dokonujące przynajmniej jednej z trzech możliwych zmian w strategii swojego odżywiania się (ograniczające spożycie tłuszczu lub cukrów, albo dążące do codziennego spożywania owoców i warzyw) oraz c) regularnie uprawiające aktywność fizyczną zdiagnozowano, że w badanej populacji stanowiła ona 19,5% (N = 1108). Zatem tylko co piąty zatrudniony w średnim lub dużym przedsiębiorstwie w Polsce, przy uwzględnieniu wyżej wymienionych założeń, może być uznany za przejawiającego troskę o własne zdrowie. Okazało się też, że rozkłady osób zachowujących się prozdrowotnie nie różniły się w sposób istotny statystycznie w grupie starszych i młodszych pracowników.

Stwierdzono natomiast różnice na niekorzyść dla starszych w realizowaniu poszczególnych zachowań. Dotyczyło to: palenia tytoniu, aktywności fizycznej, radzenia sobie ze stresem. Lepiej natomiast postępowali, gdy idzie o: odżywianie się i wykonywanie badań kontrolnych z własnej inicjatywy.

I tak około 40% badanych z grupy wieku 45–55 lat to palacze. W grupie 25–35. latków było ich ok. 29%, przy czym wśród palących powyżej 20 papierosów dziennie starszych było dwukrotnie więcej niż młodszych ($\chi^2P = 50,85, df = 3, p < 0,0001, N = 1090$). Co się tyczy aktywności fizycznej, to w ogóle nie podejmował tego rodzaju działań co czwarty starszy zatrudniony i co szósty młodszy ($\chi^2P = 12,84, df = 4, p < 0,01, N = 1110$). Zatem osoby starsze nieco częściej realizowały bierny sposób spędzania czasu wolnego. Gdy idzie o stres to respondenci z tej grupy rzadziej byli zdania, że dobrze radzą sobie ze stresem niż młodszy (odpowiednio 46,2% i 60,1%), za to częściej wyrażali opinię, że radzą sobie z nim coraz gorzej (44,8% i 29,1%). Zupełnie nieradzących sobie, były podobne odsetki (odpowiednio 10,0% i 11,1%) ($\chi^2P = 27,44, df = 2, p < 0,0001, N=1099$). Bardziej sprzyjający zdrowiu sposób postępowania osób starszych niż młodszych, w zakresie odżywiania się, wyraźnie zaznaczył się w odniesieniu do ograniczania spożycia cukrów ($\chi^2P = 15,47, df = 1, p < 0,0001, N = 1115$). Słabiej natomiast (różnice kilku punktów procentowych, $p < 0,05$) w odniesieniu do ograniczania w diecie tłuszczu i codziennego spożywania warzyw i owoców.

Jeśli chodzi o wykonywanie badań, to 48,0% osób starszych stwierdziło, że przeprowadziło je z własnej woli na przestrzeni ostatnich dwóch lat, podczas gdy wśród młodszych było ich 36,1% ($\chi^2P = 14,55, df = 1, p < 0,001, N = 1102$).

OMÓWIENIE

Przebadani pracownicy średnich i dużych przedsiębiorstw w Polsce, zarówno młodszy jak i starsi, generalnie (blisko 9. na 10.) byli zadowoleni ze swojego stanu zdrowia i 70 %

z nich zakładało, że stan ten nie zmieni się w najbliższych kilku latach. Jeśli idzie o pojmowanie, czym jest zdrowie, to okazało się, że co trzeci rozumiał je w sposób, który może sprzyjać kreatywnej postawie względem niego, tzn. uznawał, że jest ono czymś więcej niż brakiem choroby i zależy od sposobu życia człowieka. Za to aż trzy czwarte badanych było przekonanych, że realizacja celów, dążeń i pragnień zależy przede wszystkim od zachowania zdrowia, a więc dość powszechne było zrozumienie jego instrumentalnej wartości. Równocześnie dwie trzecie respondentów nie zastanawiało się, jak ich postępowanie wpływa na zdrowie, czyli w ich sposobie myślenia nie istniał problem, jak zachować, czy nawet zwiększać ten tak ważny dla przebiegu życia zasób. Na to nakładało się jeszcze przekonanie co czwartego badanego, że to jego sytuacja życiowa decyduje o jego zdrowiu nie on sam i mała wiara we własną konsekwencję w działaniach na rzecz zdrowia blisko co drugiego z badanych. Stwierdzono zatem zjawisko dysonansu polegające na uświadamianiu sobie jak ważne jest zdrowie i poczuciu własnej bezsilności w stosunku do niego, lub wręcz lekceważenia, gdy za wskaźnik tego przyjąć dość powszechny brak refleksji o wpływie swoich codziennych zachowań na zdrowie.

Analiza motywów towarzyszących różnym sposobom oddziaływania na zdrowie wykazała, że gdy idzie o zachowania szkodliwe, to najczęściej występują dwa sposoby ich racjonalizowania. Pierwszy odwołuje się do przyzwyczajenia, potrzeby odczuwania przyjemności i wolności wyboru. Drugi traktuje takie działania jako strategię radzenia sobie ze stresem. Do zachowań prozdrowotnych popychała badanych najczęściej świadomość znaczenia zdrowia, w tym szczególnie jako czynnika warunkującego zarobkowanie. Dwie inne grupy powodów to, z jednej strony, pragnienie by dobrze się czuć i wyglądać, doświadczać przyjemności związanej z realizacją takich działań (motywacja „do”). Z drugiej pojawienie się niepokojących symptomów i obawa przed wysokimi kosztami i niską jakością leczenia w Polsce (motywacja „od”) (12). Pasywność tłumaczono głównie niejednoznacznością zaleceń na temat tego, jak zdrowo żyć i brakiem silnej woli.

Analiza myślenia o zdrowiu w kontekście pracy zawodowej wykazała specyficzne odseparowanie tych sfer, zarówno w aspekcie własnych zachowań, jak i działań firmy jako organizacji reprezentującej tę dziedzinę życia. Okazało się bowiem, o czym już wspomniano, że wprawdzie często badani starali się dbać o zdrowie po to, by móc dłużej i sprawniej pracować, ale kojarzyli to głównie z zachowaniami realizowanymi poza pracą, w życiu codziennym. Spektakularną ilustracją takiego podejścia jest ustalenie, że niespełna 2% badanych traktowało skrupulatne przestrzeganie przepisów bhp jako jedno z działań najbardziej korzystnych dla własnego zdrowia, a siedem razy więcej takie znaczenie przypisywało zażywaniu witamin, odżywek czy ziół bez zaleceń lekarza. Analogiczne zjawisko wystąpiło w przypadku zachowań traktowanych jako szkodliwe dla zdrowia. Łamanie zasad bhp ujmowane było jako właśnie tego rodzaju postępowanie

również przez niespełna 2% respondentów. Ponadto ponad połowa pracowników miała poczucie braku kontroli nad tym, co się dzieje z ich zdrowiem podczas wykonywania obowiązków służbowych. Jeśli idzie o zakład pracy to 60% badanych było zdania, że tam gdzie oni są zatrudnieni nie dba się o zdrowie załogi lub zwraca się uwagę tylko na przestrzeganie przepisów bhp, resztę traktując jako prywatną sprawę pracowników. Dobre zdrowie nie liczy się też, gdy chcemy zachować bądź utrzymać stanowisko (być może gdyby pytano o schorzenia, korzystanie ze zwolnień lekarskich wyniki byłyby odmienne). Dbanie o zdrowie bądź szkoderanie mu nie było też przedmiotem zainteresowania kolegów z pracy co prawie trzeciego respondenta. Zatem na gruncie świadomości badanej populacji o zdrowie trzeba dbać, by zarabiać na życie, ale praca nie jest sferą gdzie się to realizuje. Zaobserwowano jednak, że dziewięciu na dziesięciu badanych chciało, by firma, w której są zatrudnieni, bardziej angażowała się w zdrowie pracowników, podejmując działania wykraczające poza obligacje prawne. Można zatem mówić o powszechnym oczekiwaniu, by zakłady pracy stawały się środowiskiem wspierającym zdrowie.

Populacja starszych pracowników reprezentowała, generalnie rzecz ujmując, bardzo zbliżony stosunek do zdrowia w analizowanych obszarach do młodszych wiekiem. Za cechę wyróżniającą czterdziesto- i pięćdziesięciolatków można uznać ich „zmedykalizowany fatalizm”. Polegał on na częstszym rozumieniu, że zachowanie zdrowia to warunek realizacji planów życiowych przy równoczesnym ograniczonym postrzeganiu możliwości oddziaływania na jego stan. Zdrowie zdaniem starszych pracowników zależało bowiem od tego, jaki organizm się odziedziczy. Później to już głównie naturalny proces jego zużywania się, na który niewiele można poradzić. W konsekwencji, przechodząc do spraw własnego zdrowia, przedstawiciele badanej grupy częściej zakładali, że będzie się ono pogarszać, właśnie na skutek starzenia i chorób (ponadto stresującego życia). Stąd działania prozdrowotne kojarzyli głównie z poddawaniem się badaniom oraz stosowaniem do zaleceń lekarza, a obawiali się złej jakości usług medycznych, ograniczonej dostępności do nich i wysokich kosztów z tym związanych. Ten styl myślenia odzwierciedlił się także w postrzeganiu relacji między zdrowiem a pracą zawodową. Starsi pracownicy częściej uważali, że są gorzej traktowani przez swych pracodawców i oczekiwali od nich głównie zapewnienia dostępu do lekarza zakładowego (czyli rekompensowania niedostatków systemu ochrony zdrowia w Polsce). Chcieli też, by kadra zarządzająca przedsiębiorstwami redukowałą sytuację generującą stres. Młodszy pracownicy częściej uświadamiali sobie, że zdrowie pogarsza się nie tylko po wpływie starzenia się czy stresu, ale również wykonywanej pracy i własnych antyzdrowotnych zachowań. Troskę o zdrowie kojarzyli natomiast np. z aktywnością fizyczną i w tej sferze częściej oczekiwali wsparcia ze strony zakładu pracy.

Tak więc, aczkolwiek obie grupy charakteryzowały się zbliżonym poczuciem podmiotowości wobec zdrowia, starsi

pracownicy wyraźniej swoją odpowiedzialność za jego stan kojarzyli z kontaktami z profesjonalistami medycznymi. Młodszy częściej dostrzegali rolę innych zachowań, związanych z odżywianiem się, aktywnością fizyczną itp., jako wyznaczników stanu zdrowia. Znalazło to zresztą swoje odzwierciedlenie w sposobach postępowania obu grup. Czterdziesto- i pięćdziesięciolatkowie realizowali nieco gorsze wzory postępowania niż dwudziesto- i trzydziestoletni w zakresie palenia tytoniu, aktywności fizycznej, radzenia sobie ze stresem. Jeśli idzie o tzw. klasyczne zachowania zdrowotne, lepiej postępowali wyłącznie w kwestii odżywiania, za to częściej kontrolowali z własnej inicjatywy stan zdrowia.

WNIOSKI

Przeprowadzona analiza wykazała, że pracownicy starsi (w wieku 45–55 lat) nie różnią się zasadniczo od młodszych (w wieku 25–35 lat) stanem swoich zachowań i świadomości zdrowotnej. Oznacza to, że z tego punktu widzenia nie ma podstaw do zalecania by, planować i realizować odrębne dla poszczególnych grup wiekowych programy prozdrowotne w zakładach pracy. Znacznie większą specyfiką cechowały się grupy wyróżnione ze względu na odmienny poziom wykształcenia i sytuacji materialnej, co ewentualnie może stanowić lepszą podstawę do różnicowania działań w tego rodzaju przedsięwzięciach. Za wdrażaniem programów wspólnych dla różnych grup wiekowych przemawia dodatkowo fakt, że pracownicy starsi mają poczucie, że są gorzej traktowani w firmach, w których pracują. Wydzielanie ich w osobną grupę i zaferowanie działań na rzecz zdrowia, choć obiektywnie korzystne, mogłoby więc zostać odebrane negatywnie, jako przejaw stygmatyzacji.

Główne problemy, na rozwiązanie których powinny być nakierowane programy prozdrowotne dla pracujących, to: 1) niski poziom refleksji na temat wpływu własnego postępowania na zdrowie oraz tendencja do pozytywnego oceniania pod tym kątem (pomimo braku wglądu) własnego stylu życia, 2) znaczny poziom poczucia bezsilności wobec własnego zdrowia, spowodowany przekonaniami o braku silnej woli w realizowaniu prozdrowotnych działań oraz poczuciem przytłoczenia codziennymi problemami i kłopotami, 3) usprawiedliwianie własnej bierności w sferze zdrowia niejednoznacznością przekazów edukacyjnych, 4) racjonalizowanie zachowań szkodliwych dla zdrowia poprzez odwoływanie się do takich cenionych wartości, jak wolność wyboru, przyjemność, a przede wszystkim przypisywanie im funkcji redukowania stresu, 5) poczucie braku kontroli nad czynnikami środowiska pracy, które negatywnie oddziałują na zdrowie 6) postrzeganie zakładu pracy jako organizacji i społeczności niezaangażowanej w sprawy zdrowia pracowników i niedoceniającej jego znaczenia, 7) niski poziom realizacji prozdrowotnych strategii postępowania. Ponadto jeśli idzie o pracowników starszych wiekiem uwzględnić należy ich tendencję do lokalizowania swojej aktywności na rzecz zdrowia głównie w obszarze korzystania z usług medycznych.

Struktura i charakter tych problemów jednoznacznie wskazują, że działania na rzecz zdrowia pracowników, w tym starszych wiekiem, powinny być realizowane w firmach w postaci zakładowych programów promocji zdrowia. Już sama metodologia inicjowania, planowania, wdrażania i oceny przedsięwzięć tego rodzaju, opierająca się na zasadzie aktywizowania pracowników, może stanowić dobrą podstawę do rozwijania refleksji na temat zależności stanu zdrowia od trybu życia, jaki się prowadzi, i kreowania odpowiedzialności za decyzje tego rodzaju, w tym również w sferze pracy. Ponadto programy promocji zdrowia nie ograniczają się do edukacji, ale koncentrują się na wprowadzaniu różnorodnych zmian w funkcjonowaniu firmy (w obszarze środowiska społecznego, organizacyjnego i materialnego) celem udzielania niezbędnego wsparcia dla kontynuowania zachowań prozdrowotnych, co wydaje się czynnikiem trudnym do przecenienia w sytuacji, w której mamy do czynienia z powszechnym brakiem wiary we własną wytrwałość oraz oczekiwaniami by zakład podejmował ponadobligatoryjne działania dla zdrowia, np. zapewniał zdrowe, wygodne, nie-stresujące warunki pracy i ułatwiał pracownikom dostęp do usług medycznych.

Jeśli idzie o konkretne rozwiązania w ramach zakładowych programów promocji zdrowia, to warto zwrócić uwagę przede wszystkim na 4 kwestie. Po pierwsze, jeśli idzie o angażowanie pracowników do uczestnictwa w programie, należy właściwie wykorzystać działania o charakterze medycznym (tj. dodatkowe badania stanu zdrowia, szczepienia, indywidualne porady dotyczące zmiany przyzwyczajzeń). Tego rodzaju wsparcia najczęściej oczekiwali właśnie zatrudnieni starsi wiekiem, zatem może to ich pozytywnie nastawiać do innych przedsięwzięć. Gdy idzie o pozostałych, ich uwzględnienie stwarza sytuację, w której pracownicy coś otrzymują, a to zgodnie ze znanymi regułami wyzwala potrzebę dalszego współdziałania. Jest to też sposób indywidualizowania oddziaływań, a więc sprzyja ich skuteczności. Nie oznacza to oczywiście, że program ma być „przeładowany” działaniami medycznymi. Należy je stosować szczególnie na początku (funkcja motywująca, element planowania celów programu) i uzupełniać elementami o innym charakterze. Po drugie, jeśli idzie o działania edukacyjne należy zwracać szczególną uwagę, by przekazy były jasne, zrozumiałe, a przede wszystkim wewnętrznie spójne. Wskazane też jest odwoływanie się do sprawdzonych autorytetów, ale i ujawnianie obszarów, w których nie ma pewnych, naukowych ustaleń, a zatem trzeba poszukiwać własnych rozwiązań. Po trzecie, kształtowanie zachowań prozdrowotnych pracowników nie powinno odbywać się bez udziału specjalistów od wywierania wpływu społecznego. Wiedza profesjonalistów medycznych sprofilowana na chorobę często nie wystarcza, by dobrać adekwatne formy oddziaływania w zakresie prozdrowotnej motywacji i postaw. Zdiagnozowane mechanizmy wypierania, rozliczne racjonalizacje usprawiedliwiające bierność w sferze zdrowia lub realizowanie zachowań szkodliwych wymagają

stosowania metod i sprawdzonych technik oddziaływania na świadomość, wypracowanych m.in. na gruncie psychologii i socjologii. Oznacza to też, że tradycyjne działania edukacyjne powinny zostać wzbogacone o zajęcia (np. warsztaty), w ramach których pracownicy uczyliby się identyfikować własne mechanizmy obronne i stosowane racjonalizacje oraz nabywaliby umiejętności radzenia sobie z nimi.

Po czwarte, w myśleniu o zdrowiu badanej populacji przewija się często wątek stresu. Z jednej strony skarżono się na nadmierne reagowanie na sytuacje generujące stres i obawiano się, że będzie to negatywnie wpływało na stan zdrowia. Z drugiej, bardzo rzadko oczekiwano, by firma organizowała szkolenia i ćwiczenia przeciwdziałania skutkom silnego stresu, za to podejmowanie zachowań szkodliwych dla zdrowia uzasadniano potrzebą radzenia sobie z nim. Przy czym starsi pracownicy częściej narzekali na to, że trudniej radzą sobie ze stresem, który ich dotyka, i częściej niż młodszy rozwiązaniem tego problemu poszukiwali w działaniach innych, np. kadry zarządzającej, która powinna powodować, by praca była mniej stresująca. Zatem problematyka związana z tym zjawiskiem powinna być uwzględniana przy konstruowaniu celów zakładowych programów promocji zdrowia. Nie do przecenienia są próby poszukiwania i wdrażania rozwiązań redukujących sytuacje generujące stres. Należy również prowadzić działania edukacyjne, przybliżające istotę i nieuchronność tego zjawiska, ale przede wszystkim uczące pracowników prostych, sprawdzonych metod obniżających napięcie związane z nadmiernym stresem. Kwestią kluczową jest też eliminowanie przekonań nt. odstresowującego działania zachowań szkodliwych dla zdrowia, np. palenia tytoniu.

PIŚMIENNICTWO

1. Walter A.: *Managing an Ageing Workforce. A Guide to Good Practice.* Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 1998.
2. Pawlicki J.: *To idzie starość. Raport Komisji Europejskiej.* Gazeta Wyborcza, 3 kwietnia 2002.
3. Karski J.B.: *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia.* CeDeWu, Warszawa 2003.
4. *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion Charter for Health Promotion, Ottawa 1986.*
5. Parish R.: *Analinity of health promotion in the workplace.* W: *Quality Management in Workplace Health Promotion.* Schrifreiereihe der Bundestatt fur Arbeitsschutz und Arbeitmedizin, Dortmund, Berlin 1997.
6. Dudgill L., Springelt J.: *Evaluating health promotion programmes in the workplace.* W: Rotman J., Goodstgadt M., Hyndman B., Mc Queen D.U., Potwin L., Spingett J., Ziglio E. [red.]. *Evaluation in Helath Promotion.* European Series, No. 91. WHO Regional Publications, Copenhagen 2001.
7. *Rocznik Demograficzny 2002.* GUS, Warszawa 2002.
8. Herzlich C.: *Health and Illness. A social-psychological analysis.* Academic Press, London 1973.
9. Puchalski K., Korzeniowska E., Piwowska-Pościk L.: *Aktywność zdrowotna a świadomość potoczna.* Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999.

-
10. Korzeniowska E.: Pozycja zdrowia w społecznych systemach wartości pracowników przemysłu. W: Gniazdowski A. [red.] Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1990.
11. Korzeniowska E.: Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.
12. Hogan K.: Psychologia perswazji. Strategia i techniki wywierania wpływu na ludzi. Jacek Santorski & CO, Warszawa 2001.