

Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników

Redakcja naukowa:
Krzysztof Puchalski
Elżbieta Korzeniowska

Promocja zdrowia w zakładzie pracy: wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników

Redakcja naukowa:

Krzysztof Puchalski

Elżbieta Korzeniowska



Publikacja pt.
„Promocja zdrowia w zakładzie pracy:
wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników”

opracowana przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera,
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy,
w ramach umowy z Ministerstwem Zdrowia na realizację
Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, w ramach projektu pt.
„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 6/1/1.4.4/NPZ/2016/312/1661).

Cel 1: Poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.
Zadanie 1.4.4: 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.

Projekt koordynowany przez
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi im. prof. J. Nofera

Adres: 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
Strona internetowa: www.promocjazdrowiawpracy.pl
Facebook: www.facebook.com/KrajoweCentrumPromocjiZdrowiaWMiejscuPracy

Koordinator Projektu: dr Elżbieta Korzeniowska

Zespół wykonawców Projektu:
mgr Eliza Goszczyńska, mgr Marta Janiszewska-Desperak,
mgr Kamila Knol-Michałowska, mgr Alicja Petrykowska,
dr Piotr Plichta, dr Krzysztof Puchalski, dr hab. Jacek Pyżalski, prof. UAM

Copyright © by Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2017

Redakcja naukowa:
dr Krzysztof Puchalski
dr Elżbieta Korzeniowska

Recenzent naukowy:
dr hab. Andrzej Boczkowski, prof. UO

Redakcja wydawnicza: Sylwester Wolak
Redakcja techniczna: Piotr Chruścicki
Korekta: Edyta Lenart
Projekt okładki: Piotr Chruścicki

ISBN 978-83-64462-29-0
Wydawca: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra Jerzego Nofera, 2017
ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348 Łódź



INSTYTUT MEDYCyny PRACY IM. PROF. J. NOFERA



Zadanie finansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia
na lata 2016–2020

Egzemplarz bezpłatny

Spis treści

Wprowadzenie	5
Summary	10
Krzysztof Puchalski Zdrowie we współczesnym społeczeństwie	13
Eliza Goszczyńska, Marta Janiszewska-Desperak Główne problemy zdrowotne pracujących	37
Magdalena Olszanecka-Glinianowicz Otyłość a środowisko pracy	58
Ewa Chojnowska, Małgorzata Czernecka Wpływ nawyków żywieniowych na samopoczucie i efektywność w pracy	76
Eliza Goszczyńska Korzyści dla firm i instytucji wynikające z promocji zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej personelu	92
Elżbieta Korzeniowska Główne determinanty jakości zakładowych programów promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej	110
Jacek Pyżalski Jak dbać o zdrowie psychiczne pracowników, realizując projekty promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej?	136
Piotr Plichta Wykorzystywanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w działaniach promujących zdrowe odżywianie się i aktywność fizyczną	145
Katarzyna Lew-Kucharska, Julita Kazimierzczak, Grzegorz Słowik Zdrowie na Bank, czyli działania na rzecz odżywiania i aktywności fizycznej w Banku Zachodnim WBK	158
Dorota Niedbalska, Magdalena Mielcarek Promocja zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej jako element Strategii Zdrowotnej Volkswagen Poznań Sp. z o.o.	168
Noty o autorach	193
Załącznik	197

Wprowadzenie

Książka pt. „Promocja zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w zakładzie pracy” powstała w związku z realizacją Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (NPZ, 2016). Jednym z kierunków działań prowadzonych w ramach NPZ jest doskonalenie kompetencji kadr animujących prozdrowotne przedsięwzięcia (strategie, projekty, programy, oferty usług, wydarzenia, etc.) w zakładach pracy, skierowane na stymulowanie i wspieranie zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej pracowników. Zadanie to realizuje Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, komórka organizacyjna Instytutu Medycyny Pracy im prof. J. Nofera. Od 1996 r. Centrum animuje i bada procesy rozwoju promocji zdrowia w zakładach pracy w Polsce oraz ich uwarunkowania, ponadto wspiera firmy w ich działaniach na rzecz zdrowia pracowników, które nie są wymagane od pracodawcy z mocy prawa.

Odżywianie się i aktywność fizyczna to dwa obszary popularnie rozumianego stylu życia, które – zgodnie z naukowymi ustaleniami, ale i w przekonaniach większości społeczeństwa – są szczególnie istotne wśród ogółu uwarunkowań zdrowia. Są to też najważniejsze czynniki pozwalające przeciwdziałać rozpowszechnianiu się w społeczeństwie otyłości i nadwagi, a problemy te dotyczą już częściej niż co drugiej dorosłej osoby (według niektórych danych nawet ponad 60%). Otyłość, będąca odrębną jednostką chorobową, jest przyczyną wielu innych chorób cywilizacyjnych i stąd jej epidemia uznawana jest współcześnie za jedno z kluczowych zagrożeń dla zdrowia społeczeństwa.

Ważną rolę w przeciwdziałaniu otyłości, ale też szerzej – w upowszechnieniu prozdrowotnych stylów odżywiania się i aktywności fizycznej w społeczeństwie, mogą pełnić zakłady pracy. One też, poprzez panujące w nich niekorzystne warunki pracy, mogą przyczyniać się do niezdrowego odżywiania się pracowników, ograniczenia ich aktywności fizycznej, zwiększenia ryzyka zachorowań na otyłość. Stąd zaangażowanie się firm w przeciwdziałanie tym negatywnym czynnikom oraz w promocję zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej nie jest jedynie ich prospołecznym wkładem w obszar zdrowia publicznego ani wyręczaniem państwa w jego konstytucyjnej powinności dbania o zdrowie obywateli. Może być natomiast, co pokazują liczne badania, opłacalną inwestycją w zasoby firmy, przynoszącą jej ekonomicznie wymierny zwrot z zainwestowanych środków, a także inne efekty prowadzące do wzrostu jej konkurencyjności rynkowej (m.in. dobry

wizerunek firmy i pracodawcy w oczach personelu oraz zewnętrznych interesariuszy, ograniczenie zjawisk prezentyzmu, absencji i rotacji, wzrost zaangażowania i produktywności pracowników, poprawa stanu zdrowia, samopoczucia i energii personelu, wzmocnienie równowagi pomiędzy życiem zawodowym i osobistym pracowników, wsparcie dla tzw. zdrowia organizacji).

Ogólnopolskie reprezentatywne badania prowadzone systematycznie od końca lat 90. w średnich i dużych firmach przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy pokazują, że znacząca liczba przedsiębiorstw dobrowolnie angażuje się w różne działania na rzecz zdrowia pracowników (także w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej) chociaż nie wymaga tego od nich prawo. Mimo, że w początkach obecnej dekady nastąpił w tej kwestii wyraźny regres, to w ostatnim czasie liczba prozdrowotnie zaangażowanych firm zdecydowanie wzrosła. Dotyczy to zwłaszcza promocji zdrowego odżywiania się, bo wsparcie dla aktywności fizycznej od wielu lat obecne było w różnych formach w wielu, bo blisko w 2/5 średnich i dużych zakładów pracy.

Przywołane badania pokazują też, że zarządzaniem sprawami zdrowia w firmach obecnie coraz częściej zajmują się nie tylko i nie tyle lekarze służby medycyny pracy oraz specjaliści BHP, co różne inne profesje, głównie dział HR, ale także przedstawiciele najwyższego kierownictwa. Często są to osoby, dla których ochrona i promocja zdrowia personelu są nowym tematem, wykraczającym poza ich przygotowanie zawodowe. Podczas licznych rozmów osoby te ujawniały potrzebę pogłębiania swojej wiedzy dotyczącej realizacji skutecznych działań i programów prozdrowotnych w firmie, także inspiracji do rozwijania i podnoszenia jakości już realizowanych przedsięwzięć. Dostrzegają one też, że oparcie inwestycji w zdrowie personelu o szybko upowszechniający się outsourcing usług prozdrowotnych nie zawsze prowadzi do pożądaných efektów. Innym zjawiskiem obserwowanym obecnie w firmach jest rozproszenie odpowiedzialności za zarządzanie sprawami zdrowia pomiędzy różnymi działami czy zespołami w ich strukturze, a także niedostatek integracji przedsięwzięć służących zdrowiu. Inaczej podchodzi do zdrowia dział BHP, inaczej dział świadczeń pozapłacowych, dział szkoleń, dział CSR lub wizerunku, zespół ds. zarządzania absencją, wiekiem, różnorodnością, etc.

W książce tej podjęta jest próba łączenia tych różnych perspektyw w ramach koncepcji promocji zdrowia w pracy. Mogą z niej korzystać wszystkie działy i profesje zajmujące się zdrowiem w przedsiębiorstwie, a jednocześnie może być ona świetną płaszczyzną integracji tych działań. Chociaż promocja zdrowia kładzie akcent na zdrowie i główne jego uwarunkowania, to jednocześnie wpisuje je w społeczny i biznesowy kontekst funkcjonowania firmy.

Publikacja kierowana jest głównie do kadry menedżerskiej średnich i dużych zakładów pracy (przedsiębiorstw zróżnicowanych branż, także instytucji publicznych) oraz do osób odpowiedzialnych za zarządzanie sprawami szeroko pojętego zdrowia personelu, jak również do reprezentantów organizacji pracowniczych, członków społecznej inspekcji pracy, zakładowych komisji socjalnych, komisji ds. bezpieczeństwa pracy i innych, dla których ważna jest ta problematyka.

Jej adresatami są też osoby spoza zakładów pracy, ale związane ze zdrowiem pracujących, m.in. reprezentanci służby medycyny pracy oraz instytucji oferujących pracodawcom usługi prozdrowotne dla personelu (np. programy sportowe, dietetyczne, ubezpieczenia zdrowotne).

Pierwszy rozdział w tej książce zatytułowany „Zdrowie we współczesnym społeczeństwie” opisuje zdrowie tak, jak mogą je ujmować przedstawiciele zawodów niemedycznych. Omawia procesy społeczne, które prowadzą do wzrostu znaczenia zdrowia, a także przemiany sposobów pojmowania zdrowia, zachodzące na przestrzeni minionych kilku dekad. Pokazuje złożoność tego pojęcia, jaka występuje w praktyce społecznej. Analizuje sposoby myślenia o zdrowiu rozpowszechnione w świadomości społecznej, zwłaszcza wśród osób aktywnych zawodowo. Wskazuje te cechy i treści potocznego pojmowania zdrowia, które warto uwzględnić w działaniach prozdrowotnych, w tym komunikacyjnych, adresowanych do pracowników firm.

Rozdział „Główne problemy zdrowotne pracujących” pokazuje, że troska o ich zdrowie wymaga kompleksowego rozpoznania wyzwań zdrowotnych specyficznych dla personelu, a także ich przyczyn. Przedstawia główne problemy dotyczące zdrowia pracowników, które znacząco wpływają na ich funkcjonowanie zawodowe i w życiu codziennym. Ukazuje też te uwarunkowania wskazanych problemów, które pochodzą z niezdrowych zachowań pracowników i z ich środowiska pracy, a mogą być modyfikowane poprzez programy promocji zdrowia realizowane w firmach.

Kolejny rozdział „Otyłość a środowisko pracy” przedstawia zagadnienie z medycznego punktu widzenia. Ukazuje, że otyłość jest chorobą przewlekłą o charakterze postępującym, bez tendencji do samoistnego ustępowania, natomiast z tendencją do nawrotów. Z kolei nadwaga jest stanem, który nieleczony z czasem przechodzi w chorobę. Pokazuje też, że w krajach rozwiniętych częstość zachorowań na otyłość zwiększyła się istotnie w czasie ostatnich 50 lat, a to znacząco wpływa na obniżenie produktywności. Przykładowo, w Anglii zaobserwowano, że rocznie otyłość jest przyczyną 18 milionów osobodni nieobecności w pracy, 30 000 zgonów i 40 000 utraconych osobołat pracy zawodowej. Jednocześnie wiele potencjalnych przyczyn otyłości i nadwagi wiąże się ze środowiskiem pracy. Są to zwłaszcza: 1) niekorzystny sposób odżywiania (wynikający m.in. z braku warunków do regularnych posiłków w miejscu pracy, długich godzin pracy, powodujących długie przerwy pomiędzy posiłkami i spożywanie największych posiłków wieczorem lub w nocy), 2) zmniejszona aktywność fizyczna w czasie wolnym (wynikająca m.in. z pracy zmianowej, pracy w nadgodzinach, stresu związanego z pracą, zmęczenia), 3) niekonstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem generowanym w pracy (m.in. zajadanie, nadmierne spożycie alkoholu), 4) zaburzony sen (w efekcie m.in. nieregularnych i długich godzin pracy, stresu), 5) brak poczucia wsparcia społecznego i dyskryminacja w miejscu pracy osób z nadmierną masą ciała. Wskazane zostały też realne korzyści (krótko- i długoterminowe), jakie może odnieść pracodawca z profilaktyki otyłości w zakładzie pracy, a także skuteczne działania, które może podjąć w tym celu.

Rozdział „Wpływ nawyków żywieniowych na efektywność i samopoczucie w pracy” przedstawia proste zasady, wynikające z fizjologii oraz biochemii, których przestrzeganie może korzystnie wpłynąć na funkcjonowanie osób podczas pracy i lepsze jej efekty. Następnie opisuje czynniki dietetyczne (makroskładniki, witaminy, składniki mineralne oraz inne związki aktywne zawarte w składnikach pokarmowych) oraz produkty, których spożywanie wzmacnia lub osłabia kondycję układu odpornościowego, co przekłada się na realne wskaźniki absencji chorobowej w firmie. W trzeciej części omawia wpływ diety na układ nerwowy. Ukazuje rolę jej składników w dostarczaniu energii do pracy układu nerwowego, w regeneracji i produkcji neuroprzekazników (m.in. serotonina, dopamina), a także w jego ochronie (m.in. białka neurotroficzne).

Rozdział „Korzyści dla firm i instytucji z promocji zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej” przedstawia argumenty za tego typu wdrożeniami. Opiera się przy tym o dane z badań naukowych. W pierwszej części prezentuje korzyści dla zdrowia i psychospołecznego funkcjonowania personelu. Następnie omawia korzyści biznesowe dla zakładów pracy (tj. ograniczenie absencji chorobowej, prezentyzmu, fluktuacji kadry oraz możliwość kreowania lepszego wizerunku publicznego firmy). Przedstawia też wyliczenia konkretnych, wymiernych oszczędności ekonomicznych, jakie uzyskują pracodawcy wdrażający programy prozdrowotne dla swoich pracowników.

Rozdział „Główne determinanty jakości zakładowych programów promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej” omawia, jak zorganizować zespół odpowiedzialny za prozdrowotną aktywność firmy, wskazuje obszary jego współpracy z kadrą zarządzającą, a także wyzwania i problemy związane z obiegiem informacji dotyczących działań na rzecz zdrowia w firmie. Wskazuje na potrzebę wzmacniania motywacji personelu do udziału w przedsięwzięciach programu i wprowadzania prozdrowotnych zmian w stylu życia, a jednocześnie kreowania atmosfery tolerancji i życzliwego wsparcia dla pracowników, którym zdrowe odżywianie lub/i aktywność fizyczna sprawiają kłopot. Optuje za organizowaniem działań na rzecz zdrowia personelu w ramach spójnego programu/projektu, a nie tylko okazjonalnych akcji. Omawia kwestię określania celów w programach promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w firmie w oparciu o diagnozę potrzeb i oczekiwań jej personelu. Wskazuje też na znaczenie bieżącego monitoringu działań i oceny ich efektów.

W rozdziale „Jak dbać o zdrowie psychiczne pracowników realizując projekty promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej” analizowane są związki zdrowia fizycznego i psychicznego. Ich wzajemne powiązania sprawiają, że w kontekście planowania, wdrażania i ewaluacji programów promocji zdrowia w miejscu pracy powinny być one traktowane w sposób holistyczny. Przedstawiono praktyczne rozwiązania, które bazują na rozumieniu powiązań zdrowia fizycznego i psychicznego pracowników oraz zarysowano metodykę działania pozwalającą te związki w optymalny sposób uwzględnić.

Rozdział „Wykorzystywanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w działaniach promujących zdrowe odżywianie się i aktywność fizyczną” jest próbą

określenia stanu wiedzy na ten temat. Wiedza ta przedstawiona jest w kontekście możliwości jej wykorzystania w promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w miejscu pracy. Omówione są również przykłady takich działań i wynikające stąd przesłanki dla osób zajmujących się w firmach działaniami prozdrowotnymi. Całość zamykają wnioski metodyczne.

Rozdziały zamykające książkę prezentują aktywność dwóch firm w szczególny sposób zaangażowanych w promocję zdrowia swojego personelu. Są to Bank Zachodni WBK S.A. oraz Volkswagen Poznań Sp. z o.o. BZ WBK od 2016 r. realizuje program prozdrowotny „Zdrowie na Bank”, oparty na czterech filarach tematycznych: „Jedz zdrowo”, „Bądź aktywny”, „Dbaj o siebie” i „Bądź ergo”. Z kolei VWP od 2013 r. integruje swoje liczne aktywności prozdrowotne w ramach Strategii Zdrowotnej Volkswagen Poznań Sp. z o.o., łączącej kwestie opieki medycznej, BHP, ergonomii miejsca pracy, edukacji zdrowotnej personelu, redukcji absencji, motywacji opartej na świadczeniach prozdrowotnych oraz związanych ze zdrowiem aktywności CSR. Ważne miejsce w Strategii zajmuje promocja i wsparcie dla zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej pracowników (m.in. dodatkowe badania i porady medyczne Checkup, cykl imprez biegowych VWP RUN, działalność Centrum Rehabilitacyjno-Sportowego VWP, Kalendarz aktywności profilaktycznych, prozdrowotna oferta menu w zakładowych kantynach).

Z uwagi na duże zainteresowanie menadżerów zarządzających sprawami zdrowia w firmach oraz przykładami możliwych do wdrożenia działań promujących zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną, oprócz opisów przygotowanych przez VWP i BZ WBK w załączniku zamieszczone zostały skrótowo przedstawione propozycje. Można je traktować jako „szwedzki stół”, z którego każdy wybierze coś odpowiedniego dla siebie i skomponuje w wykwinną całość.

Lektura tych wszystkich tekstów – z uwagi na ich objętość – może okazać się trudną dla osób, które łączą zainteresowania dotyczące zdrowia w firmie z wieloma innymi obowiązkami zawodowymi. Dlatego też na stronach internetowych Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (<http://promocjazdrowiawpracy.pl/>) zamieszczone zostały też krótkie broszury wprowadzające w zagadnienia szczególnie tutaj omówione (m.in. „Zarządzanie zdrowiem w zakładach pracy: aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie się. Informator dla pracodawców, dyrektorów HR i menadżerów zarządzających zdrowiem w firmach” oraz „Korzyści dla firmy z wdrożenia programu promocji zdrowia, aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się personelu. Rekomendacje ekspertów”).

Autorzy tekstów zamieszczonych w tym tomie oraz redaktorzy mają nadzieję, że większość Czytelników odnajdzie tu inspiracje dla własnej aktywności na polu promocji zdrowia w pracy. Z wdzięcznością przyjmujemy wszelkie uwagi dotyczące tego opracowania.

Z życzeniami przyjemnej i użytecznej lektury
Elżbieta Korzeniowska i Krzysztof Puchalski

Summary

“Promotion of health, healthy nutrition and physical activity at the workplace” (pol. “*Promocja zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w zakładzie pracy*”) is a book written within the scope of National Health Programme for the years 2016-2020 (Objective 1: Improvement of diet, state of nutrition and physical activity of the society. Task 1.4.4: Educational activities dedicated to employers, work establishment staff, labour organisations and occupational health experts with regard to development and animation of projects dedicated to the promotion of healthy nutrition and physical activity at the workplace). This task is executed by the National Centre for Workplace Health Promotion, located within the structures of the Nofer Institute of Occupational Medicine. Since 1996 the Centre has been animating and studying development processes of promotion of healthy nutrition and physical activity at the workplace in Poland and their conditioning. Additionally, the Centre supports companies in their activities performed for the benefit of their employees’ health that are not required by law.

This book is mainly dedicated to managers responsible for personnel wellbeing and other persons who recognise importance of the topic. It presents the issue of healthy nutrition and physical activity, which is significant for prevention of obesity and overweight, in a context of workplace health promotion programmes and strategies executed by employers on their own accord.

The first chapter - “Health in the modern society” discusses social processes that lead to the increased significance of health and change of its understanding within the last few decades. It presents the complexity of this issue as used in social practice. It provides analysis of the way of thinking of health that is present in public awareness, especially among the working population. This chapter addresses features and essence of common understanding of health that should be taken into consideration in pro-health activities, including communicative activities targeted to employees.

The chapter “Main health problems of working population” underlines that care for their health requires comprehensive recognition of health challenges typical for personnel and causes behind them. This chapter covers main health problems of employees, which have significant influence on their professional and private life. It also presents conditionings of these problems that are a result of employees’ unhealthy behaviours and their working environment, which could be modified

by promotion of healthy nutrition and physical activity at the workplace health promotion programs.

Next chapter, entitled “Obesity and work environment” shows that from medical point of view, obesity is a chronic condition of progressive nature that does not resolve spontaneously, but have a tendency to reverse. Overweight, on the other hand, is a condition that without treatment can become an illness. This chapter also shows that in highly developed countries the frequency of overweight cases notably increased within the last 50 years, which have a significant negative impact on employees’ productivity. For example, the research shows that in England obesity is a reason for 18 million man-days of sick leaves, 30 000 deaths and 40 000 lost man-years of work. At the same time, many potential causes of obesity and overweight are connected to the working environment. Those include in particular: 1) adverse nutrition (due to, among other things, lack of proper conditions to eat regularly at the workplace, long working hours which result in long breaks between meals and eating large portions at evening or night), 2) reduced physical activity at the free time (due to shift work, working overtime, stress connected to work, exhaustion), 3) non-constructive methods of coping with stress connected to work (i.e. stress eating, excessive alcohol consumption), 4) sleep disturbances (due to i.e. irregular and long working hours, stress), 5) lack of social support and discrimination of people with an excess weight problem at the workplace. This chapter also lists benefits (short and long-term) that employers may gain through obesity prevention programs at the workplace and efficient courses of action.

Next chapter “Impact of eating habits on the work efficiency and employees wellbeing” establish simple rules, resulting from physiology and biochemistry, which observance can positively influence functioning of employees at work and grant better work results. Then, it describes dietary factors (macrocomponents, vitamins, minerals and other active compounds included in nutrients) and products that improve or weaken immune system condition, which translates to factual sickness leave factors at the company. The third part of the chapter covers influence of a diet on the nervous system. It presents the role of dietary components in provision of energy to the nervous system, in regeneration and production of neurotransmitters (such as serotonin, dopamine) and in its protection (i.e. neurotrophic factors).

The chapter “Benefits for companies and institutions resulting from the promotion of health, healthy nutrition and physical activity” presents arguments for implementation of such workplace programmes. It is based on data collected from scientific research. Its first part presents benefits for personnel’s health and psychosocial functioning. Then it covers business benefits for the work establishments (such as limitation of sickness leaves, presenteeism, staff turnover and possibility to build a better company image). It also presents calculations of specific, measurable economic savings that employers can gain by implementing pro-health programmes for their employees.

The chapter “Main determinants of the quality of workplace health promotion programmes concerning healthy nutrition and physical activity” determines how to organise a team responsible for pro-healthy company policy, indicates the area of its cooperation with the management and sets challenges and issues connected to the flow of information concerning health promotion activities in the worksite. This chapter pinpoints the necessity to strengthen personnel motivation to take part in the programme activities and introduce pro-health changes to their lifestyle, simultaneously creating an atmosphere of tolerance and support to those employees for whom healthy nutrition and/or physical activity is problematic. It promotes organisation of activities for the health of employees within the scope of coherent programme/project and not only within occasional events. This chapter covers the topic of setting goals within healthy nutrition and physical activity workplace programmes on the basis of assessment of personnel needs and expectations. It also indicates the significance of ongoing monitoring of actions and evaluation of its effects.

In the chapter “How to take care of employees mental health by executing promotion of healthy nutrition and physical activity at the workplace” the connection between physical and mental health is analysed. Their mutual connection indicate that in respect of planning, implementation and evaluation of such workplace programmes, those elements should be treated comprehensively. This chapter specifies practical solutions that are based on understanding of connection between employees physical and mental health and outlines methodology of operations that allows to take that connection into consideration.

The chapter “Usage of Information and Communication Technologies in activities promoting healthy nutrition and physical activity” constitutes an attempt to determine the knowledge on this topic. This knowledge is presented with regard of the possibility to use it for the promotion of healthy nutrition and physical activity at the workplace. It provides examples of different forms of ICT usage in such activities. This chapter closes with methodological conclusions.

Closing chapters present activities conducted by two companies that are especially engaged in health promotion among their employees. Those companies are Bank Zachodni WBK S.A. and its “Zdrowie na Bank” (“BeHealthy”) programme and Volkswagen Poznań Sp. z o.o. which implements VWP Health Strategy programme.

Zdrowie we współczesnym społeczeństwie

Wstęp

Popularne powiedzenie głosi, że zdrowie jest sprawą zbyt poważną, by powierzyć je wyłącznie lekarzom. Stąd zdrowiem – w teorii i praktyce – zajmują się współcześnie także przedstawiciele innych profesji (m.in. dietetyki, psychologii, ale także ekonomii, socjologii, marketingu, nauk o zarządzaniu). Przykładowo, osobami odpowiedzialnymi za zarządzanie zdrowiem personelu w średnich i dużych firmach nie są już lekarze medycyny pracy, rzadko też specjaliści BHP, a najczęściej menadżerowie HR (Buck Consultants i Xerox, 2014; Puchalski i Korzeniowska, 2017). Zdrowiem interesuje się również coraz więcej zwykłych obywateli. Wkroczenie tych różnych punktów widzenia w obszar tradycyjnych zainteresowań medycyny powoduje, że pojęcie zdrowia zmienia i różnicuje swoje znaczenia, a to wpływa na definiowanie problemów i potrzeb zdrowotnych, kształtuje społeczne oczekiwania dotyczące zdrowia, wyznacza sposoby ich zaspokajania, kryteria oceny stanu zdrowia społeczeństw i osób, celów i efektów polityk prozdrowotnych, etc.

Zdrowie jest dla wielu osób oczywistym pojęciem, niewymagającym dyskusji. Dawno zostało już ono wyraźnie zdefiniowane i na tym opiera się od lat działanie instytucji ochrony zdrowia. Inni przyjmują, że każdy intuicyjnie czuje co to jest zdrowie i że to umożliwia porozumienie między ludźmi. Jednak niektórzy kwestionują tę powszechną zgodę. Różnice mogą ujawnić się np. wtedy, gdy pacjent dobrze ocenia swoje zdrowie, mimo że lekarz diagnozuje u niego kilka chorób przewlekłych; gdy w firmie wskaźniki absencji chorobowej dają inny obraz zdrowia personelu niż uogólnione wyniki badań medycyny pracy lub raport dostawcy usług medycznych, oparty o analizę świadczeń udzielonych pracownikom; gdy pracownicy twórczo i produktywnie wykonują swoje zadania, mimo że pracodawca źle ocenia ich zdrowie. Podobne rozbieżności mogą pojawić się wtedy, gdy zdrowie personelu staje się jednym z celów strategii HR, CSR czy budowania wizerunku firmy. Czy oznacza ono jak najniższą bieżącą absencję chorobową, czy jak najmniej chorób w dłuższej perspektywie czasowej, nawet jeżeli wiąże się to z aktualnym podwyższeniem absencji?

Czy miarą jego osiągnięcia jest dobre samopoczucie pracowników, prozdrowotne zmiany w ich stylu życia, czy brak chęci lub konieczności rezygnowania z pracy przed osiągnięciem wieku emerytalnego? Czy spełnienie prawnych wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zasponsorowanie pracownikom abonamentów medycznych pozwoli osiągnąć wyznaczony cel? Podobne pytania można oczywiście mnożyć.

Celem tego rozdziału jest syntetyczne ukazanie, jakie są współczesne tendencje przemian w społecznym stosunku do zdrowia i sposobach jego definiowania. Przedstawione będą wyniki badań ukazujące jak jest ono pojmowane przez mieszkańców Polski – zwłaszcza populację pracujących. Zdrowie tej grupy, wcześniej często marginalizowane w polityce społecznej, nabiera współcześnie szczególnego znaczenia w kontekście przemian demograficznych i nasilającej się potrzeby podtrzymywania produktywności starzejącej się populacji.

Spółeczeństwo zdrowia

Żyjemy w społeczeństwie ponowoczesnym, demokratycznym, informacyjnym, globalnym, ryzyka, etc. Żyjemy też w społeczeństwie zdrowia, co kilkanaście lat temu ogłosiła Ilona Kickbusch (2005; 2007), zaliczana do ścisłego grona autorów rozwijanej przez WHO koncepcji promocji zdrowia. Inspiracją do tego stwierdzenia była obserwacja, że zagadnienia dotyczące zdrowia coraz silniej spleatają się z życiem społecznym, że rozszerza się w nim zakres zjawisk powiązanych ze zdrowiem i że zdrowie nabiera coraz większego znaczenia w kwestiach demograficznych, gospodarczych, politycznych, w życiu codziennym obywateli. Ilustruje to sześć procesów.

Pierwszy to radykalne przemiany sytuacji demograficznej. Objawiają się one m.in. wzrostem długości życia, spadkiem liczby urodzeń, liczebnym wzrostem grupy w wieku senioralnym, wzrostem udziału coraz starszych osób w populacji pracujących. Przykładowo, w krajach OECD średnia oczekiwana długość życia wzrosła w latach 1970–2015 o ponad 10 lat – z 70,1 do 80,6 (w Polsce z 70,0 do 77,6) (OECD, 2017). Zwiększa się obciążenie coraz dłużej żyjących obywateli chorobami przewlekłymi i innymi problemami zdrowotnymi (w Polsce co druga osoba pracująca choruje przewlekłe – GUS, 2016), a to coraz bardziej obciąża systemy opieki medycznej, ubezpieczeń zdrowotnych i zabezpieczeń społecznych. Jednocześnie wzrasta poziom wykształcenia i zamożności społeczeństwa, a wraz z tym poprawia się jego stan zdrowia opisywany innymi wskaźnikami niż choroby, np. poprzez samoocenę czy zadowolenie ze zdrowia. Z drugiej strony społeczeństwo rozwarstwia się – rosną wskaźniki zdrowia wysoko sytuowanych grup, a w grupach z deficytami wykształcenia i dochodów zdrowie pozostaje w stagnacji lub pogarsza się.

Kolejnym jest ekspansywny rozwój systemu opieki medycznej – wynikający nie tylko ze wzrostu potrzeb i oczekiwań obywateli, ale też z rozwoju nauki, nowoczesnych technologii oraz mechanizmów rynkowych. Odzwierciedla to

świadomość społeczna – blisko ośmiu na dziesięciu Polaków wyraża przekonanie, że nowe technologie w medycynie pozwolą im zachować dobre zdrowie. Podobnie 3/4 sądzi, że technologie medyczne pozwolą im dłużej żyć (Philips Polska, 2010, s. 17). Jednocześnie co drugi Polak ocenia (w innych krajach UE oraz Stanach Zjednoczonych średnio 3/4 obywateli), że technologiczny postęp medycyny znacząco przyczynił się do poprawy jego dobrostanu (CSA-Europ Assistance Health Barometer, 2012, s. 35). Postęp ten w wielu krajach pochłania coraz większą część ich PKB, a także ma coraz większy udział w wydatkach gospodarstw domowych i indywidualnych osób. Nie omija to też wydatków przedsiębiorstw, wynikających z prawnych obligacji do ochrony zdrowia pracowników oraz z dobrowolnych inwestycji firm w zdrowie personelu. Przykładowo, w 2017 r. nieobligatoryjne pakiety medyczne sponsorowała swoim pracownikom już częściej niż co czwarta firma w Polsce zatrudniająca powyżej 50 osób (Instytut Badawczy Randstad, 2017).

Wewnątrz systemu medycznego, a może bardziej poza jego granicami rozrasta się i różnicuje rynek produktów, usług oraz informacji powiązanych ze zdrowiem. To m.in. rozwój portali internetowych oferujących wiedzę medyczną, społeczności skupionych wokół tematyki zdrowotnej, infrastruktur i usług związanych ze zdrowym stylem życia (centrów spa, gabinetów dietetycznych, aplikacji m-health, diagnoz online, praktyk coachingu zdrowotnego i in.). To także coraz szersza oferta i agresywny marketing leków do samodzielnego stosowania, tzw. żywności funkcjonalnej, różnorodnych produktów (np. okien, paliw, cukierków) reklamowanych jako „zdrowe”, etc. Przemianom tym towarzyszy wzrost znaczenia jakie w debatach publicznych (politycznych, medialnych, społecznościowych) uzyskują zagadnienia zdrowia, opieki medycznej, odpowiedzialności za zdrowie. To również potoczne dyskusje i spory na temat najlepszych sposobów leczenia, radzenia sobie z problemami zdrowotnymi itp.

Z powyższym wiąże się kolejny proces – rosnące znaczenie zdrowia i prawa do niego w gronie kluczowych wartości zawartych w nośnych społecznie ideach demokracji, praw obywatelskich, społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw i in. Przykładowo, dobre zdrowie i jakość życia to trzeci cel wśród 17 Globalnych Celów Zrównoważonego Rozwoju, ogłoszonych przez ONZ w 2015 r. Cel ten coraz częściej uwzględniany jest w raportach społecznie odpowiedzialnych firm w Polsce (zob. Forum Odpowiedzialnego Biznesu, 2016).

Ostatnią kwestią jest wysokie umiejscowienie zdrowia w hierarchiach dążeń, celów, wartości i preferencji obywateli. Przykładowo, co trzecia osoba w Polsce ma poczucie, że najwięcej swojego czasu i energii poświęca zdrowiu i jego ochronie. Bardziej absorbuje tylko życie rodzinne i praca (CBOS, 2008). Jednocześnie blisko 70% pracowników zróżnicowanych firm stwierdza, że duże znaczenie ma dla nich to, by pracodawca poważnie traktował ich zdrowie i samopoczucie. Ponad 2/5 chce w przyszłości rozważać pracę tylko w takich firmach, które priorytetowo traktują zdrowie pracowników, natomiast co czwarty deklaruje, że odejdzie z aktualnej pracy, jeśli pracodawca nie zacznie poważnie podchodzić do tych jego potrzeb. Ponadto co trzeci pracownik oczekuje, by jego firma bardziej wspierała aktywność fizyczną personelu i tyle samo liczy na większe wsparcie dla zdrowego odżywiania (Pracodawcy RP i Lux Med, 2014).

Krótką (bardzo) historia przemian w pojmowaniu zdrowia

Zdecydowana większość działań współczesnych instytucji ochrony zdrowia skierowana jest nie tyle na zdrowie, ile na chorobę – zwalczanie jej, rzadziej zapobieganie. Wynika to z tradycji rozwoju naukowej medycyny, która począwszy od epoki Oświecenia czyniła zdrowie pustym pojęciem, bo oznaczającym tylko brak choroby. Wśród przyczyn chorób poszukiwała głównie biologicznych czynników, swoiście przypisanych do danej choroby. Dopiero w połowie minionego wieku nabrały formalnego znaczenia także takie idee, które poszerzyły i zmieniły ten sposób pojmowania zdrowia.

Przełomem stała się definicja ogłoszona w 1948 r. w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Określono w niej, że zdrowie jest nie tylko brakiem choroby, ale także pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu. Stało się to impulsem do zwrotu w kierunku tzw. pozytywnego ujęcia zdrowia, czyli wypełnionego treścią, ponadto do dowartościowania jego psychicznych i społecznych aspektów, także do uświadomienia silnych powiązań definicji zdrowia z przemianami wartości społecznych, położenia akcentu na subiektywne poczucie zdrowia, jak również do prób całościowego opisu jego złożoności.

Wraz z tym nowym ujęciem zainteresowano się nie tylko przyczynami chorób, ale też warunkami (zasobami) sprzyjającymi utrzymaniu dobrego zdrowia. Warunki te, wymieniane w dokumentach WHO w kontekście nowej definicji, to głównie elementy środowiska społecznego, takie jak m.in. dostęp do wykształcenia, swobody obywatelskie, komunikacja międzyludzka, zatrudnienie i dobre warunki pracy, możliwości oszczędzania i wypoczynku. Nieco później socjolog Aaron Antonovsky (1996) podjął próbę odpowiedzi na pytanie, jak to możliwe, że nawet w niesprzyjających warunkach zewnętrznych ludzie są w stanie utrzymać dobry stan zdrowia. W efekcie – paradoksalnie dla socjologa – odwrócił uwagę od warunków społecznych w kierunku indywidualnych zasobów odpornościowych, o znaczącym komponencie psychicznym.

Definicja WHO uczyniła dobrostan psychiczny i społeczny równorzędnym wobec fizycznego. Ten ostatni – który jako obszar kompetencji medycyny nie będzie tu analizowany – w szerszym znaczeniu został powiązany z modnym pojęciem fitness, odczytywanym jako sprawność, siła i energia, witalność, atrakcyjny wizerunek ciała. W takim ujęciu choroba nie jest już alternatywą zdrowia – osoby z rozpoznaną chorobą, cierpiące nawet na kilka chorób przewlekłych, mogą być energiczne, dobrze się czuć, sprawnie wykonywać codzienne czynności, a więc cieszyć się zdrowiem w jego szerokim znaczeniu.

Psychiczny aspekt zdrowia – w jego ogólnym znaczeniu, a nie osobno definiowanym zdrowiu psychicznym – został utożsamiony z dobrym samopoczuciem, a także z poczuciem wewnętrznej harmonii, optymalnym poziomem stresu, zadowoleniem z życia, poczuciem samorealizacji i spełnienia itp. W takich znaczeniach zdrowie staje się bliskie popularnemu pojęciu wellness. Zbliży się też do różnie

pojmowanego zdrowia duchowego (Schmidt, 2000), które z obszaru teologii i filozofii wkracza w sferę nauki i traktowane jest jako kolejny, czwarty już aspekt zdrowia, na ogół łączący się z wartościami moralnymi i sensem życia.

Dobrostan społeczny wiąże się natomiast z tzw. społeczno-funkcjonalną koncepcją zdrowia, przedstawioną przez Talcotta Parsonsa w początkach lat 50. ubiegłego stulecia. Zdrowie oznacza tam stan optymalnej zdolności do efektywnego wypełniania cenionych w społeczeństwie ról i zadań. Choroba, jako ograniczająca funkcjonowanie jednostki i tym samym zaburzająca harmonijne funkcjonowanie społeczeństwa, została wpisana w kanony nowej roli społecznej – roli chorego, która polega na szukaniu profesjonalnej pomocy i podporządkowaniu się zaleceniom lekarza. Jej przebieg miały kontrolować instytucje medyczne, by chory jak najszybciej wyzdrowiał i powrócił do swych pierwotnych ról (Parsons, 1969). Po trzech dekadach powstała nowa koncepcja (wyrażona w Strategii WHO – „Zdrowie dla wszystkich”), akcentująca nie tyle zdolność do pełnienia przypisanych jednostce ról, ile do prowadzenia produktywnego, satysfakcjonującego i sensownego życia. To system społeczny miał tworzyć dogodne warunki, by jednostka – nawet pomimo choroby – mogła realizować satysfakcjonującą ją, a zarazem społecznie produktywną aktywność.

Koncepcje społeczno-funkcjonalne rozwijane na gruncie medycyny charakteryzowały samą jednostkę, oceniały jej zdrowie poprzez opis ograniczeń w typowych codziennych czynnościach jakie wynikają z zaburzeń/uszkodzeń budowy lub funkcji organizmu. Współcześnie popularność zdobywa takie ujęcie, które odnosi się do relacji jednostki z jej otoczeniem (zawodowym, rodzinnym, instytucjonalnym, technicznym, architektonicznym, etc.). O dobrym zdrowiu lub jego niedostatkach decyduje nie tyle stan jednostki, ile warunki i wymagania, jakie ona napotyka w swoim otoczeniu. Przykładowo, przeniesienie chorego (w medycznym sensie) pracownika na inne stanowisko może sprawić, że jego zdrowotne ograniczenia nie będą przeszkodą w realizacji nowych zadań, a nawet zwiększy się jego produktywność – zatem zmiana środowiska zawodowego sprawi, że osoba ta może zostać uznana za zdrową. Na takim rozumowaniu opiera się tzw. społeczna koncepcja niepełnosprawności (Wiliński, 2010). Pokazuje ona też, że osoba w sensie medycznym zdrowa może stać się niesprawną/chorą, gdy nie da rady sprostać wymaganiom stawianym jej przez środowisko.

Ewolucja ujęć funkcjonalnych pokazuje, że znaczenie zdrowia zmienia się wraz z przemianami wartości społecznych, także tych kluczowych, jak życie. Dopóki o wartości życia decydowało tylko jego trwanie lub długość tej egzystencji, dopóty zdrowie mogło być pojmowane jako mechanizm utrzymujący procesy życiowe, a choroba być ważną dlatego, że im zagraża. Stąd też podstawą oceny zdrowia populacji mogła być przeciętna długość życia. Ale gdy życie – wraz z rozwojem *welfare state* – nabrało znaczenia w kontekście jego jakości, wówczas stały się ważniejsze (i wpisane w pojęcie zdrowia) inne jego charakterystyki, np. poczucie szczęścia, brak cierpienia, sprawność, dostatek, dobre relacje z innymi. Gdy życie zaczyna być cenne z uwagi na jego sens, wówczas pojęcie zdrowia splata się z tym, co życiu nadaje ów sens – np. samorealizacja, rozwój, produktywność (powstały nawet kontrowersyjne koncepcje uznające, że objawem zdrowia może być zdolność do rezygnacji z życia, gdy dla człowieka traci

ono swój sens – Illich, 1975). W globalnej polityce zdrowotnej w połowie lat 80. podjęto próbę złączenia owych trzech charakterystyk życia, definiując zdrowie poprzez trzy kierunki działań na jego rzecz: „dodanie lat do życia” (czyli troska o jego długość i opóźnienie momentu wystąpienia chorób), „dodanie zdrowia do życia” (troska o jego jakość i rozwój indywidualnych możliwości), „dodanie życia do lat” (troska o jego sens poprzez tworzenie warunków dla rozwoju produktywności) (WHO, 1985).

Równoległe z przemianami wartości i koncepcji zdrowia zmieniał się obraz chorób dominujących w społeczeństwie. Miejsce tych krótkotrwałych, o ustalonej etiologii, zaczęły zajmować choroby przewlekłe, cywilizacyjne, wynikające z trudnego do ustalenia splotu różnorodnych i nieswoistych czynników. Badania epidemiologiczne pozwoliły ustalić listę kilku, może kilkunastu takich ogólnie określonych czynników, zwiększających lub zmniejszających ryzyko pojawienia się wielu współczesnych chorób. Listę tych ryzykownych wypełniały powszechne ludzkie przyzwyczajenia w sferze aktywności fizycznej, odżywiania się, rekreacji, konsumpcji używek, reagowania na stres, kontrolowania stanu zdrowia – wspólnie nazwane w naukach medycznych stylem życia. Wpływ tak pojętego stylu życia na zmienność wskaźników zdrowia społeczeństwa oszacowano – w oparciu o znaną kanadyjską koncepcję Marca Lalonde’a – na ponad 50% w ogólnej puli uwarunkowań. Przyjęto tam, że ogół zmian w zdrowiu społeczeństwa wynika z czterech grup czynników: wspomnianego stylu życia, a ponadto szeroko pojętego środowiska (jego wpływ oszacowano na ok. 20%), uwarunkowań genetycznych (podobna siła wpływu) oraz opieki medycznej (ok. 10% wpływu). Koncepcja ta stała się też narzędziem politycznym, składającym główną odpowiedzialność za zdrowie na barki zwykłych obywateli (Gniazdowski, 1990).

Pomimo gromadzonych dowodów na silne związki stylu życia ze zdrowiem, hasło „twoje zdrowie w twoich rękach” spotkało się z krytyką. Styl życia na ogół nie jest przedmiotem swobodnego wyboru jednostki, lecz zależy od jej usytuowania społecznego: wykształcenia, przyswojonych wzorów zachowań, sieci wsparcia społecznego, miejsca zamieszkania, dochodów, etc., a tu nazbyt optymistycznie przyjęto – „w amerykańskim duchu” – że jednostka ma nieograniczone możliwości decydowania o własnym postępowaniu. Stąd w początkach obecnego stulecia w Europie rozwinęła się koncepcja społecznych determinant zdrowia (Marmot i Wilkinson, 2005), powracająca do idei warunków zdrowotnych przedstawionej pół wieku wcześniej przez WHO. Powstały też liczne modele ukazujące całą wielo poziomową złożoność uwarunkowań zdrowia i ich wzajemnych powiązań (Bharmal, Derose, Felician i Weden, 2015; Dahlgren i Whitehead, 2007; WHO, 2010).

Wcześniej, bo jeszcze w latach 80. pojęcie zdrowia związane zostało z ogólną teorią systemów. Wyakcentowano hierarchiczną strukturę i współzależność licznych obszarów (podsystemów) zdrowia, złożoność ich powiązań, dynamikę i procesualność. Skierowano uwagę na istotę i uniwersalny mechanizm zdrowia (utrzymanie dynamicznej równowagi) oraz na jego potencjały (zasoby) umożliwiające zachowanie tej równowagi lub powrót do niej – ulokowane w strukturach i procesach zachodzących w organizmie, ale też w psychice i szeroko pojętym otoczeniu (przyrodniczym, cywilizacyjnym, społeczno-kulturowym, informacyjnym, etc.).

Choroba w tym systemowym ujęciu traktowana jest jako efekt nadmiernego zachwiania równowagi (Capra, 1987). Jednak w kontekście lawinowego rozwoju wiedzy (a przy tym ograniczeń ludzkiego umysłu i redukcjonistycznych sposobów myślenia) takie szerokie podejście okazuje się trudne do stosowania. Łatwiej jest rozwijać cząstkowe koncepcje zdrowia – zawężając je m.in. do wyodrębnionych obszarów ciała (np. zdrowie jamy ustnej), sfer funkcjonowania człowieka (np. zdrowie zawodowe), specjalizacji medycznych (np. zdrowie kardiologiczne), uwarunkowań stanu zdrowia (np. zdrowie behawioralne), rozwiązań technologicznych (np. e-zdrowie), poziomów analizy (np. zdrowie społeczeństwa), czy rozwijając teorie poszczególnych grup lub jednostek chorobowych (np. chorób cywilizacyjnych).

Zdrowie ujęte szerzej niż brak choroby stało się społecznie nośną ideą. Stąd rozwój koncepcji promocji zdrowia, zmierzającej do jego umacniania i oddania w ręce obywateli coraz większego zakresu sprawowanej nad nim kontroli (empowerment). Stąd także popkulturowe ujęcia zdrowia, akcentujące jego wartość i łączące je z modnymi praktykami, jak np. mindfullness, self management, czy choćby wspomniany lifestyle, jak również wykorzystanie pojęcia zdrowia do opisu dobrego funkcjonowania organizacji społecznych, np. przedsiębiorstw (Bauer i Jenny, 2012).

Moda na zdrowie, w tym idea zdrowego stylu życia stopniowo wygenerowała szereg niepokojących zjawisk, określanych jako healthism. To m.in. ocena coraz większego zakresu aktywności społecznych z punktu widzenia ich zdrowotnych konsekwencji, czynienie z dbania o zdrowie powinności moralnej i jednocześnie ideologii państwowej, wtrącanie się władzy w prywatne życie obywateli w imię zdrowia, represjonowanie niezdrowych praktyk, idea ciągłego optymalizowania zdrowia, eskalacja władzy medycznej – i inne zjawiska znacząco przesuwające tradycyjne granice zdrowia i jego ochrony, a jednocześnie zmieniające współczesnego człowieka (Crawford, 1980; Skrabanek, 1994; Cederström i Spicer, 2016).

Dynamiczny rozwój nauk i technologii biomedycznych, obojętny wobec krytycznych teorii healthismu, kieruje uwagę w zupełnie odmienne obszary, coraz mniej dostępne dla niemedycznych profesji. Ponownie nabierają znaczenia biologiczne wymiary zdrowia – choćby z racji na coraz większe możliwości diagnostyki oraz interwencji w funkcjonowanie organizmów. To rodzi obawy i dylematy dotyczące badań i modyfikacji genetycznych, cyborgizacji ciała i innych metod usprawniania ludzkiej produktywności. Obecnie jest kwestią otwartą, jak te odkrycia i technologie transhumanistyczne, w zderzeniu z przywołanymi nurtami humanizującymi zdrowie, zmieniają w nadchodzących latach jego pojmowanie.

Zdrowie w świadomości potocznej

Wraz z popularnymi w połowie lat 70. hasłami głoszącymi, że zdrowie jest dla zwykłych ludzi, a nie dla lekarzy, rozwijały się koncepcje ujmowania go tak, jak widzą je i odczuwają zwyczajni ludzie. Określając, czym jest dla nich zdrowie

i choroba i od czego one zależą, oceniają sytuację zdrowotną, podejmują decyzje i działania dotyczące leczenia, ochrony przed czynnikami ryzyka, umacniania własnego zdrowia, korzystania z różnych prozdrowotnych ofert. Dostrzeżenie tego faktu inspirowało badania potocznego postrzegania zdrowia i jego koncepcji popularnych wśród „laików” (Hughner i Kleine, 2004). Wiedza w tym obszarze nie może być ignorowana przez twórców polityk i programów zdrowotnych, także tych wdrażanych w zakładach pracy.

Badania pokazują, że pojęcie zdrowia w świadomości społecznej przybiera rozległe znaczenia (tamże). Ich bogactwo i różnorodność, także trudności z ich opisaniem, dobrze oddaje zestawienie dziecięcych odpowiedzi na pytanie: co to jest zdrowie?

Tabela 1. Sposób określania zdrowia przez dzieci (w wieku przedszkolnym i uczniów pierwszych klas szkół podstawowych)

Sposób pojmowania zdrowia	Przykładowe wypowiedzi:
oczywistość	zdrowie jest zdrowiem i tyle
wartość	bardzo ważna rzecz; wszystko, co najlepsze
warunek życia	nieodłączna część życia; to życie
korelat radości, szczęścia	to szczęście i lunapark; radość ze wszystkiego
samopoczucie	to stan samopoczucia; jak się dobrze czuję
brak chorób i dolegliwości	gdy nie boli głowa lub ręka; mało dolegliwości
prawidłowe funkcje organizmu	gdy człowiek ma 36,6 C; jak serce regularnie bije
sprawność funkcjonalna	jak człowiek może pracować i się uczyć; gdy może wszystko zrobić
energia, ogólna witalność	człowiek jest silny; jak nie jest ospały
brak (potrzeby) kontaktów z medycyną	nie musi się leczyć; nie ma operacji
obowiązek	trzeba o siebie dbać aby być zdrowym; bo trzeba mieć zdrowie
obszar uwarunkowań	to sport i owoce; zdrowie to słońce
ocena stanu	zdrowie mam już od kilku lat dobre
coś nieosiągalnego	nikt nie jest zdrowy; każdemu coś dolega

Źródło: na podst. Puchalski, 1997

Mimo rosnącej liczby badań potocznego pojmowania zdrowia, nadal niewiele jest ustaleń dotyczących społeczeństwa polskiego, w tym populacji pracujących. Większość dostępnych wyników – czy to jakościowych, czy ilościowych – odnosi się do przypadkowo dobranych lub nielicznych grup, a badania reprezentatywne należą do rzadkości. Zestawienie tych wyników – mimo ich niedostatku – pozwala dostrzec, że na ogólnym poziomie są one podobne, a różnice międzygrupowe ujawniają się dopiero w szczegółach i są raczej niewielkie. Można nawet przyjąć, że obserwowane różnice w większym stopniu są efektem stosowania odmiennych

metod i narzędzi badawczych, niż odmiennej świadomości badanych osób i grup. Dalej przedstawione będą ustalenia z dostępnych badań ilościowych przeprowadzonych w minionych kilkunastu latach. Ukazują one, które charakterystyki zdrowia są najbardziej, a które najmniej popularne wśród ogółu osób dorosłych, z akcentem na aktywnych zawodowo.

Oceny wartości zdrowia w społeczeństwie

W badaniu GUS, przeprowadzonym w 2015 r. w reprezentacji dorosłych mieszkańców Polski, ponad 80% respondentów zadeklarowało, że zdrowie ma w ich życiu bardzo duże znaczenie. Tylko jedna na sto osób uznała to znaczenie za średnie lub małe. Podobne deklaracje dotyczyły wartości jaką jest rodzina i szczęście rodzinne. Praca zawodowa okazała się bardzo ważna tylko dla blisko 38% (GUS, 2017, s. 91–96).

To samo badanie pokazuje, że zdrowie ma bardzo duże znaczenie także wtedy, gdy trzeba wybierać pomiędzy różnymi wartościami. Jako jedną z trzech najważniejszych wartości (spośród 19 uwzględnionych w badaniu) zdrowie wskazało 89% respondentów, natomiast rodzinę i szczęście rodzinne 81%, a pracę zawodową tylko 15%. Wśród trzech wartości wybieranych jako najważniejsze aż 66% społeczeństwa wskazywało zdrowie jako pierwsze w kolejności. Rodzina pierwsza była dla 23%, a praca zawodowa tylko dla co setnej osoby (tamże).

W innym reprezentatywnym sondażu, przeprowadzonym w 2015 r. online wśród osób w wieku aktywności zawodowej, tylko 27% badanych potwierdziło (4% zdecydowanie, a 23% raczej), że ma dużo innych celów i wartości w życiu, znacznie ważniejszych niż zajmowanie się zdrowiem i poświęcanie mu całej uwagi. Ponad 70% nie zgodziło się z takim poglądem (Orkla Health, 2015). W sondażu z 2011 r. podobną tezę potwierdziło łącznie 41% reprezentacji społeczeństwa polskiego (Popadiak-Kuligowska, 2013).

Badania pokazują, że jedyną wartością mogącą powszechnie konkurować ze zdrowiem jest szczęście rodzinne. Respondenci pytani przez CBOS o wartości najważniejsze w ich życiu (można było wybrać więcej niż jedną wartość z listy zawierającej 16 pozycji) najczęściej wybierali szczęście rodzinne (ponad 4/5 badanych) oraz zachowanie dobrego zdrowia. W 2005 r. zachowanie dobrego zdrowia wskazało wśród najważniejszych wartości 69% społeczeństwa i 74% w kolejnych takich badaniach w latach 2010 oraz 2013. Każda z pozostałych wartości uwzględnionych w badaniu wybierana była przez mniej niż co czwartego respondenta. Wśród nich praca zawodowa okazała się jedną z najważniejszych w życiu dla około co piątego Polaka (CBOS, 2013).

Gdy w analogicznych badaniach, wykorzystujących podobne pytanie, respondenci zostali skłonieni do wyboru pięciu wartości zamiast do wskazania więcej niż

jednej, wówczas spadały odsetki wskazujących na zachowanie dobrego zdrowia oraz na szczęście rodzinne, natomiast wzrastała popularność wskazań na pozostałe wartości z listy. W badaniach z lat 2007 i 2016 zachowanie dobrego zdrowia uznano za jedną z pięciu wartości najważniejszych w codziennym życiu 59% i 57% dorosłych mieszkańców Polski (szczęście rodzinne 76% i 79%). Inne wartości, takie jak spokój, uczciwe życie, szacunek innych ludzi, praca zawodowa i grono przyjaciół zbliżały się pod względem popularności do zachowania zdrowia – wskazywane były przez co drugą lub co trzecią osobę (CBOS, 2016). Zatem ograniczone możliwości wyboru sprzyjają zainteresowaniu zdrowiem, natomiast bogaty wachlarz alternatyw odwraca od niego uwagę.

W sondażach stosujących pytania otwarte – gdzie nie podpowiada się odpowiedzi (i uzyskuje na ogół niższe odsetki wskazań) – 31% badanych w latach 1997 i 2007 oraz 38% w 2017 r. uznało sprawy dotyczące zdrowia za najważniejsze w ich życiu, nadające mu sens. Dla większej grupy najważniejsze okazały się wartości związane z rodziną, które wymieniane były częściej niż przez co drugą osobę (CBOS, 2017).

Zdrowie jest powszechnie cenione zarówno samo w sobie, jak i za to, że pomaga realizować inne, istotne w życiu cele. Wielokrotnie powtarzana w minionych latach Diagnoza Społeczna potwierdza, że zdrowie jest jednym z trzech najczęściej wskazywanych warunków udanego i szczęśliwego życia. W ostatniej edycji tego badania w 2015 r. taką rolę przyznało zdrowiu 67% polskiego społeczeństwa i była to wartość najczęściej wybierana z listy 13 sprzyjających dobremu życiu (Czapiński, 2015, s. 272). Zasadniczo im bliżej współczesności, tym coraz większe odsetki badanych przypisują zdrowiu duże znaczenie.

Tabela 2. Odsetki respondentów wybierających zdrowie jako jeden z trzech warunków udanego i szczęśliwego życia, w kolejnych edycjach badania Diagnoza Społeczna

rok	1992	1995	1997	2000	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
%	59,6	59,6	60,2	62,9	63,7	64,9	65,1	67,8	64,1	65,3	67,0

Źródło: na podst. Czapiński, 2015

Zdrowie okazało się najczęściej przywoływanym warunkiem udanego życia także w badaniu wykorzystującym pytanie otwarte. W reprezentatywnym sondażu z 2014 r. blisko co drugi dorosły mieszkaniec Polski wymienił w takiej funkcji zdrowie, nieco mniej liczna grupa przywoływała pieniądze, a jeszcze mniejsze odsetki pracę oraz rodzinę (CBOS, 2014b).

Chociaż zdrowie jest powszechnie tak wysoko cenione, to tylko 10% dorosłych Polaków w 2006 r. i 16% w 2010 r. przyznało, że jest ono dla nich osobistym celem i dążeniem – a nie tylko obiektem uznania, szacunku i westchnień (CBOS, 2006; 2010). Ale, gdy cel zostanie odłożony w bliżej nieokreśloną przyszłość, na dalsze 5–10 lat, wówczas wybór zdrowia staje się bardziej popularnym. W 1998 r. taki odległy cel przywoływała co czwarta osoba, a w 2008 r. już co trzecia (CBOS, 2008).

Wszystkie grupy społeczne (kategorie demograficzne, także społeczno-zawodowe) w podobny sposób cenią zdrowie. Częstość jego wyborów jako istotnej wartości na ogół jest nieco większa wśród kobiet niż mężczyzn. Są badania pokazujące, że jest ono częściej doceniane wśród najniżej i najlepiej wykształconych, niż lokujących się w środku skali. Osoby niżej wykształcone częściej uznają zdrowie za podstawowy warunek realizacji swoich celów, także za czynnik sprzyjający możliwościom utrzymania pracy (Korzeniowska, 2004). Nieco bardziej cenią je osoby o niższej samoocenie stanu zdrowia. Wiele badań wskazuje, że jego wartość wzrasta wraz z wiekiem.

Tabela 3. Odsetki respondentów wskazujących zdrowie jako jedną z trzech wartości najważniejszych w ich życiu, w poszczególnych grupach wieku

wiek	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75 +	ogółem
%	76,5	86,1	89,4	90,7	93,5	95,6	95,3	89,1

Źródło: na podst. GUS, 2017

Potoczne definicje zdrowia

Pierwsze z prezentowanych badań przeprowadzone zostało w latach 2000–2001 za pomocą wywiadów kwestionariuszowych w losowo dobranej próbie 384 obywateli, reprezentatywnej dla dorosłych mieszkańców Wrocławia.

Tabela 4. Definicje zdrowia uznawane przez dorosłych mieszkańców Wrocławia

Zdrowie oznacza: (na podstawie pytania: „Z którym z poniższych określił zgodziłby/aby się Pan/i? Które z nich jest najbliższe Pana/i przekonaniom?”)	% wskazań ogółem (można było wskazać kilka stwierdzeń)	% wskazań, gdy wybór został ograniczony do jednego stwierdzenia
sprawność fizyczną i umysłową	79	47
dobrze samopoczucie	64	14
możliwość czynnego, aktywnego życia	56	12
brak dolegliwości	49	15
możliwość samodzielnego funkcjonowania	44	8
stan, który lekarz określa jako zdrowie	17	5

Źródło: na podst. Taranowicz, 2010, s. 159–160

Badanie z 2005 r. (ankiety audytoryjne) przeprowadzone wśród 300 osób studiujących zaocznie pedagogikę w Akademii Świętokrzyskiej (w większości pracujących nauczycieli) dotyczyło wskazania najważniejszych charakterystyk zdrowia uwzględnianych przy ocenie własnego stanu.

Tabela 5. Najważniejsze elementy charakteryzujące zdrowie, uwzględniane przy samoocenie, wskazywane przez zaocznych studentów pedagogiki

Charakterystyka zdrowia (w odpowiedzi na pytanie „Co jest dla Pani/Pana najważniejsze, gdy myśli Pani/Pan o swoim zdrowiu? Proszę z podanej listy wybrać trzy najważniejsze sprawy, a następnie zaznaczyć wśród nich tę, która jest dla Pani/Pana szczególnie ważna”)	% osób wskazujących dany aspekt jako najważniejszy	% osób wskazujących dany aspekt wśród trzech najważniejszych
sprawność fizyczna, energia, witalność	29	72
brak uciążliwych dolegliwości, dokuczliwej choroby	29	58
odporność na schorzenia, zahartowanie organizmu	16	46
dobry nastrój, samopoczucie	12	57
sprawne wypełnianie obowiązków w domu i pracy	5	32
prawidłowe wyniki badań medycznych	4	21
długie życie	3	8
ogólnie dobry wygląd	1	7

Źródło: opracowanie własne

Badanie zrealizowane w 2009 r. metodą osobistego wywiadu kwestionariuszowego wśród 305 celowo dobranych (kontrola struktury poziomu wykształcenia) pełnoletnich mieszkańców dzielnicy Warszawa Praga Południe pokazuje, jakie znaczenie dla uznania człowieka za zdrowego mają różne uwzględnione cechy. Każda cecha oceniana była osobno.

Tabela 6. Cechy charakteryzujące zdrowego człowieka, w opinii mieszkańców dzielnicy Warszawa Praga Południe

Cechy zdrowego człowieka (w odpowiedzi na pytanie „Ludzie różnie mówią, czym jest zdrowie. Jak można najlepiej, Pana(i) zdaniem, opisać człowieka zdrowego? Przy każdym zdaniu proszę powiedzieć, czy jest ono bardzo ważne, mniej ważne czy nieważne dla opisanego człowieka w pełni zdrowego”)	Ocena znaczenia danej cechy (w%)			
	bardzo ważna	mniej ważna	nie-ważna	trudno ocenić
sam potrafi wszystko wokół siebie zrobić, ubrać się, umyć	87	11	2	0
ma w sobie chęć do życia, odczuwa radość, zadowolenie	87	11	1	1
nic mu nie dolega, nie boli	81	17	1	1
może bez przeszkód pracować, wypełniać obowiązki domowe	79	20	1	0
ma dobre wyniki badań medycznych (ciśnienie, cholesterol)	79	16	2	3
czuje, że jego życie ma sens, że jest potrzebny innym	74	22	3	1
jest odporny na infekcje, schorzenia, przeziębienia	72	25	2	1

czuje wewnętrzny spokój, radzi sobie z kłopotami	68	28	3	1
nie musi odwiedzać lekarzy, robić badań, brać leków	66	27	5	2
bez większych przeszkód realizuje swoje cele i przyjemności	61	31	5	3
ma dobrą kondycję fizyczną, jest silny, wysportowany	59	36	4	1
ma prawidłową wagę, budowę ciała	50	44	6	0

Źródło: na podst. Borawska, 2009

W badaniu tym 60% stwierdziło, że ważniejsze dla nich jest to, by dobrze się czuć, niż by długo żyć (dla 7% zdecydowanie ważniejsze było długie życie). Blisko $\frac{3}{4}$ respondentów deklaroowało, że o zdrowiu myśli tylko wtedy, gdy coś im dolega (częściej niż co czwarta osoba wyraziła taki pogląd w sposób zdecydowany).

Kolejny sondaż został przeprowadzony online wśród 1028 osób w wieku 25–65 lat, z terenu całego kraju (Orkla Health, 2015).

Tabela 7. Cechy najlepiej charakteryzujące zdrowie w opinii internautów w wieku aktywności zawodowej

Cecha zdrowia (oceniana w odpowiedzi na pytanie: „Co jest dla Pana(i) najważniejsze, gdy myśli Pan(i) o zdrowiu. Proszę uszeregować poniższe stwierdzenia począwszy od tego, które Pana(i) zdaniem najlepiej opisuje zdrowie, a skończywszy na tym, które jest najmniej ważne przy opisie zdrowia”)	Średnia pozycja umiejscowienia danej cechy na skali (6 oznacza najważniejsze, 1 najmniej ważne)
sprawność, witalność i zasoby energii	4,6
harmonia psychiczna, równowaga i dobre samopoczucie	4,4
brak uciążliwych dolegliwości, dokuczliwej choroby	3,9
prawidłowe wyniki badań medycznych, laboratoryjnych	3,5
długie życie	2,8
realizacja zalecanego przez lekarzy stylu życia	1,9

Źródło: na podst. Orkla Health, 2015

W badaniu tym 72% respondentów przyznało, że dbają o swoją sprawność i dobre zdrowie dlatego, że czują się odpowiedzialni za swoich bliskich i rodzinę, a jednocześnie 69% stwierdziło, że nie zwraca większej uwagi na zdrowie, gdy nic ich nie boli i nie chorują.

W kolejnym badaniu (Popadiak-Kuligowska, 2013), przeprowadzonym w 2011 r. w reprezentatywnej próbie społeczeństwa polskiego respondenci zostali poproszeni o ocenę na pięciostopniowej skali, w jakim stopniu zgadzają się z poniższymi twierdzeniami.

Tabela 8. Przekonania społeczeństwa polskiego charakteryzujące zdrowie

Charakterystyka zdrowia	Zdecydowanie i raczej zgadzam się (%)
dobrze zdrowie daje wolność – możliwość robienia wszystkiego, co się chce i życia tak, jak chce się żyć	74
tak długo, jak jestem w stanie wykonywać swoje obowiązki, chodzić do szkoły lub pracy, dbać o dom – myślę o sobie, że jestem zdrowa/y	69
jeżeli nie odczuwam żadnych dolegliwości, na przykład nie mam gorączki, ogólnie myślę o sobie, że jestem zdrowa/y	69
myślę, że sfera ducha i ciała są ze sobą silnie związane – tylko, gdy obie dobrze funkcjonują, człowiek może cieszyć się dobrym zdrowiem	63
być w dobrej kondycji zdrowotnej to obowiązek, aby jednostka mogła sprostać wymaganiom społeczeństwa	51

Źródło: na podst. Popadiak-Kuligowska, 2013

Najnowsze badanie, prowadzone metodami jakościowymi, miało na celu m.in. poszukiwanie różnic w pojmowaniu zdrowia związanych z odmiennością płci oraz wieku (Dzwonkowska-Godula, 2016). Ogólnie udało się dostrzec, że kobiety częściej akcentują psychiczne wymiary zdrowia i odwołują się do swoich odczuć, natomiast mężczyźni odwołują się do sprawności. Gdy kobiety mówią o zdrowiu jako o sprawności, to na ogół odnoszą ją do możliwości realizowania codziennych czynności, braku ograniczeń dotyczących odżywiania się, aktywności ruchowej, natomiast rzadko do pracy zawodowej, co często czynią mężczyźni. Kobiety akcentują też niezależność od innych, a nawet możliwość pomagania innym. Mężczyźni akcentują możliwość pracy zawodowej i zarobkowania, także uprawiania sportu i realizacji swoich hobby.

Wprowadzenie kryterium wieku pozwala zauważyć, że młode kobiety utożsamiają zdrowie ze zdrowym stylem życia, głównie zdrowym odżywianiem się, aktywnością fizyczną i rezygnacją z używek. Zwracają też dużą uwagę na aspekty psychiczne. Choroba jest dla nich zaprzeczeniem zdrowia tylko wtedy, gdy powoduje silne dolegliwości, wymaga specjalistycznego leczenia. Kobiety w średnim wieku i starsze rzadziej łączą zdrowie z samopoczuciem, wyraźnie częściej z brakiem choroby, bólu i dobrymi wynikami badań medycznych. Akcentują brak konkretnych dolegliwości, a także możliwość jedzenia wszystkiego, co się chce. Zdrowa aktywność fizyczna łączy się dla nich z niemęczeniem się, a dla najstarszych z możliwością bycia w ruchu. Młodzi mężczyźni, podobnie jak młode kobiety, łączą zdrowie ze zdrowym stylem życia i własną odpowiedzialnością. W definicji zdrowia częściej niż starsi akcentują brak jakichkolwiek ograniczeń w pełnieniu ról rodzinnych i zawodowych, ważna jest dla nich sprawność i kondycja fizyczna, możliwość uprawiania sportu. Dla mężczyzn w średnim wieku zdrowie to ogólna witalność, energia do działania i do pracy, ale też dobre samopoczucie, zadowolenie z życia i optymizm. Istotny jest także

aspekt medyczny – ale nie tyle jako dobre wyniki badań, ile brak konieczności chodzenia do lekarza, brania lekarstw i zwolnień. Starsi mężczyźni łączą ze zdrowiem możliwość pracy i zarabiania pieniędzy (także brak kosztów związanych z ewentualnym leczeniem) oraz brak ogólnie rozumianych dolegliwości (tamże).

Przekonania na temat uwarunkowań stanu zdrowia

Dwa sondaże przeprowadzone przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w odstępach dwóch dekad wśród osób aktywnych zawodowo dość zgodnie ukazują, że najczęściej dostrzeganym zagrożeniem dla zdrowia społeczeństwa są niekorzystne elementy popularnie rozumianego stylu życia: palenie papierosów i nadużywanie alkoholu oraz niewłaściwe odżywianie się, a także – choć nieco rzadziej – niedostatek aktywności fizycznej. Często wskazywany jest też negatywny wpływ zachowań związanych z chorobą, takich jak lekceważenie jej objawów oraz zaleceń lekarza, a także unikanie badań profilaktycznych. Znacznie mniejsze znaczenie przypisywane jest różnym czynnikom charakteryzującym środowisko – fizyczne, przyrodnicze, a zwłaszcza społeczne, w tym funkcjonowanie systemu opieki medycznej.

Tabela 9. Główne czynniki zagrażające zdrowiu społeczeństwa w ocenie populacji aktywnej zawodowo, wskazywane w latach 1988 i 2007 (kolejność wg. częstości wskazań w 2007 r.)

„Spotyka się opinię, że zdrowie ludzi w naszym kraju nie jest najlepsze. Co, wg P., jest tego przyczyną?” (każdy czynnik osobno oceniany na skali: jest bardzo ważną przyczyną, jest przyczyną, ale raczej drugorzędną, nie jest przyczyną) – % wskazań, że dany czynnik jest ważną przyczyną			
1988 r., pracownicy przemysłu, N=1457		2007 r., aktywni zawodowo, N=1275	
czynnik:	%	czynnik:	%
palenie papierosów	50	palenie papierosów	84
nadmierne picie alkoholu	69	nadmierne picie alkoholu	81
lekceważenie objawów choroby	64	lekceważenie objawów choroby	77
niewłaściwe odżywianie się	68	niewłaściwe odżywianie się	75
ignorowanie w chorobie zaleceń lekarzy	52	niestosowanie w chorobie zaleceń lekarza	66
brak aktywności ruchowej	35	brak ruchu, odpoczynek przed telewizorem	60
unikanie badań profilaktycznych	22	unikanie badań profilaktycznych	60

Tabela 9 (cd.)

–		szkodliwe składniki w żywności, kosmetykach	57
brak leków i dobrego sprzętu medycznego	62	drogie leki, brak dobrego sprzętu medycznego	56
przepracowywanie się, brak odpoczynku	50	przepracowanie, lekceważenie potrzeby odpoczynku	55
–		zażywanie dużej ilości leków na własną rękę	55
zanieczyszczenie środowiska	83	zanieczyszczenie środowiska: wody, powietrza	51
niedostatek pieniędzy	28	niedostatek pieniędzy, niskie płace	47
–		niedostateczna dbałość o higienę osobistą	40
szkodliwości i uciążliwości pracy zawodowej	62	trudne warunki pracy (hałas, stres, wypadki)	40
–		ocieplanie się klimatu, dziura ozonowa	36
–		uzależnienie od komputerów, telefonów komórkowych	34
nieprzestrzeganie przepisów BHP przez pracowników	29	nieprzestrzeganie przepisów BHP przez pracowników	34
uciążliwości życia codziennego	39	uciążliwości życia codziennego	32
poczucie niepewności jutra	27	niepewna sytuacja gospodarcza i polityczna	30
brak kadr medycznych	30	mało lekarzy, pielęgniarek, salowych	28
złe stosunki międzyludzkie	30	złe stosunki międzyludzkie, brak życzliwości	27
niskie kwalifikacje lekarzy	29	niskie kwalifikacje lekarzy	27
–		niskie zarobki lekarzy i pielęgniarek	20

Źródło: opracowanie własne

Dane te pokazują, że w czasie blisko dwóch dekad po zmianie systemowej w Polsce, wyraźnie spadły odsetki osób wskazujących czynniki środowiskowe (warunki pracy, zanieczyszczenie środowiska przyrodniczego) wśród ważnych przyczyn zagrażających zdrowiu społeczeństwa. Wzrosła natomiast liczba przekonanych, że ważnym zagrożeniem dla zdrowia są zbyt niskie zarobki. Wzrosły także odsetki uznających, że duży negatywny wpływ mają różne elementy stylu życia. Największy wzrost dotyczy wpływu unikania badań profilaktycznych (z 22% do 60%), palenia papierosów (z 50% do 84%) oraz niedostatku aktywności ruchowej (z 35% do 60%). Ponadto bardziej powszechne były wskazania na takie aspekty stylu życia jak nadużywanie alkoholu, lekceważenie choroby i zaleceń lekarskich w chorobie, a także niewłaściwe odżywianie się.

Elementy popularnie pojętego stylu życia są od wielu lat powszechnie uznawane w społeczeństwie także jako czynniki sprzyjające dobremu zdrowiu. Jednak – jak pokazują wyniki pięciu reprezentatywnych badań społeczeństwa polskiego (tab. 10) – ograniczenie picia alkoholu, ale też rezygnacja z palenia tytoniu relatywnie rzadko są wskazywane jako sposób na poprawę zdrowia, chociaż były gremialnie traktowane jako zagrożenie dla niego. Natomiast w obu kontekstach – ryzyka i potencjału zdrowotnego – ważną rolę pełni sposób odżywiania się, aktywność fizyczna i kontrola stanu zdrowia u lekarza. Duże znaczenie pełni też stres – zarówno wśród dostrzeganych zagrożeń dla zdrowia, jak i unikanie go lub radzenie sobie z nim wśród czynników sprzyjających zdrowiu.

Tabela 10. Przekonania reprezentacji społeczeństwa polskiego na temat najważniejszych praktyk przyczyniających się do poprawy zdrowia ludzi

z poniższej listy proszę wybrać dwa rodzaje działań, które, pana(i) zdaniem, w największym stopniu przyczyniają się do poprawy zdrowia ludzi	Rok badania/% wskazań				
	1993	2007	2012	2014	2016
zdrowe odżywianie się (dużo warzyw i owoców, ograniczanie tłuszczów zwierzęcych)	56	43	50	54	48
unikanie sytuacji nerwowych, stresowych	33	30	29	26	30
regularne wizyty u lekarza	24	31	34	23	30
spędzanie wolnych dni, wolnego czasu na aktywnym wypoczynku (spacery, wycieczki rowerowe itp.)	28	24	23	28	27
regularne uprawianie gimnastyki, biegi itp.	15	23	25	37	24
niepalenie papierosów	24	30	21	19	23
niepicie alkoholu	14	14	9	6	11
regularne zażywanie preparatów lub tabletek witaminowych	2	2	3	1	2
inne	1	1	1	1	0

Źródło: na podst. CBOS, 2014a; 2016

W badaniu przeprowadzonym online w 2017 r. w próbie 2110 osób w wieku 16–75 lat respondenci oceniali wpływ wybranych czynników na dobry stan zdrowia – każdy czynnik oceniany był osobno na skali od 1 do 10. Najwięcej wysokich ocen zdobyły kolejno (począwszy od najwyższej średniej wskazań – wynoszącej 8,14): dbanie o odpowiednią ilość snu, znajdowanie czasu na odpoczynek, dbanie o codzienną dawkę ruchu, unikanie papierosów, jedzenie dużej ilości warzyw i owoców, unikanie stresu, przebywanie w czystym środowisku, picie dużych ilości wody, regularne uprawianie sportu, unikanie jedzenia typu fast-food, dbanie o kontakt z naturą, a także dobre relacje ze znajomymi i rodziną. Wszystkie one uzyskały średnią powyżej 7. Z kolei blisko środka skali znalazły się kolejno:

unikanie alkoholu, słodczy, smażonych potraw, dużych ilości mięsa. Końcowe pozycje zajęły regularne wizyty u lekarza oraz zażywanie suplementów diety (Hupa, 2017). Pokazuje ono, że popularyzowane zalecenia dotyczące zdrowej diety mocno przebiły się już do świadomości społecznej – bardziej niż masowe reklamy suplementów diety. Zwraca też uwagę, że kwestie dotyczące rekreacji nabrały dużego znaczenia w społecznym myśleniu o uwarunkowaniach zdrowia.

Badania prowadzone przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy wśród osób aktywnych zawodowo, dotyczące przekonań o najlepszych sposobach dbania o własne zdrowie potwierdzają, że najczęściej uznawanymi kluczowymi działaniami prozdrowotnymi są: prawidłowe odżywianie się oraz aktywność fizyczna i sport, a także relaks i wypoczynek, radzenie sobie ze stresem i profilaktyka medyczna.

Tabela 11. Najlepsze sposoby zadbania o własne zdrowie w opiniach osób aktywnych zawodowo w 2002 i 2007 r.

2002 r. pracownicy (N=1132)		2007 r. aktywni zawodowo (N=1275)	
czynnik (można było wskazać trzy najważniejsze)	%	czynnik (można było wskazać dwa najważniejsze)	%
prawidłowe odżywianie się	68	prawidłowe odżywianie się	44
ćwiczenia kondycji i sprawności fizycznej	46	ćwiczenia fizyczne, gimnastyka, sport	35
zapewnienie sobie niezbędnego relaksu, wypoczynku	45	spędzanie wolnego czasu na wypoczynku	20
umiejętne radzenie sobie ze stresem	35	unikanie nerwowych sytuacji, opanowywanie stresu	23
wykonywanie badań stanu zdrowia	34	regularne wizyty u lekarza	20
niepalenie tytoniu, rzucenie palenia, unikanie dymu	20	niepalenie tytoniu, rzucenie palenia, unikanie dymu	14
zażywanie witamin, ziół, odżywek bez zalecenia lekarza	14	zażywanie na własną rękę witamin, ziół, odżywek	9
stosowanie zabiegów i leków przepisanych przez lekarza	12	stosowanie tego, co przepisze lub zaleci lekarz	9
umiarkowanie w picciu alkoholu	8	umiarkowanie w picciu lub niepicie alkoholu	8

Źródło: opracowanie własne

Mimo rozpowszechnionych przekonań o ważnej roli popularnie pojętego stylu życia (kilku jego składowych) i powszechnie podzielanej opinii, że zdrowie człowieka zależy głównie od niego, wiele osób (częściej niż co druga) uznaje jednocześnie poglądy deterministyczne. Uważa m.in., że zdrowie znacząco zależy od genów, że niewiele można zrobić, by zapobiec chorobom, że zdrowy styl życia przed nimi nie uchroni, że zdrowie i choroby wynikają z przeznaczenia lub planu boskiego (Moskal, 2010; Popadiak-Kuligowska, 2013).

Rozpowszechnienie przekonań o dużej roli niezależnych od jednostki uwarunkowań zdrowia, współwystępujących z uznaniem istotnego znaczenia stylu życia, potwierdzają też inne badania. W wynikach sondażu z 2008 r. reprezentatywnego dla dorosłych Polaków (Borowiec i Lignowska, 2012) wśród czynników ocenianych jako znacząco wpływające na zdrowie znalazły się kolejno, według częstotliwości takich ocen:

- stresujące wydarzenia, problemy życiowe – 88%
- sposób odżywiania się – 87%
- środki chemiczne i inne czynniki w otoczeniu, jak hałas, promieniowanie – 86%
- ruch, ćwiczenia – 86%
- rodzaj wykonywanej pracy – 83%
- czas na odpoczynek, relaks, urlop – 83%
- stosowanie używek – 82%
- bakterie, wirusy, chorzy ludzie w otoczeniu – 81%
- korzystanie z opieki medycznej, badań kontrolnych, szczepień – 75%
- geny – 75%
- pojęcie do życia, sposób radzenia sobie z problemami – 74%
- odpowiednie ubieranie się, unikanie przeziębienia lub przegrzania – 65%
- sytuacja materialna – 63%
- sposób opieki i nawyki wpojone w dzieciństwie – 57%
- pogoda, warunki atmosferyczne – 54%
- więzi z innymi ludźmi – 50%
- los, przypadek, siła wyższa – 46%

Przekonania respondentów na temat wpływu poszczególnych działań na zdrowie związane są z ich ocenami własnego stanu zdrowia. Osoby o dobrym lub bardzo dobrym zdrowiu zdecydowanie częściej niż oceniające je ogólnie jako złe uważają, że do poprawy zdrowia ludzi w największym stopniu przyczynia się właściwe odżywianie, także regularne zajęcia sportowe i aktywny wypoczynek. Z kolei osoby źle oceniające swoje zdrowie wyraźnie częściej wskazują na rolę regularnych wizyt u lekarza i unikania sytuacji stresowych (CBOS, 2016).

Podsumowanie

Opierając się na przywołanych ustaleniach można sformułować kilka wniosków dotyczących uznawanej w społeczeństwie (i w populacji pracujących) wartości zdrowia, jego definicji i przekonań o uwarunkowaniach jego stanu.

Ogólnie pojęte zdrowie, ale także dobry stan własnego zdrowia to kwestie/wartości bardzo ważne, przynajmniej w warstwie deklaratywnej, dla zdecydowanej większości obywateli i pracowników – zwłaszcza starszych oraz kobiet. W ostatnich

latach wzrastają odsetki osób, dla których zdrowie nabiera dużego znaczenia. Proces ten prawdopodobnie będzie się nasilał, także na skutek starzenia się społeczeństwa, w tym populacji pracującej.

Mimo że wiele osób wysoko lokuje zdrowie na skali deklarowanych wartości, to rzadziej staje się ono kluczowym osobistym celem, miarą życiowego sukcesu (mało osób żyje dla zdrowia). Stąd pracownicy skłonni są częściej oczekiwać wsparcia dla ich zdrowia ze strony innych, np. pracodawców, niż osobiście angażować się w realizację tej wartości.

Oczekiwania pracowników dotyczące wsparcia dla ich zdrowia w firmach mogą słabnąć wraz ze wzrostem dostępu do innych cenionych wartości, np. możliwości większego angażowania się w życie rodzinne lub towarzyskie, uzyskania większego szacunku, spokoju. Stąd np. działania firm na rzecz równowagi praca – życie prywatne mogą w jakimś stopniu zastępować inicjatywy bezpośrednio skierowane na zdrowie. Jednak ogólnie postępujący wzrost znaczenia zdrowia może zwiększać związane z nim oczekiwania, niezależnie od innych mechanizmów.

Dla zdecydowanej większości społeczeństwa zdrowie jest ważniejsze niż praca zawodowa. Stąd spełnienie konkurencyjnych wobec zdrowia wymagań zawodowych rzadko będzie spotykać się z akceptacją pracowników. Współcześnie coraz mniej osób skłonnych jest do płacenia własnym zdrowiem za wartości związane z pracą i coraz więcej docenia znaczenie dobrego zdrowia jako kapitału, który przydatny jest w różnych, nie tylko zawodowych obszarach życia.

W świadomości społecznej zdrowie jest pojęciem, na które składa się jednocześnie wiele różnych elementów. Dla większości zdrowie oznacza przede wszystkim ogólnie pojęte zasoby energii, witalność, sprawność, możliwość realizacji swoich celów i zadań, robienia wszystkiego, co się chce. Ważna jest także chęć do życia, ogólnie dobry nastrój i samopoczucie, harmonia psychiczna. Duże znaczenie ma również brak dolegliwości (subiektywnie odczuwanego dyskomfortu) oraz tych chorób, które powodują cierpienie, wywołują lęki, istotnie utrudniają funkcjonowanie w ważnych obszarach aktywności. Z uwagi na wysoką wartość zdrowia wszystkie te elementy są ważne dla pracujących, chociaż w różnych okolicznościach niektóre z nich stają się wyraźnie ważniejsze od innych, są wiodącą w danej sytuacji charakterystyką zdrowia.

Większość pracujących osób rzadko myśli o zdrowiu głównie tak, jak ujmuje je medycyna. Nieliczni wśród ważnych kryteriów zdrowia przywołują wyniki badań medycznych (rzadziej niż co szósty pracownik uznaje je jako podstawę do oceny swojego zdrowia – Puchalski, 2005), nieliczni też wiążą zdrowie z długim życiem. Także niewiele osób uważa, że zdrowie to zgrabna sylwetka, podczas gdy medycyna traktuje otyłość (i coraz częściej nadwagę) jako chorobę. Zdrowie bywa świadomie narażane dla atrakcyjnego wyglądu (co piąta osoba z reprezentacji pracowników średnich i dużych firm, która znalazła w Internecie informacje o sposobach modelowania sylwetki i wiedziała, że mogą one zaszkodzić zdrowiu, zastosowała je – Puchalski, 2012, s. 131).

Niektórzy traktują zdrowie jako odczuwany na co dzień kapitał (poczucie energii, dobrego nastroju), który można ochraniać, pomnażać i wzmacniać, ale także tracić. Stąd staje się ono dla nich częstym przedmiotem uwagi. Inni natomiast bardzo rzadko o nim myślą – uświadamiają je tylko w takich sytuacjach, które wyraźnie skierują ich uwagę na zdrowie (np. odczucie bólu, niedostatków sprawności, ale też przykuwające uwagę wydarzenia promujące zdrowie). Dotarcie do tej drugiej grupy jest na ogół wyzwaniem w promocji zdrowia.

W odczuciu wielu osób zacierają się granice pomiędzy dobrym zdrowiem a chorobą, zdrowie i choroba nie wykluczają się. Ta druga może być stałym elementem życia w dobrym zdrowiu (jak stwierdził w rozmowie pięćdziesięcioletni mężczyzna, dobrze oceniający swoje zdrowie: „Na cukrzycę się nie choruje, cukrzycę się ma”). Można oszacować, że częściej niż co trzeci Polak nie uznaje się za osobę chorą, pomimo diagnozy przewlekłej choroby. Współwystępowanie zdrowia z chorobą jest ważne z tego powodu, że nieco inne mechanizmy psychiczne (motywacyjne) decydują o działaniach skierowanych na chorobę, a inne o tych skierowanych na zdrowie – co warto uwzględnić w programach promocji zdrowia.

Ważne miejsce w potocznym rozumieniu zdrowia zajmuje uznanie powinności dbania o nie. Wśród osób aktywnych zawodowo troska o zdrowie utożsamiana jest na ogół z popularnie pojętym zdrowym stylem życia. W jego skład najczęściej wchodzi zdrowe odżywianie się. Inne popularne elementy to coraz częściej doceniana aktywność fizyczna, szeroko pojęta rekreacja (sen, odpoczynek, kontakt z naturą), skuteczne radzenie sobie ze stresem, profilaktyka medyczna i niepalenie tytoniu, a wyraźnie rzadziej nienadużywanie alkoholu.

Niezależnie od przekonań o dużej roli własnej aktywności (stylu życia) wśród uwarunkowań zdrowia, niewiele mniej liczna grupa zauważa wpływ zjawisk niezależnych od jednostki. Wśród nich dominują fizykochemiczne zagrożenia środowiskowe, tradycyjne czynniki chorób zakaźnych, uwarunkowania genetyczne, sytuacje generujące stres, rzadziej inne elementy środowiska społecznego, w tym związane z systemem medycznym. Duże odsetki społeczeństwa wierzą też, że stan ich zdrowia jest zdeterminowany przez los (a jednocześnie, że silnie zależy od stylu życia). Współwystępowanie w świadomości społecznej takich wzajemnie niespójnych przekonań jest sugestią, by nie zadowalać się powierzchownymi jej diagnozami.

Przedstawiane tu ustalenia pozwoliły wskazać ogólne prawidłowości dotyczące pojmowania zdrowia w polskim społeczeństwie. Jednak szczegółowe wyniki nie są jednoznaczne – w dużym stopniu zależą od zastosowanych metod i konstrukcji narzędzi, zwłaszcza konstrukcji listy odpowiedzi zamieszczanych w pytaniach użytych w sondażach, a także od różnic w badanych populacjach. Stąd dla potrzeb polityk i programów prozdrowotnych realizowanych w konkretnych zbiorowościach lub organizacjach warto dokonać odrębnych ustaleń, z uwzględnieniem wewnętrznych różnicowań społecznych występujących w tych środowiskach.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1996). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia, Warszawa: Fundacja IPIŃ.
- Bauer, G.F i Jenny, G.J. (2012). Moving towards positive organizational health: challenges and a proposal for a research model of organizational health development. w: Houdmont, J., Leka, S. i Sinclair, R. (Eds.). *Contemporary occupational health psychology: global perspectives on research and practice*, (ss. 126–145), Vol. 2. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Bharmal, N., Derose, K., Felician, M. i Weden, M. (2015). Understanding the Upstream Social Determinants of Health. Working Paper. RAND Health [dokument pdf]. Pobrane z https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1000/WR1096/RAND_WR1096.pdf.
- Borawska, M. (2009). Potoczne definicje zdrowia i ich społeczne zróżnicowanie. Praca magisterska napisana pod kierunkiem K. Puchalskiego. Warszawa: SWPS, Wydział Nauk Humanistycznych i Społecznych (m-pis).
- Buck Consultants i Xerox (2014). Working well. Międzynarodowe badanie dotyczące promocji zdrowia i jakości środowiska pracy. 6 edycja. Raport polski.
- Capra, F. (1987). Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura. Warszawa: PIW.
- CBOS (2006). Cele i dążenia życiowe Polaków. Komunikat z badań. Oprac. R. Boguszewski. Warszawa, kwiecień.
- CBOS (2008). Codzienna aktywność Polaków. Autoportret i obraz środowiska społecznego w latach 1988, 1998 i 2008. Komunikat z badań. Oprac. R. Boguszewski. Warszawa, wrzesień.
- CBOS (2010). Cele i dążenia życiowe Polaków. Komunikat z badań. Oprac. K. Kowalczyk. Warszawa, grudzień.
- CBOS (2013). Wartości i normy. Komunikat z badań. Oprac. R. Boguszewski. Warszawa, sierpień.
- CBOS (2014a). Zachowania żywieniowe Polaków. Komunikat z badań. Oprac. M. Feliksiak. Warszawa, sierpień.
- CBOS (2014b). Co stanowi o udanym życiu? Komunikat z badań. Oprac. R. Boguszewski. Warszawa, grudzień.
- CBOS (2016). Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Komunikat z badań. Oprac. R. Boguszewski. Warszawa, październik.
- CBOS (2017). Sens życia – wczoraj i dziś. Komunikat z badań. Oprac. M. Feliksiak. Warszawa, kwiecień.
- Cederström, C. i Spicer, A. (2016). Pętla dobrego samopoczucia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388.
- CSA-Europ Assistance Health Barometer (2012). Healthcare in Europe and in the USA.
- Czapiński, J. (2015). Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza Społeczna 2015, Warunki i Jakość Życia Polaków – Raport. *Contemporary Economics*, 9/4, 200–331. doi:10.5709/ce.1897-9254.190.
- Dahlgren, G. i Whitehead, M. (2007). European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.

- Dzwonkowska-Godula, K. (2016). Pojmowanie zdrowia przez kobiety i mężczyzn w różnym wieku. W: Malinowska, E., Dzwonkowska-Godula, K., Garncarek, E., Czarnecka, J., i Brzezińska, J. (red.), *Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia*. (ss. 231–244), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, <http://dx.doi.org/10.18778/8088-353-6.06>.
- Forum Odpowiedzialnego Biznesu (2016). Raport Odpowiedzialny biznes w Polsce 2016. Dobre praktyki.
- Gniazdowski, A. (red.) (1990). *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy
- GUS (2016). Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. Informacje i opracowania statystyczne. Warszawa.
- GUS (2017). Jakość życia w Polsce w 2015 r. Wyniki Badania Spójności Społecznej. Studia i Analizy Statystyczne. Warszawa.
- Hughner, R. i Kleine, S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. Vol. 8(4), 395–422. doi: 10.1177/1363459304045696.
- Hupa, A. (2017). *Dbanie o zdrowy styl życia*. Pobrane z <https://ircenter.com/dbanie-o-zdrowy-styl-zycia/>.
- Illich, I. (1975). *Medical Nemesis. The expropriation of health*. London: Calder & Boyars.
- Instytut Badawczy Randstad (2017). Plany Pracodawców. 34. edycja (surowe dane z badania, udostępnione przez Randstad).
- Kickbush, I. (2005). The Health Society: Importance of the new policy proposal by the EU Commission on Health and Consumer Affairs. *Health Promotion International* 20(2), 101–103. <https://doi.org/10.1093/heapro/dai016>.
- Kickbush, I. (2007). Responding to the health society. *Health Promotion International*, 22(2), 89–91. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam014>.
- Korzeniowska, E. (2004). Sposoby myślenia i postępowania w sferze zdrowia starszych pracowników średnich i dużych firm. *Med. Pr.* 55(2), 129–138.
- Marmot, M. i Wilkinson R., (eds.) (2005). *The social determinants of health*. Second edition. Oxford: Oxford University Press.
- Moskal, W. (2010). Szczupłe i niezbadane. *Gazeta Wyborcza*, 15.10.2010. Pobrane z http://wyborcza.pl/1,75476,8516882,Szczuple_i_niezbadane.html.
- OECD (2017). Life expectancy at birth. In: *Health at a Glance 2017*. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-6-en.
- Orkla Health (2015). Zmęczenie. Raport z badania. Warszawa, czerwiec.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
- Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej i Lux Med (2014). *Zdrowie w miejscu pracy – diagnoza i oczekiwane zmiany*. Międzynarodowe badanie oczekiwań wobec programów zdrowotnych w miejscu pracy – Polska, Wielka Brytania, Hiszpania, Australia. Raport z badań. Warszawa: Bupa.
- Popadiak-Kuligowska, T. (2013). Potoczne definicje zdrowia – konteksty definiowania pojęcia. W: Wartecka-Ważyńska, A. i Wrzesińska, J. (red.). *Zdrowie i zabezpieczenie społeczne w badaniach młodych naukowców*, (ss. 227–242). Poznań: Wyd. Wyższej Szkoły Handlu i Usług.

- Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Puchalski, K. (2012). Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej. *Studia Edukacyjne*, 23, 119–139.
- Puchalski, K. i Korzeniowska, E. (2017). Promocja zdrowia w zakładach pracy w Polsce w 2015 r. – diagnoza na podstawie reprezentatywnego badania firm zatrudniających powyżej 50 pracowników. *Medycyna Pracy*, 68(2), 229–246. doi: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00532>
- Philips Polska (2010). Philips Index 2010. Badanie jakości życia Polaków.
- Schmidt, G. (2000) Zdrowie duchowe – siłą do tego, żeby być człowiekiem. *Studia Warmińskie*, 37, 2, 535–550.
- Skrabanek, P. (1994). The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Suffolk: Social Affairs Unit.
- Taranowicz, I. (2010). *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami. Analiza socjologiczna*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- WHO (1985). Targets for Health for all. Copenhagen.
- WHO (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Geneva.
- Wiliński, M. (2010). Modele niepełnosprawności: indywidualny – funkcjonalny – społeczny. W: Brzezińska, A., Kaczan, R. i Smoczyńska, K. (red.). *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczoną sprawnością*, (15–60). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Główne problemy zdrowotne pracujących

Obecnie działania większości zakładów pracy w sferze zdrowia pracowników ograniczają się do działań wynikających z obligacji prawnych (zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków oraz badań profilaktycznych medycyny pracy). Badania wstępne, okresowe i kontrolne nie dają jednak pełnego obrazu stanu zdrowia personelu. Wynika to m.in. z tego, iż pracownicy mają powody, by ukrywać niekorzystne informacje o swoim zdrowiu, ich zakres ograniczają przepisy, są ukierunkowane na wydanie orzeczenia decydującego o możliwości podjęcia lub kontynuowania pracy, a nie kompleksowe zdiagnozowanie i leczenie ewentualnych problemów zdrowotnych (Marcinkiewicz i in., 2016). Orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy na swoim stanowisku w tego typu badaniach uzyskuje ponad 99% pracowników (Marcinkiewicz i in., 2017). Zapewne z tego powodu większość pracodawców uważa, że zatrudnianie zdrowych pracowników i – w związku z tym – ich zdrowie nie jest dla firmy problemem. Tymczasem według GUS (2016)¹ połowa (46%) osób pracujących w Polsce odczuwa długotrwałe (tj. trwające przez co najmniej 6 miesięcy) problemy zdrowotne (będące następstwem choroby przewlekłej, długotrwałego złego samopoczucia, niesprawności czy kalectwa). Na 1 osobę dorosłą² przypada średnio 1,8 chorób i dolegliwości przewlekłych (wśród kobiet 2,1, wśród mężczyzn 1,5).

Wielu menadżerów patrzy na zdrowie personelu wyłącznie przez pryzmat skali absencji chorobowej. Tymczasem to tylko wierzchołek góry lodowej, skrywający inne problemy zdrowotne. Przykładowo, idzie tu o zjawisko prezentyzmu. Pracownik pomimo choroby przychodzi do firmy nie podnosząc bieżących wskaźników absencji, ale wykonuje swoje zadania z mniejszym zaangażowaniem, mniej produktywnie lub bardziej ryzykownie. Takie sytuacje zwiększają też prawdopodobieństwo późniejszej nieobecności z powodu powikłań po nieleczonej chorobie, a także

¹ Część prezentowanych w niniejszym rozdziale wyników Europejskiego Ankiетowego Badania Zdrowia zrealizowanego w Polsce przez GUS (2016) pochodzi bezpośrednio z raportu „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.”, a część z tablic wynikowych prezentowanych na stronie internetowej <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>

² Ze względu na ograniczoną dostępność danych z badań społecznych czy epidemiologicznych dotyczących populacji pracujących część informacji przedstawionych w niniejszym rozdziale dotyczy ogółu dorosłych Polaków, osób w wieku produkcyjnym czy aktywnych zawodowo.

wzrostu absencji współpracowników (w przypadku chorób zakaźnych). Koncentracja na wskaźnikach absencji sprzyja bagatelizowaniu odłożonych skutków chorób. Mowa tu o głównych zdrowotnych przyczynach „utruty” pracowników z firmy w związku z odchodzeniem na rentę chorobową czy umieralnością przedwczesną. Omówiona postawa menadżerów wpływa także na nieidentyfikowanie głównych uwarunkowań szeregu problemów zdrowotnych załogi (w tym wykraczających poza absencję chorobową), a tym samym nie sprzyja ich skutecznemu ograniczaniu.

Ważne jest więc szersze spojrzenie na zdrowie personelu niż tylko poprzez wyniki badań profilaktycznych realizowanych przez lekarza medycyny pracy czy skalę wystawianych personelowi zwolnień lekarskich. Niniejszy rozdział ma na celu pokazanie różnorodnych problemów zdrowia pracowników mających wpływ na funkcjonowanie zawodowe i pozazawodowe pracowników, a także głównych determinant tych problemów, na które pracodawcy mogą przynajmniej w pewnym stopniu oddziaływać, tj. zachowań antyzdrowotnych oraz środowiska pracy. Idzie tu o uzmysłowienie menadżerom, że troska o zdrowie pracowników wymaga kompleksowego podejścia w zakresie rozpoznawania specyficznych dla załogi danej firmy wyzwań zdrowotnych i ich przyczyn oraz ukierunkowania na nie działań naprawczych.

Główne grupy chorób, dolegliwości pracujących

Analiza:

- grup chorobowych stanowiących przyczyny absencji chorobowej pracowników (ZUS, 2017a),
- grup schorzeń będących powodem przechodzenia od pracy zarobkowej do uprawnień rentowych (tj. orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych) (ZUS, 2017b),
- najpoważniejszych (tj. mających największy wpływ na codzienną aktywność zawodową bądź pozazawodową) dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą subiektywnie doświadczanych przez osoby aktualnie lub w przeszłości wykonujące pracę (GUS, 2014),

prowadzi do zaprezentowanych w poniższych punktach wniosków dotyczących głównych grup chorób pracujących^{3, 4}. Szczegółowe dane na ten temat prezentują rys. 1–4.

³ Poniżej przedstawiono ogólnopolskie dane ZUS z 2016 r. dotyczące absencji chorobowej pracowników oraz orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych ogółu uprawnionych (w tym pracowników) (ZUS, 2017a; 2017b). Ponadto, omówiono wyniki reprezentatywnego badania GUS (2016) dotyczącego problemów zdrowotnych związanych z pracą (powstałych lub pogłębiających się w wyniku niekorzystnych czynników występujących w środowisku pracy lub specyfiki pracy) odczuwanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed datą jego przeprowadzenia. Populację badaną stanowiły osoby pracujące (aktualnie lub kiedyś) w wieku 15 lat i więcej.

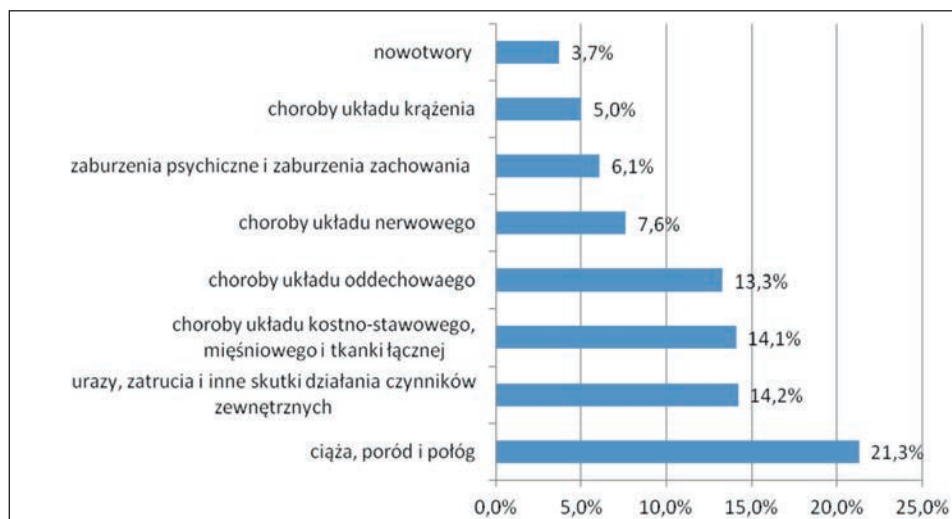
⁴ W poniższych punktach nie przedstawiono danych dotyczących ciąży, porodu i połogu, choć są one źródłem ponad 1/5 wszystkich dni absencji (21% w 2016 roku) w Polsce, a przeciętne

- Istotnym problemem są **urazy, zatrucia** i inne skutki działania czynników zewnętrznych. Co 7. dzień absencji (14%) w Polsce jest spowodowany tą przyczyną (drugie miejsce po ciąży, porodzie i połogu, ex aequo z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej). Tylko z tego powodu w skali kraju pracownicy są nieobecni w pracy przez ponad 22 mln dni w roku. Pojedyncze zwolnienie lekarskie osoby doświadczającej któregoś z tych zdarzeń trwa średnio ponad 2 tygodnie (15,15 dni). W różnych wypadkach (tj. komunikacyjnych, w domu i jego otoczeniu, w czasie wolnym bądź w pracy, na uczelni) w ciągu roku ulega co 20. pracujący (5%) (GUS, 2016). Jednym ze źródeł omawianej grupy chorób generowanym w pracy, są wypadki przy pracy. W skali kraju w 2016 roku urazów z tego powodu doświadczyło ponad 87 i pół tysiąca osób (tj. ponad dwa razy więcej niż wynosi bilans rannych zarejestrowanych przez Policję w wypadkach drogowych) (GUS, 2017c; Komenda Główna Policji, 2017).
- Jak wspomniano, podobną liczbę dni absencji (14%) generują choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Co 8. zaświadczenie lekarskie jest wydawane w Polsce właśnie z tego powodu (13%). Pracownik z takim zwolnieniem nie przychodzi do pracy średnio niemal przez 2 tygodnie (13,4 dni). Choroby układu kostno-stawowego są przyczyną 13% pierwszorazowych orzeczeń rentowych, natomiast urazy kości, stawów i tkanek miękkich – 8% takich orzeczeń. Wymienione tu grupy, tj. **choroby i urazy układu ruchu** łącznie stanowią (obok chorób układu krążenia) najpowszechniejszą przyczynę przechodzenia na rentę wśród ogółu uprawnionych. Wśród doświadczających problemy zdrowotne związane z pracą aż $\frac{2}{3}$ osób (68%) jako najpoważniejszą dolegliwość zgłasza problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami.
Warto przy tym nadmienić, iż dolegliwości układu ruchu stanowią problem globalny wśród pracujących. W 35 krajach Europy na bóle pleców uskarża się 43% tej populacji, bóle mięśni ramion, szyi i/lub kończyn górnych – 42%, a kończyn dolnych – 29% osób. Dwie pierwsze grupy dolegliwości to najpowszechniejsze problemy zdrowotne spośród 9 ich grup, o które pytano w VI Europejskim Badaniu Warunków Pracy (EWCS) (Eurofound, 2017).
- Kolejny problem to **choroby układu oddechowego**. W Polsce częściej niż co 4. zwolnienie lekarskie (28%) wystawiane jest właśnie z tego powodu, przy czym są to zazwyczaj stosunkowo krótkie nieobecności – średnio 5,8 dni (związane np. z infekcjami górnych dróg oddechowych). Przyczyna ta generuje 13% wszystkich dni absencji. Należy podkreślić, iż w ostatnich latach

zwolnienie chorobowe z tego powodu trwa 23 dni, czyli dwa razy dłużej niż średnia długość „chorobowego” dla wszystkich schorzeń (w obu przypadkach omawiana przyczyna zajmuje pierwsze miejsce w Polsce) (ZUS, 2017a). Tak istotny udział ciąży, porodu i połogu w generowaniu absencji chorobowej nie wynika jednak ze złego stanu zdrowia kobiet pracujących. Jest on pokłosiem m.in. medykalizacji macierzyństwa oraz obowiązujących rozwiązań systemowych (Moskalewicz, 2016).

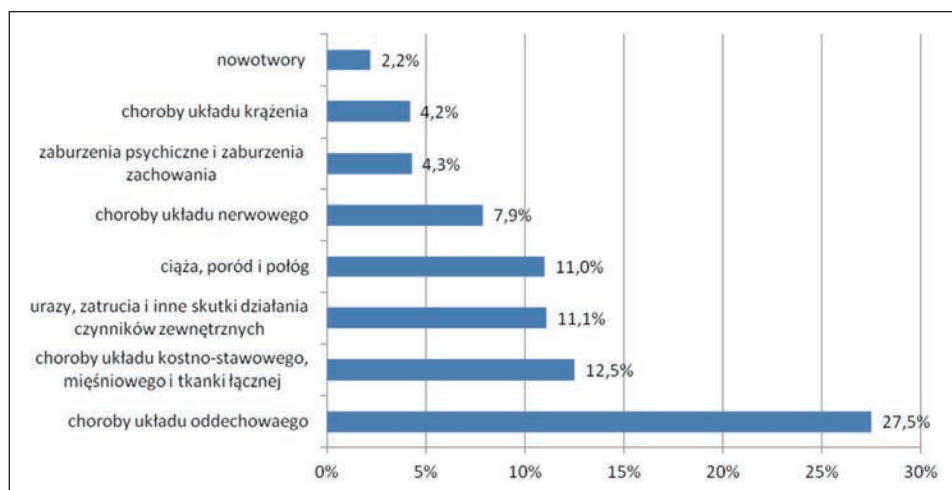
obserwuje się zmniejszanie udziału tej grupy schorzeń w powodowaniu absencji w Polsce. Przykładowo, o ile w 2007 roku były one przyczyną co około 5. dnia absencji (19%), o tyle 10 lat później już niemal co 8. (13%).

- Co 13. dzień zwolnienia chorobowego (7,6%) oraz co 12. pierwszorazowe orzeczenie rentowe (8,4%) wynika z **chorób układu nerwowego**.
- Na uwagę zasługują również **zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania**. Aktualnie co około 16. dzień absencji (6%) w naszym kraju jest pokłosiem z tej grupy. Średnia długość zaświadczenia lekarskiego wydanego z tego powodu to niemal 17 dni. Blisko co 7. pracownik (15%), któremu przyznawane są pierwszy raz uprawnienia rentowe, otrzymuje je z powodu zaburzeń psychicznych. W populacji kobiet są to częstsze sytuacje – dotyczy to niemal co 5. (19%) orzeczenia pierwszorazowego wydanego dla celów rentowych w tej populacji uprawionych. Wśród osób odczuwających problemy zdrowotne związane z pracą, 4% wskazuje na stres, depresję, niepokój jako najpoważniejsze dolegliwości. W grupie tej częściej dotyczy to kobiet (55%), rzadziej mężczyzn (45%). GUS (2016) na podstawie pytań o samopoczucie emocjonalne diagnozuje symptomy depresji u co 10. pracującej osoby (najczęściej łagodne).
- Co 20. dzień zwolnienia wynika z **chorób układu krążenia**. Osoba, która z tej przyczyny otrzymuje zaświadczenie lekarskie, jest nieobecna w pracy przez średnio 2 tygodnie (13,9 dnia). Co 5. powód przechodzenia na renty wśród ogółu uprawionych (21%) dotyczy tej grupy chorób (czyli podobnie jak w przypadku chorób i urazów układu ruchu). Przy czym istnieje w tym zakresie duże zróżnicowanie międzypłciowe – co 4. orzeczenie wśród mężczyzn i co około 8. wśród kobiet (13%) jest wynikiem chorób układu krążenia. Tym samym wśród mężczyzn schorzenia te wiodą prym w zakresie przyczyn orzeczeń pierwszorazowych rentowych. Co 10. osoba (aktualnie lub kiedyś) pracująca, odczuwająca problemy zdrowotne związane z pracą, jako najpoważniejszą dolegliwość zgłasza choroby serca, zawał serca lub inne problemy układu krążeniowego.
- **Nowotwory** zajmują pierwsze miejsce w Polsce, jeśli chodzi o przeciętną długość zaświadczenia lekarskiego wystawianego z ich przyczyny. Pracownik z tego powodu nie przychodzi do pracy przez niemal 3 tygodnie (20,1 dni). W populacji ogólnej pracujących zajmują jedno z czołowych miejsc wśród przyczyn przechodzenia na rentę (18% wszystkich orzeczeń dotyczy tego powodu). Natomiast wśród kobiet stanowią główną przyczynę przechodzenia od pracy zarobkowej do uprawnień rentowych; co 4. orzeczenie wydawane jest właśnie z tego powodu (wśród mężczyzn dotyczy to co około 7. (14%). Jednocześnie warto nadmienić, iż są one również główną przyczyną zgonów u kobiet w wieku 20–64 lata (a więc w okresie aktywności zawodowej). Szacuje się, że za 10–15 lat podobna sytuacja wystąpi u mężczyzn w analogicznym wieku (Meder, 2014).



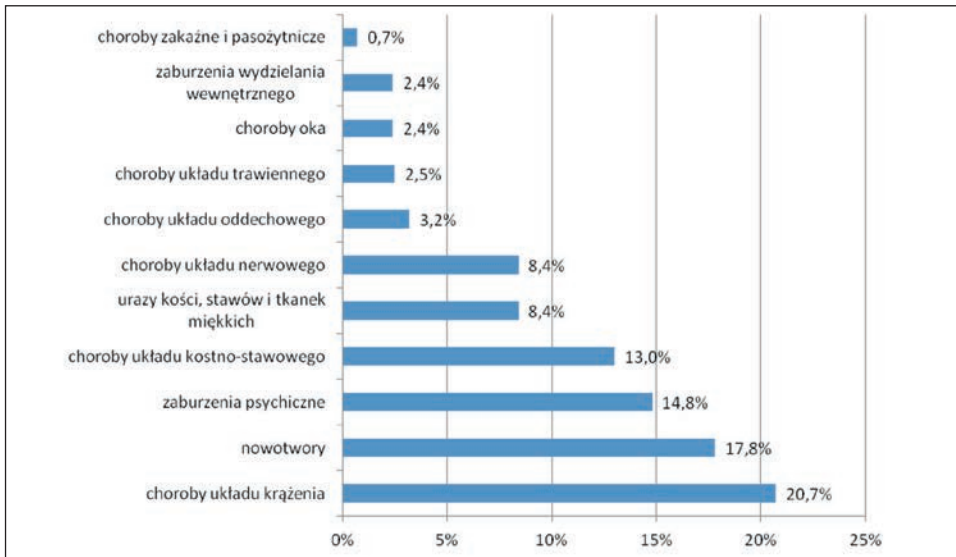
Rys. 1. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej pracowników według wybranych grup chorobowych w 2016 r. w Polsce

Źródło: na podst. ZUS, 2017a



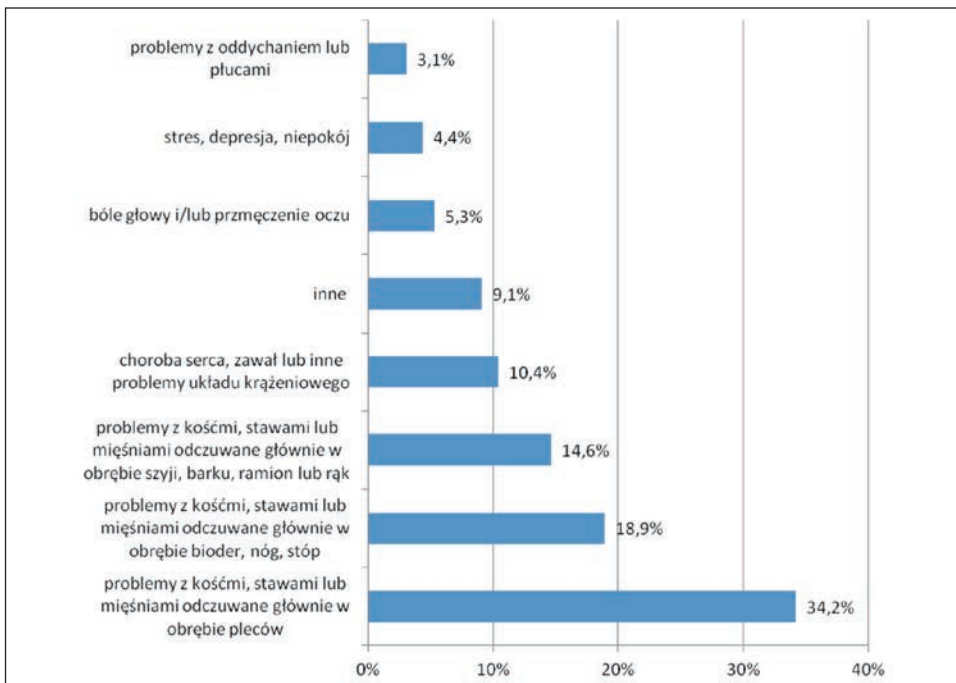
Rys. 2. Liczba zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej pracowników według wybranych grup chorobowych w 2016 r. w Polsce

Źródło: na podst. ZUS, 2017a



Rys. 3. Struktura orzeczeń pierwszorzadowych wydanych w 2016 r. dla celów rentowych, w których ustalono niezdolność do pracy według grup chorobowych

Źródło: na podst. ZUS, 2017b



Rys. 4. Rodzaje najpoważniejszych dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą subiektywnie doświadczanych przez osoby aktualnie lub w przeszłości wykonujące pracę

Źródło: na podst. GUS, 2014

Połowa (49%) pracujących w Polsce choruje przewlekłe (GUS, 2016). Co 6. aktualnie lub kiedyś wykonujący pracę zarobkową odczuwał (w okresie 12 miesięcy przed badaniem GUS, 2014) problemy zdrowotne spowodowane lub pogłębione przez nią. Prawie połowa tej zbiorowości (44%) zgłasza występowanie więcej niż jednego problemu zdrowotnego, przy czym częściej kobiety. Tego typu choroby są źródłem ograniczeń w wykonywaniu codziennych aktywności dla blisko co 6. (18%) doświadczającej ich osoby (GUS, 2014). Wymienione w powyższych punktach grupy schorzeń stanowią w Polsce przyczynę 4 z 5 wszystkich dni absencji (łącznie z ciążą porodem i położeniem) oraz orzeczeń pierwszorazowych wydawanych dla celów rentowych (odpowiednio 85% i 86%) (ZUS, 2017a, 2017b). Dane te pokazują, jak ważne zarówno z punktu widzenia pracowników, jak i pracodawców jest zapobieganie im, łagodzenie przebiegu czy ułatwianie osobom je doświadczającym powrotu do/wykonywanej pracy. Jednocześnie należy podkreślić, iż dużej części z nich (m.in. wielu chorobom układu ruchu, krążenia, wybranym nowotworom czy zaburzeniom psychicznym) można zapobiegać w miejscu pracy m.in. poprzez promocję zdrowia pracowników, w tym upowszechnianie aktywności fizycznej i zdrowej diety (WHO, 2008).

Czynnikiem ryzyka wielu schorzeń z omówionych grup są **nadwaga i otyłość** (przy czym ta ostatnia może być traktowana jako niezależna jednostka chorobowa)⁵. Dotyczy to chociażby chorób układu krążenia (wśród których jako konsekwencje nadmiernej masy ciała wskazuje się m.in. nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, zaburzenia lipidowe), oddechowego (m.in. bezdech senny i astma), kostno-szkieletowego (m.in. choroby zwyrodnieniowe stawów, dolegliwości bólowe mięśni np. pleców), nerwowego (np. udar mózgu), a także zaburzeń psychicznych (np. niska samoocena, lęk, depresja) oraz licznych nowotworów (np. sutka, trzonu macicy, jajnika, prostaty, pęcherzyka żółciowego, żołądka, jelita grubego) (Jarosz i Rychlik, 2011; WHO, 2007). Jednocześnie niektóre choroby z grup omówionych wyżej (np. depresja, jedzenie kompulsywne) czy stosowane w ich przebiegu leki (np. część przeciwdepresyjnych) sprzyjają nadmiernej masie ciała.

Nadwaga i otyłość znajdują się na trzecim miejscu wśród najpoważniejszych czynników ryzyka łącznego obciążenia chorobami w 2013 roku zarówno dla ludności w Polsce, jak i ogółu krajów Europy Środkowej i Europy Zachodniej. Według Badania Globalnego Obciążenia Chorobami te problemy zdrowotne odpowiadają w Polsce za utratę niemal $\frac{1}{10}$ lat przeżytych w zdrowiu (9,1%) (za Poznańska i in., 2016).

Ich rozpowszechnienie narasta. Według WHO (2017) częstość występowania otyłości na świecie w latach 1975–2008 niemal potroiła się. Jedną z konsekwencji jest bardzo niepokojące zjawisko obserwowane w części krajów polegające na zahamowywaniu trendu wydłużania się przeciętnego trwania życia. Przewiduje się, że jeśli sytuacja w tym zakresie nie zmieni się, w ciągu kilkunastu lat

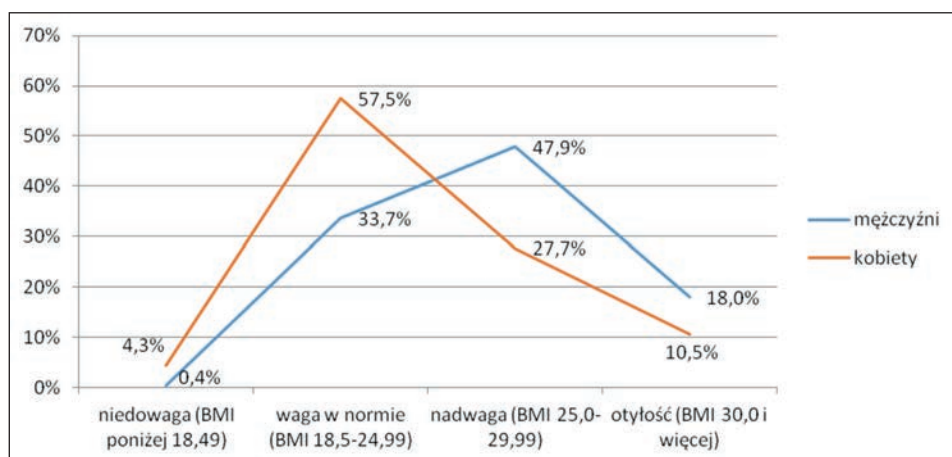
⁵ Według X rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).

może w niektórych krajach dojść do skracania się przeciętnego trwania życia (np. Olshansky i in., 2005). Z czego wynika ten niekorzystny trend w zakresie narastania występowania nadmiernej masy ciała? Jest on konsekwencją coraz większego zatraćania równowagi między kalorycznością przyjmowanych pokarmów a wydatkowaniem energii poprzez aktywność fizyczną (za Wiciński i in., 2015). Co ciekawe, bilans ten jest coraz bardziej niekorzystny pomimo zmniejszania się w społeczeństwie kaloryczności diety. Szacunki oparte na tej samej metodzie obliczeniowej pokazują, że wartość energetyczna dziennej racji żywieniowej statystycznego Polaka wynosiła w 2001 roku 2803 kcal, podczas gdy dekadę później spadła do 2328 kcal (Laskowski, 2015). Za zmniejszanie się poziomu realizowanego wysiłku we współczesnym świecie odpowiada m.in. środowisko pracy człowieka⁶. Amerykańscy naukowcy na podstawie danych z badań reprezentatywnych oszacowali, że przez 5 dekad – począwszy od lat 60. XX w. – średni dzienny wydatek energetyczny związany z aktywnością fizyczną w sferze pracy spadł w USA o ponad 100 kcal zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, co odpowiada za istotny średni przyrost masy ciała w populacji pracujących (np. wśród mężczyzn o ponad 12 kg) (Church i in., 2011). Aktualnie połowa pracujących (55%) w Polsce przez co najmniej $\frac{1}{4}$ czasu pracy wykonuje swoje obowiązki zawodowe siedząc (EWCS, 2015), $\frac{2}{5}$ (43%) głównie w pracy siedzi lub stoi (GUS, 2016).

Biorąc pod uwagę popularny wskaźnik BMI (obliczany jako stosunek masy ciała wyrażonej w kilogramach do kwadratu wzrostu wyrażonego w metrach) przy uwzględnieniu deklaracji respondentów dotyczących parametrów ich ciała, połowa (53%) pracujących w Polsce ma masę ciała powyżej normy. Problem ten zdecydowanie częściej dotyczy mężczyzn (66% wobec 38% kobiet) (rys. 5). Nadwaga (BMI 25,0–29,99) obserwowana jest u co około 2. mężczyzn (48%) i co około 4. kobiety (28%). Na otyłość (BMI 30 i więcej) cierpi niemal co 5. pracujący mężczyzna (18%) i co 9. kobieta (11%) (GUS, 2016). Dane te, wynikające z deklaracji respondentów, mogą być jednak niedoszacowane (szczególnie wśród kobiet, dla których wygląd zewnętrzny jest często kwestią drażliwą, stąd w badaniu społecznym niektóre podają niższą masę ciała niż rzeczywista).⁷ Nadmierna masa ciała częściej cechuje osoby nisko wykształcone, zwłaszcza wśród kobiet.

⁶ Przegląd różnorodnych czynników ryzyka nadwagi i otyłości zlokalizowanych w środowisku pracy przedstawiony jest w innym rozdziale niniejszej monografii, tj. w tekście autorstwa prof. Magdaleny Olszaneckiej-Glinianowicz pt. „Otyłość a środowisko pracy”.

⁷ W badaniu WOBASZ II (Stępaniak i in., 2016), w którym obliczano BMI w oparciu o wartości wzrostu i masy ciała uzyskiwane w pomiarach antropometrycznych, wykazano większą skalę omawianego problemu niż w badaniu GUS (2016), w którym zbierano deklaracje respondentów dotyczące wzrostu i masy ciała. W pierwszym (obejmującym ogół populacji w wieku 20–74 lata) w porównaniu z drugim (ogół respondentów w wieku 20–79 lat) wykazano nadmierną masę ciała u odpowiednio 67% oraz 66% mężczyzn oraz 53% i 47% kobiet. Różnica w odniesieniu do kobiet jest więc znaczna.



Rys. 5. Waga ciała (w oparciu o wskaźnik BMI) osób pracujących według płci

Źródło: na podst. GUS, 2016

Inne wskaźniki problemów zdrowotnych

Rekomendowanym przez WHO wskaźnikiem stanu zdrowia jest jego samoocena. **Zadowolenie ze zdrowia** jest jednym z głównych wyznaczników ogólnego zadowolenia z życia oraz oceny jego jakości. Okazuje się jednak, że ocenę poniżej dobrej wystawia swojemu zdrowiu aż niemal co 4. pracujący w Polsce (19% opisuje je jako takie sobie, tj. ani dobre, ani złe, a 4% – jako złe lub bardzo złe). Poziom niezadowolenia z własnego zdrowia rośnie z wiekiem i maleje z poziomem wykształcenia (GUS, 2016).

Badania pokazują, że przy ocenie własnego zdrowia więcej osób zwraca uwagę na swoją **witalność/poczucie energii**, niż na to czy nie są chorzy. Problem polega na tym, że tylko połowa dorosłych w Polsce (54%) ma dużo sił i energii do działania przez większość dni w miesiącu lub cały czas. Podczas gdy co około 6. (17%) w ogóle ich nie doświadcza lub bardzo rzadko. Dodatkowo, przez większość dni w miesiącu lub cały czas **zmęczony** jest niemal co 5. dorosły (18%), a **wykończony, wyczerpany** co 9. (11%) (GUS, 2017a). Dłuższe godziny pracy sprzyjają powszechniejszemu odczuwaniu zmęczenia (Orkla Health, 2015). Wśród pracujących do 8 h/dobę towarzyszy ono codzienne co około 7. osobie (15%). Podczas gdy wśród tych, którym obowiązki zawodowe wypełniają ponad 8 godzin dziennie, dotyczy to już co 5. respondenta. Aż co 3. pracujący (35%) określa poziom zmęczenia jako wysoki. Ma to liczne negatywne konsekwencje w ich funkcjonowaniu zawodowym i osobistym. Przykładowo, badanie wśród ogółu respondentów w wieku 25–65 lat (a więc nie tylko pracujących) pokazuje, że pod wpływem

silnego zmęczenia: przestają dbać o zdrowe odżywianie (58%), nie mają ochoty na sport i aktywność fizyczną (55%), odczuwają więcej dolegliwości fizycznych (49%), są bardziej zestresowani (46%), zaniedbują swoje obowiązki domowe (40%), mniej angażują się w pracę zawodową (37%), mają trudności w relacjach z innymi ludźmi, także w pracy (28%), ich wydajność w pracy słabnie (23%), palą więcej papierosów (20%), piją więcej alkoholu (11%). Oni też znacznie rzadziej lubią swoją pracę, gorzej oceniają swoje zdrowie i nie widzą sensu w tym, by dbać o nie (Orkla Health, 2015). Biorąc pod uwagę skalę zmęczenia wśród pracowników, nie dziwi, że aż 25% respondentów z Polski w międzynarodowym badaniu Bupa wśród motywacji do uczestnictwa w działaniach prozdrowotnych oferowanych w zakładzie pracy wskazuje potrzebę zwiększenia swojego poziomu energii (Pracodawcy RP, Luxmed, 2014).

Kolejnym czynnikiem stanowiącym przeszkodę w codziennym funkcjonowaniu jest **doświadczanie bólu fizycznego**. Dwóch na 5 pracujących (44%) odczuwało go w ciągu 4 tygodni przed badaniem (przy czym w grupie tej dla co około 6. osoby (18%) był on silny lub bardzo silny). Częściej problem ten dotyka kobiety (49%) niż mężczyzn (40%). Dla zdecydowanej większości (83%) jest on źródłem ograniczeń w wykonywaniu normalnych obowiązków i czynności, przy czym dla co około 6. osoby (17%) mocnym utrudnieniem (GUS, 2016).

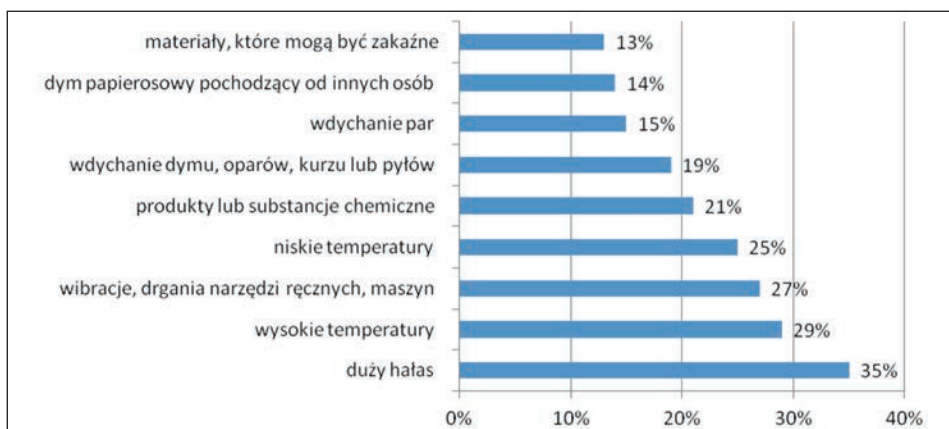
Wybrane uwarunkowania problemów zdrowotnych

Powszechnie uznaje się, że zdrowie człowieka zależy przede wszystkim od stylu życia oraz oddziaływań szeroko pojętego środowiska życia (materialnego i psychospołecznego). Poniżej przedstawiono charakterystykę wybranych elementów środowiska pracy oraz zachowań zdrowotnych osób pracujących w Polsce. Prezentacja tych zagadnień nie jest wyczerpująca z uwagi na wąskie ramy niniejszego rozdziału oraz ograniczoną dostępność danych statystycznych na ten temat. Chodzi tu raczej o zasygnalizowanie tych determinant zdrowia pracujących, na które pracodawcy mogą (przynajmniej w pewnym zakresie) oddziaływać tak poprzez działania wymagane prawem (np. z zakresu BHP), jak i ponadobligatoryjne (np. zakładowe programy promocji zdrowia pracowników).

Środowisko pracy

Aż co 4. pracujący w Polsce (27%) jest przekonany, że praca zawodowa negatywnie oddziałuje na jego zdrowie (przeciwnie zdanie dotyczy tylko co 11. osoby) (EWCS, 2015). Podobna grupa uważa, że jej zdrowie lub bezpieczeństwo jest narażone na szwank z uwagi na wykonywaną pracę, realizuje powierzone jej zadania w poczuciu zagrożenia wypadkiem (odpowiednio 21% w EWCS, 2015; 28% w badaniu GUS, 2014). Blisko co 8. (13%) wyraża niezadowolenie z warunków, w jakich wypełnia obowiązki zawodowe (EWCS, 2015).

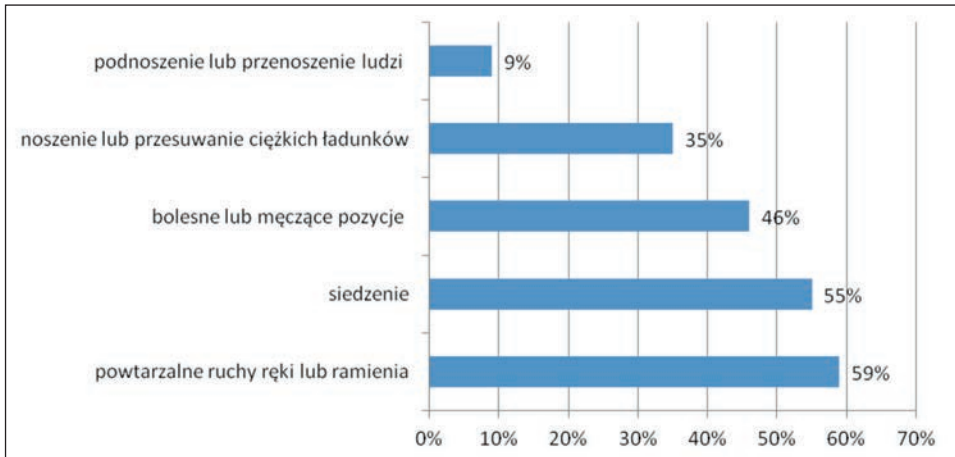
Dane dotyczące narażeń na **czynniki materialnego środowiska pracy** prezentują rys. 6–8. Analiza wyników dwóch reprezentatywnych badań pracujących w Polsce (GUS, 2014; EWCS, 2015)⁸ pokazuje, że jednym z najpowszechniejszych problemów stanowią obciążenia dla układu ruchu, takie jak np. wymuszona, niewygodna pozycja, powtarzalne ruchy ciała, przemieszczanie ciężkich ładunków. Kolejnym są narażenia na czynniki fizyczne jak hałas, wibracje, wysokie/niskie temperatury. Mniejsza grupa wskazuje na ekspozycję na czynniki chemiczne i pyły. Częściej narażenie na czynniki materialnego środowiska pracy dotyczy mężczyzn (GUS, 2014).



Rys. 6. Pracujący deklarujący narażenie na wybrane czynniki materialnego środowiska pracy przez co najmniej ¼ czasu pracy

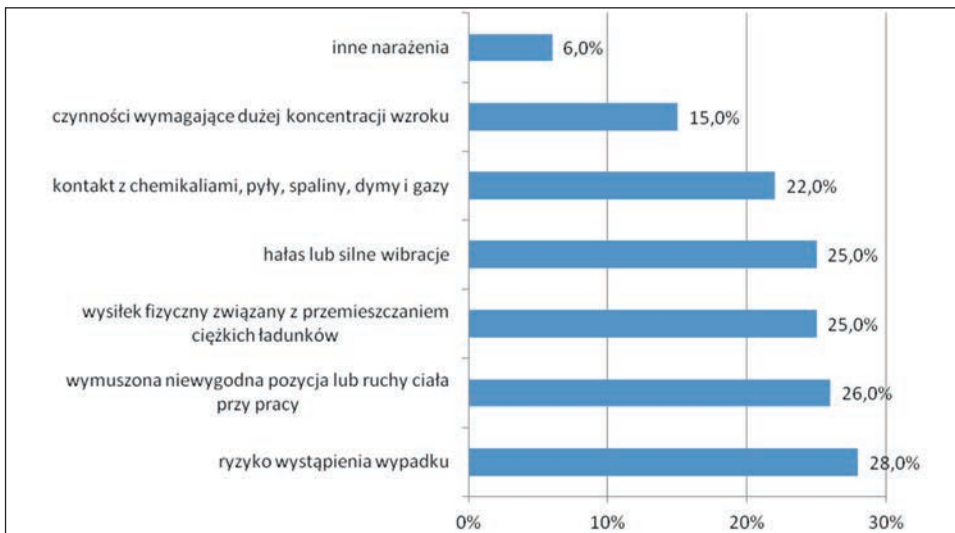
Źródło: na podst. EWCS, 2015

⁸ Innym źródłem informacji na ten temat w Polsce jest badanie warunków pracy realizowane poprzez przedsiębiorstwa na formularzu Z-10 (GUS, 2017b). W przeciwieństwie do prezentowanych badań (GUS, 2014; EWCS, 2015) nie opiera się ono na subiektywnych odczuciach pracujących (które mogą odbiegać od rzeczywistości), ale na sprawozdawczości zakładów pracy. Mówi ono jednak tylko o osobach zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w podmiotach o liczbie pracujących powyżej 9 osób i w tych rodzajach działalności, gdzie występuje największe zagrożenie. Podczas gdy w prezentowanych badaniach respondenci są losowani z ogółu pracujących.



Rys. 7. Pracujący deklarujący wykonywanie obowiązków służbowych w pozycjach stanowiących ryzyko dla zdrowia przez co najmniej ¼ czasu pracy

Źródło: na podst. EWCS, 2015

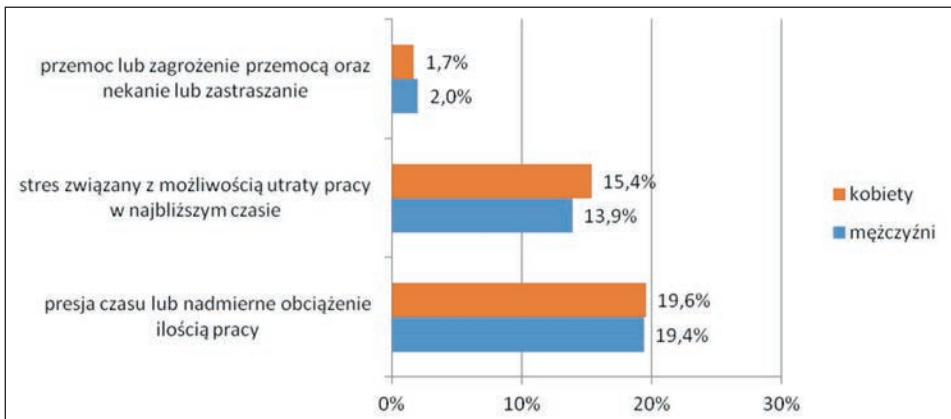


Rys. 8. Pracujący deklarujący narażenie na czynniki materialnego środowiska pracy według pci

Źródło: na podst. GUS, 2014

Jeśli chodzi o wybrane **obciążenia psychospołeczne środowiska pracy**, to jak wynika z EWCS (2015), aż dla $\frac{2}{5}$ pracujących w Polsce (38%) wiąże się ona z koniecznością uczestniczenia w sytuacjach, które wywołują u nich dyskomfort emocjonalny. Od podobnej grupy (40%) wymaga ona radzenia sobie ze zdenerwowanymi klientami, przy czym co 10. osoba doświadcza tego przez cały czas lub prawie cały czas. Co 9. respondent (11%) deklaruje, że w ciągu ostatniego miesiąca przed

badaniem był narażony na przynajmniej jedną z następujących sytuacji: słowne zniewagi, obraźliwe lub niestosowne słowa, niepożądane zainteresowanie seksualne, groźby, upokarzające zachowania. Z kolei 3% pracujących w ciągu 12 miesięcy przed badaniem było ofiarami dyskryminacji (Nieco mniejsza skala zagrożenia przemocą lub doświadczania jej, nękania, zastraszania wynika z badania GUS, 2014 – por. rys. 9). Blisko co 7. respondent (15%) cały czas lub prawie cały czas musi wykonywać zadania zawodowe z bardzo dużą prędkością, a co 5. dotrzymywać napiętych terminów (podobna skala wynika z badania GUS, 2014 – por. rys. 9). Co około 3. osoba jest narażona na przepracowanie (30% pracuje powyżej 40 godzin/tydzień, 33% co najmniej raz w miesiącu wykonuje obowiązki zawodowe przez ponad 10 godzin/dobę). Jeśli zaś chodzi o wsparcie społeczne, to tylko co 2. pracujący może zawsze lub przez większość czasu liczyć na pomoc ze strony współpracowników oraz szefa (odpowiednio 54% i 47%). Aż co 5. nigdy jej nie uzyskuje lub rzadko (w przypadku współpracowników – 19%, a przełożonego – 22%) (EWCS, 2015). Blisko co 7. pracujący w Polsce (15%) odczuwa stres związany z możliwością utraty pracy w najbliższym czasie (dane w podziale na kobiety i mężczyzn prezentuje rys. 9) (GUS, 2014).



Rys. 9. Pracujący deklarujący narażenie na czynniki psychologiczne według płci

Źródło: na podst. GUS, 2014

Wymienione narażenia mogą sprzyjać różnorodnym grupom chorób stanowiącym główne problemy zdrowia pracujących. Przykładowo, praca siedząca, zmianowa, długie godziny pracy, zmęczenie, stres zawodowy sprzyjają nadwadze i otyłości. Powtarzalne ruchy, podnoszenie i przenoszenie ciężkich ładunków, częste zginanie i skręcania ciała, ekspozycja na zimno, obciążenia psychospołeczne i dodatkowo niewystarczający czas na regenerację sił są czynnikami ryzyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Miejsce pracy może być także źródłem narażenia na kancerogeny (np. poprzez kontakt z niektórymi pyłami czy chemikaliami), co sprzyja rozwojowi nowotworów. Doświadczanie hałasu, obciążeń

psychospołecznych jak mała swoboda podejmowania decyzji czy ciągłe napięcie zwiększają ryzyko schorzeń układu krążenia (w tym choroby niedokrwiennej serca). Ekspozycja na niekorzystne czynniki psychospołeczne, odczuwanie silnego stresu zawodowego może powodować zaburzenia zachowania, choroby psychiczne – np. depresję (Eurofund, 2017).

Styl życia

Wśród wyróżnionych przez WHO (2010a) 10 głównych czynników ryzyka behawioralnego na terenie Europy, mających wpływ na łączne obciążenie chorobami, najistotniejsze to: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta (np. uboga w warzywa i owoce) oraz mała aktywność fizyczna. Uważa się, że czynniki ryzyka związane z zachowaniami antyzdrowotnymi odpowiadają w naszym kraju za utratę 36% lat przeżytych w zdrowiu (za Poznańska, Rabczenko i Wojtyniak, 2016).

Wśród **zachowań żywieniowych** pracujących na uwagę szczególnie zasługuje fakt, iż aż $\frac{2}{5}$ spożywa owoce lub warzywa⁹ rzadziej niż raz dziennie (odpowiednio 42% i 43%) (GUS, 2016). Podczas gdy właśnie ich codzienna konsumpcja stanowi postawę tzw. piramidy żywieniowej. Niskie ich spożycie w społeczeństwie polskim odpowiada za utratę po kilka procent lat przeżytych w zdrowiu (3,4% w przypadku owoców, 2,7% odnośnie warzyw). Analiza danych z ich sprzedaży prowadzona przez FAO pokazuje, że Polska od lat zalicza się do krajów o najniższym spożyciu owoców w Europie, prawie o połowę niższym od przeciętnego w Unii Europejskiej. Z kolei dostępność warzyw (nie licząc ziemniaków) jest zbliżona do średniej unijnej i od lat utrzymuje się na stałym poziomie. Wyższy poziom wykształcenia i dobra sytuacja ekonomiczna konsumentów korzystanie wpływają na ilość nabywanych owoców i warzyw oraz częstość ich spożywania (za Poznańska, Rabczenko i Wojtyniak, 2016).

Jeśli chodzi o niewypełnianie przez pracowników innych zaleceń dietetycznych, to ich badanie w wybranych dużych przedsiębiorstwach w Polsce wskazuje, że przykładowo: około połowa pije mniej wody niż jest to zalecane, tj. poniżej 6–8 szklanek/dobę (57%), czy spożywa ostatni posiłek później niż 2–3 godziny przed snem (53%), co 3. osoba przyznaje, że codziennie je słodczy lub pije słodzone napoje (38%), nie konsumuje pierwszego posiłku w ciągu pierwszej godziny od przebudzenia (37%), w ciągu tygodnia spożywa dania typu „fast food” (w tym gotowe posiłki, zupki „instant”) (34%), a co 4. najbardziej kaloryczny posiłek w ciągu dnia je dopiero wieczorem (27%) (Human Power, 2017). Z kolei

⁹ W analizach GUS (2016) uwzględniono surowe i przetworzone owoce i warzywa (bez ziemniaków). W konsumpcji soków nie uwzględniano tych z koncentratu.

w reprezentatywnym badaniu dorosłych Polaków wykazano podejmowanie następujących, krytykowanych przez dietetyków zachowań żywieniowych: nie spożywanie codziennie śniadań (21%) oraz co najmniej 3 posiłków (18%), przegryzanie między posiłkami słodczy, chrupków, chipsów (17% codziennie, 29% – kilka razy w tygodniu), spożywanie gotowych dań dostępnych w sklepach (49%, przy czym co 4. respondent – co najmniej kilka razy w miesiącu, a co 20. badany – co najmniej kilka razy w tygodniu), barach/restauracjach szybkiej obsługi lub zamawianie ich do domu (co najmniej kilka razy w miesiącu odpowiednio 12% i 8% osób), jedzenie tuż przed snem (7% – codziennie, 18% – kilka razy w tygodniu) (CBOS, 2014b). Duże rozpowszechnienie nieodpowiednich zachowań żywieniowych stoi w kontraście z tym, że spośród różnych czynników behawioralnych to właśnie zdrowe odżywianie jest najczęściej wskazywanym w Polsce środkiem służącym poprawie stanu zdrowia (uważa tak 54% osób) (CBOS, 2014b).

Omawiając zachowania żywieniowe nie sposób pominąć kwestii rozpowszechnienia stosowania diet w społeczeństwie polskim. W ciągu ostatniego roku przed badaniem CBOS (2014) realizowała je aż co 3. dorosła osoba (30%), przy czym co 4. respondent (26%) – dietę eliminacyjną. Ta ostatnia polega na ograniczaniu bądź wykluczeniu jakiegoś rodzaju produktu. Najczęściej badani deklarują tu prawidłowe z punktu widzenia poprawy zdrowia zachowania. Co 2. osoba (55%) eliminuje/ogranicza cukier/słodczy, co 3. (34%) – tłuste potrawy, w tym mięso, co 4. – napoje alkoholowe (23%), co 6. – kawę czy gotowe dania (po 17%). Zdarza się, że pozbywamy się z diety produktów wskazywanych jako korzystne dla zdrowia w ogólnych zaleceniach żywieniowych (np. w przypadku 8% respondentów dotyczy to spożycia produktów mlecznych jak jogurty, sery, 4% respondentów stroni od ryb, 3% – od owoców, tyle samo ogranicza konsumpcję warzyw). Nie można jednak wykluczyć, że w indywidualnych przypadkach jest to wskazane ze zdrowotnego punktu widzenia (np. alergia na określone produkty uzasadnia ich wykluczenie/ograniczenie). Motywacja jaka najczęściej przyświeca osobom realizującym dietę eliminacyjną to chęć schudnięcia (36%), zdrowego odżywiania się, poprawy samopoczucia, kondycji (35%) oraz ulżenia w przebiegu dolegliwości/chorób (34%) (CBOS, 2014a).

Nieprawidłowe zachowania dietetyczne Polaków prowadzą do niewłaściwej (z punktu widzenia zaleceń żywieniowych) podaży składników żywności. Najwyraźniej dotyczy to niedoboru wapnia, a w mniejszym stopniu także żelaza, magnezu, cynku i miedzi. Nadmiarowe jest za to spożycie sodu (soli), a w mniejszym stopniu – fosforu. Ciągłe spożywamy zbyt dużo tłuszczów, których część winna być zastąpiona węglowodanami złożonymi. Za mała jest również podaż błonnika w diecie. Aby doszło do zabezpieczenia potrzeb, jego spożycie powinno się prawie podwoić u statystycznego Polaka (Laskowski, 2015).

Przedstawione wyżej informacje odnośnie skali wybranych błędów żywieniowych i ich konsekwencji w postaci niewłaściwej podaży składników żywności nie pokrywają się z samooceną diety Polaków. Aż 8 na 10 dorosłych (81%) twierdzi, że odżywia się zdrowo, tylko co około 6 (16%) ma odmienne zdanie. Także około

8 na 10 uważa, że konsumuje odpowiednią ilość owoców i warzyw (odpowiednio 75% i 81%). Co ważne, taki pogląd dotyczy aż $\frac{2}{5}$ Polaków, którzy spożywają je rzadziej niż codziennie lub w ogóle po nie nie sięgają (37% w przypadku owoców, 39% – warzyw) (CBOS, 2014b).

Wyzwanie stanowi również niski poziom **aktywności fizycznej** wśród pracujących (zarówno związanej z obowiązkami zawodowymi, jak i rekreacyjnej), choć to właśnie na to zachowanie wskazują Polacy na drugim miejscu (po zdrowej diecie) jako sposób poprawy stanu zdrowia (CBOS, 2014b)¹⁰.

Pierwszym problemem jest tu duża dezaktywacja w pracy. Ponad $\frac{2}{5}$ (43%) populacji pracujących w Polsce wykonuje swoje obowiązki zawodowe przede wszystkim siedząc lub stojąc. Nieco mniejsza grupa (38%) głównie chodzi bądź podejmuje umiarkowany wysiłek fizyczny. Co około 5. osoba (19%) wykonuje głównie pracę ciężką lub związaną ze znacznym wysiłkiem fizycznym (GUS, 2016).

Drugi problem to powszechność niepodejmowania rekreacyjnej aktywności fizycznej. Tej wymagającej co najmniej umiarkowanego wysiłku (np. sportu, fitnessu) nie uprawia aż $\frac{3}{4}$ pracujących. Wśród pozostałych średni czas ćwiczeń wynosi tylko 41 minut w tygodniu (podczas gdy WHO (2010b) osobom w wieku 18–64 lata zaleca w tym okresie przynajmniej 150 minut umiarkowanego lub 75 minut intensywnego wysiłku). Jeżeli do tego typu aktywności dodać korzystanie z roweru w celu dotarcia do różnych miejsc (np. do pracy¹¹, na zakupy), to okazuje się, że tylko co około 5. pracujący (19%) osiąga (lub przekracza) zalecany przez WHO pułap czasu dedykowanego umiarkowanemu wysiłkowi fizycznemu (GUS, 2016).

Jak wynika z badania Ministerstwa Sportu i Turystyki (2016) dotyczącego Polaków w wieku 15–64 lata, jeśli do osób, które realizują zalecany przez WHO poziom aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz w ramach transportu (np. rowerowego) (18%), dodać tych, którzy osiągają go w pracy zawodowej, to okazuje się, że normy WHO spełnia $\frac{2}{5}$ osób (44%). Różnice międzypłciowe są tu znaczne (53% mężczyzn wobec 35% kobiet).

W populacji dorosłych Polaków mieszkańcy miast powszechniej i dłużej ćwiczą niż osoby zamieszkujące na wsi. Mężczyźni tylko nieznacznie częściej niż kobiety podejmują rekreacyjną aktywność fizyczną, ale poświęcają jej więcej czasu. Rozpowszechnienie tego zachowania szybko zmniejsza się z wiekiem. W kolejnych grupach wiekowych spada również częstość realizacji aktywności na poziomie zgodnym z rekomendacjami WHO (bez uwzględniania wysiłku fizycznego

¹⁰ Warto podkreślić, że przekonanie o istotnym wpływie regularnego sportu na poprawę kondycji zdrowotnej bardzo się umocniło przez dwie ostatnie dekady. W 1993 roku deklarował je niespełna co 5. badany, w latach 2007 i 2012 – co 4., w 2014 roku – co 3. (CBOS, 2014b).

¹¹ Z reprezentatywnego badania Ministerstwa Sportu i Turystyki (2015) zrealizowanego w populacji pracujących lub uczących się osób wieku 15 lat i więcej wynika, że regularnie (tj. kilka razy w tygodniu) przez przynajmniej 6 miesięcy w roku na rowerze dojeżdża do pracy/szkoły/na uczelnię 6% respondentów. Stanowi to grupę około miliona osób w Polsce.

w pracy). Dodatkowo relatywnie rzadziej dotyczy ona osób o złym stanie zdrowia lub z niskim poziomem wykształcenia (GUS, 2016).

Przeciętny Polak dużo rzadziej podejmuje aktywność fizyczną niż statystyczny obywatel Unii Europejskiej. Odsetek przyznających się do niećwiczenia czy nieuprawiania sportu jest większy w naszym kraju niż w Europie o 10 punktów procentowych (odpowiednio 52% i 42%), a deklarujących nie podejmowanie innych form aktywności fizycznej w czasie wolnym (np. jeżdżenia rowerem celem transportu, tańca czy pielęgnacji ogródka) o 5 punktów większy (odpowiednio 35% i 30%). Populacja uprawiająca aktywność fizyczną lub sport przynajmniej raz w tygodniu to $\frac{2}{5}$ obywateli Unii (41%) i już tylko $\frac{1}{4}$ Polaków (28%) (European Commission, 2014). Niski poziom tego zachowania odpowiada w naszym kraju za utratę 2,4% lat przeżytych w zdrowiu (za Poznańska, Rabczenko i Wojtyniak, 2016).

Jakie są przeszkody w byciu bardziej aktywnym? Najczęściej dorośli Polacy mówią tu o braku czasu (46%) lub motywacji/zainteresowania (19%), problemach zdrowotnych (14%) oraz tym, że ćwiczenia/sport są zbyt kosztowne (10%). Wydaje się, że odpowiedzią na część tych potrzeb może być oferta ćwiczeń, sportu w firmie (aktualnie 7% osób podejmujących jakąś formę aktywności fizycznej robi to w miejscu pracy) (European Commission, 2014).

Jeżeli chodzi o preferowane formy rekreacyjnej aktywności fizycznej, to Diagnoza Społeczna (2015) pokazuje, że wśród dorosłych Polaków obu płci numerem jeden jest jazda na rowerze (28%). W następnej kolejności mężczyźni wybierają: siłownię (13%), piłkę nożną (lub inne gry zespołowe) (11%), bieganie/nordic walking oraz pływanie (po 10%). Natomiast kobiety uprawiają jogging/nordic walking (12%), aerobik (10%) oraz pływają (8%). Inne formy podejmowane są wyraźnie rzadziej.

Codziennie **palenie tytoniu** (np. papierosów, fajki, cygara) wśród pracujących dotyczy niemal co 3. mężczyzny (31%) i co 5. kobiety (19%). W tej grupie mężczyzn jest niemal dwa razy większy odsetek silnie uzależnionych od nikotyny (tj. wypalających przynajmniej 20 papierów/dzień) w porównaniu z populacją codziennie palących, pracujących kobiet (odpowiednio 57% i 31%). Okazjonalne sięganie po tego typu wyroby jest dużo rzadsze (dotyczy co 25. pracującego) (GUS, 2016).

Analiza wyników Globalnego Badania Używania Tytoniu na temat osób aktywnych zawodowo w Polsce wskazuje, że ryzyko regularnego palenia rośnie zarówno u mężczyzn jak i kobiet m.in. wśród tych: z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym, w średnim wieku (tj. 40–49 oraz 50–59-letków) oraz tych, u których w domu lub pracy nie ma całkowitego zakazu palenia tytoniu (Kaleta, Korytkowski i Makowiec-Dąbrowska, 2013). Warto szczególnie pamiętać o tym ostatnim czynniku ryzyka codziennego sięgania po wyroby tytoniowe, gdyż jest on modyfikowalny, zależny od pracodawców. Niestety, jak wynika z badania Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, duża część średnich i dużych zakładów pracy w Polsce posiada rozwiązania dotyczące miejsc palenia tytoniu niezgodne z wymogami ustawowymi (Puchalski i Korzeniowska, 2012).

Omawiane zachowanie częściej realizują pracownicy sektora prywatnego (32%) niż publicznego (20%). Grupami zawodowymi o największym rozpowszechnieniu palenia tytoniu są robotnicy pomocniczy w górnictwie i budownictwie, gdzie skala tego zjawiska sięga 60%. Pozostałe zawody, u których zachowanie to podejmują co najmniej 2 na 5 osób to robotnicy budowlani, mechanicy, kierowcy ciężarówek i autobusów. Najrzadziej palą nauczyciele (w tym akademicy), specjaliści ds. finansowych oraz ds. administracji i zarządzania, informatycy i prawnicy. Po papierosy sięga poniżej 15% ich przedstawicieli. Najwięcej ich wypalają robotnicy, wśród których, jak wspomniano, jest także najwięcej palaczy (Diagnoza Społeczna, 2015).

Według badań GUS z lat 1996, 2004, 2009 oraz 2014 w populacji ogólnej dorosłych Polaków obserwuje się wyraźne zmniejszanie się odsetka osób palących, przy czym za to pozytywne zjawisko odpowiadają głównie mężczyźni. Zmiany rozpowszechnienia omawianego zachowania wśród kobiet są mniejsze (za Poznańska, Rabczenko i Wojtyniak, 2016).

Ten czynnik behawioralny aktualnie odpowiada w Polsce za utratę aż 18,6% lat przeżytych w zdrowiu dla mężczyzn oraz 7,9% dla kobiet (za Poznańska i in., 2016).

Kolejne zachowanie odpowiadające w Polsce za poważne ograniczenie lat przeżytych w zdrowiu (szczególnie wśród mężczyzn – 9,5% wobec 1,7% u kobiet) to **picie alkoholu** (za Poznańska, Rabczenko i Wojtyniak, 2016). Do jego konsumpcji w ciągu roku przed badaniem przynajmniej raz sięga 9 na 10 pracujących (92% mężczyzn i 78% kobiet). Przynajmniej raz w tygodniu sięga po niego co 4. osoba (34% mężczyzn i 13% kobiet) (natomiast przez co najmniej 5 dni w tygodniu konsumuje go co 30. osoba). Wielkość populacji pracujących w Polsce deklarujących picie alkoholu przynajmniej raz w tygodniu GUS (2016) szacuje na poziomie około 3 mln 600 tysięcy osób (2 mln 700 tysięcy mężczyzn oraz 900 tysięcy kobiet) (Biorąc jednak pod uwagę przywołane niżej dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii dotyczące wielkości populacji z zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami zachowania wynikającymi ze spożywania alkoholu, można podejrzewać, że prezentowane tu dane oparte na deklaracjach respondentów są niedoszacowane). W grupie deklarujących konsumpcję alkoholu przynajmniej raz w tygodniu aż 57% osób sięga po niego w tygodniu pracy (tj. od poniedziałku do czwartku), niemal wszyscy (96%) w weekendy (GUS, 2016).

Statystyczny pracujący pijący przynajmniej raz w tygodniu deklaruje konsumpcję w tym czasie niemal 3 i pół półlitrowych butelek piwa (1725 ml) lub lampkę wina (130 ml) lub 60 ml wódki bądź innych napojów spirytusowych (GUS, 2016). Jeśli weźmie się pod uwagę dane z oficjalnej sprzedaży napojów alkoholowych, to obraz ich spożycia jest już dużo mniej optymistyczny. GUS szacuje, że w 2014 r. w Polsce wynosiło ono 10,7 litra czystego alkoholu w przeliczeniu na każdą osobę (nie tylko pracującą) powyżej 15 roku życia (0,5 l powyżej średniej europejskiej) (za Poznańska, Rabczenko i Wojtyniak, 2016). Poziom ten systematycznie wzrasta. Dodatkowo uważa się, że spożycie nielegalnego i nieformalnie produkowanego alkoholu w naszym kraju wynosi kilkanaście procent tego pochodzącego z oficjalnych źródeł (Zgliczyński, 2016).

Należy podkreślić, iż są to dane dotyczące średniej ilości alkoholu konsumowanego przez statystyczną osobę. Natomiast w praktyce w naszym kraju istnieją duże rozbieżności w poziomie jego spożycia. Według danych PARPA grupa Polaków najwięcej pijących (tj. powyżej 12 litrów 100% alkoholu rocznie), stanowiąca 7% konsumentów napojów alkoholowych, spożywa aż 46% całego wypijanego alkoholu. Z kolei osoby mało pijące (do 1,2 litrów 100% alkoholu rocznie), tj. 47% ogółu konsumentów, wypijają tylko 5% całości spożywanego alkoholu (za Minister Zdrowia, 2015).

Aż co 10. prywatny przedsiębiorca, co 12. zatrudniony w sektorze prywatnym (8%) oraz co 17. osoba pracująca w sektorze publicznym (6%) przyznaje się w badaniu społecznym do nadużywania alkoholu (Czapiński i Panek, 2015). W przekroju grup zawodowych najbardziej dotkniętymi problemem alkoholowym są artyści i dziennikarze (aż 22%), operatorzy maszyn, robotnicy pomocniczy w górnictwie i budownictwie, lekarze i hutnicy (powyżej 12% deklarujących nadużywanie alkoholu). Najmniejszy odsetek nadużywających (poniżej 3%) jest wśród robotników produkcji tekstylnej, średniego personelu ds. finansowych, fryzjerów i kosmetyczek, pomocy i sprzętaczek, rolników; w większości są to zawody bardzo sfeminizowane (Czapiński i Panek, 2015).

Jeżeli chodzi o skalę konsumpcji alkoholu wiążącą się z podwyższonym ryzykiem chronicznych problemów zdrowotnych, to można ją ocenić uwzględniając informacje o spożyciu nadmiernym (tj. 60 g czystego alkoholu przy jednej okazji). Obliczenia GUS (2016) dotyczące pracujących w Polsce pijących w ciągu roku przed badaniem na podstawie ich deklaracji o poziomie konsumpcji wskazują, że przekroczenie tej normy przynajmniej raz w tym czasie dotyczyło 2 na 3 osoby, co najmniej raz w miesiącu 1 na 4 osoby (27%), a co najmniej raz w tygodniu 1 na 25 osób. Instytut Psychiatrii i Neurologii szacuje, że w Polsce w populacji osób w wieku produkcyjnym (18–64 lata) u ponad 3 mln osób można rozpoznać zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania wynikające ze spożywania alkoholu. W grupie tej ponad 0,6 mln osób jest uzależnionych od alkoholu.

Bibliografia

- CBOS (2010). Postawy wobec alkoholu, BS/116/2010, Warszawa.
- CBOS (2014a). Diety Polaków, Komunikat z badań nr 113/2014, Warszawa.
- CBOS (2014b). Zachowania żywieniowe Polaków, Komunikat z badań nr 115/2014, Warszawa.
- Church, T.S., Thomas, D.M., Tudor-Locke, C., Katzmarzyk P.T., Earnest, C.P., Rodarte, R.Q., Martin, C.K., Blair, S.N. i Bouchard, C. (2011). Trends over 5 decades in U.S. occupation-related physical activity and their associations with obesity. *PLoS One*, 6(5), e19657.
- Czapiński, J. i Panek, T. (red.). (2015). Diagnostyka Społeczna: Warunki i jakość życia Polaków Raport.
- Eurofound (2017). Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update), Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- European Commission (2014). Sport and physical activity. Report, Special Eurobarometer 412.
- EWCS (2015). Interaktywne narzędzie wizualizacji danych, Pobrane z <https://www.eurofound.europa.eu/pl/data/european-working-conditions-survey>.
- GUS (2014). Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą, Warszawa.
- GUS (2016). Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Warszawa.
- GUS (2017a). Jakość życia w Polsce w 2015 r. Wyniki badania spójności społecznej. Warszawa.
- GUS (2017b). Warunki pracy w 2016 roku, Warszawa.
- GUS (2017c). Wypadki przy pracy w 2016 r. Monitoring Rynku Pracy, Warszawa.
- Human Power (2017). Raport Praca, moc, energia w polskich firmach. Sześć obszarów, które wpływają na efektywność organizacji.
- Jarosz, M. i Rychlik E. (2011). Otyłość wyzwaniem zdrowotnym i cywilizacyjnym. *Postępy Nauk Medycznych* 9/2011, s. 712–717.
- Kaleta, D., Korytkowski, P. i Makowiec-Dąbrowska, T. (2013). Palenie papierosów w populacji osób czynnych zawodowo. *Med Pr*, 64(3), 359–371.
- Komenda Główna Policji (2017). Wypadki drogowe w Polsce w 2016 roku, Warszawa.
- Laskowski, W. (2015). Wartość odżywcza diety Polaków oraz jej zmiany. W: Wolska-Adamczyk, A. (red.), *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*. Warszawa: WSiIZ.
- Marcinkiewicz, A., Walusiak-Skorupa, J., Wiszniewska, M., Rybacki, M., Hanke, W. i Rydzyński, K. (2016). Wyzwania medycyny pracy wobec problemu chorób związanych z pracą oraz starzenia się populacji osób pracujących. Dalszy kierunek rozwoju i celowe zmiany w opiece profilaktycznej nad pracującymi w Polsce. *Med Pr*, 67(5), 691–700.
- Marcinkiewicz, A., Wojda, M., Walusiak-Skorupa, J., Hanke, W. i Rydzyński, K. (2017). Analiza zadań służby medycyny pracy realizowanych w Polsce w latach 1997–2014. Czy w pełni wykorzystujemy potencjał badań profilaktycznych? *Med Pr*, 68(1), 105–119
- Meder, J. (2014). Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. W: Potrykowska, A., Strzelecki, Z., Szymborski, J. i Witkowski, J. (red.), *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Minister Zdrowia (2015). Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r., Warszawa.
- Ministerstwo Sportu i Turystyki (2015). Raport z badania na temat uwarunkowań do podejmowania transportowej aktywności fizycznej Polaków.
- Ministerstwo Sportu i Turystyki (2016). Poziom aktywności fizycznej Polaków.
- Moskalewicz, B. (2016). Przyczyny niezdolności do pracy w świetle danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za lata 2009–2014. W: Wojtyniak, B. i Goryński, P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Olshansky, S.J., Passaro, D.J., Hershov, R.C., Layden, J., Carnes, B.A., Brody, J., Hayflick, L., Butler, R.N., Allison, D.B. i Ludwig, D.S. (2005). A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med*. Mar 17, 352(11), 1138–45.
- Orkla Health (2015). Zmęczenie. Raport z badania, Warszawa.

- Poznańska, A., Rabczenko, D. i Wojtyniak, B. (2016). Wybrane czynniki ryzyka zdrowotnego związane ze stylem życia. W: Wojtyniak, B. i Goryński, P. (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Pracodawcy RP, Luxmed (2014). Zdrowie w miejscu pracy – diagnoza i oczekiwane zmiany. Międzynarodowe badanie oczekiwań wobec problemów zdrowotnych w miejscu pracy – Polska, Wielka Brytania, Hiszpania, Australia.
- Puchalski, K. i Korzeniowska, E. (2012). Actions reducing tobacco smoking at the workplace – Do larger and richer companies solve the problem better? *Med. Pr.* 63(3), 257–270.
- Stępianiak, U., Micek, A., Waśkiewicz, A., Bielecki, W., Drygas, W., Janion, M., Kozakiewicz, K., Niklas, A., Puch-Walczak, A. i Pająk, A. (2016). Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland. Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005). *Pol Arch Med Wewn.* Aug 18, 126(9), 662–671.
- WHO (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.
- WHO (2008). Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet.
- WHO (2010a). Europejskie strategie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiąganie poprawy stanu zdrowia. Część 2, Warszawa.
- WHO (2010b). Global recommendations on physical activity for health.
- WHO (2017). *Obesity and overweight. Fact sheet, October*. Pobrane z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Wiciński, M., Niedzwiecki, P., Soroko, A., Ciemna, K., Malinowski, B., Grzešek, E., Stolarek, W. i Grzešek, G. (2015). Rola aktywności ruchowej oraz utraty masy ciała na przykładzie wybranych jednostek chorobowych. W: Wolska-Adamczyk, A. (red.), Współczesne kierunki działań prozdrowotnych. Warszawa: WSiZ.
- Zgliczyński, W.S. (2016). Alkohol w Polsce. *Infos*, 11(215), Biuro Analiz Sejmowych.
- ZUS (2017a). Absencja chorobowa w 2016 roku, Warszawa.
- ZUS (2017b). Orzeczenia komisji lekarskich ZUS wydane w 2016 roku, Warszawa.

Otyłość a środowisko pracy

Wprowadzenie

Częstość zachorowań na nadwagę i otyłość zwiększa się zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. W Polsce te choroby występują u ponad połowy dorosłych. Dlatego bardzo ważne jest podejmowanie działań zapobiegających występowaniu oraz sprzyjających leczeniu również w miejscu pracy. Choroba nie powinna być przyczyną piętnowania i dyskryminacji przy zatrudnieniu lub awansie zawodowym. Pracodawca wspierający pracownika chorego na nadwagę, czy otyłość odnosi z tego tytułu wymierne korzyści zarówno ekonomiczne, jak i wizerunkowe. Dyskryminowanie chorych na nadwagę i otyłość przez pracodawców powoduje ich wykluczenie społeczne i przyczynia się do postępu choroby, co w konsekwencji stanowi obciążenie dla całego społeczeństwa poprzez konieczność wspierania socjalnego osób pozbawionych możliwości zarobkowania. Włączenie się pracodawców w działania wspierające pracowników chorych na tę chorobę zaliczaną przez Światową Organizację Zdrowia do chorób cywilizacyjnych jest drogą, która może doprowadzić do zmiany polityki zdrowotnej państwa i w konsekwencji podjęcia działań wspierających pracodawców. Środowisko pracodawców jest bardzo ważnym elementem społeczeństwa i może udowodnić, wspierając a nie dyskryminując chorych na otyłość, że jego wpływ na kondycję finansową państwa może być znacznie większy niż przyczynianie się do wzrostu gospodarczego poprzez inwestycje i płacone podatki. Udział we wspieraniu poprawy stanu zdrowia pracowników można uznać, za bardzo istotną inwestycję zwłaszcza w dobie starzejących się społeczeństw, niewydolności systemów emerytalnych i ogólnoswiatowym trendzie do zachęcania do wydłużania się czasu aktywności zawodowej. Celem tego opracowania jest pokazanie pracodawcom, jak ważna jest ich rola we wpływie na stan zdrowia pracowników, jakie działania warto podejmować i jakie realne korzyści krótko- i długoterminowe może odnieść pracodawca.

Definicja nadwagi i otyłości

Otyłość jest chorobą przewlekłą o charakterze postępującym, bez tendencji do samoistnego ustępowania oraz z tendencją do nawrotów. Nadwaga nazywana również przedotyłością jest stanem, który nieleczoney z czasem przejdzie w chorobę.

Obecnie oceny stanu odżywienia, a co za tym idzie diagnozowania nadwagi i otyłości dokonuje się na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI). BMI jest to stosunek masy ciała wyrażonej w kilogramach do wzrostu wyrażonego w metrach podniesionego do kwadratu. Zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) prawidłowy stan odżywienia to wartości BMI 18,5–24,9 kg/m², nadwaga 25–29,9 kg/m², a otyłość ≥ 30 kg/m². Stopień zaawansowania choroby dzieli się na III stopnie – I wartości BMI 30–34,9 kg/m², II stopień 35–39,9 kg/m², a III stopień (otyłość olbrzymia nazywana również śmiertelną) ≥ 40 kg/m². Coraz częściej zwraca się jednak uwagę na ograniczenia, jakie niesie za sobą zastosowanie tego wskaźnika, ponieważ w wielu przypadkach na jego podstawie nie rozpoznaje się choroby mimo nadmiernego nagromadzenia tłuszczu w organizmie, ponadto nie pozwala ocenić rozmieszczenia tłuszczu w organizmie. Jego wartości mogą być również zaburzone z powodu ciężkiej pracy fizycznej lub uprawiania sportu (nadmierny rozwój masy mięśniowej) oraz z powodu braku aktywności fizycznej i starzenia się organizmu (ubytek masy mięśniowej – sarkopenia). Dlatego coraz częściej w rozpoznawaniu nadwagi i otyłości zaleca się wykonywanie jeszcze dwóch innych pomiarów – zawartości tłuszczu w organizmie (analizatory i specjalne wagi, których dostępność rośnie) i obwodu talii. Otyłość rozpoznaje się jeżeli odsetek tłuszczu w organizmie jest $>25\%$ u mężczyzn i $>35\%$ u kobiet. Pomiar obwodu talii ma bardzo duże znaczenie ponieważ pośrednio pozwala ocenić nagromadzenie tłuszczu w jamie brzusznej (otyłość trzewna, szczególnie niebezpieczna dla zdrowia). Zgodnie z kryteriami Światowej Federacji Cukrzycy (IDF) otyłość trzewną rozpoznaje się u Europejczyków rasy białej, gdy obwód talii u kobiet wynosi ≥ 80 cm, a u mężczyzn ≥ 94 cm. Wykazano, że obwód talii silnie wpływa na rozwój powikłań otyłości i wzrost ryzyka śmiertelności, niż wartości BMI.

Częstość występowania i koszty związane z nadwagą i otyłością

W krajach rozwiniętych częstość zachorowań na otyłość zwiększyła się istotnie w czasie ostatnich 50 lat. W Stanach Zjednoczonych z 13% w 1962 roku do 35,7% w 2010 r. Podobny wzrost obserwowany jest również w populacjach europejskich. Szacuje się, że nadwagę i otyłość można rozpoznać u około 50% Europejczyków, w tym otyłość średnio u 20%. W krajach Europy Południowej, Środkowej i Wschodniej odsetek osób chorujących na otyłość wynosi 25% wśród mężczyzn i 30% kobiet. W populacji polskiej w wieku 20–74 lat według badania WOBASZ odsetek chorujących na nadwagę i otyłość wynosił odpowiednio 40,4% i 20,6% u mężczyzn oraz 27,9% i 20,2% u kobiet w 2005 roku. Natomiast wyniki badania WOBASZ II przeprowadzonego w latach 2013–2014 pokazały, że odsetek

chorych na nadwagę wśród dorosłych Polaków zwiększył się do 43,2%, a na otyłość do 24,4%, natomiast wśród Polek, odpowiednio do 30,5% i do 25%.

Dane dotyczące częstości występowania nadwagi i otyłości wśród grup pracowniczych w Polsce są bardzo ograniczone i pochodzą nie z badań epidemiologicznych, ale z danych CBOS oraz Diagnoz Społecznych, które powstają w oparciu o dane sondażowe i nie oddają prawdziwego obrazu ze względu na częste zaniżanie masy ciała i zawyżanie wzrostu, albo brak wiedzy na temat aktualnej masy ciała. Inne pojedyncze dane opracowane przez Medicover nie są reprezentatywne dla ogółu polskich pracowników, czy grup pracowniczych.

W populacji włoskiej szczególnie wysokie ryzyko rozwoju otyłości obserwowano wśród pracowników sektora rolnictwa, transportu i administracji publicznej. Po uwzględnieniu stałego czasu pracy i pracy powyżej 40 godzin na tydzień niższe ryzyko rozwoju otyłości stwierdzono wśród pracowników zatrudnionych w przemyśle, budownictwie, finansach, nieruchomościach, handlu oraz w usługach barowych i cateringowych. Należy tu jednak podkreślić, że wpływ na te wyniki mogą mieć kryteria wyboru pracownika w momencie zatrudnienia (Barbadoro i in., 2016). Natomiast w populacji Stanów Zjednoczonych otyłość najczęściej występowała wśród kobiet zatrudnionych w przemyśle spożywczym i w opiece zdrowotnej oraz mężczyzn zatrudnionych w edukacji, administracji publicznej i w transporcie (Jackson i in., 2004). W populacji amerykańskich kierowców zawodowych w zależności od badania nadwagę diagnozowano u 22,8%–37%, a otyłość u 45%–68,9%. W tej populacji często również występuje zespół bezdechu sennego.

Otyłość wywiera istotny wpływ na zdrowie i funkcjonowanie społeczne jednostki, jest również ważną przyczyną skrócenia czasu życia. Jednak na tę chorobę nie można patrzeć wyłącznie przez pryzmat jednostki. Duża częstość występowania otyłości w społeczeństwach wszystkich krajów rozwiniętych i wielu rozwijających się powoduje, że otyłość jest jednym z głównych problemów zdrowia publicznego na świecie. Społeczne skutki rosnącej częstości zachorowań na otyłość to przede wszystkim wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w 10 krajach Europy Zachodniej wykazały, że koszt opieki zdrowotnej związanej z otyłością wynosi 10.4 bilionów euro. W zależności od kraju koszty te wynosiły od 0,09% do 0,61% produktu krajowego brutto (Schmier i in., 2006).

Brak jest polskich danych odnośnie kosztów opieki zdrowotnej związanych z otyłością, co może być m.in. spowodowane tym, że choroba ta nie ma właściwego umiejscowienia w systemie opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że społeczne skutki otyłości to nie tylko wzrost obciążenia budżetu opieki zdrowotnej, ale również tzw. koszty pośrednie. Te koszty obejmują utratę produktywności chorych, koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych emerytur, opieki sprawowanej nad chorymi przez bliskich, przedwczesną śmiertelność i inne czynniki. Koszty pośrednie w Polsce są szczególnym obciążeniem zwłaszcza w sytuacji skrajnie dysfunkcyjnego systemu rentowego. Brak jest polskich danych dotyczących tych kosztów, ale na pewno są one niebagatelne ponieważ w badaniu CODIP pośrednie koszty tylko jednego powikłania otyłości – cukrzycy typu 2 w 2004 roku oszacowano na 6 miliardów złotych.

W badaniach przeprowadzonych w Anglii zaobserwowano, że otyłość jest przyczyną 18 milionów osobodni nieobecności w pracy rocznie, 30 000 zgonów rocznie i 40 000 utraconych osobolet pracy zawodowej.

Koszty bezpośrednie i pośrednie ponoszone przez pracodawców zwiększają się proporcjonalnie do wzrostu wartości wskaźnika BMI pracowników.

Przyczyna i czynniki ryzyka zachorowania na nadwagę i otyłość

Niezależnie od pierwotnej przyczyny do nadmiernego gromadzenia się tkanki tłuszczowej w organizmie zawsze dochodzi w wyniku dodatniego bilansu energetycznego (nadmiar energii spożywanej z pokarmem w stosunku do jej wydatkowania w postaci energii niezbędnej do utrzymania organizmu przy życiu – podstawowa przemiana materii, wytworzenia ciepła zapewniającego utrzymanie stałej temperatury ciała – termogeneza i aktywności fizycznej).

Do powstawania dodatniego bilansu energetycznego mogą przyczyniać się:

Czynniki środowiskowe (najważniejsze w rozwoju nadwagi i otyłości), takie jak:

- 1) zmiany nawyków żywieniowych (np. brak spożywania śniadań, spożywanie głównych posiłków w godzinach wieczornych, nieregularne spożywanie posiłków, dojadanie między posiłkami) i struktury spożycia żywności w wyniku zwiększenia dostępności na rynku taniej wysokoprzetworzonej żywności o wysokiej gęstości energetycznej – duża zawartość energii w 1 g pokarmu (m.in. zwiększone spożycie tłuszczów i cukru oraz zmniejszone spożycia błonnika pokarmowego), a także przejmowanie tradycji kulinarnych z innych krajów oraz zmiany sposobu przygotowywania posiłków, prowadzące do przekraczania zapotrzebowania energetycznego,
- 2) zmniejszająca się aktywność fizyczna spowodowaną rozwojem urbanizacyjnym (w środowisku pracy i w domu) i motoryzacyjnym (zmniejszona częstość pieszego przemieszczania się do pracy oraz w innych celach) oraz upowszechnienie się form biernego spędzania wolnego czasu (m.in. oglądanie telewizji, gry komputerowe),
- 3) przewlekły stres związany z pracą i/lub środowiskiem domowym, który niekiedy może być rozładowywany poprzez jedzenie lub który pojawia się w następstwie przyrostu masy ciała i wynikającego z tego obniżenia samooceny oraz izolacji społecznej, co skutkuje rozwojem błędnego koła ucieczki w jedzenie,
- 4) czynniki związane z wykonywaną pracą – rodzaj, harmonogram pracy i inne opisane bardziej szczegółowo w kolejnym rozdziale.

Czynniki dziedziczne

Mimo poszukiwania od wielu lat czynników genetycznych odpowiedzialnych za rozwój otyłości, w ten sposób można wyjaśnić tylko nieznaczny odsetek zachorowań. Rosnącą częstość zachorowań na nadwagę i otyłość należy przypisać nakładaniu się na predyspozycje genetyczne (oszczędny energetycznie genom człowieka, który wykształcił się w warunkach niedoborów pożywienia i dużych wydatków energetycznych) zmian zachodzących w środowisku.

W zdecydowanej większości przypadków rodzinnego występowania otyłości większą rolę niż czynniki genetyczne odgrywa powielanie niekorzystnych nawyków żywieniowych i wzorców spędzania wolnego czasu wyuczonych w okresie dzieciństwa.

Zaburzenia emocjonalne

Do najważniejszych należą:

- 1) obniżenie samooceny mogące powodować brak samoakceptacji, co sprzyja zachowaniom niekorzystnym dla zdrowia, a także niedostatecznej motywacji do podjęcia działań zmierzających do postrzegania unikania ulubionych pokarmów nie jako wyrzeczenia, ale jako dbania o siebie,
- 2) obniżenie nastroju, włącznie z rozwojem depresji, wywołujące częste kompensacyjne zachowania w postaci spożywania głównie pokarmów słodkich, ale często również alkoholu. Szacuje się, że zaburzenia depresyjne występują u 40–60% chorych na otyłość,
- 3) nieumiejętność zaspokojenia lub realizowania potrzeb psychicznych (takich jak miłość, przynależność, bezpieczeństwo, prestiż społeczny, samorealizacja, uznanie, szacunek) w sposób bardziej adekwatny lub dojrzały może doprowadzić do nieświadomego ich zaspokajania przez nadmierne spożywanie pokarmów,
- 4) zaburzenia odżywiania, takie jak: zespół nocnego jedzenia, zespół kompulsywnego jedzenia i uzależnienie od jedzenia.

Otyłość związana z zaburzeniami hormonalnymi

Nadmierny pobór pokarmu może być spowodowany zwiększonym wydzielaniem w organizmie kortyzolu lub zaburzeniem funkcji ośrodków sytości i głodu w podwzgórzu, a zmniejszenie wydatku energetycznego może wystąpić w niedoczynności przysadki lub tarczycy (znaczny nieleczony niedobór hormonów tarczycy).

Wpływ leków

- 1) zwiększenie przyjmowania pokarmu, takie jak octan medroksyprogesteronu, glikokortykosteroidy, niektóre leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki klasyczne i atypowe, insulina, pochodne sulfonylomocznika,
- 2) zmniejszenie wydatku energetycznego – β -blokery.

Powikłania otyłości

Dzieli się na:

- **metaboliczne**, do których należą: niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (u części chorych może ona być przyczyną rozwoju marskości wątroby), stany przedcukrzycowe (nieprawidłowa glikemia na czczo i/lub nieprawidłowa tolerancja węglowodanów) i cukrzyca typu 2, zaburzenia lipidowe, nadciśnienie tętnicze, wcześniejszy rozwój miażdżycy i jej konsekwencji, takich jak choroba niedokrwienna serca i udar mózgu, uszkodzenie funkcji nerek, zaburzenia hormonalne obejmujące m.in. upośledzenie płodności u kobiet i mężczyzn oraz zwiększone ryzyko rozwoju wielu nowotworów (raka piersi, endometrium, raka pęcherzyka żółciowego, raka jelita grubego, raka trzustki, raka wątroby, gruczolakoraka przełyku, raka nerki, białaczek, chłoniaków, szpiczaka mnogiego, raka tarczycy i raka prostaty),
- **niemetaboliczne**, spowodowane mechanicznymi konsekwencjami nadmiaru tkanki tłuszczowej: zmiany zwyrodnieniowe stawów kolanowych w wyniku przeciążenia, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa w wyniku zmiany środka ciężkości ciała, żylaki kończyn dolnych i żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, zespół hipowentylacji spowodowanej otyłością, refluks żołądkowo-przełykowy, przepuklina rozworu przełykowego i zespół bezdechu sennego,
- **psychologiczne**: niska samoocena, zaburzenia wizualizacji własnego ciała, izolacja społeczna, zaburzenia snu, depresja i lęk,
- **inne o złożonych mechanizmach powstawania**: kamica pęcherzyka żółciowego, zwiększone ryzyko powikłań w czasie znieczulenia do operacji, zwiększone ryzyko powikłań pooperacyjnych, zwiększone ryzyko okołoporodowe i nieprawidłowości płodu.

Wraz z czasem trwania i nasilaniem się choroby rośnie nie tylko ryzyko rozwoju powikłań otyłości, ale także dochodzi do obniżenia jakości życia, niepełnosprawności i skrócenia czasu życia.

Szacuje się, że nadwaga i otyłość w 2010 roku były przyczyną 3 400 000 zgonów, 4% utraconych lat życia i 4% lat życia skorygowanych niepełnosprawnością (DALYs).

Środowisko pracy a ryzyko zachorowania na nadwagę i otyłość

Mechanizacja i postęp technologii, które nastąpiły w ostatnich dziesięcioleciach spowodowały znaczne zmniejszenie codziennej aktywności fizycznej, zarówno zawodowej, jak i w środowisku domowym. Ponadto w wielu krajach mniej niż 50% dorosłych realizuje zalecenia dotyczące wykonywania aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 150 minut tygodniowo w czasie wolnym. Należy podkreślić, że mężczyźni chętniej niż kobiety spędzają aktywnie czas wolny. Rozwój motoryzacji spowodował, że zmniejsza się odsetek osób chodzących pieszo do pracy np. w populacji fińskiej na przestrzeni lat 1982–2012 zmniejszył się on z 37,9% do 23,9%. Kobiety częściej niż mężczyźni chodzą do pracy pieszo.

Zmniejsza się odsetek mężczyzn pracujących fizycznie, np. w populacji fińskiej na przestrzeni lat 1982–2012 zmniejszył się on z 48% do 36%, a odsetek osób ciężko pracujących fizycznie zmniejszył się z 7,5% do 3,3%. Zaprzestanie wykonywania ciężkiej pracy fizycznej wiąże się z przyrostem masy ciała. Obserwuje się również wzrost odsetka osób wykonujących pracę siedzącą, np. w populacji norweskiej odsetek ten zwiększył się z 35,5% w latach 1979–1980 do 53,4% w latach 2007–2008.

W ostatnich latach w krajach rozwiniętych rośnie odsetek osób wykonujących pracę zmianową i mających nieregularne godziny pracy, około 10–20% populacji europejskiej i amerykańskiej pracuje na nocne zmiany. Przez wiele lat w systemie zmianowym pracowały osoby wykonujące niezbędne usługi oraz utrzymujące długoterminowe procesy przemysłowe. Obecnie coraz więcej zawodów wykonuje pracę zmianową zapewniając całodobowy dostęp do usług finansowych i handlowych. Coraz więcej osób świadczy również pracę poza godzinami uznawanymi za zwykłe (9.00–17.00), niekoniernie z udziałem godzin nocnych. Co najmniej 5 na 100 pracujących w Europie narażonych jest na pracę zmianową obejmującą nocne zmiany. Praca w nocy jest zdefiniowana jako robocza zmiana nocna ≥ 1 nocy / miesiąc w czasie ostatnich 6 miesięcy.

Wykazano, że praca zmianowa powoduje wzrost ryzyka urazów w pracy i występowania chorób przewlekłych, takich jak: nadwaga i otyłość, cukrzyca typu 2, choroby serca, incydenty sercowo-naczyniowe w tym udar oraz różne rodzaje nowotworów. Praca zmianowa przyczynia się do rozwoju otyłości poprzez rozregulowanie zachowań z powodu braku czasu na aktywność fizyczną oraz zmian czasu spożywania posiłków (niejedzenie śniadań i większość energii spożywana w godzinach wieczornych, a czasem nawet nocnych) i pozbawienie snu, a także częstsze występowanie przewlekłego zmęczenia, lęku i depresji (Atkinson i in., 2008; Barbadoro i in., 2013).

W czasie kilkuletnich obserwacji stwierdzono, że zmiana charakteru pracy na zmianowy powodowała przyrost masy ciała. Sugeruje się, że ryzyko rozwoju nadwagi i/lub otyłości zwiększa się o 39% w tej grupie osób. Jednak w niektórych badaniach związek ten był zależny od charakteru pracy. Szczególnie duży wzrost ryzyka obserwuje się wśród osób z dużą zmiennością godzin pracy. Ponadto obserwowano, że w czasie nocnej zmiany pracownicy częściej spożywali produkty o wysokiej gęstości energetycznej oraz słodzone napoje, niż pracujący w godzinach porannych i popołudniowych. Osoby te częściej również spożywały produkty

o wysokiej zawartości cukru ponieważ pomagały im one pokonać zmęczenie. Ponadto praca zmianowa może ograniczać udział w zajęciach rekreacyjnych. Mimo, że pracujący w nocy mieli świadomość znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia to praca powodowała trudności z wdrożeniem i utrzymaniem aktywnego spędzania wolnego czasu. Było to spowodowane nie tylko brakiem czasu, ale również odczuwanym zmęčeniami.

Praca w systemie zmianowym zakłóca również życie rodzinne i społeczne. Może to mieć szczególne znaczenie w rozwoju nadwagi i otyłości u kobiet posiadających dzieci obciążonych dodatkowo obowiązkami domowymi, w tym przygotowywaniem rodzinnych posiłków. Dostosowywanie się do wzorców spożycia posiłków przez rodzinę może być sprzeczne z indywidualnym wzorcem snu i odczuwania głodu. Ponadto praca w nocy jest zwykle związana z niższym poziomem satysfakcji z pracy i zakłóceniem równowagi między życiem zawodowym a prywatnym co generuje stres.

Do czynników mogących wpływać negatywnie na masę ciała pracowników należą również warunki zatrudnienia. W różnych krajach dochodzi do zmian rynku pracy i rośnie odsetek osób zatrudnionych czasowo. Zgodnie z oficjalnymi danymi w roku 2014 wynosił on w Polsce 28,3%, w Hiszpanii 24,0%, w Portugalii (21,4%), w Holandii 21,1%, a we Włoszech 16,7%. Wykazano, że zatrudnienie czasowe ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne, śmiertelność i wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej. Obserwowano także, że brak poczucia bezpieczeństwa związanego ze stałością pracy powodował wzrost częstości zachorowań na nadwagę i otyłość. Dodatkowo to ryzyko zwiększało się wśród tych osób jeżeli miały one duże poczucie obciążenia pracą oraz jeżeli pracowały powyżej 40 godzin tygodniowo (Barbadoro i in., 2016). Wykazano, że praca w nadgodzinach przekraczająca 6 godzin tygodniowo była związana ze wzrostem masy ciała powyżej 15 kg w czasie 10 lat obserwacji (Solovieva i in., 2013).

Obserwowano również, że ważną rolę we wzroście ryzyka zachorowań na nadwagę i otyłość odgrywają psychospołeczne warunki w środowisku pracy. Znaczne obciążenie psychiczne związane z pracą powodowało przyrost masy ciała w długoletnich obserwacjach zwłaszcza wśród kobiet. Należy podkreślić, że kobiety częściej reagują na stres wzrostem spożycia pokarmów zwłaszcza słodkich, a mężczyźni zwiększonym spożyciem alkoholu. Jedzenie może złagodzić odczuwanie stresu i poprawiać samopoczucie, a ponieważ jest łatwo dostępne u wielu osób wykształca się mechanizm radzenia sobie ze stresem za pomocą jedzenia. Obserwowano również, że u mężczyzn stres związany z pracą wiązał się z większym spożyciem tłuszczów i alkoholu, a mniejszym spożyciem warzyw. Wyższy poziom stresu w pracy wpływa również na zmniejszenie tendencji do podejmowania aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz rozwój zaburzeń snu. Bardzo ważnym czynnikiem generującym duże obciążenie stresem związanym z pracą jest poczucie niskiego poziomu kontroli w miejscu pracy (niski poziom decyzyjności i wykorzystania umiejętności w stosunku do wymogów związanych z pracą) (Berset i in., 2011). Obserwowano, że wysoki stopień decyzyjności wiązał się ze zmniejszeniem ryzyka rozwoju otyłości wśród

kobiet. Natomiast w badaniach przeprowadzonych w Anglii stwierdzono mniejszą częstość występowania otyłości wśród kobiet zajmujących stanowiska kierownicze. Wpływ braku poczucia kontroli na przyrost masy ciała potwierdzono w badaniach obserwacyjnych (van der Berg, Robroek, Plat, Koopmanschap, i Burdorf, 2011; Marchand, Beauregard i Blanc, 2015).

Także niski poziom wsparcia społecznego w miejscu pracy powodował przyrost masy ciała zwłaszcza wśród mężczyzn. Natomiast wśród kobiet większe znaczenie miało wsparcie emocjonalne ze strony współmałżonka, przyjaciół lub krewnych, a jego brak przyczyniał się do zwiększonego spożycia pokarmów i alkoholu w sytuacjach stresowych.

Jeszcze innymi czynnikami powodującymi przyrost masy ciała w czasie 10-letniej obserwacji był brak równowagi między wysiłkiem zainwestowanym w pracę a nagrodą (wynagrodzenie, możliwość rozwoju zawodowego i wsparcie) oraz występujące w miejscu pracy „społeczne animozje” (konflikty ze współpracownikami i kierownictwem, nieuczciwa konkurencja i negatywne relacje koleżeńskie). Te negatywne relacje powodują zagrożenie bezpieczeństwa i poczucia uznania, których potrzebuje jednostka i powodują obniżenie poczucia własnej wartości Lallukka, Laaksonen, Martikainen, Sarlio-Lahteenkorva i Lahelma 2005; Nyberg i in. 2012).

Do tych czynników należy również dodać to, że chorzy na otyłość są często ofiarami dyskryminacji w miejscu pracy, co powoduje spiralę gdzie nadmierna masa ciała jest przyczyną stresu, a stres jest przyczyną nasilania się choroby.

Otyłość uważana jest za defekt kosmetyczny lub usterkę cielesną, co powoduje, że chorzy na otyłość spotykają się z lekceważeniem i dyskryminacją społeczną. Chorym na otyłość przypisuje się negatywne stereotypy, takie jak np. leniwy, głupi, bez charakteru. Złe traktowanie osób chorych na otyłość może mieć charakter złośliwego nazywania, uwłaczających uwag, wyśmiewania, a nawet może to być agresja fizyczna. Dyskryminacja osób otyłych może mieć również charakter wykluczenia społecznego, unikania lub ignorowania.

Współczesny stereotyp osoby otyłej obejmuje takie cechy jak niska atrakcyjność, brak silnej woli, brak samokontroli i dbałości o siebie, niższa inteligencja i gorsze kwalifikacje zawodowe.

Miejsce pracy jest jednym z głównych obszarów, w którym chorzy na otyłość doznają złego traktowania i są dyskryminowani. Otyłość stanowi barierę w zatrudnieniu w niektórych zawodach i ogranicza możliwości awansu zawodowego, pomimo posiadania odpowiednich kwalifikacji. Ponadto w czasie rekrutacji chorym na otyłość często oferowane są mniej atrakcyjne miejsca pracy i niższe wynagrodzenie na tym samym stanowisku niż pracownikom z prawidłową masą ciała. Obserwowano, że w czasie 20 lat pracy chorzy na otyłość zarabiali od 0,7% do 6,3% mniej niż osoby z prawidłową masą ciała. Pracownicy chorzy na otyłość często postrzegani są jako mniej punktualni, mniej entuzjastyczni w stosunku do wykonywanej pracy i mający gorsze maniery. Zwłaszcza kobiety otyłe są szczególnie dyskryminowane w zatrudnieniu na stanowiskach wymagających bezpośrednich kontaktów z klientem. Obserwowano również, że chorzy na otyłość mogą być niesprawiedliwie

traktowani w zakresie wynagrodzenia, awansu i wypowiedzenia umowy o pracę. Należy podkreślić, że dotyczy to przede wszystkim kobiet. Badania dotyczące tego problemu pokazały, że 25% kobiet doświadczało dyskryminacji w miejscu pracy, a 43% było stygmatyzowanych przez współpracowników i przełożonych. 26% pracowników chorych na otyłość uważało, że zostało niesprawiedliwie potraktowanych w pracy ze względu na swoją masę ciała, a 31% doświadczało dyskryminacji z powodu masy ciała i niskiego poziomu atrakcyjności fizycznej. Sugeruje się również, że osoby otyłe są częściej zatrudniane w zawodach i na stanowiskach cechujących się bardziej niekorzystnym środowiskiem pracy (Obara-Gołębiowska, 2016).

Stygmatyzacja i dyskryminacja społeczna wpływają bardzo negatywnie na psychikę chorych na otyłość i powodują, że osoby otyłe bardzo często interpretują swoje doświadczenia związane z kontaktami społecznymi w kontekście swojej nadmiernej masy ciała. Jedną z teorii psychologicznych mówi, że osoby otyłe traktują swój stygmat, jakim jest nadmierna masa ciała jako hak, na którym wieszają cały bagaż nieprzyjemnych obowiązków i niepowodzeń życiowych, co staje się dla nich rozsądną ucieczką od współzawodnictwa i ochroną przed odpowiedzialnością. Można zatem powiedzieć, że negatywny stosunek społeczny do osób otyłych powoduje u nich rodzaj wyuczzonej bezradności, a jedynym wyjściem ze wszystkich niepowodzeń życiowych jest dla nich uzyskanie redukcji masy ciała. Często pojawia się stereotyp myślenia „jak schudnę to wszystko się ułoży”. Wbrew pozorom taka postawa wcale nie wpływa pozytywnie na podejmowanie rozsądnych i skutecznych kuracji, ale raczej powoduje poszukiwanie metod, które obiecują szybkie rezultaty. Chory nie leczy się tylko walczy i zazwyczaj tę walkę przegrywa, co jeszcze bardziej nasila jej negatywny stosunek do siebie. Niespełnienie norm społecznych powoduje u chorych na otyłość poczucie osobistej porażki, wstydu i bycia gorszym. Niektórzy psycholodzy określają tą reakcję jako samonienawiść lub poczucie nieadekwatności społecznej.

Ważnymi czynnikami wpływającymi na poziom stresu związanego z pracą są także kultura organizacyjna i klimat organizacyjny w miejscu pracy.

Podsumowując czynnikami wpływającymi negatywnie na masę ciała związanymi ze środowiskiem pracy są: 1) sposób odżywiania ulegający niekorzystnym zmianom w związku z brakiem warunków do spożywania regularnych posiłków w miejscu pracy, długimi godzinami pracy powodującymi długie przerwy w posiłkach i spożywanie największych posiłków w nietypowych godzinach, np. wieczorem lub w nocy, 2) zmniejszona aktywność fizyczna w czasie wolnym w wyniku pracy zmianowej, pracy w nadgodzinach, stresu związanego z pracą 3) radzenie sobie ze stresem generowanym w miejscu pracy (zajadanie, nadmierne spożycie alkoholu), 4) zaburzony sen (nieregularne i długie godziny pracy, stres związany z pracą) 5) brak poczucia wsparcia społecznego i dyskryminacja w miejscu pracy. Dlatego interwencje zapobiegające zachorowaniom na nadwagę i otyłość w związku z działaniem czynników związanych z pracą, nie mogą skupiać się wyłącznie na edukacji dotyczącej prawidłowego odżywiania i aktywnego spędzania czasu wolnego, ale żeby były efektywne muszą mieć znacznie szerszy zakres, co zostanie szczegółowo opisane w dalszej części opracowania.

Wpływ otyłości na funkcjonowanie zawodowe

Wykazano, że otyli pracownicy mają 80% wydajności pracowników z prawidłową masą ciała, częściej otrzymują negatywne oceny w pracy i mają niższe wynagrodzenia z powodu większej średniej ilości dni zwolnień chorobowych, a poza tym częściej występują z roszczeniami z powodu wypadków w pracy. Należy jednak zwrócić uwagę, że na wydajność pracy wpływają również normy kulturowe i samoświadomość pracownika oraz inne czynniki nie związane ze stanem zdrowia, takie jak: awaria sprzętu, problemy osobiste i problemy organizacyjne. Obserwowano, że zmniejszeniu wydajności pracy związanemu z pogorszeniem stanu zdrowia można częściowo zapobiec poprzez zwiększenie autonomii pracownika, który w większym stopniu będzie mógł decydować o celu pracy, jej metodach i czasie uwzględniając istniejące normy jakości.

Dwie trzecie kosztów bezpośrednich i pośrednich otyłości w miejscu pracy było związanych z występowaniem chorób układu mięśniowo szkieletowego, przede wszystkim bólu lędźwiowego i szyjnego odcinka kręgosłupa szczególnie wśród kobiet.

Przegląd systematyczny badań przeprowadzonych w Europie pokazał, że chorzy na otyłość mieli rocznie na osobę około 10 dni więcej zwolnień chorobowych niż osoby z prawidłową masą ciała. W badaniach przeprowadzonych wśród pracowników fizycznych obserwowano, że predyktorami zwolnień lekarskich trwających 2–12 tygodni i >12 tygodni są: starszy wiek, otyłość, palenie tytoniu, fizyczne obciążenie pracą, brak decyzyjności w miejscu pracy, choroby restrykcyjne płuc i mniejsza niż doskonała zdolność do pracy. Otyłość wiązała się ze zwiększeniem ryzyka zwolnienia lekarskiego trwającego 2–12 tygodni o 34%, a trwającego >3 miesiące o 63% (Alavinia, van den Berg, van Duivenbooden, Elders i Burdorf, 2009). Natomiast przegląd systematyczny badań wykazał, że otyłość miała najsilniejszy związek z nieobecnością w pracy z powodu choroby, a ryzyko długotrwałych zwolnień zwiększało się o 74%, a średnio-terminowych o 61% (Van Duijvenbode, Hoozemans, van Poppel i Proper, 2009). Ponadto wśród pracowników chorych na otyłość obserwuje się 13-krotnie większą utratę dni roboczych i 11-krotnie większą liczbę roszczeń odszkodowawczych.

Wydłużający się średni czas życia i starzenie się społeczeństw powoduje konieczność poszukiwania rozwiązań, które pozwolą na zaspokajanie potrzeb emerytalnych. Jednym z bardzo istotnych czynników jest tu zapobieganie przedwczesnemu zakończeniu aktywności zawodowej.

Przedwczesne zakończenie aktywności zawodowej jest również poważnym problemem na poziomie indywidualnym powodując nie tylko powstanie problemów finansowych i socjalnych, ale również zwiększając prawdopodobieństwo wystąpienia problemów zdrowotnych.

W krajach rozwiniętych najczęstszą przyczyną przedwczesnego zakończenia aktywności zawodowej są renty z tytułu niepełnosprawności. Do rozwoju niepełnosprawności przyczyniają się niezdrowy styl życia oraz fizyczne i psychiczne wymagania związane z pracą. Częściej z rent inwalidzkich korzystają osoby z niższym

poziomem wykształcenia i o niższym statusie ekonomicznym, należy również podkreślić, że wśród tych osób bardziej rozpowszechniony jest niezdrowy styl życia i częściej chorują one na otyłość (Schuring, Robroek, Otten, Arts i Burdorf, 2013).

Upośledzenie sprawności fizycznej u chorych na otyłość obejmuje czynności podstawowe, takie jak: podnoszenie się z krzesła, podnoszenie przedmiotu, chodzenie lub noszenie przedmiotów oraz czynności związane z pracą zawodową. Nadmierna masa ciała powoduje nieprawidłową mechanikę ruchów, co zwiększa częstość występowania schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego, głównie zwyrodnień stawów manifestujących się bólem. Dochodzi do upośledzenia elastyczności i zwiększenia sztywności grzbietowej kręgosłupa, co utrudnia wykonywanie zadań wymagających schylania się. Często również w wyniku nadmiernego obciążenia u chorych na otyłość występuje zwyrodnienie stawów kolanowych. Zmniejsza się także wytrzymałość mięśni, zdolność do długiego utrzymywania stałych pozycji, wydolność oddechowa oraz kontrola wizualna. Wszystko to nie tylko upośledza zdolność do wykonywania pracy, ale również jakość życia. Ból związany ze zmianami zwyrodnieniowymi wpływa negatywnie na postawę ciała, co zwiększa ryzyko upadku. Zmniejszenie poczucia równowagi wpływa negatywnie na wykonywanie wielu zadań codziennych i zawodowych, szczególnie wykonywanych w pozycji stojącej z zaangażowaniem kończyn górnych. Mimo czasem zwiększonej masy mięśniowej siła mięśniowa u osób chorych na otyłość często jest zmniejszona. Wszystkie te zmiany powodują zmniejszenie wydolności pracowników zwłaszcza w wykonywaniu zadań wymagających długotrwałego wysiłku fizycznego. Większość pracowników może wykonać 30-minutowe zadanie przy 30% pojemności tlenowej przerywane etapami regeneracji, co stanowi lekką pracę fizyczną.

Należy wziąć również pod uwagę, że u chorych na otyłość zmienia się dynamika chodu oraz zmniejsza się szybkość przemieszczania, a także wzorzec obciążeń stawów przy zmianie pozycji z siedzącej na stojącą skutkujący dwukrotnie większym obciążeniem stawów kolanowych. U chorych na otyłość rośnie również ryzyko wystąpienia zapalenia kości i innych struktur wchodzących w skład stawu kolanowego w czasie wykonywania zadań związanych z długotrwałym klęceniem. W tej grupie osób zmniejsza się dokładność drobnych ruchów dłoni i nadgarstka, co upośledza wykonywanie czynności wymagających precyzyjnych ruchów kończyn w pozycji stojącej. Obciążeniu i zmianom zwyrodnieniowym ulegają również stawy biodrowe, skokowe, łokciowe i ramienne. Wszystko to sprawia, że wraz ze wzrostem wartości BMI zwiększa się prawdopodobieństwo niepełnosprawności funkcjonalnej (Capodaglio i in., 2010).

U chorych na otyłość występuje zwiększone ryzyko urazów w miejscu pracy, do czego przyczyniają się zaburzenia chodu, ograniczenia fizyczne, zmęczenie w czasie dnia u chorujących na zespół bezdechu sennego, brak właściwego ergonomicznego dostosowania stanowiska pracy oraz regularne używanie, niektórych leków z powodu powikłań otyłości. Ryzyko rozwoju niepełnosprawności w czasie pracy zawodowej u chorych na otyłość zwiększa się ponad dwukrotnie

w porównaniu z osobami z prawidłową masą ciała. Badania przeprowadzone wśród strażaków wykazały, że zwiększenie się wartości BMI o 1 powoduje 5% wzrost ryzyka rozwoju niepełnosprawności. Natomiast analiza przeprowadzona wśród pracowników budowlanych pokazała związek między wartościami BMI a najważniejszymi przyczynami niepełnosprawności. Były to: zaburzenia układu mięśniowo szkieletowego, zwłaszcza bóle pleców (46,2%), choroby układu krążenia (17,1%), zaburzenia psychiczne (8,9%) i nowotwory (8,1%). W 10-letnim badaniu prospektywnym przeprowadzonym wśród pracowników fińskich wykazano, że po dostosowaniu do wieku i płci otyłość III stopnia była związana ze wszystkimi przyczynami świadczeń z tytułu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (Roos i in., 2013). W innym fińskim badaniu wyższe wartości BMI były związane ze zwiększonym ryzykiem niepełnosprawności z powodu chorób mięśniowo-szkieletowych i sercowo-naczyniowych, ale nie zaburzeń psychicznych. Z kolei w 11-letnim badaniu obserwacyjnym przeprowadzonym wśród mężczyzn pracujących na budowach w Niemczech stwierdzono dodatnie związki między wartościami BMI a niezdolnością do pracy z powodu zwyrodnienia stawów i chorób sercowo-naczyniowych. Natomiast wartości BMI obliczanego u poborowych w Szwecji analizowane 25 lat później pokazały ich związek ze zwiększonym ryzykiem zasiłków z powodów sercowo-naczyniowych, mięśniowo-szkieletowych i psychicznych. W innym szwedzkim badaniu przeprowadzonym wśród mężczyzn ryzyko zasiłków z powodu chorób mięśniowo-szkieletowych, sercowo-naczyniowych i psychicznych było większe niż dwa razy wśród osób otyłych niż osób z prawidłową masą ciała. Otyli mężczyźni, a w mniejszym stopniu z nadwagą, pracujący w szwedzkim budownictwie mieli zwiększone ryzyko niepełnosprawności z powodu chorób sercowo-naczyniowych i układu mięśniowo-szkieletowego (Leinonen i in., 2011; Robroek, Schuring, Croezen, Stattin i Burdorf, 2017).

Otyli kierowcy zawodowi dwukrotnie częściej niż nie otyli uczestniczą w wypadkach. Ryzyko wystąpienia wypadków zwiększa występowanie chorób przewlekłych i/lub stosowanych leków.

W czteroletnim badaniu obserwacyjnym SHARE oceniającym stan zdrowia, czynniki społeczne i ekonomiczne w populacji osób w wieku 50 lat w 11 krajach Unii Europejskiej (Szwecja, Dania, Holandia, Belgia, Niemcy, Austria, Szwajcaria, Francja, Włochy, Hiszpania i Grecja) wykazano, że w przedwczesnym zakończeniu aktywności zawodowej ogrywają rolę zły stan zdrowia, niezdrowy styl życia i niekorzystne cechy pracy. Ryzyko przejścia pracownika na rentę inwalidzką zwiększało się wśród osób z niską aktywnością fizyczną, z gorszym stanem zdrowia i z brakiem poczucia stabilności w pracy, złymi warunkami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz z niskimi zarobkami. W badaniu tym wykazano również, że dwoma najważniejszymi czynnikami powodującymi przejście na rentę inwalidzką były palenie i otyłość (Robroek, Schuring, Croezen, Stattin i Burdorf, 2013; Wahrendorf i in., 2017).

Chorzy na otyłość mają również zwiększone ryzyko utraty pracy i mniejsze szanse na powrót do pracy jeżeli staną się bezrobotni.

Rola pracodawcy w zapobieganiu zachorowaniom oraz wspomaganie leczenia nadwagi i otyłości

Jak pokazano powyżej wpływ środowiska pracy na ryzyko zachorowania na nadwagę i otyłość jest wieloczynnikowy. Dlatego podejmowane działania, żeby przyniosły wymierne efekty również muszą być wielokierunkowe i nie mogą skupić się wyłącznie na edukacji pracowników.

Wydawało się, że wprowadzenie talonów na posiłki dla pracowników spowoduje poprawę ich stanu odżywienia. Jednak wprowadzenie programu żywienia pracowników w takich krajach, jak Węgry, Rumunia, Francja, Szwecja, Indie, Liban, Chiny i Brazylia, gdzie pracodawcy uzyskiwali ulgi podatkowe za wydawane pracownikom talony, spowodował zwiększenie częstości występowania nadwagi i otyłości wśród pracowników objętych programem (Bezerra i in., 2017). Dlatego znacznie efektywniejszym działaniem wydaje się uruchomienie stołówek pracowniczych, w których wykwalifikowany dietetyk indywidualnie dobierałby energetyczność i skład posiłków w zależności od stanu zdrowia, stanu odżywienia, wydatku energetycznego związanego z pracą i wydatku energetycznego w czasie wolnym. Żeby takie działania przyniosły korzyści poza uruchomieniem stołówek, należy tak zorganizować czas pracy, żeby pracownik w czasie 8 godzinowego dnia pracy miał dwie przerwy, w czasie których będzie mógł spożyć posiłek. Poza tym należy dołożyć starań, żeby pracownik stosował się do zaleceń dietetyka również w domu. Można tu wprowadzić systemy motywacyjne, które premiowałyby pracowników, u których nie dochodzi w czasie roku do przyrostu masy ciała lub którzy jeżeli istnieje taka potrzeba uzyskali redukcję masy ciała. Nie zaleca się jednak wprowadzania rywalizacji, na zasadzie, że im większy ubytek masy ciała zostanie uzyskany, tym bardziej będzie to premiovane. U chorych na nadwagę i otyłość ilość kilogramów, jaka może być bezpiecznie i korzystnie dla zdrowia zredukowana w czasie roku powinna zostać określona przez lekarza. System premiowania może objąć, np. karnet do obiektu sportowego dla pracownika i jego rodziny, co umocni uzyskane efekty. Objęcie takimi działaniami również rodziny jest uzasadnione ponieważ zwiększy prawdopodobieństwo, że pracownik z niego skorzysta i spędzanie czasu na uprawianiu sportu nie spowoduje u niego dodatkowego stresu związanego z tym, że powinien ten czas poświęcić rodzinie. Należy również wspomnieć, że regularna aktywność fizyczna nie tylko sprzyja redukcji masy ciała, ale przyczynia się do zwiększenia wydajności w pracy o 4–5%.

Oddzielny problem stanowią działania skierowane do pracowników zatrudnionych w systemie zmianowym, zwłaszcza w grupie osób z często następującymi zmianami czasu pracy. W tym aspekcie należałoby rozważyć wprowadzenie bardziej ustabilizowanego czasu pracy uwzględniając indywidualne zdolności przystosowawcze do pracy w godzinach nocnych oraz sytuację rodzinną pracownika. Pozwoli to na uregulowanie czasu spożywania posiłków oraz zwiększy możliwości aktywnego spędzania wolnego czasu.

Rozwojowi niepełnosprawności u chorych na otyłość można zapobiegać również poprawiając warunki ergonomiczne stanowiska pracy poprzez dostosowanie

go do indywidualnych potrzeb pracowników, co pozwoli na zminimalizowanie ryzyka przeciążenia. Obserwowano, że korzystne jest wprowadzenie regulowanych powierzchni roboczych. Ponieważ u chorych na otyłość dochodzi do zmiany środka ciężkości ciała, zaburzeń motoryki chodu i upośledzenia równowagi ważne są działania zmniejszające ryzyko upadków i urazów podczas pracy wykonywanej w pozycji pionowej. Żeby poprawić funkcję kończyn górnych i zapobiec rozwojowi zespołu cieśni nadgarstka można wprowadzić zmodyfikowane klawiatury, narzędzia o regulowanej wysokości, z ergonomicznymi uchwytami wymagającymi użycia minimalnej siły. Należy także edukować pracowników w zakresie odpowiedniej postawy, odciążania stawów i dostosowywania regulowanego stanowiska pracy do swoich potrzeb. Ważne jest również dostosowanie do rozmiarów ciała pracownika masek i odzieży ochronnej (Capodaglio i in., 2010).

Należy także zwrócić uwagę na konieczność regularnej oceny stanu zdrowia pracowników zatrudnionych w transporcie i obsługujących maszyny, która poza innymi aspektami powinna uwzględniać występowanie zespołu bezdechu sennego powodującego senność w czasie dnia i zaburzenia koncentracji, co może wiązać się ze zwiększeniem ryzyka wypadków.

W przypadku osób, u których doszło do niepełnosprawności z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego przejściu na rentę inwalidzką można zapobiec poprzez przekwalifikowanie pracownika i zaproponowanie mu innego miejsca pracy, które nie powoduje takiego obciążenia tego układu. Umożliwienie zmiany stanowiska pracy lub uelastycznienie czasu pracy poprzez chociażby zatrudnienie w mniejszym wymiarze godzin pracownikom, których stan zdrowia uległ pogorszeniu może zapobiec ich przejściu na rentę inwalidzką lub wcześniejszą emeryturę. Pracownik, który czuje wsparcie pracodawcy będzie mniej skłonny do wycofania się z aktywności zawodowej.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że zatrudnianie pracowników na umowy czasowe, które nie dają im poczucia stabilności, co może wpływać niekorzystnie na zdrowie m.in. przez rozwój nadwagi lub otyłości, może być opłacalne dla pracodawcy tylko pozornie. Zapewnienie stabilnych warunków pracy może być jednym z istotnych działań pracodawców na rzecz poprawy stanu zdrowia pracowników. Dodatkowo pracownikom, którzy pracują w nadgodzinach należy zapewnić więcej przerw na posiłki tak, żeby mogły one być regularnie spożywane.

Jeszcze innym działaniem, które powinno zostać uwzględnione jest zapewnienie pracownikom wsparcia psychologicznego, które ułatwiłoby wypracowanie technik radzenia sobie ze stresem, a wśród chorych na nadwagę i otyłość pozwoliłoby na poprawę poczucia własnej wartości i zwiększenia kontroli nad swoimi zachowaniami. Ponadto u wielu chorych na nadwagę i otyłość występują zaburzenia odżywiania, takie jak: zespół kompulsywnego jedzenia, zespół nocnego jedzenia i nałogowe jedzenie, w leczeniu, których psychoterapia jest kluczowym elementem. W ten kontekst wpisuje się również podjęcie przez pracodawców działań antydyskryminacyjnych dotyczących chorych na otyłość, ponieważ dyskryminacja

w miejscu pracy pogarsza stan psychiczny chorych, obniża samoocenę, a przez to może wywoływać lub nasilać już istniejące zaburzenia odżywiania, doprowadzając do postępu choroby i uniemożliwiając jej skuteczne leczenie.

Takie wielopoziomowe działania mimo, że kosztowne to wykazują największy wpływ na korzystne zmiany utrzymujące się w czasie. Zatem długoterminowo przyniosą pracodawcom wymierne korzyści ekonomiczne.

Należy jednak podkreślić, że wprowadzenie nawet jednego z proponowanych powyżej rozwiązań stanowi istotny krok do poprawy zdrowia pracowników i może przynieść pracodawcy wymierne korzyści chociażby poprzez zmniejszenie liczby dni nieobecności w pracy z powodu zwolnień lekarskich. Poczucie przez pracownika, że pracodawca dba o jego zdrowie może zmobilizować go do podjęcia szerszych działań we własnym zakresie, a także do wydajniejszej pracy. Systematyczne krok po kroku kolejnych działań może być dla pracodawców najlepszym rozwiązaniem, a osiągnane efekty mogą stać się podstawą do pokazania ustawodawcom, że warto w ramach działań zdrowia publicznego wesprzeć pracodawców w realizowanych przez nich programach chociażby przez nawet niewielkie ulgi podatkowe.

Korzyści dla pracodawcy wynikające z zaangażowania się w poprawę stanu zdrowia pracowników

Otyłość i jej powikłania powodują wzrost kosztów pośrednich związanych z pogorszeniem stanu zdrowia, których wzrost jak oszacowano w niektórych krajach są większy niż koszt opieki zdrowotnej. Badanie przeprowadzone w Chinach wykazało, że w latach 2000–2015 koszty pośrednie związane z otyłością i jej powikłaniami spowodowały zwiększenie produktu krajowego brutto od 3,6% do 8,7%. W Kanadzie koszty pośrednie stanowią 2/3 całkowitych kosztów otyłości. Natomiast w populacji szwedzkich kobiet stwierdzono, że 10% wszystkich zwolnień chorobowych i rent inwalidzkich było spowodowanych otyłością.

Mimo różnic w systemach ubezpieczeń społecznych, niezależnie od kraju pracodawca ponosi znaczną część kosztów pośrednich i/lub bezpośrednich. Zatem wdrożenie przez pracodawców programów promocji zdrowia, których celem jest zmniejszenie częstości zachorowań na nadwagę i otyłość oraz zahamowanie postępu tej choroby jest uzasadnione ekonomicznie.

Polepszenie stanu zdrowia pracowników poprawi również wydajność pracy oraz pozwoli na ich dłuższe zatrzymanie w systemie aktywności zawodowej. Dłuższa aktywność zawodowa pracowników, zwłaszcza wykwalifikowanych, w których zwiększenie umiejętności również nierzadko inwestowali pracodawcy stanowi dla nich wymierną korzyść ekonomiczną. Poza tym w perspektywie długoterminowej zmniejszenie zachorowań na nadwagę i otyłość oraz ich powikłania może zapobiec konieczności zwiększenia kosztów pracy w wyniku podniesienia składki rentowej i emerytalnej żeby zachować wydolność systemu.

Podsumowanie

Środowisko pracy istotnie wpływa na rozwój nadwagi i otyłości, a te schorzenia stanowią obciążenie nie tylko indywidualne, ale również społeczne. Powikłania zdrowotne otyłości powodują zwiększenie kosztów pracy poprzez zmniejszenie efektywności, korzystanie ze zwolnień chorobowych oraz przedwczesne zakończenie aktywności zawodowej. Dlatego w interesie pracodawcy jest inwestowanie w działania poprawiające szeroko pojęte warunki pracy tak aby jak najdłużej zachować dobre zdrowie pracowników. Polityka zdrowotna powinna być kształtowana tak, żeby ułatwiać pracodawcom inwestowanie w zdrowie pracowników. Udział pracodawców w programach promocji zdrowia i profilaktyki jest ważnym elementem zwiększenia ich efektywności poprzez ułatwienie zmiany oraz stanowi ważny element wsparcia społecznego niezbędnego do długoterminowego dokonania zmiany.

Bibliografia

- Alavinia, S.M., van den Berg, T.I.J., van Duivenbooden, C., Elders, L.A.M. i Burdorf, A. (2009). Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scand J Work Environ Health*, (35), 325–333.
- Atkinson, G., Fullick, S., Grindey, C., Maclaren, D. i Waterhouse, J. (2008). Exercise, Energy Balance and the Shift Worker Sports Med, 38, 671–685.
- Barbadoro, P., Ponzio, E., Chiatti, C.J., Di Stanislao, F., D’Errico, M.M. i Prospero, E. (2016). New market labor and obesity: a nation-wide Italian cross-sectional study. *Internat J Occup Med Environ Health*, (29), 903–914.
- Barbadoro, P., Santarelli, L., Croce, N., Bracci, M., Vincitorio, D., et al. (2013). Rotating shift-work as an independent risk factor for overweight Italian workers: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 8(5), e63289. doi:10.1371/journal.pone.0063289.
- Berset, M., Semmer, N.K., Elfering, A., Jacobshagen, N. i Meier, L.L. (2011). Does stress at work make you gain weight? A two-year longitudinal study. *Scand J Work Environ Health*, (37), 45–53.
- Bezerra, I.W.L., Oliveira, A.G., Pinheiro, L.G.B., Morais, C.M.M. i Sampaio, L.M.B. (2017). Evaluation of the nutritional status of workers of transformation industries adherent to the Brazilian Workers’ Food Program. A comparative study. *PLoS ONE*, 12: e0171821. doi:10.1371/journal.pone.0171821.
- Capodaglio, P., Castelnuovo, G., Brunani, A., Vismara, L., Villa, V., Capodaglio, E.M. Functional limitations and occupational issues in obesity: A Review. (2010). *JOSE*, (16), 507–523.
- Jackson, C.L., Wee, C.C., Hurtado, D.A. i Kawachi, I. (2016). Obesity trends by industry of employment in the United States, 2004 to 2011. *BMC Obesity*, 3(20).
- Lallukka, T., Laaksonen, M., Martikainen, P., Sarlio-Lahteenkorva, S. i Lahelma, E. (2005). Psychosocial working conditions and weight gain among employees. *Internat J Obes*, 29, 909–915.

- Leinonen, T., Pietiläinen, O., Laaksonen, M., Rahkonen, O., Lahelma, E. i Martikainen, P. (2011). Occupational social class and disability retirement among municipal employees – the contribution of health behaviors and working conditions. *Scand J Work Environ Health*, (37), 464–472. doi:10.5271/sjweh.3182.
- Marchand, A., Beauregard, N. i Blanc, M.E. (2015). Work and non-work stressors, psychological distress and obesity: evidence from a 14-year study on Canadian workers. *BMJ Open*, 5:e006285. doi:10.1136/bmjopen-2014-006285.
- Nyberg, S.T., Heikkilä, K., Fransson, E.I. i in. (2012). Job strain in relation to body mass index: pooled analysis of 160 000 adults from 13 cohort studies. *J Intern Med*, (272), 65–73.
- Obara-Gołębiowska, M. (2016). Employment discrimination against obese women in obesity clinic's patients perspective. *Rocz Panstw Zakl Hig*, (67), 147–153.
- Robroek, S.J.W., Reeuwijk, K.G., Hillier, F.C., Bamba, C.L., van Rijn, R.M. i Burdorf, A. (2013). The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*, (39), 233–240. doi:10.5271/sjweh.3354.
- Robroek, S.J.W., Schuring, M., Croezen, S., Stattin, M. i Burdorf, A. (2013). Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: a four year follow-up study. *Scand J Work Environ Health*, (39), 125–133. doi:10.5271/sjweh.3319.
- Robroek, S.J.W., Järvelin, B., van der Beek, A.J., Proper, K.I., Wahlström, J. i Burdorf, A. (2017). Influence of obesity and physical workload on disability benefits among construction workers followed up for 37 years. *Occup Environ Med*, (74), 621–627. doi:10.1136/oemed-2016-104059.
- Roos, E., Laaksonen, M., Rahkonen, O., Lahelma, E. i Lallukka, T. (2013). Relative weight and disability retirement: a prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health*, (39), 259–267. doi:10.5271/sjweh.3328.
- Schmier, J.K., Jones, M.L. i Halpern, M.T. (2006). Cost of obesity in the workplace. *Scand J Work Environ Health*, (32), 5–11.
- Schuring, M., Robroek, S.J.W., Otten, F.W.J., Arts, C.H. i Burdorf, A. (2013). The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. *Scand J Work Environ Health*, (39), 134–143. doi:10.5271/sjweh.3321.
- Solovieva, S., Lallukka, T., Virtanen, M. i Viikari-Juntura, E. (2013). Psychosocial factors at work, long work hours, and obesity: a systematic review. *Scand J Work Environ Health*, (39), 241–258. doi:10.5271/sjweh.3364.
- van den Berg, T.I., Robroek, S.J., Plat, J.F., Koopmanschap, M.A. i Burdorf, A. (2011). The importance of job control for workers with decreased work ability to remain productive at work. *Int Arch Occup Environ Health*, (84), 705–712.
- van Duijvenbode, D.C., Hoozemans, M.J.M., van Poppel, M.N.M. i Proper, K.I. (2009). The relationship between overweight and obesity, and sick leave: a systematic review. *Internat J Obes*, (33), 807–816.
- Wahrendorf, M., Akinwale, B., Landy, R., Matthews, K. i Blane, D. (2017). Who in Europe Works beyond the State Pension Age and under which Conditions? Results from SHARE. *Population Ageing*, (10), 269–285.

Wpływ nawyków żywieniowych na samopoczucie i efektywność w pracy

Coraz większa świadomość społeczna, dotycząca znaczenia zdrowego odżywiania nie zawsze idzie w parze z praktyką w miejscach pracy. Mimo, iż obecnie mamy modę na różne diety, programy żywieniowe oraz suplementy, to funkcjonują one bardziej jako zainteresowania pojedynczych osób niż działania odgórne, systemowe, mające na celu poprawę samopoczucia pracowników, zwiększenie ich efektywności czy ograniczenie liczby absencji chorobowych. Tzw. programy *wellness*, które od kilku lat są realizowane w niektórych organizacjach kładą nacisk przede wszystkim na ochronę zdrowia i prewencję chorób cywilizacyjnych, co jest niezwykle ważne. Istnieją mechanizmy, wynikające z fizjologii i biochemii, związane z tym jak organizm czerpie energię z pożywienia, o których warto wiedzieć, aby świadomie tymi procesami zarządzać. Może to mieć przełożenie na to jak osoba zatrudniona czuje się każdego dnia, ile ma siły i energii do wykonania powierzonych zadań. Dużą inspiracją mogą tu być sportowcy, którym właściwa, dobrze skomponowana dieta nie tylko pomaga utrzymać ciało w szczytowej formie, ale również ma wpływ na osiągnięte wyniki.

Sposób żywienia to przede wszystkim suma pewnych działań nawykowych, jedne z nich nam służą, a inne nie. Zmiana nawyków żywieniowych na poziomie organizacji jest na pewno dużym wyzwaniem. Aby jej dokonać, potrzebne są argumenty oparte na rzetelnych informacjach naukowych, ale również konkretne rozwiązania, które zostaną zaakceptowane zarówno przez pracodawcę, jak i pracowników. W niniejszej publikacji znaczenie odżywiania ujęto w trzech aspektach: wpływ na samopoczucie i efektywność, odporność (co jest związane z absencjami chorobowymi) oraz działanie układu nerwowego.

Jedzenie a efektywność

Nasze ciało czerpie energię z pożywienia. Kaloria jest jednostką ciepła i rzeczywiście w naszych komórkach zachodzi spalanie składników odżywczych, a uwolniona w wyniku tych procesów energia służy do pokrycia bieżących potrzeb. Zanim jednak posiłek zamieni się w „siłę” niezbędną do pracy mięśni, komórek mózgu czy wytworzenia impulsu nerwowego, musi przejść wiele skomplikowanych procesów. Warto nieco poznać ich specyfikę, aby ze zrozumieniem stosować podstawowe zasady dietetyczne nie tylko dla zdrowia, ale również optymalnego poziomu energii w czasie pracy.

Zasada nr 1: Odpowiednia kaloryczność diety

Najbardziej powszechny sposób określenia zapotrzebowania na energię to liczenie tzw. kalorii. Wiadomo, że im większy wysiłek fizyczny związany z daną pracą, tym większe zapotrzebowanie na składniki dostarczające energii. Dlatego dieta osób wykonujących pracę fizyczną różni się od tych pracujących umysłowo przede wszystkim wartością energetyczną. Na opakowaniach produktów spożywczych można znaleźć informację dotyczącą wartości energetycznej podaną w kcal. Organizm każdego człowieka ma pewne dobowe zapotrzebowanie na energię (tzw. podstawowa przemiana materii, PPM) niezbędne do funkcjonowania na bazowym poziomie, czyli pracy narządów wewnętrznych, utrzymania stałej temperatury ciała, pracy układu nerwowego odbudowy tkanek, itd. (Gawęcki i Hryniewiecki, 2005, s. 116). Zależy ono od masy ciała (a w szczególności masy naszych mięśni, które zużywają więcej energii, niż tłuszcz), płci i wieku. Średnio wynosi ona około 1 kcal na godzinę/kg masy ciała. Nie jest to jeszcze całkowite zapotrzebowanie na energię, gdyż nie uwzględnia aktywności fizycznej. Ważne jednak, aby nawet podczas diety odchudzającej – a istnieje duży odsetek osób dorosłych w Polsce z nadwagą i otyłych, które podejmują regularne próby odchudzania, jednocześnie przychodząc do pracy – nie dostarczać nigdy mniej energii, niż wynosi PPM. Jest to sytuacja wyjątkowo trudna dla organizmu i na pewno nie sprzyja efektywności w pracy. Następuje wtedy adaptacja czyli spowolnienie wszystkich procesów metabolicznych odpowiedzialnych za wytwarzanie energii. Częste objawy to: senność, apatia, brak sił oraz osłabienie. Trudno zabronić pracownikom, którzy borykają się z problemem nadwagi czy otyłości stosowania diet odchudzających, ale sam proces redukcji masy ciała nie musi dawać takich objawów, jeżeli dieta jest odpowiednio, racjonalnie zaplanowana. Deficyt energetyczny można uzyskać wybierając produkty zdrowe, odżywcze oraz naturalne i jak najmniej przetworzone (warzywa i owoce, kasze, dobrej jakości produkty białkowe czy niezbędne tłuszcze), nie powinien on wynosić więcej niż 500–800 kcal w stosunku do całkowitego zapotrzebowania na energię (Standardy leczenia otyłości..., 2015). Paradoksalnie, osoby o zwiększonym zapotrzebowaniu na energię, np. pracownicy fizyczni właściwie powinni jeść również te same zdrowe, pełnowartościowe produkty tylko

w innych proporcjach, o czym w dalszej części. Pracodawca może przede wszystkim ułatwić pracownikom dostęp do dobrej jakościowo żywności, wykorzystując posiadane już zaplecze (stołówka lub kantyna w miejscu lub w pobliżu miejsca pracy, automaty z jedzeniem, catering), które często „karmi” zatrudnione osoby, ale ich nie „odżywia”. Pomocna może być również organizacja podczas „dni zdrowia” krótkich, indywidualnych porad dietetycznych dla pracowników, połączonych z pomiarem składu ciała, przy użyciu specjalnej wagi. Urządzenia tego typu są standardowo na wyposażeniu każdego gabinetu dietetycznego, określają one również podstawową przemianę materii (PPM). Osoba po takiej kilkuminutowej konsultacji zna już swoje minimalne zapotrzebowanie na energię, na podstawie wywiadu specjalista określa także dobową, optymalną podaż kalorii, uwzględniając rodzaj wykonywanej przez nią pracy i jej cele indywidualne. Jeżeli na terenie miejsca pracy znajduje się stołówka lub kantyna, można również poprosić dietetyka o określenie wartości kalorycznej poszczególnych, dostępnych produktów czy potraw.

Zasada nr 2: Śniadanie na dobry początek dnia pracy

Ważnym punktem dnia, od którego zależy nasze samopoczucie i kondycja w godzinach spędzanych w pracy jest śniadanie. Przede wszystkim dostarcza składników odżywczych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, a zwłaszcza glukozy (jej poziom rano, po wielogodzinnym poście jest niski), której mózg z „ogólnej puli” zużywa aż 20%. Lepsza dostępność glukozy dla pracy mózgu skutkuje poprawą pamięci krótkoterminowej i epizodycznej. Dieta osób, które regularnie jedzą śniadania, najczęściej ma wyższą tzw. „gęstość odżywczą”, czyli dostarcza więcej niezbędnych składników pokarmowych (m.in. jod, żelazo, cynk, witaminy z grupy B) w ciągu dnia przy określonej liczbie kalorii. Skutkuje to m.in. poprawą uczenia się i odtwarzania zgromadzonych informacji (Gibson, 2003). Niestety, ocenia się że około 20–30% ludzi na świecie pomija ten ważny posiłek (Deshmukh-Taskar i in., 2010). Według badaczy istnieje pozytywna korelacja między śniadaniem, a poprawą funkcji poznawczych i nastroju. Wśród badanych czynników wyróżniono m.in.: depresję (spadek), dobry nastrój i zadowolenie, lepszą identyfikację bodźców wzrokowych i nerwowych (spadek liczby błędów), koncentrację, kreatywność, pamięć krótkoterminową i epizodyczną, rozwiązywanie problemów czy zdolności werbalne (Adolphus, Lawton i Dye, 2013; Rampersaud, Pereira, Girard, Adams i Metz, 2005). Ponadto, im większa częstotliwość spożywania śniadania, tym bardziej prawidłowa masa ciała (BMI) i rzadsze występowanie nadwagi i otyłości (Kowalkowska, Wadołowska, Wuenstel, Słowińska i Niedźwiedzka, 2014; Szajewska i Ruszczyński, 2010).

Jak powinno wyglądać prawidłowo skomponowane śniadanie? Przede wszystkim znaczenie ma urozmaicenie produktów oraz ich różnorodność. Powinno ono zawierać warzywa lub owoce (dostarczające cennych witamin, błonnika i przeciwutleniaczy), ew. produkty zbożowe pełnoziarniste, o niskim indeksie glikemicznym (chleb razowy z mąki z pełnego przemiału ew. tzw. „chleb bez mąki” z samych ziaren, kasze, płatki pełnoziarniste) produkt białkowy – jajka, ryby, dobrej jakości wędliny lub

warzywa strączkowe np. w postaci pasty do pieczywa ew. produkt mleczny – bogaty w wapń (najlepiej naturalny, bez cukru i dodatków smakowych) lub jego bezmleczny odpowiednik dla osób z alergią lub nietolerancją produktów mlecznych (np. mleko lub jogurt roślinny) (Monteagudo i in., 2013). Bardziej „treściwe” śniadania nie tylko na dłużej obniżają poziom greliny, hormonu odpowiedzialnego za uczucie głodu, ale też korzystniej wpływają na wydajność umysłową badanych ochotników (tzw. cognitive performance) w ciągu kolejnych godzin (Codella i in., 2017).

Najlepiej, jeżeli pracownik zje pierwszy posiłek w domu, jeszcze przed wyjściem do pracy, aby niezbędne składniki pokarmowe zostały uwolnione i przedostały się do krwi. Warto jednak zadbać o to, aby na terenie lub w pobliżu miejsca pracy dostępne były zbilansowane, zdrowe zestawy śniadaniowe z ww. produktów. Odpowiednio zaprojektowane kampanie informacyjne mogą zachęcać osoby zatrudnione, które do tej pory nie miały w zwyczaju jadać śniadań (a jest ich, biorąc pod uwagę wyniki badań średnio około 1/3) do rozpoczęcia dnia w ten właśnie sposób. Warto tłumaczyć, że brak uczucia głodu rano to raczej wynik adaptacji organizmu do pewnego działania nawykowego, niż brak zapotrzebowania na składniki pokarmowe. Często osoby te jadają wieczorem, tuż przed snem obfite posiłki, które następnie zalegają w żołądku przez całą noc. Nie jest to ani zdrowe, ani korzystne dla efektywności. Śniadanie jest szczególnie ważnym posiłkiem tych pracowników, którzy wykonują pracę fizyczną. Powinno być ono bogate nie tylko w odpowiednią ilość węglowodanów (pieczywo, kasze, płatki, dodatek warzywny lub owocowy), ale zawierać również nieco większą ilość białka i tłuszczu. Osoby pracujące umysłowo jedzą odpowiednio mniej produktów zbożowych, ale nie powinny rezygnować z dodatku warzywnego lub owocowego i pozostałych produktów. Dla osób z wysokim poziomem insuliny rano (tzw. hiperinsulinemia), które nie pracują fizycznie jako główne źródło węglowodanów najbardziej wskazane są warzywa.

Zasada nr 3: Regularne posiłki zapobiegają spadkom energii

Według danych WHO, regularne posiłki podnoszą wydajność pracowników aż o 20%, a także mają wpływ na wzrost odporności organizmu i zapobieganie chorobom układu naczyniowo-sercowego (WHO, 2003).

Aby utrzymać optymalny poziom energii w komórkach niezbędny jest z fizjologicznego punktu widzenia stabilny poziom glukozy, czyli głównego paliwa we krwi. Wpływają na niego dwa zasadnicze czynniki: regularność posiłków oraz spożywanie produktów, z których glukoza stopniowo jest uwalniana w procesie trawienia i wchłaniana do krwi. Zapobiega to nadmiernym spadkom poziomu cukru (tzw. hipoglikemia), które pobudzają ośrodek głodu (intensywny głód najczęściej oznacza spadek poziomu składników odżywczych we krwi, min. glukozy i aminokwasów). Wg Mc Aulay, Deary, Ferguson i Frier (2001) u osób, które omijają posiłek w wyniku hipoglikemii mogą wystąpić trudności w wykonywaniu złożonych czynności, wymagających skupienia uwagi i koncentracji. Aby temu zapobiec, przerwy między posiłkami nie powinny trwać dłużej niż 3–4 godziny. W praktyce naszych

przedsiębiorstw bywa różnie. W polskim badaniu na grupie ponad 1100 respondentów aż 63,3% z nich deklarowało, że ma przerwy między posiłkami dłuższe niż 3 godziny (Human Power, 2017). Warto tu przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych przez organizację Health Enhancement Research Organization (HERO) z których wynika, że pracownicy, którzy regularnie jedzą zdrowe posiłki osiągają o 25% większą wydajność w pracy. Dodatkowo, osoby, które ćwiczą pół godziny dziennie, trzy razy w tygodniu osiągają o 15% większą wydajność w pracy. W ogólnym rozrachunku, absencja była o 27% mniejsza wśród pracowników, którzy odżywiali się zdrowo i byli aktywni fizycznie (Merrill i in., 2011).

Jak pracodawca może wspomóc zastosowanie tej zasady? Przede wszystkim warto rozważyć wprowadzenie w organizacji, o ile jest to możliwe, określonych momentów w czasie dnia przeznaczonych na przerwę tak, aby pracownik mógł spokojnie zjeść posiłek. Szczególnie ważna jest przerwa na tzw. lunch. W tym czasie nie są organizowane spotkania, odbierane maile czy telefony. Na pewno musi minąć jakiś czas, aby takie rozwiązanie stało się elementem kultury organizacji. W większości miejsc pracy nawet, jeżeli nie ma kantyny czy stołówki są tzw. pomieszczenia socjalne gdzie można z tej przerwy skorzystać. Czasem jest również możliwe dostarczanie pracownikom zdrowych, odżywczych przekąsek, które zapobiegają spadkom energii w ciągu dnia. Mogą to być np. warzywa i owoce, bakalie, jogurty naturalne lub ciastka pełnoziarniste bez dodatku cukru rozmieszczone w pokojach pracowniczych lub dostępne automatach czy kantynie, ew. na roboczych spotkaniach firmowych. Można również nawiązać kontakt z firmami dostarczającymi zdrowy catering i przygotować vouchery lub bony zniżkowe dla pracowników.

Zasada nr 4: Wybierać dobre węglowodany

Głównym paliwem, niezbędnym do pracy komórek jest glukoza, która pochodzi z węglowodanów. Białka również mogą stanowić źródło energii (ok. 10–15% energii pochodzi właśnie z nich), ale przede wszystkim stanowią cenny materiał budulcowy. To z „cegiełek białkowych” – aminokwasów powstają mięśnie, kości, enzymy, hormony i większość części składowych komórek. Nasze ciało nie magazynuje białka, więc ważna jest jego codzienna podaż, aby umożliwić regenerację. Niewykorzystany nadmiar ulegnie „spaleniu”, ale jest to proces dosyć obciążający m.in. nerki i wątrobę (chodzi o usunięcie azotu w postaci mocznika). Tłuszcz to z kolei bardzo cenny materiał energetyczny, 1 gram dostarcza aż 9 kcal energii. Jednak warto pamiętać o tym, że jest on w pierwszej kolejności odkładany jako cenna rezerwa (kwasy tłuszczowe po strawieniu są przede wszystkim transportowane do tkanki tłuszczowej i tam magazynowane). Jego wykorzystanie jako źródła energii (około 30% energii z prawidłowej diecie powinno pochodzić z tłuszczów) wzrasta najczęściej 3–4 godziny po posiłku oraz podczas snu. Wiemy już, że kluczowe jest znaczenie węglowodanów jako źródła energii. Mogą występować w formie prostej (glukoza, fruktoza zawarte przede wszystkim w owocach czy miodzie) oraz złożonej (skrobia w warzywach i produktach zbożowych) czy popularnego, chociaż niezdrowego cukru

czyli sacharozy. W tym drugim przypadku, aby zapobiec uszkodzeniom komórek przez zbyt wysoki poziom glukozy, ciało zaczyna zwiększać produkcję hormonu zwanego insuliną. Jest ona niezbędna, aby glukoza wniknęła do komórek, ale także stymuluje „spichrzanie” czyli magazynowanie nadmiaru węglowodanów, również w postaci tkanki tłuszczowej. Posiłek bogaty w składniki o tzw. wysokim indeksie glikemicznym (produkty z białej mąki, cukier zawarty w słodkich napojach oraz słodyczach, duża ilość białego makaronu lub ziemniaków) będzie powodować gwałtowny wzrost, a następnie szybki spadek poziomu cukru we krwi, ze względu na działanie insuliny. Może to się objawiać u wielu osób uczuciem ciężkości i senności po posiłku oraz innymi, opisanymi wcześniej objawami hipoglikemii. Dodatkowo, wysoka insulina może utrudniać korzystanie z „rezerw” czyli produkcję energii ze zmagazynowanego tłuszczu w momencie, kiedy dostarczony cukier został już wykorzystany lub zmagazynowany przez komórki (najczęściej 3–4 godziny po posiłku, w zależności od jego rodzaju). Z taką sytuacją mamy do czynienia coraz częściej. Jednym z poważnych problemów dzisiejszych czasów jest epidemia osób z nadwagą i otyłością. Ich główną przyczyną jest nadmierne spożywanie cukru i słodyczy. Jak już zostało wyjaśnione, nie sprzyjają one również dobremu samopoczuciu i efektywności w pracy. Tym bardziej, w trosce o zdrowie i wyniki osób zatrudnionych warto jest wykluczyć cukier i słodycze oraz białe pieczywo (popularne „drożdżówki”), a także słodzone napoje gazowane z przestrzeni miejsca pracy, a przynajmniej nie ułatwiać do nich dostępu. Nie można oczywiście zabronić ich spożywania, natomiast już samo ograniczenie dostępności, jeżeli na „wyciągnięcie ręki” jest zdrowsza alternatywa, daje doskonałe rezultaty. Warto również „wziąć pod lupę” posiłki serwowane pobliskim barze, stołówce lub kantinie – czy nie ma w nich za dużo produktów mącznych (które można zastąpić np. kaszami lub przynajmniej makaronem pełnoziarnistym czy pieczywem razowym) i jest wystarczająca ilość warzyw i owoców oraz innych, zdrowych alternatyw dla słodyczy.

Zasada nr 5: Zapobiegać niedoborom witamin i składników mineralnych

Kolejną istotną sprawą dla utrzymania jak najlepszej efektywności, czyli wysokiej przemiany materii, jest kwestia unikania niedoborów witamin i składników mineralnych, z których powstają m.in. enzymy odpowiadające za wytwarzanie energii i jej dystrybucję. Niedobory mogą skutkować upośledzeniem działania ww. mechanizmów i przekładają się bezpośrednio na obniżenie sprawności oraz samopoczucia.

Składnik, którego niedobór najbardziej wpływa na męczliwość i spadek produktywności w skali świata to żelazo. Ocenia się, że nawet 1,6 miliarda ludzi na świecie cierpi z tego powodu (Bairwa i in., 2017). Jego niski poziom we krwi najczęściej związany jest z anemią i niskim poziomem hemoglobiny. Jest to czerwony barwnik krwi, odpowiadający za transport tlenu. Typowy objaw niedokrwistości z niedoboru żelaza to zmęczenie i osłabienie. Żelazo jest również kluczowe w wielu procesach enzymatycznych. Na niedobór żelaza są narażone szczególnie kobiety, u których

występują obfite krwawienia miesięczne oraz osoby na dietach wegańskich i wegetariańskich (żelazo występuje zarówno w produktach roślinnych jak i zwierzęcych, ale jego przyswajalność z produktów mięsnych i jajek jest najwyższa) oraz osoby z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. Przyczyną niskiego poziomu żelaza we krwi nie musi być dieta uboga w ten składnik, ale inne czynniki, które wpływają na jego wchłanianie. Jednym z nich jest odpowiednia podaż witaminy C, tylko w jej obecności żelazo wchłania się w sposób prawidłowy z przewodu pokarmowego. Dlatego niezbędnym dodatkiem do każdego posiłku powinny być warzywa i owoce bogate w witaminę C, najlepiej w formie surowej, które nawet 2–3 krotnie zwiększają wchłanianie żelaza ze spożytych produktów. Kolejny czynnik utrudniający wchłanianie żelaza z posiłku to popijanie go kawą lub herbatą. Zawarte w nich związki taninowe wchodzi w trwałą reakcję chemiczną z tym pierwiastkiem, blokując jego wchłanianie. Osoby, które piją dużo kawy i herbaty mogą cierpieć na syndrom „przewlekłego zmęczenia” z powodu niezdiagnozowanej anemii. Jeżeli próbują sobie „dodać energii” kolejną ich porcją, tworzy się błędne koło. Warto zachować co najmniej 2-godzinny odstęp między kawą lub herbatą, a posiłkiem, zwłaszcza posiłkiem głównym. Są to istotne wskazówki, szczególnie dla osób z tendencją do „niskiego żelaza”. Niedokrwistość z niedoboru żelaza dosyć łatwo wykryć poprzez podstawowe badanie krwi, jakim jest morfologia. W tym samym badaniu, na podstawie parametru MCV (jeżeli jest powyżej normy) można wykryć kolejny dosyć powszechny problem – niedokrwistość makrocytarną, spowodowaną niedoborem witaminy B₁₂ i kwasu foliowego. Daje ona również podobne objawy – m.in. zmniejszenie wydolności organizmu, osłabienie, łatwą męczliwość, zmniejszenie koncentracji i uwagi. Długotrwały stan może doprowadzić do zaburzeń neurologicznych. Przyczyną niedoboru witaminy B₁₂ są najczęściej: dieta wegańska lub wegetariańska (witamina ta obecna jest przede wszystkim w produktach pochodzenia zwierzęcego) oraz upośledzone wchłanianie spowodowane zaburzeniami mikroflory jelitowej, co jest obecnie bardzo powszechnym problemem. Podobny w przyczynach i skutkach jest dla organizmu niedobór kwasu foliowego, często współwystępujący z niedoborem witaminy B₁₂. Jego główną przyczyną, oprócz zmniejszonego wchłaniania to m.in. brak świeżych warzyw, szczególnie zielonych.

Inny, najbardziej powszechny niedobór, wpływający na obniżenie samopoczucia, wydajności i odporności pracowników to niski poziom witaminy D. Jest ona wytwarzana w organizmie pod wpływem promieniowania UV, występuje również naturalnie w produktach takich jak: jaja, podroby, produkty mleczne czy tłuste ryby. Ze względu na niedostateczną ekspozycję na światło słoneczne, co jest również związane z szerokością geograficzną, na której żyjemy zarówno w Polsce jak i w Europie większość badanej populacji, zarówno dzieci jak i dorosłych ma znaczne niedobory witaminy D, co można stwierdzić w badaniach krwi (Kmieć i Sworczak, 2015; Płudowski, Ducki, Konstantynowicz i Jaworski, 2016). Witamina D odpowiada za regulację kilkuset procesów w naszym organizmie, jej niski poziom nie tylko zaburza gospodarkę mineralną i hormonalną, ale również obniża odporność i może dawać objawy przewlekłego zmęczenia. Wyniki badań i rekomendacje specjalistów

wskazują na konieczność suplementacji witaminy D u dorosłych w miesiącach jesienno-zimowych (wrzesień-kwiecień) lub przez cały rok, jeżeli nie jest zapewniona efektywna synteza skórna. Aby dobrać jej optymalną dawkę lub zweryfikować efektywność suplementacji zaleca się również okresowe (np. raz do roku, po miesiącach letnich) monitorowanie stężenia witaminy D we krwi (Płudowski i in., 2013).

Pracodawca, zapewniając dostęp do zdrowych, nieprzetworzonych produktów czy posiłków zamiast tzw. *fast foodów*, które najczęściej nie zawierają wystarczającej ilości niezbędnych składników odżywczych, pomaga zapobiegać niedoborom składników mineralnych i witamin.

Obecnie badania poziomu ww. witamin (zwłaszcza D, B₁₂) czy składników mineralnych we krwi nie należą do świadczeń refundowanych, ale pracodawca może ułatwić osobom zatrudnionym dostęp do takiej usługi, np. negocjując włączenie ich do pakietu badań dla pracowników z firmą oferującą opiekę zdrowotną. Zważywszy na powszechność i skutki ww. niedoborów działania te mogą przynieść wymierną korzyść zarówno pracownikom, jak i pracodawcy.

Zasada nr 6: Odpowiednie nawodnienie kluczem do zwiększonej efektywności

Woda jest nie tylko podstawowym składnikiem naszego ciała, ale regulatorem przebiegu większości reakcji biochemicznych, również tych odpowiedzialnych za wytwarzanie energii w komórkach. Dlatego odwodnienie na poziomie 2–3% (które daje objaw tzw. suchości w gardle) może powodować spadek efektywności nawet o 20%. Obniżenie poziomu wody w organizmie o 3% to 10% spadek siły mięśni. Inne, odczuwalne problemy związane z niedostateczną podażą płynów to osłabienie, bóle głowy, problemy z koncentracją, utrata sił i senność (*Pij wodę w pracy*, 2015).

Określenie zapotrzebowania na wodę nie zawsze jest łatwe, ze względu na różne warunki pracy. Podstawowy przelicznik to: 30 ml na kg masy ciała (Woźniwicz, 2015). Według Europejskiego Urzędu do spraw Bezpieczeństwa Żywności, dorosła kobieta powinna pić przynajmniej 2 litry wody na dzień, a mężczyzna – 2,5 litra. Ze względu na to, że pragnienie nie jest doskonałym regulatorem bilansu wody, warto przede wszystkim zapewnić nieograniczony dostęp do czystej, dobrej jakościowo wody, a następnie pracować nad wyrobieniem regularnego jej picia (najlepiej powoli, małymi łykami) podczas całego dnia pracy, niezależnie od odczuwanego pragnienia. Rolą pracodawcy jest tutaj, oprócz zapewnienia dostępu do wody, co staje się właściwie standardem, zorganizowanie kampanii informacyjnej dla pracowników, która uświadomi im znaczenie i zachęci do zwiększenia ilości wypijanej wody. Warto przypomnieć fragment Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów: „Pracodawca ma obowiązek dostarczyć pracownikom bezpłatne, zimne napoje, jeśli temperatura na otwartej przestrzeni przekracza 25°C albo 28°C na stanowisku pracy”.

Jedzenie a odporność

Od problemów i kosztów związanych z absencjami chorobowymi pracowników nie jest wolny żaden pracodawca. Szczególnie trudny jest okres jesienno-zimowy, kiedy zachorowalność na infekcje górnych dróg oddechowych znacznie wzrasta. Jak można zmniejszyć liczbę absencji chorobowych wśród pracowników? Pracujemy najczęściej w dużych skupiskach ludzkich i nieustanna ekspozycja na wirusy oraz bakterie jest właściwie nieunikniona. Często osoby, które zarażają nie czują się źle lub ich układ odpornościowy działa na tyle efektywnie, że w ciągu kilku godzin zwalcza czynnik chorobotwórczy. Natomiast inni, ze słabiej działającym układem odpornościowym mogą przy tej samej ekspozycji na patogeny chorować przez kilka dni, a nawet tygodni.

W interesie pracodawcy jest, aby osoba zatrudniona, jeżeli już zachoruje jak najszybciej wróciła do pracy. Zarówno to, czy w wyniku kontaktu z czynnikiem chorobotwórczym dojdzie do rozwoju infekcji, jak i przebieg ewentualnej choroby zależą od sprawnie działającego układu odpornościowego.

Nasze ciało ma kilka barier ochronnych, które chronią przed wtargnięciem szkodliwych wirusów i bakterii. Jedną z nich jest śluz wytwarzany m.in. w przewodzie pokarmowym i błonach śluzowych. Istotnym czynnikiem zwiększającym zachorowalność w miesiącach zimowych jest przesuszenie błony śluzowej górnych dróg oddechowych, spowodowane ogrzewaniem wewnątrz pomieszczeń. Niedostateczne nawilżenie powietrza blokuje działanie tego mechanizmu, utrudnia również działanie komórek układu odpornościowego (limfocytów), które znajdują się na powierzchni śluzówki gardła, nosa czy płuc. Najprostszym sposobem na usunięcie tego problemu jest regularne wietrzenie pomieszczeń, jednak w nowoczesnych budynkach często nie ma takiej możliwości. Pozostaje kontrola parametrów powietrza i instalacja urządzeń zapewniających optymalną jego jakość, a także zapobieganie odwodnieniu przez picie odpowiedniej ilości wody.

Wpływ sposobu odżywiania na prawidłowe działanie układu odpornościowego jest ogromny. To przecież ze składników pokarmowych powstają elementy, które go tworzą. Za zwalczanie infekcji bakteryjnych i wirusowych odpowiadają limfocyty, czyli białe krwinki, wytwarzane w szpiku kostnym. Ich właściwy poziom (oznaczany w badaniu morfologii – tzw. WBC) wynosi średnio od 4.500 do 10.000 na ml krwi. Wartości poniżej 3.500 mogą już oznaczać osłabienie i zwiększenie ryzyka poważnej infekcji. Czasem ma to miejsce po chorobie, bo organizm jeszcze się nie zregenerował.

Dzięki właściwej, zbilansowanej diecie można podwyższyć liczbę białych krwinek. Czynnikiem żywieniowymi, które wpływają na zwiększenie ich produkcji są m.in.: witaminy C, A i E oraz kwas foliowy. Można ich dostarczyć spożywając co najmniej 5 porcji warzyw i owoców dziennie, ze szczególnym naciskiem na warzywa i owoce bogate w witaminę C (kapustne, pomidory, papryka) oraz karotenoidy, które są prekursorami witaminy A. Te ostatnie wyróżniają się intensywną czerwoną lub pomarańczową barwą. Kwas foliowy w dużych ilościach znajduje się w ciemnozielonych warzywach liściastych, warzywach strączkowych (ciecierzyca, groch, bób) oraz orzechach.

Warto tu przytoczyć jedną z podstawowych zasad zdrowego żywienia wg Instytutu Żywności i Żywienia (2016):

Warzywa i owoce spożywaj jak najczęściej i w jak największej ilości, co najmniej połowę tego co jesz. Pamiętaj o właściwych proporcjach: ¾-warzywa i ¼ owoce.

Istotne dla budowania odporności minerały to selen oraz cynk. Selen jest składnikiem enzymu, który razem z witaminami A, C i E chroni nasze komórki przed wolnymi rodnikami. Ich stężenie wzrasta podczas stanu zapalnego, co jest elementem walki organizmu z chorobą. Odpowiednie ilości selenu w diecie wpływają na zwiększenie poziomu limfocytów oraz makrofagów (komórki żerne, ważny element układu odpornościowego). Cynk, obecny w owocach morza, podrobach ale również czosnku, cebuli i ziołach zwiększa „agresywność” białych krwinek przez umożliwienie im produkcji większej liczby przeciwciał. Ilość cynku w diecie można zwiększyć wybierając pieczywo z tzw. pełnego przemiału i kasze zamiast pieczywa i makaronu z białej mąki. Dodatkowo warto wiedzieć, że kasze zawierają beta-glukan, który podwyższa zdolność komórek odpornościowych (makrofagi, neutrofile, limfocyty B i T) do walki z patogenami, wpływa również na zwiększenie produkcji krwinek w szpiku kostnym. Zastąpienie białego pieczywa w diecie pieczywem pełnoziarnistym przez okres 6 tygodni zwiększyło ilość limfocytów T oraz korzystnie wpłynęło na parametry tzw. odporności nieswoistej (wrodzonej) u grupy badanych (Vanegas i in., 2017).

Zielona herbata, jeżeli pijemy ją regularnie, wpływa na wzrost poziomu białych krwinek, zawiera również liczne substancje o silnym działaniu przeciwzapalnym i przeciwutleniającym (Lursmanashvili i in., 2017).

Wspomagająco we wzmacnianiu układu odpornościowego działa również spożywanie niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych z grupy omega-3, zawartych m.in. w tłustych rybach, oleju lnianym i rzepakowym czy orzechach włoskich. Zwiększają one aktywność fagocytów. Dodatkowo, pomagają wygasić stan zapalny, który jest naturalną reakcją organizmu na infekcję. Jeżeli jednak stan zapalny się przedłuża, prowadzi to do osłabienia i wyczerpania. Korzystne jest więc, aby po zwalczaniu wywołujących infekcję wirusów zadziałały czynniki (m.in. marezyny – powstające z kwasów omega-3) tłumiące reakcję zapalną. Żywność tzw. *fast food* często obfituje w składniki o działaniu prozapalnym, m.in. niekorzystne w nadmiernych ilościach kwasy omega-6, czy bardzo szkodliwe kwasy tłuszczowe –*trans* (Myles, 2014).

Wiele produktów, które mogą być elementem zbilansowanej, zróżnicowanej diety zawiera składniki o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbakteryjnym, przeciwwirusowym i wzmacniającym układ odpornościowy, min.: kasza jaglana, imbir, kurkuma, przyprawy ziołowe, miód, aronia, cebula, czosnek, czarny bez, cytrusy czy aloes (Dymarska, Grochowalska i Krauss, 2013). Zapewnienie dostępu do zdrowych, zróżnicowanych, bogatych w ww. składniki posiłków pomaga budować odporność osób zatrudnionych. Woda, zielona herbata, orzechy, warzywa i owoce jako zdrowe przekąski zamiast standardowych „wysokoenergetycznych” słodczy czy miód jako alternatywa dla cukru na pewno wpłyną korzystnie nie tylko na zdolność organizmu do walki z chorobą, ale również na samopoczucie pracowników.

Warto zaznaczyć, że duże ilości cukrów prostych upośledzają działanie układu odpornościowego. Spożywanie porcji 100 gramów węglowodanów prostych w postaci fruktozy, glukozy, sacharozy, a nawet pasteryzowanego soku pomarańczowego i miodu hamuje zdolność neutrofilów do pochłaniania i niszczenia szkodliwych mikroorganizmów oraz innych ciał obcych na kilka godzin (Sanchez i in., 1973).

Dieta bogata w warzywa, owoce oraz produkty pełnoziarniste korzystnie wpływa na skład mikroflory jelitowej, która jest również jednym z kluczowych czynników odpowiadających za odporność. Wiele szczepów, tzw. probiotycznych, głównie z rodzaju *Bifidobacterium*, bytujących w jelitach wytwarza substancje niszczące szkodliwe patogeny oraz ma właściwości tzw. immunomodulacyjne czyli regulujące działanie układu odpornościowego (Kuśmierska i Fol, 2014). Można zwiększyć ich ilość w przewodzie pokarmowym poprzez spożywanie specjalnych preparatów lub żywności probiotycznej, zawierającej wyselekcjonowane, korzystnie działające szczepy bakterii, tzw. probiotyki, np.: mleko acidofilne, napoje probiotyczne (soki fermentowane, jogurty). Największe znaczenie ma jednak, tzw. dieta prebiotyczna, czyli zawierająca składniki powodujące selektywny wzrost korzystnych szczepów bakteryjnych. Jednym z tych składników jest frakcja rozpuszczalna błonnika pokarmowego, obecna w warzywach, owocach, orzechach, strączkach i produktach zbożowych nierafinowanych.

Warto na koniec poznać wpływ działań prozdrowotnych na poziom absencji chorobowych pracowników. W korporacji Johnson&Johnson osoby objęte kompleksowym programem zdrowotnym, zakładającym m.in. zmianę nawyków żywieniowych oraz zwiększenie dostępności do zdrowych „gęstych odżywczo” posiłków, miały o 96% mniej nieobecności w pracy od pracowników nieobjętych programem, co oczywiście przełożyło się na konkretne korzyści finansowe firmy (Quelch i Knoop, 2014).

Jedzenie a działanie układu nerwowego

Wpływ odżywiania na kondycję i działanie układu nerwowego można rozpatrywać pod kątem składników dostarczających energię do jego pracy, odpowiadających za regenerację i produkcję neuroprzekaźników (m.in. serotonina, dopamina) oraz innych elementów niezbędnych do jego prawidłowego funkcjonowania, a także ochrony (m.in. białka neurotroficzne). Jednym z czynników mających negatywny wpływ na kondycję układu nerwowego jest nadmierny stres, czyli „przeładowanie” bodźcami w postaci impulsów elektrycznych. Mogą to być silne emocje, nadmierny wysiłek fizyczny czy konieczność nieustannej adaptacji – popularnego obecnie na wielu stanowiskach „przerzucania się” z zadania na zadanie. Brak przerw w pracy i niedostateczna ilość snu lub tzw. odpoczynku aktywnego dodatkowo przyczyniają się do osłabienia układu nerwowego. Aby się zregenerował, niezbędny jest odpoczynek, ruch i odpowiednia porcja składników odżywczych. W przypadku długotrwałego

stresu oraz niedoborów pokarmowych może nawet dojść do rozwoju depresji, która obecnie dotyka coraz większą ilość dorosłych, a więc pracujących osób.

Głównym paliwem do pracy mózgu i układu nerwowego jest glukoza. Utrzymanie stabilnego poziomu cukru we krwi i unikanie zarówno hipoglikemii (spadek poziomu glukozy we krwi spowodowany, np. brakiem śniadania, zbyt długimi przerwami w posiłkach lub działaniem insuliny po wysokowęglowodanowym posiłku) jak i hiperglikemii (tzw. wysoki cukier po posiłku bogatym w cukry proste – np. słodczyce, białe pieczywo, słodzone napoje) są niekorzystne dla pracy mózgu. Dodatkowo, zbyt duża ilość glukozy przyspiesza procesy jej utleniania w komórkach. Naturalnie zwiększa to również produkcję tzw. wolnych rodników, które powstają jako uboczne produkty spalania glukozy. Mogą one powodować uszkodzenia komórek nerwowych. Ww. mechanizm leży u podłoża rozwoju większości chorób neurodegeneracyjnych (tj. choroby Parkinsona, Alzheimerera, miażdżycy). Przeciwutleniające, zawarte w żywności pochodzenia roślinnego (owoce i warzywa, przyprawy, zielona herbata) neutralizują wolne rodniki, zapobiegając w ten sposób uszkodzeniom komórek. Dlatego powinno się je spożywać do każdego posiłku. Szczególnie wysoką aktywność przeciwutleniającą mają owoce jagodowe, większość warzyw oraz przyprawy typu curry czy imbir.

Do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego oraz dobrego samopoczucia niezbędne są neuroprzekaźniki, takie jak serotonina. Powstaje ona z aminokwasu – tryptofanu, który należy dostarczać w odpowiednich ilościach wraz z dietą. Dobrymi źródłami tryptofanu są produkty bogatobiałkowe: jajka, produkty mleczne, mięso i ryby, ale również banany, pestki dyni, warzywa strączkowe czy awokado. Do przekształcenia się tryptofanu w serotoninę niezbędne są m.in. żelazo oraz witamina B₆. Stąd niedobory tej witaminy mogą skutkować depresją, obniżeniem nastroju i problemami ze snem. Bogatym źródłem witaminy B₆ są: kasza gryczana i inne pełnoziarniste produkty zbożowe, mięso, papryka czy warzywa liściaste (szpinak, kapusta). Zarówno żelazo jak i witamina B₆ są również istotne w produkcji innych neuroprzekaźników: dopaminy i norepinefryny (Hanson i Mendius, 2012, s. 284–287).

Acetylocholina to kolejny ważny neuroprzekaźnik, wpływający m.in. na uwagę i pamięć. Powstaje z choliny, której dostarczać mogą nam takie produkty jak: jajka, wołowina, masło, warzywa strączkowe oraz kapustne czy wątróbka. Objawami niedoboru choliny są m.in. kłopoty ze snem, pamięcią i koncentracją, mogą one pojawić się nawet przed 40 rokiem życia. Alkohol zaburza produkcję neuroprzekaźników, sprzyjając stanom depresyjnym.

Kluczowe znaczenie dla regeneracji mózgu oraz prawidłowego działania układu nerwowego ma obecność w diecie odpowiedniej ilości NNKT czyli niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych. Aż 40% suchej masy mózgu to kwas DHA (dokozaheksaenowy) z grupy kwasów omega-3. Jest on również jednym z głównych składników osłonki mielinowej, która chroni komórkę nerwową. W diecie zachodniej mamy często do czynienia z niedoborami kwasów omega-3, które znajdują się przede wszystkim w rybach oraz olejach roślinnych (rzepakowy, lniany, olej z konopi siewnych) czy nasionach (siemię lniane, chia), a także mięsie, jajkach

i produktach mlecznych. W przypadku tych ostatnich wymienionych produktów znaczenie ma jednak, w jaki sposób żywione były zwierzęta. Jeżeli głównym komponentem paszy dla zwierząt były kukurydza czy soja (co właściwie jest obecnie standardem), to wtedy takie produkty (mięso, jajka, mleko) cechuje niska zawartość kwasów omega-3. Zawierają one za to dużo kwasów z rodziny omega-6. Są one również potrzebne, ale ich zbyt duża ilość w stosunku do omega-3 (powinna wynosić 4:1, a często jest 15:1 czy nawet 40:1) działa prozapalnie i utrudnia wykorzystanie kwasów omega-3. Problem pogłębia dodatkowo powszechne używanie w produkcji żywności olejów roślinnych o wysokiej zawartości kwasów omega-6. Należą do nich: olej kukurydziany, słonecznikowy, sojowy czy z pestek winogron. Najlepiej ich unikać lub znacznie ograniczyć ich zastosowanie na korzyść oleju rzepakowego czy oleju lnianego – stosowanych na zimno, jako np. dodatek do sałatek. Inne możliwe źródła kwasów omega-3 to: nasiona chia czy mielone siemię lniane. Spożywanie produktów gotowych oraz typu *fast-food*, najczęściej ubogich w kwasy omega-3, witaminy i przeciwutleniacze przyczynia się do gorszego funkcjonowania układu nerwowego i zwiększających się problemów z koncentracją uwagi oraz depresji.

U wielu osób jedzenie produktów o wysokiej zawartości tłuszczu i cukru aktywuje ośrodek nagrody w mózgu (Ulrich-Lay i in., 2015), co pomaga złagodzić odczuwalny stres i napięcie. Jest to jednak efekt krótkofalowy i jednocześnie można zaobserwować zwiększoną podatność na depresję oraz uczucie lęku (Hrychorczyk, Harma i Fulton, 2013). Istnieje duży związek między otyłością a depresją, czynnikiem wiążącym oba te elementy jest prawdopodobnie stan zapalny (Shelton i Miller, 2010).

Odpowiednia ilość białka, przeciwutleniaczy oraz kwasów omega-3 w diecie ukierunkowuje neurony na produkcję tzw. białka BDNF – neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego (Bach i in., 2014; Naoi, Inaba-Hasegawa, Shamoto-Nagai i Maruyama, 2017). Ma on za zadanie chronić neurony przed uszkodzeniem wywołanym nadmiernym stresem, dodatkowo należy do rodziny czynników wzrostu nerwów. Produkcja tego białka zwiększa się pod wpływem wysiłku fizycznego, przy odpowiedniej podaży ww. składników, natomiast znacznie osłabia ją cukier rafinowany jako składnik diety. Warto też wspomnieć o najważniejszych minerałach oraz produktach będących ich źródłem, niezbędnych do właściwego funkcjonowania mózgu i układu nerwowego a są nimi: magnez (kasze i produkty pełnoziarniste, kakao, warzywa strączkowe i ciemnozielone warzywa liściaste) oraz potas (owoce i warzywa).

Nie można zapomnieć o odpowiednim nawodnieniu jako niezbędnym elemencie do efektywnej pracy mózgu i układu nerwowego. Dodatkowo woda może być dobrym i znaczącym źródłem ww. składników mineralnych (magnez, potas czy wapń).

Sposób odżywiania ma ogromny wpływ nie tylko na koncentrację, pamięć, refleks czy zdolność radzenia sobie ze skutkami stresu, ale również na stan emocjonalny. Wszystkie te elementy są istotne z punktu widzenia pracodawcy. Nie można jednak zmusić osób dorosłych do zmiany nawyków żywieniowych. Rozwiązaniem jest zwiększenie dostępu do zdrowych, nieprzetworzonych i jak najbardziej naturalnych produktów oraz dobrej jakościowo wody z jednoczesnym ograniczeniem dostępu do tych, które działają szkodliwie (cukier i słodczyce, produkty wysokoprzetworzone,

dania typu *fast-food*). Ważna jest również edukacja, pokazująca ww. mechanizmy, która pomaga wytworzyć motywację w zakresie zmiany nawyków.

Należy pamiętać, że zalecenia zawarte w niniejszej publikacji nie uwzględniają specyficznych różnic wynikających z wieku, płci, stanów fizjologicznych (ciąża, karmienie piersią) czy różnych stanów chorobowych poszczególnych pracowników. Mają one charakter ogólny. Ponadto, wiele osób cierpi na różnego rodzaju alergie i nietolerancje składników pokarmowych. Jeżeli pojawiają się dolegliwości na nie wskazujące (wysypki, wzdęcia, bóle brzucha, luźne stolce, migreny) to bardzo ważne jest ustalenie ich przyczyny poprzez odpowiednie badania (ich rodzaj ustala specjalista po dokładnym wywiadzie), a następnie unikanie tych substancji, czy produktów je zawierających, które nie są przez organizm tolerowane. Jednak każda eliminacja składnika pokarmowego z diety niesie za sobą ryzyko niedoborów, dlatego należy skonsultować ją z lekarzem oraz dietetykiem.

Bibliografia

- Adolphus, K., Lawton, C.L. i Dye, L. (2013). The effects of breakfast behavior and academic performance in children and adolescents. *Frontiers In Human Neuroscience*, (7), 1–28. doi: 10.3389/fnhum.2013.00425.
- Bach, S.A., de Siqueira, L.V., Müller, A.P., Oses, J.P., Quatrim, A., Emanuelli, T., Vinadé, L., Souza, D.O. i Moreira, J.D. (2014). Dietary omega-3 deficiency reduces BDNF content and activation NMDA receptor and Fyn in dorsal hippocampus: implications on persistence of long-term memory in rats. *Nutritional Neuroscience*. 17(4), 186–192. doi: 10.1179/1476830513Y.0000000087.
- Bairwa, M., Ahamed, F., Sinha, S., Yadav, K., Kant, S. i Pandav C.S. (2017). Directly observed iron supplementation for control of iron deficiency anemia. *Indian Journal of Public Health*, 61(1), 37–42. doi: 10.4103/0019-557X.200250.
- Codella, R., Benedini, S., Pains, S., Caumo, A., Adamo, M., Terruzzi, I., Ferrulli, A., Macri, C., Andreoni, L., Sterlicchio, M. i Luzi, L. (2017). Effect of Sugar versus Mixed Breakfast on Metabolic and Neurofunctional Responses in Healthy Individuals. *Journal of Diabetes Research*, 2017, 9634585. doi: 10.1155/2017/9634585.
- Deshmukh-Taskar, P.R., Nicklas, T.A., O'Neil, C.E., Keast, D.R., Radcliffe, J.D., i Cho, S. (2010). The relationship of breakfast skip ping and type of breakfast consumption with. doi:10.3109/10253890.2015.1062981.
- Dymarska, E., Grochowalska, A. i Krauss, H. (2013). Wpływ sposobu odżywiania na układ odpornościowy. Immunomodulacyjne działanie kwasów tłuszczowych, witamin i składników mineralnych oraz przeciwutleniaczy. *Nowiny Lekarskie*, 82(3), 222–231. Pobrane z http://www.nowinylekarskie.ump.edu.pl/uploads/2013/3/222_3_82_2013.pdf.
- Gawęcki, J. i Hryniewiecki, L. (red.) (2005). *Żywność człowieka. Podstawy Nauki o żywieniu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gibson, S. (2003). Micronutrient intakes, micronutrient status and lipid profiles among young people consuming different amounts of breakfast cereals: further analysis of data

- from the National Diet and Nutrition Survey of Young People aged 4 to 18 years. *Public Health Nutrition*, (6), 815–820. doi: 10.1079/PHN2003493.
- Hanson, R. i Mendius, R. (2012). *Mózg buddy*. Białystok: Wydawnictwo Studio Astropsychologii.
- Hryhorczuk, C., Sharma, S., i Fulton, S.E. (2013). Metabolic disturbances connecting obesity and depression. *Frontiers in neuroscience*, (7), 177. doi: 10.3389/fnins.2013.00177.
- Human Power (2017). *Raport: Praca, moc, energia w polskich firmach. Sześć obszarów, które wpływają na efektywność organizacji*. Pobrane z <http://humanpower.pl/raport-praca-moc-energia/>.
- Institut Żywności i Żywienia (2016). *Zasady prawidłowego żywienia*. Pobrane z <http://www.izz.waw.pl/pl/zasady-prawidowego-ywienia>.
- Iranian Journal of Public Health*, 43(7), 913–925. Pobrane z <http://europepmc.org/abstract/med/25909059>.
- Kmieć, P. i Sworczak, K. (2015). Vitamin D deficiency in early autumn among predominantly non-elderly, urban adults in Northern Poland (54°N). *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 18(69), 918–924. doi: 10.5604/17322693.1165194.
- Kowalkowska, J., Wadolowska, L., Wuenstel, J.W., Słowińska, M.A. i Niedźwiedzka, E. (2014). Socioeconomic Status and Overweight Prevalence in Polish Adolescents: The Impact of Single Factors and a Complex Index of Socioeconomic Status in Respect to Age and Sex.
- Kuśmierska, A. i Fol, M. (2014). Właściwości immunomodulacyjne i terapeutyczne drobnoustrojów probiotycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(3), 529–540. Pobrano z <http://phie.pl/pdf/phe-2014/phe-2014-3-529.pdf>.
- Lursmanashvili, L., Gulua, L., Turmanidze, T., Enukidze, M., Machavariani, M. i Sanikidze T. (2017). Biological activity of green tea extracts. *Georgian Medical News*. (263), 88–93.
- McAulay, V., Deary, I.J., Ferguson, S.C. i Frier B.M. (2001). Acute hypoglycemia in humans causes attentional dysfunction while nonverbal intelligence is preserved. *Diabetes Care*. 24(10), 1745–1750. doi:10.2337/diacare.24.10.1745.
- Merrill, R.M., Aldana, S.G., Pope, J.E., Anderson, D.R., Coberley, C.R., ... i Less, R.W. (2011). Evaluation of a Best-Practice Worksite Wellness Program in a Small-Employer Setting Using Selected Well-being Indices. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 53(4), 448–454. doi: 10.1097/JOM.0b013e3182143ed0.
- Monteagudo, C., Palacín-Arce, A., Bibiloni, M.M., Pons, A., Tur, J.A., Olea-Serrano, F. i Mariscal-Arcas, M. (2013). Proposal for a Breakfast Quality Index (BQI) for children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 16(4), 639–644. doi: 10.1017/S1368980012003175.
- Myles, I.A. (2014). Fast food fever: reviewing the impacts of the Western diet on immunity. *Myles Nutrition Journal*, 13(61). doi: 10.1186/1475-2891-13-61.
- Naoi, M., Inaba-Hasegawa, K., Shamoto-Nagai, M. i Maruyama, W. (2017). Neurotrophic function of phytochemicals for neuroprotection in aging and neurodegenerative disorders: modulation of intracellular signaling and gene expression. *Journall of Neural Transmition*. doi: 10.1007/s00702-017-1797-5.
- nutrient intake and weight status in children and adolescents: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2006. *Journal of American Dietetic Association*, 110(6), 869 – 878. doi:10.1016/j.jada. 2010.03.023.
- Pij wodę w pracy*.(2015). Pobrane z <https://www.eden.pl/ebook-pij-wode-w-pracy/>.

- Pludowski, P., Karczmarewicz E., Chlebna-Sokół, D., Czech-Kowalska, J., Dębski R., ... i Żmijewski, M.A. (2013). Witamina D: Rekomendacje dawkowania w populacji osób zdrowych oraz w grupach ryzyka deficytów – wytyczne dla Europy Środkowej 2013 r. *Standarty Medyczne/Pediatrics*, 10, 573–578.
- Pludowski, P., Ducki, C., Konstantynowicz, J. i Jaworski, M. (2016). Vitamin D status in Poland. *Polskie Archiwum Medycyny Weterynaryjnej*, 26(7–8), 530–539. doi:10.20452/pamw.3479.
- Quelch, J.A. i Knoop, C-A. (2014). *Johnson & Johnson. The promotion of wellness. Case Study*. Harvard Business Review. Pobrano z <https://hbr.org/product/johnson-johnson-the-promotion-of-wellness/514112-PDF-ENG>.
- Rampersaud, G.C., Pereira, M.A., Girard, B.L., Adams, J. i Metz, J.D. (2005). Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents. *Journal of American Dietetic Association*, (105), 743–760.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów (1996). Dz. U. z 1996 r. Nr 60, poz 279. Pobrane z <http://dziennikustaw.gov.pl/du/1996/s/60/279>.
- Sanchez, A., Reeser, H.S., Lau, P.Y., Yahiku, R.E. Willard, P.J., McMillan, P.J., Cho, S.Y., Magie, A.R. i Register, U.D. (1973). Role of sugars in human neutrophilic phagocytosis. *American Journal of Nutrition*, 26(11), 1180–1184. Pobrane z <http://ajcn.nutrition.org/content/26/11/1180.abstract>.
- Shelton, R.C. i Miller, A.H. (2010). Eating ourselves to death (and despair): the contribution of adiposity and inflammation to depression. *Progress in Neurobiology*, 91(4), 275–299. doi: 10.1016/j.pneurobio.2010.04.004.
- Standarty leczenia dietetycznego otyłości prostej u osób dorosłych. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Dietetyki 2015 (2015). *Dietetyka*, 8. Wydanie Specjalne ISSN 1897-7022.
- Szajewska, H. i Ruszczyński, M. (2010). Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Critical Review of Food Science and Nutrition*, 50(2), 113–119. doi: 10.1080/10408390903467514.
- Ulrich-Lai, Y.M., Fulton, S., Wilson, M., Gorica Petrovich, G. i Rinaman, L. (2015). Stress Exposure, Food Intake, and Emotional State. *Stress*, 18(4), 381–339.
- Vanegas, S.M., Meydani, M., Barnett, J.B., Goldin, B., Kane, A., Rasmussen, H., Brown, C., Vangay, P., Knights, D., Jonnalagadda, S., Koecher, K., Karl, J.P., Thomas, M., Dolnikowski, G., Li, L., Saltzman, E., Wu, D. i Meydani S.N. (2017). Substituting whole grains for refined grains in a 6-wk randomized trial has a modest effect on gut microbiota and immune and inflammatory markers of healthy adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 105(3), 635–650. doi: 10.3945/ajcn.116.146928.
- World Health Organization (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. *WHO Technical Report Series*, 916. Pobrano z http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf.
- Woźniewicz, M. (2015). Zapotrzebowanie na wodę i ocena jej pobrania. W: Brzozowska, A., Gawęcki, J. (red.), *Woda w żywieniu i jej źródła*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu.

Eliza Goszczyńska

Korzyści dla firm i instytucji wynikające z promocji zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej personelu

Wstęp

Koncepcja promocji zdrowia w miejscu pracy (pzwmp) zakłada realizację przez pracodawców niewymaganych prawem prozdrowotnych działań przynoszących personelowi korzyści w postaci poprawy jego zdrowia, samopoczucia, identyfikacji z firmą, satysfakcji z pracy, co przekłada się na umocnienie niektórych aspektów biznesowych funkcjonowania organizacji (Puchalski K., 2006). Tymczasem reprezentatywne badania realizowane od lat przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi sugerują, że wielu pracodawców ze średnich i dużych zakładów pracy w Polsce nie ma świadomości i/lub nie docenia możliwych korzyści płynących z programów pzwmp. Niewiedza ta może wynikać z faktu, iż takie działania są rzadko ewaluowane (w badaniu z 2015 r. mniej niż 40% firm aktywnych na polu promocji zdrowia dokonywało jakiegokolwiek ich oceny). Wydaje się, że to co szczególnie mogłoby motywować do tego typu wdrożeń to pobudki o charakterze biznesowym. W praktyce nie są one doceniane w firmach w Polsce. W badaniu z 2015 r. tylko co piąty pracodawca z organizacji oferujących ponadobligatoryjne działania na rzecz zdrowia personelu kierował się przy tym chęcią wzrostu efektywności pracy, a co ósmy – obniżenia kosztów absencji i wypadków. Tylko w co około trzydziestej oceniano relacje między kosztami działań a korzyściami dla firmy. Jednocześnie dla blisko 70% respondentów przeszkodą w realizacji takich przedsięwzięć był brak informacji i materiałów o tym, jakie znaczenie mają one dla firmy (Puchalski i Korzeniowska, 2017).

Niniejszy rozdział odpowiada na te potrzeby pracodawców. Ma on na celu przedstawienie aktualnego stanu wiedzy (w oparciu o dane z badań naukowych) na temat możliwych pożytków z wdrażania programów pzwmp. W pierwszej jego części zaprezentowano korzyści dla personelu, następnie te o charakterze biznesowym dla zakładów pracy, a na końcu wynikający z tego zwrot pieniędzy dla pracodawców. Koncentruje się przy tym (w miarę dostępności wyników badań) na przedsięwzięciach służących promocji aktywności fizycznej i zdrowej diety czy sprzyjających redukcji nadmiernej masy ciała pracowników¹.

Korzyści z programów pzwmp dla pracowników

Wskazać można dwie główne grupy korzyści, jakich mogą doświadczać pracownicy w wyniku programów pzwmp: zdrowotne i psychospołeczne.

Korzyści zdrowotne

Poniżej przedstawiono przykładowe korzyści zdrowotne dla personelu wymienione w wybranych przeglądach literatury i metaanalizach zakładowych programów promocji ruchu i/lub zdrowej diety.

- Poprawa wiedzy dotyczącej wpływu tych zachowań na zdrowie człowieka oraz sposobów ich podejmowania, tak by najlepiej służyły zdrowiu (np. Geaney i in., 2013).
- Prozdrowotne modyfikacje stylu życia:
 - Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej (np. Conn, Hafdahl, Cooper, Brown i Lusk, 2009; Proper i in., 2003).
 - Korzystne modyfikacje diety (wpływ programów pzwmp jest tu umiarkowany, (np. Mhurchu, Aston i Jebb, 2010; Maes i in., 2012).
 - Prozdrowotne zmiany przyzwyczajzeń nabywczycy pracowników dotyczących jedzenia (np. wzrost zakupu warzyw i owoców dla siebie czy rodzin, Geaney i in., 2013).
- Korzystne zmiany wskaźników antropometrycznych jak BMI, masa ciała, obwód talii, procentowa zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie (Modyfikacje te są umiarkowane. Przykładowo, w ciągu 1. roku trwania

¹ W niniejszym rozdziale skupiono się na prezentacji wyników przeglądów literatury (w tym szczególnie systematycznych) oraz metaanaliz. Z założenia bowiem określać mają one wnioski płynące z całości publikacji z danego tematu. Przyjęcie takiego podejścia w prezentowanym rozdziale jest wymuszone rozbieżnościami wyników uzyskiwanych w badaniach pierwotnych skutków i efektów programów pzwmp.

zakładowych interwencji ukierunkowanych na aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie, poddanych metaanalizie przez Verweij i in. (2011), uzyskano przeciętne zmniejszenie masy ciała o 1,19 kg, BMI o 0,34 kg/m² i tkanki tłuszczowej mierzonej w fałdach skórnych o 1,12%. Z kolei Anderson i in. (2009) analizując wpływ programów promujących ruch i/lub zdrową dietę na masę ciała pracowników w okresie 6–12 miesięcy od wdrożenia interwencji, wykazali średni spadek wagi rzędu 1,23 kg, co odzwierciedlało się w zmniejszeniu wartości BMI o 0,5 kg/m²).

- Poprawa różnych wskaźników stanu zdrowia:
 - Zmniejszenie ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych (dotyczy to chociażby schorzeń układu krążenia, cukrzycy typu II oraz niektórych nowotworów złośliwych, WHO, 2008).
 - Poprawa poziomu lipidów we krwi (korzystne zamiany w zawartości cholesterolu i HDL we krwi uczestników programów promujących aktywność fizyczną wykazali m.in. Conn, Hafdahl, Cooper, Brown i Lusk, 2009).
 - Zwiększenie wydolności fizycznej (Malińska, 2017; Conn, Hafdahl, Cooper, Brown i Lusk, 2009).

Korzyści psychospołeczne

Badania potwierdzają, że w wyniku programów pzwmp personel może doświadczać: zmniejszenia poziomu stresu zawodowego, poprawy morale, relacji społecznych oraz satysfakcji z pracy. Co ważne, może to wpływać na kreowanie pozytywnego wizerunku pracodawcy w oczach pracowników (np. jako troszczącego się o ważne dla nich sprawy, gdy traktują przedsięwzięcia prozdrowotne jako formę pozapłacowego wynagrodzenia za pracę) oraz ich identyfikację z zakładem pracy (Bevan, 2010; EU-OSHA, 2012).

Wpływ programów pzwmp na umacnianie biznesowego aspektu funkcjonowania zakładów pracy

Korzyści płynące z pzwmp dla biznesowego aspektu funkcjonowania firm, ale także dla statutowej działalności instytucji publicznych to głównie: redukcja absencji chorobowych, poprawa wizerunku publicznego zakładu pracy, wzrost produktywności, ograniczenie zjawiska prezentyzmu, zmniejszenie fluktuacji kadry.

Redukcja absencji chorobowych

Według ZUS (2017) przeciętna długość czasowych niezdolności do pracy z powodu choroby własnej pracowników wyniosła w Polsce w 2016 r. blisko 12 dni. W grupie osób, które w tym roku przebywały na zwolnieniach chorobowych, średnia długość absencji wynikająca ze wszystkich zaświadczeń lekarskich była prawie trzykrotnie wyższa (nieco ponad 34 dni).

Nieobecność w pracy personelu z powodu dolegliwości zdrowotnych generuje wysokie koszty dla pracodawców. Bezpośrednie dotyczą wynagrodzeń za: czas nieobecności w pracy oraz zastępstwa i nadgodziny wynikające z potrzeby wykonywania pracy za pracowników przebywających na zwolnieniach lekarskich. Pośrednie to m.in. koszty administracyjne obsługi zwolnienia, rekrutacji i przeszkolenia nowych pracowników, związane z obniżeniem produkcji, problemami z realizacją kontraktów, obniżoną jakością i wydajnością pracy wykonywanej przez niedoświadczonych pracowników lub w nadgodzinach w zastępstwie za chorych pracowników (Baven, 2010). Niektóre szacunki wskazują, że koszty pośrednie mogą być wyższe niż bezpośrednie (EU-OSHA, 2012).

Jednym z czynników ryzyka absencji chorobowych pracowników może być ich otyłość (świadczą o tym chociażby przeglądy literatury Aldana, 2001 oraz Schmier i in., 2006). W pierwszym z przywołanych artykułów zależność tę wykazano dla kobiet w każdym z 5 analizowanych badań, a dla mężczyzn w 4 z nich. Co istotne, uzyskano ją stosując różnorodne sposoby pomiaru otyłości (BMI pow. 29 kg/m², masa ciała pow. 20% masy ciała w normie oraz zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie pow. 25% dla mężczyzn i pow. 30% dla kobiet) (Aldana, 2001).

Jaka jest skala zwiększonego poziomu absencji chorobowych związanych z otyłością pracowników? Przykładowo, jak podają Schmier i in. (2006), badanie Narbro i in. (1996) przeprowadzone w Szwecji pokazało, że w populacji kobiet w wieku 30–59 lat z nadmierną masą ciała (BMI pow. 28,6 kg/m²) absencja była przynajmniej 1,5 razy większa niż w populacji ogólnej. Z kolei w badaniu Finkelstein i in. (2005) przeprowadzonym w USA na próbie pełnoetatowych pracowników w wieku 18–64 lata, o ile średnio w roku mężczyźni o prawidłowej masie ciała nie byli w pracy z powodu choroby 3 dni, o tyle u otyłych (BMI 35 kg/m² i więcej) absencja była już o około 2 dni dłuższa. Z kolei w populacji pracujących kobiet o prawidłowej masie ciała przeciętnie absencja w roku wynosiła 3,4 dni, podczas gdy kobiety z otyłością I stopnia (BMI 30–34,9 kg/m²) były na zwolnieniu lekarskim 5,2 dnia, z otyłością II stopnia (BMI 35–39,9 kg/m²) – 6,4 dnia, a z otyłością największą (BMI 40 kg/m² i więcej) – 8,2 dnia (a więc prawie pięć dni więcej niż pracownice o prawidłowej masie ciała) (Finkelstein, Fiebelkorn i Wang, 2005 za: Schmier, Jones i Halpern, 2006).

Wpływ omawianej choroby na generowanie dodatkowych dni absencji nie jest do końca rozpoznany. Jedno z wyjaśnień to występowanie innych przewlekłych schorzeń powiązanych z otyłością (np. układu krążenia, nowotworów, cukrzycy). Badania sugerują również, że omawiane zjawisko może wynikać z takich kwestii obserwowanych u osób otyłych jak m.in. częstsze uleganie urazom w pracy, dłuższy czas

zdrowienia po urazie czy większe ryzyko przechodzenia ostrych stanów chorobowych (np. związanych z układem ruchu) w przewlekłe. Relacje te wymagają dalszych badań szczególnie wysokiej jakości naukowej (Aldana, 2001; Schmier, Jones i Halpern, 2006).

Powyższe wskazuje na potrzebę umacniania zdrowia personelu, w tym wspierania go w redukcji ryzyka i rozpowszechnienia otyłości. Literatura potwierdza korzystny udział programów pzwmp (Chapman, 2012; Parks i Steelman, 2008; PricewaterhouseCoopers, 2008), w tym promujących aktywność fizyczną i/lub zdrową dietę (Malińska, 2017; WHO, 2008), w zmniejszeniu skali absencji chorobowych.

Wpływ ruchu na obniżenie poziomu zwolnień lekarskich i wynikające z tego oszczędności w warunkach polskich obrazują szacunki Ministerstwa Sportu i Turystyki oraz Instytutu Badań Strukturalnych. Według symulacji zwiększenie aktywności fizycznej u 10% Polaków² (niezależnie czy poprzez programy pzwmp czy w jakikolwiek inny sposób) pozwoliłoby w jednym roku zmniejszyć liczbę absencji pracowniczej o 2% (oszczędności z tego tytułu tylko w 2017 r. oszacowano na 1 mld zł). Z kolei aktywizacja połowy nieaktywnej fizycznie populacji³ spowodowałaby spadek przeciętnej liczby absencji w pracy o 6% (oznaczałoby to oszczędności na poziomie około 3 mld zł rocznie)⁴ (Baran, Lis i Magda, 2016).

Jeśli chodzi o skalę ograniczania absencji chorobowych poprzez wdrażanie różnorodnych ze względu na cel zakładowych programów zarządzania zdrowiem personelu (a więc wykraczających poza wyłącznie promocję ruchu i zdrowej diety), to metaewaluacja 26 badań pierwotnych (głównie z USA) wykazała redukcję rzędu 25% (oscylowała ona w przedziale od 11% do 68%) (Chapman, 2012). Na 55 firm z Wielkiej Brytanii poddanych sondażowi pod kątem informacji o efektach takich przedsięwzięć, 45 organizacji zadeklarowało spadek liczby dni utraconych z powodu zwolnień lekarskich (była to najpowszechniej obserwowana korzyść z tego typu interwencji). Wahał się ona w szerokim zakresie od 10% do 97% (średnio wynosił on około 30–40%) (PricewaterhouseCoopers, 2008).

Omawiany tu efekt programów pzwmp może wynikać nie tylko z ich wpływu na poprawę zdrowia personelu. Badania pokazują, że absencja jest mniejsza wśród bardziej zmotywowanych, zaangażowanych, lubiących swoją pracę pracowników. Tymczasem tego typu interwencje mogą poprawiać również te aspekty funkcjonowania człowieka w pracy (Bevan, 2010, EU-OSHA, 2012).

² W tym scenariuszu założono wzrost aktywności polegający na przejściu 10% populacji z najniższego do najwyższego poziomu aktywności fizycznej (niski poziom aktywności fizycznej odpowiada do 10 MET-godz. w tygodniu, a wysoki – powyżej 25 MET-godz. w tygodniu) (Baran, Lis i Magda, 2016).

³ W drugim scenariuszu wzrost aktywności fizycznej dotyczy co drugiej osoby nieaktywnej fizycznie (daje to w skali kraju 70% osób aktywnych, co jest wartością zbliżoną do tej obserwowanej w Skandynawii). Przyjęto, że spośród zaktywizowanych połowa przeszłaby do średniego (10–25 MET-godz. w tygodniu), a połowa do najwyższego (powyżej 25 MET-godz. w tygodniu) poziomu aktywności fizycznej (Baran, Lis i Magda, 2016).

⁴ Do modelu obliczeniowego przyjęto, że koszt absencji chorobowych oznacza produkt, który nie mógł być wytworzony przez pracowników przebywających na zwolnieniach lekarskich (Baran, Lis i Magda, 2016).

Metaanaliza efektów ekonomicznych zakładowych przedsięwzięć prozdrowotnych przeprowadzona na Uniwersytecie w Harvardzie pokazuje, że środki finansowe zainwestowane w ich przeprowadzenie przez firmy dzięki obniżeniu poziomu absencji chorobowej personelu zwracają się średnio ponad dwa i półkrotnie (Baicker, Cutler i Song, 2010). Badania dotyczące zwrotów z inwestycji w przedsięwzięcia promujące zdrowie personelu zostały omówione bliżej w dalszej części niniejszego rozdziału.

Wzrost produktywności, ograniczenie zjawiska prezentyzmu

Istnieje wiele aspektów produktywności pracowników, które mogą mieć wyższy poziom u osób zdrowych (zarówno pod względem psychicznym, jak i somatycznym). Idzie tu o: energię, witalność, samopoczucie, odporność na choroby, odczuwanie dolegliwości, zdolność koncentracji i podejmowania decyzji, wysiłek wkładany w wykonywane zadanie, obowiązkowość, niezawodność, zaangażowanie, bycie wsparciem dla współpracowników, orientację na klientów, identyfikację z organizacją, radzenie sobie ze stresem, niepewnością czy zmianą (Bevan, 2010).

U chorych pracowników ich poziom może spadać, co może nasilać w firmie zjawisko prezentyzmu (z ang. *presenteeism*). W literaturze nie ma spójności, co do sposobu jego definiowania. Na gruncie badań amerykańskich mówić można o obniżonej produktywności spowodowanej gorszym stanem zdrowia pracownika, inaczej nieefektywnej obecności w pracy. Z kolei w ujęciu europejskim prezentyzm to przychodzenie do pracy i wykonywanie zadań zawodowych pomimo doświadczania przez personel problemów zdrowotnych. Tak więc w pierwszym podejściu badacze koncentrują się na konsekwencji wykonywania pracy przez osobę chorą, jaką jest obniżona efektywność, podczas gdy w drugim – przyglądają się szerszym skutkom (także pozytywnym) omawianego zjawiska (choć nie negują możliwości gorszej produktywności), a także przyczynom, dla których dana osoba decyduje się stawić w firmie pomimo odczuwanych dolegliwości (Wężyk i Merecz, 2013).

Przychodzenie do pracy pomimo choroby jest stosunkowo powszechnym zjawiskiem. Przegląd literatury zagranicznej pokazuje, że odsetek pracowników, których to dotyczy, zawiera się w szerokim zakresie od około 30% do nawet 88% (Wężyk i Merecz, 2013). W Polsce według VI Europejskiego Badania Warunków Pracy z 2015 r. do wykonywania pracy podczas choroby w ciągu 12 miesięcy przed jego realizacją przyznało się 21% zatrudnionych respondentów (przy czym średnia dla 35 państw Europy była dwa razy większa).

Przegląd literatury zagranicznej tak rozumianego prezentyzmu sugeruje, że możliwe jego konsekwencje (oprócz obniżonej produktywności) to m.in. ryzyko: pogarszania się stanu zdrowia pracownika w związku z brakiem leczenia, odpoczynku czy regeneracji, gorszej samooceny zdrowia w przyszłości czy pojawienia się wypalenia zawodowego. Wskazano także na korelację pomiędzy omawianym zjawiskiem a mniejszą satysfakcją z pracy (Wężyk i Merecz, 2013). Można podejrzewać, że skutki te nie pozostają bez wpływu na poziom produktywności w firmie.

Skala i konsekwencje finansowe obniżonej produktywności osób wykonujących pracę pomimo doświadczania dolegliwości zdrowotnych są trudne do określenia (pomiaru te opierają się głównie na deklaracjach respondentów, rzadko weryfikuje się je obiektywnymi miernikami). Uważa się jednak, że zjawisko to może powodować wyższe koszty niż absencja chorobowa (Pęciłło, 2013; PricewaterhouseCoopers, 2008). Przykładowo, szacunki oparte na badaniu zdrowia psychicznego w pracy w Wielkiej Brytanii pokazują, że koszty prezytyzmu są 1,8 razy większe niż nieobecności w pracy z tego powodu (Sainsbury Centre for Mental Health, 2007). Z kolei amerykańskie badanie kosztów otyłości (BMI 30 kg/m² i więcej) w pracy, wynikających z prezytyzmu (obniżonej produktywności związanej z problemami zdrowotnymi) i absencji chorobowej, przypisuje aż 2/3 z nich nieefektywnej obecności w pracy. Przy czym w okresie 2 tygodni przed wywiadem wśród otyłych respondentów do prezytyzmu przyznała się cztery razy większa grupa osób niż do nieobecności w pracy z powodu choroby (odpowiednio 40% i 10%) (Ricci i Chee, 2005).

Zapobieganie czy redukcja prezytyzmu w firmach jest trudna m.in. ze względu na problemy metodologiczne w identyfikacji jego czynników ryzyka. W rezultacie dysponujemy jedynie wycinkowymi danymi. Z uwagi na ograniczone ramy niniejszego opracowania poniżej przedstawiono wybrane badania na ten temat.⁵ Przyjmując europejskie podejście w definiowaniu tego zjawiska warto posłużyć się wynikami badania Eurofund obejmującego 44000 osób pracujących w 35 państwach Europy. Okazuje się, że mniejszej skali przychodzenia do pracy pomimo dolegliwości zdrowotnych sprzyja wysoka jakość pracy. Dotyczy to takich jej komponentów jak m.in. środowisko społeczne i materialne, perspektywy zawodowe czy zarobki (Eurofund, 2017). Część z nich może być doskonała w zakładzie pracy poprzez programy promocji zdrowia (Bevan, 2010; EU-OSHA, 2012).

Z kolei przyjmując amerykańskie podejście do definiowania prezytyzmu, Cancelliere i in. (2011) w wyniku przeglądu literatury zauważają, że choć wnioski z badań pierwotnych nie są jednoznaczne, to jednak zgromadzone publikacje skłaniają do wskazania wśród czynników ryzyka tego zjawiska – obok nie najlepszych relacji społecznych w grupie współpracowników czy sposobów zarządzania w organizacji – nadwagę (nie definiują jej parametrów) oraz takie czynniki sprzyjające tyciu jak niezdrowa dieta, brak aktywności fizycznej czy wysoki poziom stresu. Także na podstawie systematycznego przeglądu piśmiennictwa Schultz i Edington (2007) konkludują, że niedobór aktywności fizycznej i otyłość (BMI 30 kg/m² i więcej) pracowników wykazują korelację z tak rozumianym prezytyzmem.⁶

⁵ Osoby zainteresowane pogłębieniem wiedzy dotyczącej uwarunkowań i korelatów prezytyzmu w ujęciu europejskim sięgnąć mogą np. do publikacji Wężyk i Mercz (2013) lub Garrow (2016). Natomiast kwestie te odnośnie prezytyzmu w ujęciu amerykańskim dostępne są np. w systematycznym przeglądzie literatury Schultz i Edington (2007).

⁶ Warto podkreślić, iż niektóre pozycje piśmiennictwa wskazują na istnienie różnic między produktywnością pracowników z nadwagą a otyłością. Przykładem jest badanie Ricci i Chee (2005), w którym utrata produktywnego czasu pracy w ciągu 2 tygodni przed badaniem (obliczona jako

Wnioski z przywołanych publikacji na temat relacji między otyłością i prezentyzmem (Cancelliare, Cassidy, Ammendolia i Cote, 2011; Ricci i Chee, 2005; Schultz i Edington, 2007) sugerują jak ważne w jego ograniczaniu w firmie powinny być działania ukierunkowane na profilaktykę tej choroby u personelu oraz wsparcie pracowników jej doświadczających w redukcji masy ciała. Tym bardziej, że przegląd literatury Cancelliare i in. (2011) wskazuje na istnienie wstępnych dowodów na pozytywne oddziaływanie niektórych programów pzwmp w zakresie redukcji prezentyzmu (na 14 badań poddanych analizie w 10 zaobserwowano taki rezultat). Sugeruje również, że jednym z przedsięwzięć, które mogą być w tym zakresie korzystne, jest promowanie aktywności fizycznej (choć na podstawie aktualnie dostępnych danych trudno stwierdzić, czy i jaki jej rodzaj oraz poziom byłyby tu najbardziej wskazane) (Cancelliare, Cassidy, Ammendolia i Cote, 2011).

Zmniejszenie fluktuacji kadry

Z badań Saratoga Human Capital Benchmarking wynika, że od 2011 r. w zakładach pracy w Polsce obserwuje się wzrost nakładów na rekrutację zewnętrzną oraz wydłużanie się procesów pozyskiwania nowych pracowników. W latach 2011–2015 przeciętny koszt i czas rekrutacji (wyrażony w dniach roboczych) wzrosły o nieco ponad 40%. Jak sugerują autorzy badania, dla pracodawców nadszedł czas, aby poważnie zastanowić się nad efektywnością polityki utrzymywania pracowników w organizacji i tutaj szukać potencjalnych oszczędności (PwC, 2015). Jednym z obszarów działań na tym polu może być pzwmp.

Literatura naukowa wskazuje, że wśród pracowników nieusatysfakcjonowanych z pracy, zdemotywowanych, niezaangażowanych, oceniających swoją pracę jako stresującą, mających nie najlepsze relacje społeczne w firmie istnieje większe prawdopodobieństwo wypowiedzenia takiej pracy, szczególnie gdy przewidują, że nowe miejsce zatrudnienia będzie pod tym względem lepsze. Wymienione czynniki wpływają negatywnie na przywiązanie pracownika do organizacji, jego lojalność wobec niej, a także odporność na zmiany. Co istotne, badania naukowe sugerują, że ich poprawa, umocnienie może nastąpić m.in. poprzez programy pzwmp, co w rezultacie może przyczynić się do zmniejszenia fluktuacji kadry (Bevan, 2010, EU-OSHA, 2012).

Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne dotyczące starzenia się społeczeństwa i zmniejszania się zasobów pracy (Kiełczewska i Lewandowski, 2017; OECD, 2015), warto również przyjrzeć się wybranym czynnikom korelującym ze skracaniem okresu aktywności zawodowej/istotnym przy podejmowaniu przez personel decyzji o momencie przejścia na emeryturę. To co może wpływać

suma deklarowanej liczby godzin nieobecności w pracy z powodu choroby oraz liczby godzin zmniejszonej produktywności w pracy z powodu problemów zdrowotnych) najradziej dotyczyła osób z nadwagą, następnie tych o prawidłowej masie ciała, najczęściej otyłych pracujących (odpowiednio 34,7%, 36,4% oraz 42,3%).

na przedwczesne kończenie aktywności zawodowej to m.in. doświadczanie przez pracowników ograniczeń w codziennych aktywnościach (np. w zakresie jedzenia, ubierania się, spacerowania), chorób zmniejszających subiektywne odczucie zdolności do pracy, wzrost częstości absencji chorobowych, niska samoocena zdrowia czy brak satysfakcji z pracy⁷ (De Preter, Van Looy, Mortelmans, 2013; Szubert i Sobala, 2005; TAEN, 2007; van den Berg, Schuring, Avendano, Mackenbach i Burdorf, 2010; Cox i in., 2015). Z badania panelowego Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE w Europie” dotyczącego Polaków w wieku 50 lat i więcej wynika, że pogorszenie stanu zdrowia między 2. (2006–2007 r.) a 6. (2015 r.) jego rundą wiązało się z niższym prawdopodobieństwem pozostania w zatrudnieniu i najsilniej dotyczyło pojawienia się ograniczeń w poruszaniu się (Iga, 2017). Jak wykazano w niniejszym rozdziale, literatura naukowa sugeruje możliwość oddziaływania na część z wymienionych czynników ryzyka poprzez programy pzwmp. W nielicznych przeglądowych publikacjach dotyczących wpływu takich przedsięwzięć prozdrowotnych na zatrzymywanie starszych pracowników w organizacji i wydłużanie ich aktywności zawodowej wskazuje się na niemożność wyciągnięcia jednoznacznych wniosków i/lub istnienie ograniczonych dowodów w tym zakresie. Wynika to m.in. z niedostatku badań pierwotnych podejmujących ten problem (w tym o wysokiej jakości naukowej) (Cloostermans, Bekkers, Uiters i Proper, 2015; Cox i in., 2014; Poscia i in., 2016).

Jednym z narzędzi wewnętrznej polityki utrzymywania pracowników w organizacji, zmniejszającym konieczność zatrudniania nowych osób są zakładowe programy zapobiegania chorobom stanowiącym główną przyczynę długotrwałych absencji chorobowych, a także wsparcia personelu przebywającego na tego typu zwolnieniach w powrocie do pracy. Przykładem takich schorzeń są urazy/dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, będące w Polsce na drugim miejscu (ex aequo z urazami i zatruciami) w generowaniu liczby dni absencji chorobowych (ZUS, 2017). Jak pokazują przeglądy piśmiennictwa, programy promujące aktywność fizyczną mogą wpływać na zmniejszenie u personelu dolegliwości bólowych tego układu (Malińska, 2017; Proper i in., 2003) i ograniczenie liczby dni zwolnień chorobowych z tego powodu (Malińska, 2017). Ponadto, w literaturze opisane są zakładowe przedsięwzięcia zawierające m.in. ćwiczenia fizyczne z fizjoterapeutą, w których uzyskano przyspieszenie powrotu do pracy po długotrwałej absencji z tej przyczyny (Hlobil i in., 2005; 2007).

W kontekście tematyki niniejszej monografii należy dodać, że możliwym czynnikiem ryzyka fluktuacji pracowników jest ich otyłość. Przegląd literatury Schimer i in. (2006) pokazuje bowiem, że wśród osób doświadczających tej choroby istnieje większe prawdopodobieństwo inwalidztwa i przechodzenia na rentę z tego powodu. W piśmiennictwie brakuje jednak badań, które weryfikowałyby,

⁷ Z badania przeprowadzonego w Polsce w 2015 r. wynika, że aż 2/3 osób w wieku 50–59 lat (68% mężczyzn i 64% kobiet) obawia się, że zły stan zdrowia nie pozwoli na pracę zawodową do momentu osiągnięcia wieku emerytalnego (Iga, 2017).

w jakim stopniu programy pzwmp mogą przyczynić się do zmniejszenia fluktuacji kadry poprzez wsparcie otyłego personelu w redukcji masy ciała, czy ogółu pracowników w podejmowaniu aktywności fizycznej i zdrowej diety w celu zapobiegania tej chorobie.

Poprawa wizerunku publicznego zakładu pracy

Firma promująca zdrowie personelu, szczególnie taka, w której tego typu działania są realizowane systematycznie, wpisano je w misję i strukturę funkcjonowania organizacji, może być postrzegana na zewnątrz jako nowoczesnie zarządzana, dobrze prosperująca, dbająca o pracowników, odpowiedzialna społecznie.

Nic więc dziwnego, że wielu pracodawców w naszym kraju wykorzystuje fakt realizacji takich działań w budowaniu wizerunku publicznego. Przykładem takiego podejścia jest uwzględnianie przedsięwzięć promujących zdrowie pracowników (nierazko ich rodzin) jako elementu szerszej strategii społecznej odpowiedzialności biznesu (z ang. corporate social responsibility – CSR). Są one opisywane w upublicznianych raportach CSR tych organizacji. W badaniu „Working well” 98% biorących w nim udział pracodawców z Polski zainteresowanych tematyką zarządzania zdrowiem personelu uważa, że ważnym celem programów prozdrowotnych jest wypełnianie społecznej odpowiedzialności firmy (Buck Consultants i Xerox, 2014).

Realizacja promocji zdrowia oraz wykorzystywanie tego faktu w promocji firmy mogą przyczyniać się do budowania marki dobrego pracodawcy – employer branding (miano takie posiadają organizacje, w których obecni i potencjalni pracownicy dostrzegają atrakcyjne środowisko dla pracy i rozwoju swojej kariery). Przegląd badań zagranicznych Bevan S. (2010) pokazuje, że pracodawca dbający o swój personel, poważnie traktujący zdrowie swoich pracowników ma coraz większą szansę na przyciągnięcie dobrych kandydatów, mniej długookresowych wakatów, a także traci mniej pracowników, którzy wybierają konkurencję. Według badania zrealizowanego na zlecenie Bupa aż 43% biorących w nim udział pracowników z Polski deklaruje, że w przyszłości będzie rozważało pracę wyłącznie w firmach, które priorytetowo traktują zdrowie i dobre samopoczucie personelu (Pracodawcy RP, Luxmed, 2015).

Gros pracodawców w Polsce ma świadomość omawianych tu korzyści. Przykładowo, w reprezentatywnym badaniu Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi menadżerowie z blisko 80% średnich i dużych firm w Polsce (zarówno z tych implementujących działania promujące zdrowie personelu, jak i nie wdrażających takich przedsięwzięć) zgadzają się, że zakład pracy dbający o zdrowie pracowników ma lepszy wizerunek. Niespełna 60% uważa, że im lepiej firma to robi, tym bardziej staje się konkurencyjna. Jednocześnie w grupie zakładów pracy, które w ostatnich dwóch latach przed badaniem realizowały ponadobligatoryjne działania na rzecz zdrowia

personelu, blisko 40% robiło to m.in. w celu budowy dobrego wizerunku organizacji (Puchalski i Korzeniowska, 2017).

Dodatkowo, jak wynika z międzynarodowego badania dotyczącego promocji zdrowia i jakości środowiska pracy pn. „Working well”, które objęło pracodawców zainteresowanych tą tematyką, promowanie wizerunku lub marki firmy to jeden z priorytetowych celów programów prozdrowotnych dla menadżerów z Polski. Zajmuje wysokie 3. miejsce w rankingu korzyści, dla których zarządzający angażują się w ponadobligatoryjne działania na rzecz zdrowia personelu (Buck Consultants, Xerox, 2014).

Zwroty z inwestycji w programy pzwmp

Z uwagi na niedostatki przeglądów literatury/metaanaliz dotyczących korzyści finansowych z realizacji w firmach programów promocji aktywności fizycznej⁸, zdrowej diety czy służących redukcji nadmiernej masy ciała pracowników (WHO, 2008) w tej części niniejszego rozdziału przytoczono dane dotyczące oszczędności kapitałowych z programów pzwmp bez względu na ich cel.

Chociaż w literaturze nie ma w tym względzie całkowitej spójności, zgromadzony materiał z analiz efektów ekonomicznych działań prozdrowotnych w zakładach pracy prowadzi do wniosku, że przynoszą one pracodawcom zwrot z inwestycji (O'Donnell, 2014; Goetzel i in., 2014; Goetzel i Ozminowski, 2008).

W literaturze naukowej weryfikowanych jest najczęściej kilka parametrów, na które z założenia oddziaływać mają takie przedsięwzięcia prozdrowotne powodując zwrot nakładów finansowych. W USA, gdzie w przeciwieństwie do Europy istnieje długa tradycja badań w tym zakresie, najczęściej dotyczą one kosztów korzystania przez pracowników z opieki medycznej finansowanej przez pracodawcę, następnie kosztów absencji chorobowych, dużo rzadziej odszkodowań/rekompensat za wypadki wypłacane personelowi, jednostkowe kosztów prezentyzmu (Chapman, 2012). Koncentracja na kosztach opieki medycznej wynika z tego, że w USA (odmiennie niż w krajach Europy) nie istnieje powszechne ubezpieczenie zdrowotne. W związku z tym duża grupa Amerykanów ma usługi medyczne finansowane przez pracodawców. Jest to traktowane jako forma dodatku do wynagrodzenia (Blumenthal, 2006).

Niestety brakuje całościowego obrazu skutków finansowanych programów pzwmp. Wynika to z dwóch przyczyn. Po pierwsze, przedstawiony katalog parametrów nie jest wyczerpujący. Istnieje wiele innych niż wyżej wymienione zagad-

⁸ Wyjątkiem w tym zakresie jest np. publikacja Beale i wsp. (2007).

nień/problemów, na które oddziaływać może pzwmp, przynosząc pracodawcom oszczędności (przykładowo, takie przedsięwzięcia mogą prowadzić do zrationalizowania wydatków przeznaczanych na świadczenia socjalne i modyfikacje środowiska związane z higieną oraz bezpieczeństwem pracy). Po drugie, w literaturze brakuje opisów programów pzwmp, których ewaluacja obejmuje jednocześnie wszystkie czy przynajmniej większość parametrów wymienionych w poprzednim akapicie. Przykładowo, jak wynika z metaewaluacji 62 artykułów Chapman'a (2012), aż w 44 z nich weryfikowano tylko jeden z ww. parametrów.

Ponadto, nie posiadamy informacji o efektach ekonomicznych poszczególnych typów programów pzwmp (np. wyróżnionych ze względu na cel lub rodzaj zaimplementowanych interwencji).

Najpowszechniej opisywanym w literaturze wskaźnikiem efektów ekonomicznych programów pzwmp jest ROI (z ang. return on investment). Pokazuje on relację pomiędzy kapitałem zainwestowanym w tego typu przedsięwzięcia prozdrowotne a zyskiem dla firmy, jaki ten kapitał przyniósł. Wartość wskaźnika wyliczana jest ze wzoru: $ROI = (Z-I)/I$ lub jest on prezentowany w stosunku liczbowym: $ROI = Z/I$ (gdzie Z to zysk, a I – kapitał zainwestowany w program). Poniżej przedstawiono ROI jako stosunek zysku do inwestycji (nawet jeśli cytowany artykuł zawiera wskaźnik ROI wyliczony wg pierwszego wzoru, został on przeliczony na użytek niniejszego rozdziału w celu prezentowania porównywalnych danych, gdyż ROI uzyskiwany według pierwszego wzoru jest o 1,0 mniejszy niż ten stanowiący iloraz zysku do inwestycji) (O'Donnell, 2015).

Większość przeglądów literatury czy metaanaliz wyników badań wskazuje na wysokie zwroty z inwestycji w programy pzwmp (na każdy zainwestowany 1 USD uzyskać można zwrot nawet kilku USD). Ich wyniki przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Wyniki przeglądów literatury/metaanaliz badań zwrotów z inwestycji w programy pzwmp (ROI) obserwowanych w firmach w związku z obniżeniem kosztów opieki medycznej lub absencji chorobowej personelu. Wskaźnik ten wyrażono w USD na każdy 1 USD zainwestowany w te programy.

	ROI – zwrot z inwestycji w programy pzwmp w firmach w związku z obniżeniem kosztów:	
	opieki medycznej pracowników	absencji chorobowej personelu
Aldana, 2001	3,48:1	5,82:1
Baicker i wsp., 2010 ⁹	3,27:1	2,73:1

Źródło: opracowanie własne

⁹ 2/3 publikacji analizowanych przez Baicker i wsp. (2010) dotyczyło efektów finansowych programów służących upowszechnianiu aktywności fizycznej i redukcji masy ciała.

Tabela 2. Wyniki przeglądów literatury/metaanaliz badań zwrotów z inwestycji w programy pzwmp (ROI). Wskaźnik ten wyrażono w USD na każdy 1 USD zainwestowany w nie. Przy jego kalkulacji w przywołanych artykułach wykorzystano więcej niż jeden parametr efektów ekonomicznych takich interwencji prozdrowotnych

	ROI – zwrot z inwestycji w programy pzwmp
Aldana, 2001	4,3:1
Baxter i wsp., 2014	2,38:1
Chapman, 2012	5,56:1

Źródło: opracowanie własne

W literaturze istnieją również przeglądy literatury/metaanalizy efektów ekonomicznych interwencji z zakresu pzwmp, których wyniki są niejednoznaczne lub wskazują, że tego typu przedsięwzięcia prozdrowotne mogą przynosić straty dla pracodawców (np. Martínez-Lemos, 2014; Baxter i in., 2014). Przykładowo u Baxter i in. (2014) w programach pzwmp ewaluowanych z zastosowaniem metodologii RCT – z randomizowaną grupą kontrolną – ROI wyniósł 0,78:1.

Jedną z możliwych przyczyn dużych rozbieżności w prezentowanych wynikach omawianego wskaźnika są różnice w przyjętych w poszczególnych przeglądach literatury/metaanalizach założeniach dotyczących kryteriów kwalifikowania do nich badań pierwotnych. W praktyce włączane są do nich badania odmienne pod względem np.: działań prozdrowotnych stosowanych w programach pzwmp, wielkości prób poddanych ewaluacji, rodzaju weryfikowanych parametrów efektów ekonomicznych (korzystanie z opieki medycznej finansowanej przez pracodawcę, absencja chorobowa, inne) czy jakości naukowej metod oceny efektów programów pzwmp przyjętych w badaniach pierwotnych. Część analiz sugeruje, że szczególnie ten ostatni parametr może mieć znaczący wpływ na wyniki przeglądów literatury/metaanaliz. Przykładowo, w publikacji Baxter i in. (2014) ROI w badaniach wysokiej jakości naukowej wyniósł 1,26, umiarkowanej 1,90, a niskiej 3,32 na każdy 1 USD zainwestowany w omawiane przedsięwzięcia prozdrowotne.

Co ciekawe, jak zauważa O'Donnell (2014), to co nie jest weryfikowane przy kwalifikowaniu badań pierwotnych do przeglądów literatury/metaanaliz, to jakość samego programu pzwmp (np. czy (właściwie) dokonano oceny potrzeb zdrowotnych personelu, czy wdrożono interwencje wynikające z tej diagnozy, czy przedsięwzięcia te były realizowane przez osoby mające w tym zakresie wiedzę, know-how, czy na każdym etapie programu dbano o podmiotowość pracowników). Braki te wynikają z pewnych obiektywnych przesłanek (O'Donnell, 2014). Tymczasem wydaje się, że właśnie jakość samego przedsięwzięcia prozdrowotnego może mieć duży wpływ na uzyskanie zwrotu z inwestycji w nie.

Jakkolwiek zdecydowana większość przeglądów literatury/metaanaliz wskazuje na oszczędności kapitałowe z programów pzwmp, warto mieć świadomość ograniczeń tych badań (Baicker, Cutler i Song, 2009; Bevan, 2010;

Martínez-Lemos, 2015; O'Donnell, 2014). Obserwacje efektów ekonomicznych, opisywane w badaniach pierwotnych kwalifikowanych do takich wtórnych analiz, obarczone są pewnymi błędami (zarówno niezależnymi od badacza, bo np. wynikającymi ze specyfiki metody badawczej – o czym nieco więcej poniżej, jak i zależnymi od niego, np. zastosowanie zbyt krótkiego czasu od wdrożenia interwencji do obserwowania efektów finansowych). Przykładowo, z naukowego punktu widzenia najbardziej wskazana jest realizacja zobiektywizowanych (a więc stosunkowo najbardziej miarodajnych) obserwacji. Chodzi tu o metody ewaluacji wymagające grup kontrolnych (w których nie zastosowano interwencji lub minimalny jej poziom, np. wyłącznie okrojona wersję edukacji zdrowotnej). Grupy takie są pomocne w weryfikacji niezależnych od programu pzwmp czynników mogących mieć wpływ na jego wyniki (by ograniczyć przypisywanie takiemu przedsięwzięciu udziału czynników z nim niezwiązanych). Jednakże nawet taka metoda nie jest pozbawiona wad. Do dobrowolnego programu mogą bowiem zgłaszać się zdrowsi, bardziej zmotywowani do realizacji prozdrowotnego stylu życia pracownicy. Tym samym wnioskowanie o skutkach i efektach interwencji poprzez porównanie grup osób uczestniczących i nieuczestniczących w niej może sugerować, że jest ona skuteczniejsza (bardziej poprawia zdrowie) i efektywniejsza (generuje większe oszczędności np. poprzez ograniczenie absencji), niż ma to miejsce w rzeczywistości. Rozwiązaniem tego problemu jest stosowanie badań tzw. RCT (tj. z losowo rozdzielanymi uczestnikami grupy kontrolnej i badanej), którym przypisuje się najwyższą jakość naukową. O ile jednak przyjęcie takiej metodologii np. w badaniach klinicznych leku jest proste (decyduje przypadek, czy dana osoba otrzymuje lek czy placebo), o tyle ich realizacja w warunkach normalnie funkcjonującego zakładu pracy jest bardzo trudna, a w wielu przypadkach nienaturalna (dotyczy to chociażby odgórnego kwalifikowania pracowników do grupy z albo bez interwencji prozdrowotnej). W praktyce wiele analiz ekonomicznych takich przedsięwzięć jest prowadzonych prostszymi metodami.

Warto mieć także świadomość ryzyka, że zakładowe interwencje prozdrowotne wiążące się z sukcesem finansowym (szczególnie spektakularnym) są częściej upowszechniane w piśmiennictwie, gdyż pracodawcy/ich twórcy chętniej się nimi chwala, a redaktorzy pism chętniej je publikują. Tym samym przeglądy literatury/metaanalizy efektów ekonomicznych programów pzwmp dostępnych w literaturze mogą być zawyżone w stosunku do realiów.

Należy również dodać, iż tego typu analizy przeprowadzane są głównie na wynikach pochodzących z przedsięwzięć prozdrowotnych zrealizowanych w dużych firmach i funkcjonujących w USA (a więc w specyficznych uwarunkowaniach ekonomicznych i formalno-prawnych). Stąd pytanie o przekładalność wniosków z nich płynących na realia innych zakładów pracy (małych, zlokalizowanych w Polsce).

Podsumowanie

W podsumowaniu niniejszego rozdziału, warto odnieść się do wniosków Goetzel`a i współautorów (Goetzel i in., 2014; Goetzel i Ozminkowski, 2008), którzy weryfikowali skutki i efekty programów pzwmp. Zauważają oni, że chociaż istnieje potrzeba dalszych badań szczególnie wysokiej jakości naukowej, to jednak dotychczasowe analizy czołowych ośrodków badawczych wskazują, iż kompleksowe, realizowane zgodnie z dobrą praktyką programy pzwmp wywołują pozytywne skutki w zakresie zmiany stylu życia pracowników i ich wskaźników zdrowotnych, jak również przyczyniają się do realizacji biznesowych celów funkcjonowania zakładów pracy. W dalszej części niniejszej monografii przedstawiono podstawowe zasady konstruowania, wdrażania i oceny wysokiej jakości programów służących promocji aktywności fizycznej, zdrowej diety czy redukcji nadmiernej masy ciała personelu firm.

Bibliografia

- Aldana, S.G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *Am. J. Health Promot.*, (15), 296–320.
- Anderson, L.M., Quinn, T.A., Glanz, K., Ramirez, G., Kahwati, L.C., Johnson, D.B., Buchanan, L.R., Archer, W.R., Chattopadhyay, S., Kalra, G.P. i Katz, D.L. (2009). Task Force on Community Preventive Services.: The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. *Am J Prev Med.* Oct, 37(4), 340–57.
- Baicker, K., Cutler, D. i Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Prevention*, (29), 304–11.
- Baran, J., Lis, M. i Magda, I. (2016). Ocena korzyści społecznych inwestycji w sport w odniesieniu do ponoszonych kosztów. Raport analityczny. Warszawa: IBS i MSiT.
- Baxter, S., Sanderson, K., Venn, A.J., Blizzard, C.L. i Palmer, A.J. (2014). The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *Am J Health Promot.* Jul–Aug, 28(6), 347–63.
- Beale, S., Bending, M. i Hutton, J. (2007). Workplace Health Promotion: How to Encourage Employees to be Physically Active. A Rapid Review of Economic Literature. National Institute For Health And Clinical Excellence.
- Bevan, S. (2010). The Business Case for Employee Health and Wellbeing. A report prepared for Investors in People. The Work Foundation.
- Blumenthal, D. (2006). Employer-sponsored health insurance in the United States—origins and implications. *N Engl J Med.* Jul 6, 355(1), 82–8.
- Buck Consultants, Xerox (2014). Working well. Międzynarodowe badanie dotyczące promocji zdrowia i jakości środowiska pracy. Raport polski, VI edycja – sierpień.
- Chapman, L.S. (2012). Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2012 update. *Am J Health Promot.* Mar–Apr, 26(4), TAHP1–TAHP12.

- Cloostermans, L., Bekkers, M.B., Uiters, E. i Proper, K.I. (2015). The effectiveness of interventions for ageing workers on (early) retirement, work ability and productivity: a systematic review, *Int Arch Occup Environ Health*, (88), 521–532
- Cancelliere, C., Cassidy, J.D., Ammendolia, C. i Côté, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*. May 26, 11, 395
- Conn, V.S., Hafdahl, A.R., Cooper, P.S., Brown, L.M. i Lusk, S.L. (2009). Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *Am J Prev Med*. Oct, 37(4), 330–9
- Cox, A., Hillage, J., Fletcher, L., Marvell, R., Wilson, S., Miller, L., Swift, S., Taskila, T., Bajorek, Z., Hind, A. i Brine, J. (2014). The effectiveness and cost effectiveness of methods of protecting and promoting the health of older workers. Institute for Employment Studies
- Cox, A., Jim, Hillage J., Marvell, S.S.R., Fletcher, L., Taskila, T., Bajorek, Z., Hind, A., Brine, J. i Haslam, Ch. (2015). Factors facilitating or constraining interventions to protect and promote health of older workers and to help plan and prepare for retirement. Evidence Review for Research Question 3, Institute for Employment Studies
- De Preter, H., Van Looy, D. i Mortelmans, D. (2013). Individual and institutional push and pull factors as predictors of retirement timing in Europe: A multilevel analysis. *Journal of Aging Studies*. Volume 27, Issue 4, December, 299–307
- EU-OSHA (2012). Motivation for employers to carry out workplace health promotion. Literature review. Luxembourg
- Eurofound (2017). Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update), Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Finkelstein, E., Fiebelkorn, L.C. i Wang, G. (2005). The costs of obesity among full-time employees. *Am J Health Promot*. Sep–Oct, 20(1), 45–51.
- Garrow, V. (2016). Presenteeism. A review of current thinking. Institute for Employment Studies.
- Geaney, F., Kelly, C., Greiner, B.A., Harrington, J.M., Perry, I.J. i Beirne, P. (2013). The effectiveness of workplace dietary modification interventions: a systematic review. *Prev Med*. Nov, 57(5), 438–47
- Goetzel, R.Z., Henke, R.M., Tabrizi, M., Pelletier, K.R., Loeppke, R., Ballard, D.W., Grossmeier, J., Anderson, D.R., Yach, D., Kelly, R.K., McCalister, T., Serxner, S., Selecky, C., Shallenberger, L.G., Fries, J.F., Baase, C., Isaac, F., Crighton, K.A., Wald, P., Exum, E., Shurney, D. i Metz, R.D. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work? *J Occup Environ Med*. Sep, 56(9), 927–34
- Goetzel, R.Z. i Ozminowski, R.J. (2008). The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annu Rev Public Health*. (29), 303–23
- Hlobil, H., Staal, J.B., Twisk, J. i in. (2005). The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomised controlled trial. *J Occup Rehabil*, (15), 569–80
- Hlobil, H., Uegaki, K., Staal, B.J., de Bruyne, M.C., Smid, T. i van Mechelen, W. (2007). Substantial sick-leave costs savings due to a graded activity intervention for workers with non-specific sub-acute low back pain. *Eur Spine J*, Jul, 16(7), 919–24

- Iga, M. (2017). Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+. W: Myck, M. i Oczkowska, M. (red.), *Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy: aktywność, zdrowie i jakość życia. Wyniki na podstawie badania SHARE*, Szczecin: Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA.
- Kielczewska, A. i Lewandowski, P. (2017). Starzenie się ludności a podaż pracy w Polsce w horyzoncie roku 2050, W: Lewandowski, P. i Rutkowski, J. (red.), *Starzenie się ludności, rynek pracy i finanse publiczne w Polsce*, Warszawa.
- Maes, L., Van Cauwenberghe, E., Van Lippevelde, W., Spittaels, H., De Pauw, E., Opper, J.M., Van Lenthe, F.J., Brug, J. i De Bourdeaudhuij, I. (2012). Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *Eur J Public Health*. Oct, 22(5), 677–83
- Malińska, M. (2017). Skuteczność programów interwencyjnych promujących aktywność fizyczną w miejscu pracy. *Med Pr*, 68(2), 277–301
- Martínez-Lemos, R.I. (2015). Economic impact of corporate wellness programs in Europe: A literature review. *J Occup Health*, 57(3), 201–11
- Mhurchu, C.N., Aston, L.M. i Jebb, S.A. (2010). Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health*. Feb, 10, 10:62
- Narbro, K., Jonsson, E., Larsson, B., Waaler, H., Wedel, H., Sjöström, L. (1996). Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *Int J Obes Relat Metab Disord*, Oct, 20(10), 895–903.
- O'Donnell, M.P. (2014). What is the ROI of workplace health promotion? The answer just got simpler by making the question more complicated. *Am J Health Promot*. Jul–Aug, 28(6), IV–V
- O'Donnell, M.P. (2015). What is the ROI for workplace health promotion? It really does depend, and that's the point. *Am. J. Health Promot*, 29(3), V–VIII
- OECD (2015). *Ageing and Employment Policies*. OECD Publishing.
- Parks, K.M. i Steelman, L.A. (2008). Organizational wellness programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol*. Jan, 13(1), 58–68
- Pęciłło, M. (2013). Szacowanie ukrytych kosztów absencji chorobowej. *Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka*, (10), 13–15
- Poscia, A., Moscato, U., La Milia, D.I., Milovanovic, S., Stojanovic, J., Borghini, A., Colamati, A., Ricciardi, W. i Magnavita, N. (2016). Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16 (Suppl 5), 329.
- Pracodawcy RP oraz Luxmed (2015). *Zdrowie w miejscu pracy – diagnoza i oczekiwane zmiany*.
- PricewaterhouseCoopers (2008). *Building the case for wellness*
- Proper, K.I., Koning, M., van der Beek, A.J., Hildebrandt, V.H., Bosscher, R.J. i van Mechelen, W. (2003). The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clin J Sport Med*. Mar, 13(2), 106–17
- Puchalski, K. i Korzeniowska, E. (2017). Promocja zdrowia w zakładach pracy w Polsce w 2015 r. – diagnoza na podstawie reprezentatywnego badania firm zatrudniających powyżej 50 pracowników. *Med. Pr*. 2(68).

- Puchalski, K. (2006). The issue of workplace health promotion identity. W: Korzeniowska E., Puchalski K. (red). *Workplace Health Promotion in Enlarging Europe*. Łódź: The Nofer Institute of Occupational Medicine
- PwC (2015). *Saratoga Human Capital Benchmarking. Podsumowanie wyników Badania Saratoga w Edycji 2015*
- Ricci, JA i Chee, E. (2005). Lost productive time associated with excess weight in the U.S. workforce. *J Occup Environ Med*. Dec, 47(12), 1227–34.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007). *Mental Health at Work: Developing the Business Case*, London: SCMH, Policy Paper 8
- Schmier, J.K., Jones, M.L. i Halpern, M.T. (2006). Cost of obesity in the workplace. *Scand J Work Environ Health*. Feb, 32(1), 5–11.
- Schultz, A.B. i Edington, D.W. (2007). Employee health and presenteeism: a systematic review. *J Occup Rehabil*. Sep, 17(3), 547–79
- Szubert, Z. i Sobala, W. (2005). Current determinants of early retirement among blue collar workers in Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(2), 177–184
- TAEN (2007). Key Facts on Health, Employment and Age. Pobrane z http://www.taen.org.uk/uploads/resources/TAEN_Key_Facts_Health_Aug071.pdf
- van den Berg, T., Schuring, M., Avendano, M., Mackenbach, J. i Burdorf, A. (2010). The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occup Environ Med*. Dec, 67(12), 845–52
- Verweij, L.M., Coffeng, J., van Mechelen, W. i Proper, K.I. (2011). Metaanalyses of workplace physical activity and dietary behavior interventions on weight outcomes. *Obes. Rev.* (12), 406–429
- Wężyk, A. i Merecz, D. (2013). Prezentyzm – (nie)nowe zjawisko w środowisku pracy. *Medycyna Pracy*, 64(6), 847–861
- WHO (2008). *Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet*
- ZUS (2017). *Absencja chorobowa w 2016 roku*, Warszawa

Główne determinanty jakości zakładowych programów promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej

Sposób w jaki firma realizuje swoją ponadobligatoryjną aktywność prozdrowotną, w tym promocję zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, determinuje przede wszystkim jej specyfika, czyli m.in. profil działalności, warunki lokalowe, kultura organizacyjna, sytuacja finansowa, plany w zakresie funkcjonowania i rozwoju, a także cechy społeczno-demograficzne personelu (np. jaka jest struktura wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania pracowników). Oznacza to, że w sferze prozdrowotnej aktywności firmy istnieje znaczny obszar dowolności, pozwalający na twórcze podejście, czyli wykorzystanie własnych pomysłów i potencjałów w tym zakresie. Szereg firm w naszym kraju realizuje swoje działania prozdrowotne na rzecz personelu bazując na entuzjazmie ich inicjatorów, opierając się na własnych doświadczeniach, które są modyfikowane i doskonalone oraz na obserwacji zaangażowania innych zakładów pracy. Z reguły wysiłki te spotykają się z dobrym odbiorem ze strony pracowników, dają satysfakcję organizatorom, stanowią element budowania image firmy (Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej i Luxmed, 2015; Puchalski i Korzeniowska, 2013).

Istnieją jednak pewne sprawdzone praktycznie (Puchalski i Korzeniowska, 2002, 2003, 2013, 2017) i naukowo potwierdzone sposoby, które mogą udoskonalić przebieg takich działań i spotęgować ich efekty (Burton, 2009; Gniazdowski, 2000; Korzeniowska, 1998; Luxemburg Declaration, 1997; Winn i Masanotti, 2009). Przy czym zastosowanie się do tego rodzaju zasad i rekomendacji nie grozi sformalizowaniem aktywności prozdrowotnej czy pozbawieniem jej walorów oryginalności, czego mogą się obawiać zakłady funkcjonujące w stylu firm rodzinnych, nakierowane na ludzi czy cel, bazujące na dobrych nieformalnych relacjach pomiędzy zatrudnionymi. Rekomendacje te sugerują bowiem jedynie optymalny kierunek i ogólny profil postępowania. Dobór szczegółowych metod

i technik wdrożeniowych pozostawiając w gestii firmy, a nawet podkreślając, by ich wybór uwzględniał jej specyfikę i niepowtarzalną sytuację.

A oto lista najważniejszych czynników, które mogą zwiększać sprawność przebiegu i prawdopodobieństwo sukcesu prozdrowotnej działalności zakładu pracy, w tym w zakresie promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej:

1. Właściwy dobór, a następnie efektywna współpraca zespołu osób inicjujących i koordynujących prace tego rodzaju oraz pozyskanie dla nich zainteresowania i akceptacji ze strony kadry zarządzającej firmą.
2. Traktowanie aktywności na rzecz zdrowia personelu w kategoriach spójnego systemu wzajemnie powiązanych oddziaływań, a nie pojedynczych akcji realizowanych w kolejnych miesiącach czy latach.
3. Selekcja i realizacja działań na rzecz promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w firmie, w oparciu o właściwe rozpoznanie sytuacji zdrowotnej i dobrze określone cele.
4. Sprawny obieg informacji na temat programu i poszczególnych jego fragmentów.
5. Funkcjonowanie mechanizmów stymulujących personel firmy do korzystania z prozdrowotnej oferty pracodawcy, a w efekcie lepszej dbałości o zdrowie, w tym poprzez zmiany zachowań w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej.
6. Doskonalenie jakości prozdrowotnej aktywności firmy poprzez bieżący monitoring prowadzonych działań oraz ocenę ich efektów.
7. Kreowanie wśród personelu atmosfery współpracy, tolerancji i życzliwego wsparcia, w związku z promowaniem prozdrowotnego stylu odżywiania się i dbałości o sprawność fizyczną.

Ad. 1. Właściwy dobór, a następnie efektywna współpraca zespołu osób inicjujących i koordynujących prace tego rodzaju oraz pozyskanie dla nich zainteresowania i akceptacji ze strony kadry zarządzającej firmą.

Przy tworzeniu zespołu odpowiedzialnego za działania prozdrowotne firmy warto wziąć pod uwagę cztery główne kryteria identyfikacji jego członków: a) kompetencje profesjonalne (np. wiedza z zakresu HR, BHP, medycyny pracy), b) umiejętności nieformalne (nabyte drogą hobby, pasji związanych ze zdrowiem), c) predyspozycje osobiste (np. zaangażowanie, pomysłowość, koncyliacyjność, optymizm, odpowiedzialność) oraz d) akceptację ze strony innych pracowników (obdarzanie sympatią, autorytetem). Budując zespół warto czynić to również z perspektywy obsadzenia strategicznych funkcji: decydenta (najczęściej idzie tu o honorowe przewodniczenie zespołowi przez kogoś z najwyższego kierownictwa firmy, a przez to nadanie rangi oraz skrócenie i uproszczenie procedury podejmowania istotnych dla wdrożenia programu decyzji), lidera (do którego należy bezpośrednie zarządzanie programem, kierowanie i motywowanie zespołu), rzecznika (odpowiedzialnego za kreowanie zainteresowania działaniami/programem, organizowanie obiegu informacji na ten temat wśród personelu, promowanie idei oraz efektów aktywności prozdrowotnej

firmy w jej otoczeniu), eksperta (jego rolą jest doradzanie, konsultowanie i ocena rozwiązań, ekspertem może być osoba spoza firmy) oraz wykonawcy (organizowanie konkretnych działań edukacyjnych i prozdrowotnego wsparcia w środowisku pracy oraz życia pracowników). Zespół taki modelowo powinien składać się z 4–9 osób (Korzeniowska, 1998, 2013; Wojtaszczyk i in., 2009).

Istotnym wyzwaniem jest też stworzenie niezbędnych warunków do funkcjonowania takiego zespołu. Kluczowe z nich to: a) zdecydowanie jaką ma mieć pozycję w organizacji. W tym zakresie stosowane są różne rozwiązania: mniej i bardziej sformalizowane (od luźnego zespołu zadaniowego, poprzez zespoły projektowe, do specjalnej komórki na trwale wpisanej w strukturę organizacyjną zakładu), od podległości kierownictwu niższego szczebla po najwyższy; b) zapewnienie łatwego dostępu pracowników do członków zespołu np. poprzez ustanowienie miejsc, sposobów, reguł kontaktowania się; c) dobrze jest, gdy czynności związane z uczestnictwem w zespole znajdują odzwierciedlenie w strukturze obowiązków jego członków, bo zabezpiecza je to przed marginalizacją w okresach spiętrzenia zadań w firmie; d) warto zaplanować możliwość rozwoju kompetencji takiego zespołu w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy (Korzeniowska, 1998).

Kolejna kwestia to wykreowanie zainteresowania i poparcia dla prozdrowotnych oddziaływań firmy wśród jej kadry zarządzającej. Często w firmach ponadobligatoryjne działania prozdrowotne traktuje się jako zadania dla działów BHP, HR, czasami służby medycyny pracy. Uważa się, że są one przejawem dobrej woli ze strony pracodawcy pod adresem pracowników, swego rodzaju działalnością dodatkową, toczącą się na marginesie normalnego funkcjonowania firmy. Niedocenia się ich roli w procesach zarządzania zakładem, szczególnie kierowania zespołami pracowniczymi. Dlatego kadra najczęściej jest jedynie informowana o tym, że firma aktywizuje się na tym polu, a także wykorzystywana jako pośrednik w procesie powiadamiania pracowników o przedsięwzięciach w jego ramach.

Tymczasem modelowo wskazuje się, iż optymalna jest taka sytuacja, w której kierownicy i menedżerowie aktywnie uczestniczą w obiegu informacji dotyczących programu, ale przede wszystkim włączają się w możliwie szerokim zakresie w jego opracowanie, wdrożenie i ocenę. Dzięki takiemu podejściu program nabiera znaczącej rangi i staje się narzędziem zarządzania zdrowiem w firmie, które z kolei jest elementem zarządzania firmą. Oczywiście wyzwaniem stanowi dobra organizacja współpracy kadry kierowniczej z koordynatorami programu (Grossmann i Scala, 1997; Korzeniowska, 1998).

Z jednej strony idzie zatem o to, by bardziej angażować kadrę w promocję zakładowego programu prozdrowotnego wśród personelu, czyli np. informowanie o przyczynach jego podejmowania i celach, które ma realizować (jej rolę trudno przecenić szczególnie, gdy idzie o wyjaśnianie ewentualnych wątpliwości i obaw pracowników związanych z takimi kwestiami). Ponadto kadra jest bardzo przydatna w procesie informowania i uzasadniania reguł dostępności do poszczególnych oddziaływań programu. Może również skutecznie zachęcać pracowników do szerokiego korzystania z przedsięwzięć programu, a nawet, jeśli to możliwe,

dawać dobry przykład w tym zakresie. Ponadto menedżerów warto wykorzystywać do popularyzowania ponadobligatoryjnej działalności prozdrowotnej firmy w jej otoczeniu, w tym dla kreowania jej dobrego wizerunku.

Z drugiej strony, dla zapewnienia odpowiedniej jakości programu należy uwzględnić opinie kadry przy: a) sporządzaniu diagnozy sytuacji zdrowotnej w firmie. Szczególnie ważną rolę mają w tym względzie kierownicy niższego szczebla, na ogół dobrze zorientowani w codziennych dolegliwościach podwładnych, oddziaływaniu organizacji i warunków pracy na ich samopoczucie, ograniczeniach i problemach, które mogą wpływać na ich preferencje i potrzeby, adresowane pod kierunkiem pracodawcy w związku z promocją zdrowej diety i sprawności fizycznej; b) w określaniu celów programu (szczególnie np. w kontekście misji, bieżących wyzwań stojących przed firmą); c) w doborze działań sprzyjających osiągnięciu jego celów. Wydaje się, że ich pomoc może być bardzo istotna, gdy idzie o zmiany w wyposażeniu stanowisk i w organizacji pracy oraz wybór sposobów dystrybucji oddziaływań, zasad ich dostępności dla różnych grup personelu (tak, by sprzyjały nie tylko wysokiemu uczestnictwu w przedsięwzięciach programu, ale również np. zatrzymywaniu wartościowych pracowników, aktywizowaniu wycofanych, biernych, nieufnych). Istotne jest także, by kadra akceptowała i czynnie uczestniczyła we wdrażaniu rozwiązań dotyczących środowiska pracy (np. tak organizowała pracę, by możliwe były mikro przerwy na picie wody czy ćwiczenia i zachęcała do nich pracowników, sama dawała dobry przykład podejmując zmiany w swoich sposobach postępowania w czasie pracy). Powinny być także przewidziane formy, w jakich kadra może sprawnie przedstawiać swoje opinie o przebiegu programu, postulaty co do jego doskonalenia oraz wyrażać oceny na temat osiągniętych efektów. Menedżerowie i kierownicy powinni być też zachęceni do udziału w refleksji i formułowaniu postulatów dotyczących kontynuacji aktywności prozdrowotnej firmy w przeszłości.

Większe zaangażowanie kadry kierowniczej w program, o którym była mowa powyżej, zwiększa prawdopodobieństwo, że dzięki działaniom na rzecz zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej firma będzie sobie lepiej radzić z nieefektywną obecnością w pracy (tzw. prezentyzmem), zarządzaniem absencją, udoskonalili relacje interpersonalne (np. poprzez wzmocnienie więzi międzyludzkich w zespołach pracowniczych, kreowanie liderów), uzyska większą integrację personelu z firmą, ograniczy fluktuację, stworzy sobie możliwości pozyskiwania wartościowych pracowników na rynku pracy, a przy tym lepiej zracjonalizuje wydatki na ochronę zdrowia, bezpieczeństwo i higienę pracy, szkolenia i świadczenia socjalne.

Ad. 2. Traktowanie aktywności na rzecz zdrowia personelu w kategoriach spójnego systemu wzajemnie powiązanych oddziaływań, a nie pojedynczych akcji realizowanych w kolejnych miesiącach czy latach.

Istotne jest, by tego rodzaju podejście stosować zarówno w skali firmy, jak i poszczególnych pracowników. W pierwszym przypadku oznacza to dążenie do ujęcia oddziaływań nakierowanych na promocję aktywności fizycznej i zdrowego

odżywiania w ramy programu, strategii, polityki (a nie zestawu kilku interesujących, autonomicznych przedsięwzięć) i bardziej świadome stosowanie ogólnych zasad dotyczących realizacji tego typu przedsięwzięć, sformułowanych chociażby na gruncie prakseologii (Cabała, 2007), procesów innowacyjnych w zarządzaniu zasobami ludzkimi w firmach (działania prozdrowotne mogą być tak traktowane) czy metodologii wdrażania promocji zdrowia w zakładach pracy (Grossmann i Scala, 1993; Korzeniowska, 1998; Winn i Masanotti, 2009). Idzie tu przede wszystkim o: a) ich planowanie (czyli wyznaczanie celów w oparciu o dobrą diagnozę sytuacji i racjonalny wybór sposobów ich osiągnięcia); b) wdrażanie zgodne z przyjętym harmonogramem i kosztorysem, i modyfikowanie w oparciu o monitoring reakcji adresatów; c) ewaluację efektów. Często wydaje się, iż takie podejście nie jest konieczne, albo niepotrzebnie komplikuje sprawę. Tymczasem, jeśli prozdrowotne działania mają realnie służyć dobremu zdrowiu personelu i coraz lepszemu funkcjonowaniu firmy, to powinny mieć charakter długoterminowy i wielowymiarowy (przebiegać w sferze jej wartości, misji, warunków i organizacji pracy, relacji interpersonalnych, umiejętności indywidualnych pracowników, współpracy służb wewnętrznych związanych ze sprawami zdrowia). Ponadto uwzględniać m.in. zasadę wiązania programu aktywności fizycznej i programu zdrowego odżywiania się (Dabral-Bhatt i Klein, 2014). To z kolei oznacza, iż wymagają zarządzania (Cianciara, 2010). Przyjęcie takiej opcji powoduje, że równie starannie planowane i realizowane są zarówno działania merytoryczne, jak i organizacyjno-ewaluacyjne, dzięki czemu powstają warunki do zapewnienia optymalnego poziomu uczestnictwa pracowników w programie, doskonalenia prozdrowotnej oferty firmy i maksymalizowania jej efektów.

W drugim przypadku, czyli z perspektywy pracownika, idzie o łączenie trzech rodzajów oddziaływań: a) edukacyjnych (tj. kreujących potrzeby zdrowotne, informujących jak dbać o zdrowie, motywujących do działań tego rodzaju oraz uczących jak zmieniać własne postępowanie na prozdrowotne), z b) ułatwieniami w środowisku pracy (takimi jak np. doskonalenie stanowisk pracy zgodnie z zaleceniami ergonomii, wyposażenie stanowisk pracy w przyrządy do prostych ćwiczeń, umieszczanie w pomieszczeniach socjalnych sprzętów do przygotowywania posiłków, czy wprowadzanie dodatkowych przerw na ich spożycie) oraz z c) wsparciem w sferze życia poza pracą (np. sponsorowanie porad dietetyka czy fizjoterapeuty, dotowanie wydatków związanych z korzystaniem z infrastruktury sportowo-rekreacyjnej) (Gniazdowski, 1997). Zgranie przedsięwzięć tego typu stwarza szansę, że konkretny pracownik nie tylko dowie się więcej o tym co istotne dla jego zdrowia i zechce lepiej o nie zadbać (zwiększy się bowiem jego motywacja), ale i nabędzie podstawowych kompetencji potrzebnych by to zrobić oraz będzie miał do tego sprzyjające warunki. Modelowo rzecz ujmując np. w promocji aktywności fizycznej idzie o taką ofertę ze strony firmy, w ramach której pracownik dowie się za pośrednictwem oferowanych testów, badań medycznych itp. jak jest z jego sprawnością i aktywnością ruchową, czy jej stan stanowi ryzyko wystąpienia jakichś dolegliwości, schorzeń, przewlekłego nadmiernego stresu.

Zostanie poinformowany jakie rodzaje tej aktywności są najbardziej właściwe, a jakich powinien unikać ze względu na niedociążenie czy przeciążenia dla układu ruchu, występujące na jego stanowisku pracy, choroby przewlekłe, których doświadcza, jego wiek itp. Nauczy się go prostych technik ułatwiających zmianę zachowań na bardziej zdrowe. Będzie mógł skorzystać z usprawnień ergonomicznych, prostych przyrządów do ćwiczeń na stanowisku pracy i/lub w pomieszczeniu gdzie pracuje) oraz zróżnicowanej oferty wsparcia np. w dostępie do obiektów sportowo-rekreacyjnych czy usług rehabilitacyjnych poza pracą. Przy czym oferta ta będzie adekwatna do jego sytuacji (np. pracy na zmiany, zamieszkiwania w małej miejscowości, innej niż siedziba firmy). Dopiero tego rodzaju wszechstronne oddziaływanie istotnie zwiększa prawdopodobieństwo trwałej zmiany zachowań członków personelu na bardziej korzystne dla zdrowia.

Ad. 3. Selekcja i realizacja działań na rzecz promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej w firmie, w oparciu o właściwe rozpoznanie sytuacji zdrowotnej i dobrze określone cele.

3.1. Diagnoza sytuacji zdrowotnej firmy

Aby dobrze zrozumieć co stanowi problem, wyzwanie dla firmy, gdy chodzi o zdrowie pracowników, z punktu widzenia stylu ich odżywiania, wagi, sprawności i aktywności fizycznej warto postawić dwa podstawowe pytania: *Czego potrzebują i chcą pracownicy? Czego potrzebuje i co może zrobić firma w tym zakresie?* Czasami inicjatorom działań prozdrowotnych w zakładach pracy wydaje się, że po prostu znają odpowiedzi na te pytania, bo są doświadczonymi pracownikami, rozmawiają z kolegami z pracy, uczestniczą w posiedzeniach kadry. Tego rodzaju wiedza posiada swoją wartość, ale może być istotnie zdeterminowana m.in. ich osobistymi cechami charakteru i przekonaniami, dostępem tylko do określonych kanałów informacji w firmie, wreszcie faktem, że często najbardziej potrzebujący wsparcia w dbaniu o zdrowie (np. pracownicy nisko wykształceni, starsi) najslabiej wyrażają swoje potrzeby w kontaktach z nimi. Zatem warto pogłębić rozpoznanie sytuacji. Niektóre dane związane z tematami ww. pytań są od razu dostępne, znajdują się bowiem w różnych sprawozdaniach, strategiach, statystykach, regulaminach itp., którymi dysponuje zakład. Trzeba je tylko zgromadzić i opracować z punktu widzenia diagnozy sytuacji zdrowotnej w firmie i strategii jej doskonalenia. Szczególnie dotyczy to potrzeb i możliwości firmy. Istotną bazę wyjściową dla ich określenia stanowi też dobra inwentaryzacja wcześniej podejmowanych prozdrowotnych działań, obejmująca m.in. ich rodzaje i formy, czas realizacji, koszty, sposoby za pomocą których były dobierane i oferowane pracownikom, wywołane przez nie reakcje personelu, metody stosowane do ich oceny, uzyskane efekty. Pozwala to wykorzystać zdobyte doświadczenie, czyli kontynuować potrzebne i zweryfikowane pozytywnie oddziaływania oraz unikać lub modyfikować takie, które się nie sprawdziły. Ponadto pomocne mogą tu być dokumenty związane np. z misją firmy, jej działaniami z zakresu HR, CSR, employer branding.

Uzyskanie innych danych, szczególnie w zakresie potrzeb i oczekiwań pracowników, może wymagać zastosowania nowych sposobów ich gromadzenia. Nie należy jednak od razu zakładać, że dobra diagnoza musi oznaczać skomplikowany i kosztowny proces. Cenne informacje i ustalenia można bowiem uzyskać na rozmaite sposoby. Idzie tylko o to by znaleźć te najwłaściwsze dla sytuacji danej firmy.

Bardzo ważnym wskaźnikiem tego czego potrzebują pracownicy od pracodawcy w sprawach zdrowia są dane na temat jego stanu. Często inicjatorom i koordynatorom działań prozdrowotnych w firmie wydaje się, że nie mają do nich dostępu, gdyż zabrania tego prawo. Tymczasem, gdy chodzi o informacje zbiorcze, to ich gromadzenie jest dozwolone (oczywiście przy zachowaniu procedur poufności). Dzięki nim można opracować profil/fotografię stanu zdrowia całego personelu czy jakiejś podgrup w jego obrębie (np. pracowników produkcji, biurowych, zajmujących stanowiska na których pracuje się w wymuszonej pozycji lub ciężko fizycznie), by wiedzieć z jakimi problemami czy wyzwaniem dla zdrowia mamy do czynienia i jakie w związku z tym działania podejmować. Źródła takich danych to m.in.:

- a) informacje zwrotne dotyczące zbiorowości personelu od lekarza/placówki służby medycyny pracy, z którą firma ma podpisaną umowę na badania wstępne, okresowe i kontrolne. Optymalnym rozwiązaniem jest wynegocjowanie by dostawca tej usługi zebrał i opracował w postaci raportu zbiorczego dane, które uzyskuje od pacjentów wypełniając kartę badania profilaktycznego. W ten sposób można na przykład dowiedzieć się, jakie jest rozpowszechnienie chorób przewlekłych, dla których czynnikami ryzyka jest niezdrowe odżywianie, nadwaga, otyłość i niska aktywność fizyczna, wstępnie określić ogólny stan układu ruchu pracowników, w oparciu o BMI, uzyskać wskaźnik ilustrujący skalę nadwagi i otyłości wśród personelu. Inspirujące może być też gromadzenie bardziej luźnych refleksji profesjonalistów smp, ich ocen sytuacji, wynikających z kontaktów z pracownikami w toku prowadzenia ww. badań,
- b) raporty przygotowywane przez komercyjne firmy medyczne, w których wykupuje się pakiety dla pracowników. Można poprzestać na takich przygotowywanych rutynowo przez te placówki lub zaproponować zestaw danych, którymi jest szczególnie zainteresowany zakład pracy i wynegocjować warunki ich zebrania i opracowania,
- c) w przypadku dobrze prosperujących firm warto rozważyć także by pracownicy bezpłatnie, cyklicznie (np. co trzy lata), na zasadach dobrowolności, wykonywali specjalny zastaw badań, opracowany i sponsorowany przez firmę z punktu widzenia jej priorytetów w zakresie wiedzy o stanie zdrowia personelu (tzw. check-up zdrowotny). Jest to wzorcowe rozwiązanie, dające bardzo wartościowe dane, szczególnie w firmach o dobrym klimacie społecznym. Tę metodę oceny stanu zdrowia personelu z powodzeniem od lat ma w swojej strategii prozdrowotnej np. Volkswagen Poznań Sp. z o.o. By badanie takie dobrze spełniło swoją rolę należy tylko w przemyślany sposób zarekomendować je pracownikom. Idzie przede wszystkim o dobre

- i przekonujące wyjaśnienie, że celem badania jest zaprojektowanie trafionej w potrzeby personelu prozdrowotnej oferty firmy, a nie „kontrola” stanu zdrowia, w celu zidentyfikowania pracowników mniej przydatnych dla firmy z powodu chorób czy dolegliwości. Jeśli występują obawy tego rodzaju można np. wykazać, iż pracodawca nie będzie miał dostępu do wyników badań poszczególnych osób (np. informując, że wykonuje je niezależna placówka medyczna), a otrzyma jedynie dane zbiorcze dla całego personelu. Gdy chodzi o zawartość takiego badania z punktu widzenia profilaktyki nadwagi i otyłości, promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, to można rozważać wybór spośród takich testów jak np.: morfologia, poziom glukozy, profil lipidowy, ciśnienie krwi, BMI, wskaźnik tkanki tłuszczowej, masy mięśni, masy kości, całkowitą ilość wody w organizmie, określić np. wiek metaboliczny, indeks ryzyka sercowo-naczyniowego, wskaźnik budowy ciała, poziom tkanki wisceralnej, wykonać test gibkości,
- d) relatywnie łatwo dostępnym w wielu firmach źródłem informacji o zdrowiu personelu są też wskaźniki absencji i wypadkowości oraz trendy w tym zakresie (nie należy jednak tylko na nich poprzestawać, gdyż np. w przypadku absencji jest jeszcze kwestia skali tej, spowodowanej innymi przyczynami niż choroba),
 - e) zdrowie personelu można też określić gromadząc subiektywne oceny na jego temat, czyli opinie i przekonania pracowników o funkcjonowaniu ich organizmu, samopoczuciu, odczuwanych dolegliwościach, zmianach w wadze ciała, dolegliwościach trawiennych, sprawności narządu ruchu, bólów kończyn, kręgosłupa,
 - f) źródłem informacji o zdrowiu pracowników może też być kadra, w tym szczególnie niższego szczebla, która styka się na co dzień z problemami wynikającymi z dolegliwości czy absencji podwładnych, często ma też wiele informacji dotyczących ich stylu odżywiania czy aktywności fizycznej.

Można poprzestać na danych obiektywnych lub subiektywnych dotyczących stanu zdrowia, ale warto też porównywać oba te rodzaje (np. by pomóc w określeniu priorytetowych problemów czy wyzwań albo zdecydować o kolejności wdrażanych rozwiązań).

Inny, ważny obszar diagnozy, to rozpoznanie oczekiwań personelu co do zawartości programu prozdrowotnego firmy. Przy czym sięganie do zdania pracowników to nie tylko źródło danych istotnych dla zaplanowania programu, ale i metoda budowania ich przychylności, pozytywnej postawy wobec niego. Osoby dorosłe chcą bowiem mieć wpływ na decyzje w sprawach, które ich dotyczą (Karawajczyk; 2009 Woynarowska, 2008). Jeśli zatem chce się je do czegoś przekonać warto pokazywać, że ich opinia jest brana pod uwagę, a nie że jedynie chce się na nią wpływać (Aronson, 2006). W przeciwnym razie występuje tendencja do ochrony swojego poczucia swobody, a nawet postępowania wbrew, przy uznaniu, że jest ona ograniczana. Prosząc o wyrażenie opinii czy własnego stanowiska w jakiejś

kwestii uruchamiamy też mechanizm zaangażowania i konsekwencji, co może przejawiać się pod postacią np. pomocy przy wdrażaniu programu czy aktywnego korzystania z jego oferty (Cialdini, 1996). W teorii promocji zdrowia podejście takie to realizacja zasady partycypacji pracowników w programach prozdrowotnych, realizowanych w siedliskach ich życia, co w konsekwencji ma służyć ich upodmiotowieniu (empowerment) czyli zdolności i „mocy” do angażowania się w decyzje dotyczące zdrowia w społecznościach, w których funkcjonują (Puchalski i Korzeniowska, 2014). Istnieją też dane wskazujące, że umożliwienie pracownikom aktywnego udziału w planowaniu i wdrażaniu zakładowego programu sprzyja np. rozwojowi ich aktywności fizycznej (Malik, Blake i Suggs, 2014)

Rozpoznając oczekiwania zdrowotne pracowników dobrze jest uwzględnić nie tylko opinie dotyczące działań typu eventy, karnety do obiektów sportowych, sponsoring cateringu zdrowej żywności, porady dietetyków czy usługi trenerów sportowych, ale również związane ze zmianami w organizacji czy warunkach pracy. Istotne jest bowiem by pracownicy dostrzegli, że program ma za zadanie by już w środowisku pracy stworzyć warunki dla zdrowia narządu ruchu i właściwego odżywiania (a przynajmniej minimalizować jego negatywny wpływ w tym zakresie), a nie pozostawiać tych kwestii wyłącznie ich staraniom w czasie poza pracą.

Osobny problem to diagnoza potrzeb edukacyjnych personelu. W natłoku informacji na ten temat, chociażby w mediach, ma sens choćby ogólne rozpoznanie na czym się koncentrować, czego nie wiedzą, nie rozumieją pracownicy, jakich umiejętności im brakuje by realnie zmienić swoje zachowania na bardziej prozdrowotne, a także od kogo i w jaki sposób chcieliby się o tym dowiadywać, za pośrednictwem działań firmy.

Ogromne znaczenie ma też ustalenie, w jaki sposób odżywiają się pracownicy (jakie błędy w tym zakresie popełniają), jak wygląda ich aktywność fizyczna, jakie widzą determinanty realizowanych przez siebie wzorów zachowań w tych obszarach, czy odczuwają potrzebę zmian w swoim stylu postępowania w tych sferach. To daje ogłęd wyzwań stojących przed programem.

Diagnoza stanu zdrowia, stylu postępowania personelu w zakresie odżywiania się i aktywności fizycznej, wiedzy i przekonań w tych kwestiach wykonana w momencie rozpoczynania programu, to także istotny element pomiaru jego efektów. Dzięki porównaniu jej ustaleń z danymi zgromadzonymi po zakończeniu oddziaływań możemy określić czy, w jakim zakresie i w jakich aspektach uzyskano poprawę.

Dla rozpoznania oczekiwań personelu można posłużyć się wieloma metodami, mniej i bardziej wartościowymi (idzie tu o stopień w jaki za ich pośrednictwem da się odwzorować istniejącą rzeczywistość), tańszymi i droższymi, prostymi i bardziej skomplikowanymi do przeprowadzenia. Warto rozważyć czy decyzji o przydatności konkretnych z nich, w sytuacji danej firmy, nie podjąć po konsultacji ze specjalistami np. od promocji zdrowia w miejscu pracy. O doborze metod, za pośrednictwem których będziemy poznawać opinie zatrudnionych w zakładzie decyduje przede wszystkim to jakie informacje chcemy uzyskać (np. czy zainteresowanie dotyczy

tego jak dane zjawisko wygląda i dlaczego czy również idzie o dokładniejsze określenie jak często występuje) oraz klimat stosunków międzyludzkich w firmie (czy są one mniej czy bardziej formalne, bliższe porozumienia i zaufania czy raczej wzajemnej rywalizacji lub podejrzliwości). Oczywiście znaczenie ma także liczebność personelu i dostępność do pracowników w czasie pracy (np. to czy zakład funkcjonuje w jednej czy wielu lokalizacjach, czy personel pracuje zdalnie, przemieszczając się z miejsca na miejsce, w systemie taśmowym, korzysta na co dzień z urządzeń ICT czy nie). Co naturalne decyduje też nastawienie głównego kierownictwa, czyli osobiste przekonania takich osób, co do jakości różnych metod oraz gotowość (lub jej brak) do ich użycia ze względu na czasochłonność i koszty z tym związane.

Czasami, np. w małych firmach do diagnozy oczekiwań zatrudnionych wystarczające mogą być rozmowy (ale przebiegające wg opracowanego schematu, przeprowadzone z każdym chętnym do wzięcia w nich udziału pracownikiem, dobrze posumowane i zakończone prezentacją wyników dla personelu) oraz obserwacje.

W większych, diagnoza potrzeb czy opinii personelu kojarzona jest najczęściej z przeprowadzaniem ankiety. I jest ona rzeczywiście bardzo wartościowym sposobem osiągnięcia tego celu. Może dostarczyć zarówno danych na temat tego jak wyglądają interesujące zjawiska (np. zachowania w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej, oczekiwania pracowników pod adresem firmy związane z ich prozdrowotnymi przekształceniami), jak i dlaczego właśnie w taki sposób. Ponadto zilustrować ich skalę, czyli rozpowszechnienie wśród personelu lub wybranych jego podgrup. Powtarzana co jakiś czas informuje też o zmianach, pozwala śledzić trendy. Warto jednak zdać sobie sprawę, że jakkolwiek bardzo skuteczna, to jednak jest to dość czasochłonna i kosztowna metoda, wymagająca zaangażowania profesjonalistów w zakresie badania opinii społecznej. Przygotowana, przeprowadzona i opracowana przez laików może dać niepełne lub fałszywe wyniki (Lutyński, 2000). Może też być źle przyjmowana przez personel, jeśli wcześniej popełniono błędy przy jej stosowaniu, na przykład nie wyjaśniono po co jest prowadzone dane badanie, obiecano i nie dopełniono warunków zapewniających anonimowość udzielanych odpowiedzi, nie przekazano personelowi uzyskanych wyników, nie uwzględniono ich w decyzjach dotyczących funkcjonowania firmy.

W niektórych firmach cyklicznie są przeprowadzane ankiety np. warunków czy satysfakcji z pracy. Jeśli ich odbiór ze strony personelu jest dobry, warto zastanowić się czy nie można rozbudować ich o pytania poświęcone problematyce zdrowotnej. Można też obniżyć koszty specjalnie tworzonej ankiety, gdy zdecydujemy by przeprowadzono ją tylko na próbie pracowników reprezentujących cały personel lub wybrane jego podgrupy. Dobieramy ją wówczas losowo (czyli tak by każdy pracownik/członek określonej grupy miał jednakową szansę dostania się do próby), albo w z góry przyjęty sposób (np. gwarantujący odpowiedzi osób typowych albo dysponujących najpełniejszymi informacjami). Można też dodatkowo bardzo ograniczać ilość pytań w ankietach. Wreszcie te „mini ankiety”, prowadzi się na niewielkich grupach respondentów. Ankiety przeprowadza się w zakładach pracy w sposób klasyczny, tzn. respondenci wypełniają papierowy kwestionariusz,

ale coraz częściej są one realizowane za pośrednictwem intranetu. W tym ostatnim przypadku opracowując ich wyniki i formułując wnioski trzeba zwrócić uwagę czy pracownicy mieli jednakowe szanse ich wypełnienia, czy raczej odpowiedzi pochodzą głównie od tych, mających stały dostęp do intranetu w godzinach pracy (Korzeniowska, 2012)

A oto inne metody zbierania informacji, przydatne do diagnozy potrzeb i oczekiwań personelu:

- skrzynki kontaktowe, tradycyjne (do których można wrzucić kartkę z odpowiedzią), on-line lub telefoniczne (wybór zależy m.in. od potrzeby zachowania anonimowości). Trzeba być ostrożnym, jeśli wcześniej ten sposób komunikacji się nie sprawdził, tzn. nie było odzewu ze strony zatrudnionych albo został zdewaluowany, bo nie analizowano przekazanych odpowiedzi. Ograniczenie stanowi też niski poziom wykształcenia znaczącej części zatrudnionych, bo często wiąże się on z niechęcią do pisemnych wypowiedzi lub ograniczeniami w korzystaniu z Internetu (jeśli taki charakter ma skrzynka) (Korzeniowska, 2010). By ta metoda przynosiła wartościowe rezultaty trzeba przede wszystkim jasno formułować pytania, na które poszukujemy odpowiedzi, informować kto i w jakim trybie będzie się zapoznawał z odpowiedziami, a także zgodnie z umówionym terminem informować personel o wynikach przeprowadzonego sondażu, ich interpretacji i wpływie na decyzje związane z programem. Za pomocą skrzynek można też przeprowadzić rodzaj głosowania na tak lub nie w wybranych sprawach. Wtedy w opcji klasycznej wystarczą np. kolorowe żetony wrzucane do pojemników, a w nowoczesnej np. ekrany dotykowe, ustawione w miejscach, przez które przechodzą pracownicy (np. w wejściu na teren firmy),
- spotkania grup pracowniczych i przekazywanie ich stanowiska organizatorom programu prozdrowotnego. W tym przypadku o jakości danych decyduje klimat relacji międzyludzkich w takich zespołach. Jeśli mamy do czynienia z autorytarnym kierownictwem, silnymi liderami opinii albo konfliktami, to trzeba się liczyć, że dane nie będą w pełni odzwierciedlały stanowiska pracowników niższych rangą czy mniej przebojowych. W sytuacji odmiennej mogą być całkiem użyteczne,
- wywiady audytoryjne, czyli spotkania całych grup pracowników z prowadzącym wywiad. Najlepiej z kimś z zewnątrz, profesjonalnie przygotowanym do tej roli, ale możliwa jest opcja, że podejmuje się tego ktoś z personelu firmy. Mają one wartość diagnostyczną w firmach, w których panuje klimat otwartości, czasem istotny jest też dobór uczestników, sprzyjający luźnej wymianie opinii (np. wywiad w gronie szeregowego personelu, bez kadry zarządzającej, wywiad tylko z przedstawicielami kadry),
- tzw. wywiady swobodne ze specjalnie dobranymi przedstawicielami personelu, przeprowadzane w formule „face to face”. Jest to po prostu forma rozmowy, w ramach której pytający stara się dowiedzieć, jaka jest opinia badanego w określonych sprawach. Najlepiej gdy są przygotowane (idzie o schemat

zagadnień do omówienia/listę poszukiwanych informacji oraz sposób doboru pracowników do badania), a następnie opracowane przez profesjonalną firmę zewnętrzną. Możliwe jest też przeprowadzenie ich „siłami firmy”, jedynie za pomocą eksperta, pod warunkiem, że przygotuje się odpowiednio osoby do przeprowadzenia wywiadów i da się wykreować poczucie zaufania pomiędzy nimi, a odpowiadającymi. Wywiady takie można prowadzić na przykład z przedstawicielami jakichś grup (np. kadry, pracowników szeregowych, młodszych, starszych, kobiet, mężczyzn, pracujących w pozycji siedzącej, wykonujących ciężką pracę fizyczną, zatrudnionych w centrali i innych lokalizacjach/filiach), ale też całego personelu. Zazwyczaj się je nagrywa, później wykonuje transkrypcje i opracowuje z punktu widzenia postawionych pytań badawczych (Konecki, 2017). Takie wywiady mogą dać szczególnie przydatny materiał, gdy respondentami są m.in. pracownicy o gorszym stanie zdrowia, mniej sprawni i/lub mniej dbający o własne samopoczucie. Jest wtedy szansa na lepsze zrozumienie ich stylów myślenia i sytuacji, a zatem odkrycie w jaki sposób zachęcić ich by podjęli próbę zmiany tego stanu rzeczy (uwaga: nie należy takich ich cech jak ww. traktować jako kryterium doboru do badania, stwarza to bowiem ryzyko stygmatyzacji takich ludzi),

- wywiady zogniskowane – są to dyskusje w grupie ok. 6–10 osób, wyselekcjonowanych w taki sposób by zebrać możliwie zróżnicowane podejścia do zagadnień zawartych w problematyce danego badania. Modelowo trzeba przeprowadzić od 4 do 8 takich wywiadów aby uzyskać wartościowe rezultaty. Dobrze gdy firma korzysta z usług profesjonalistów przy opracowaniu scenariusza takiego wywiadu, a prowadzi je specjalnie przygotowany moderator. Zadaje on badanym pytania oraz stymuluje dyskusję pomiędzy uczestnikami grupy. Wywiady te mogą być bardzo przydatne do rozpoznania postaw, zwyczajów, zachowań związanych ze sposobem odżywiania czy aktywnością fizyczną, mogą posłużyć do diagnozy reakcji na konkretne propozycje wsparcia ze strony pracodawcy w tym obszarze, sprawdzają się także jako sposób poszukiwania nowych rozwiązań w ramach programu. Takie wywiady są na ogół nagrywane, a następnie przygotowany jest raport prezentujący odpowiedzi na pytania badawcze.

W przypadku gdy prace diagnostyczne dotyczące oczekiwań personelu w stosunku do pracodawcy w sferze odżywiania i aktywności fizycznej są ograniczone warto wziąć pod uwagę projektując zawartość programu następujące ogólne sugestie:

I. W zakresie oferty z zakresu edukacji zdrowotnej:

Po pierwsze, kierować się regułą różnorodności tzn. proponować:

- a) różnych nadawców przekazów. Jak wskazują dane dotyczące pracowników w Polsce preferują oni w tej roli szczególnie lekarzy i pielęgniarki, a także osoby, które dzielą się własnymi doświadczeniami związanymi z dbaniem o zdrowie. Rzadziej cenią sobie ekspertów o znanym nazwisku, celebrytów,

przedstawiciele medycyny alternatywnej oraz osoby duchowne (Korzeniowska, 2010),

- b) urozmaicone kanały/nośniki informacji. Mniej więcej połowie pracowników w naszym kraju odpowiada dowiadywanie się o sprawach zdrowia za pośrednictwem ulotek, plakatów, artykułów w prasie, poradników, a dwóm piątym przy pomocy festynów, konkursów. Lepiej wykształceni są bardziej otwarci na różne kanały informowania. Szczególnie duże odmienności występują w ocenach Internetu. Aż trzy czwarte zatrudnionych, z co najmniej średnim wykształceniem, chce korzystać z jego pośrednictwa, podczas gdy podobnie sądzi tylko co trzeci absolwent szkoły podstawowej czy zasadniczej zawodowej. Zatem, korzystanie z technologii cyfrowych, w tym z intranetu, jako głównego kanału edukacyjnego w firmach może być mało efektywne, gdy duża grupa personelu ma niższy poziom wykształcenia (Korzeniowska, 2010),
- c) różne metody uczenia. Szczególnie (bo przez około dwie trzecie pracowników) preferowane są indywidualne porady. Natomiast pracownicy w Polsce, najbardziej niżej wykształceni niechętnie uczestniczą w klasycznych szkoleniach. Tylko co piąty akceptuje wykłady, a co trzeci warsztaty, jako formy pomocne w rozwoju własnych kompetencji zdrowotnych. Jeśli takie metody są rzeczywiście istotne dla firmy, to warto je organizować w godzinach pracy i łączyć z drobnymi badaniami czy zabiegami dla zdrowia (Korzeniowska, 2010).

Nie znając szczegółowych preferencji personelu, dzięki zasadzie różnorodności można minimalizować ryzyko niedostosowania się do potrzeb pracowników z odmiennymi biografiami zdrowotnymi, stopniem zainteresowania sprawami zdrowia i możliwościami ich percepcji, ze względu chociażby na płeć (np. kobiety są bardziej otwarte na informacje dotyczące zdrowia od mężczyzn), wiek, poziom i kierunki wykształcenia, sytuację materialną itp.

Po drugie, profilować jej treści pod względem ich użyteczności praktycznej. Dorośli koncentrują się bowiem mniej na rozwijaniu wiedzy, a bardziej idzie im o zdobycie konkretnych umiejętności rozwiązywania problemów, stawiania czoła wyzwaniom, których doświadczenia w życiu. Dlatego w miarę możliwości należy ograniczać przekazy ogólne, adresowane do „typowego” Polaka, prezentację modelowych, ale nie zawsze realistycznych rozwiązań. W zamian za to koncentrować się na takich treściach, które konwenują z konkretną sytuacją życia i pracy personelu, ich problemami, doświadczeniami, a także potrzebami zdrowotnymi. Posługiwać się, w miarę możliwości, edukacją „szytą na miarę”, czyli na przykład treściami odnoszącymi się do personelu firmy (jego kondycji fizycznej i sposobu odżywiania się), a zatem opracowanymi w oparciu o dane na ich temat (Minelli i Brecon, 2009; Woynarowska, 2008).

Po trzecie, uwzględnić jako adresatów oddziaływań edukacyjnych organizowanych przez firmę także członków rodzin pracowników. Sposób odżywiania

i aktywność fizyczna to bowiem takie dziedziny życia, na które bardzo oddziałuje sytuacja rodzinna (np. w zmaskulinizowanej załodze decyzje żywieniowe, to na ogół kompetencje żon i partnerek pracowników, czas i rodzaj aktywności fizycznych zależą nie tylko od preferencji dorosłych członków rodziny, ale i dzieci).

II. Biorąc pod uwagę problem ułatwień, czyli wprowadzania udogodnień sprzyjających podejmowaniu przez pracowników zachowań korzystnych dla zdrowia, w sferze odżywiania czy ćwiczeń, efektywniej jest oferować je także w środowisku i czasie pracy, (o czym już była mowa wcześniej), a nie jedynie poza pracą, co jest częstą praktyką w podejściu firm, szczególnie gdy idzie o aktywność fizyczną. Dzięki temu, już w trakcie wykonywania obowiązków służbowych można minimalizować niekorzystne dla układu ruchu skutki (np. pracy siedzącej, w wymuszonej pozycji, z ruchami monotypowymi) poprzez usprawnienia stanowisk, stwarzanie warunków do wykonywania prostych ćwiczeń w czasie pracy), czy wspierać zdrową dietę (m.in. za pomocą stałego dostępu do dobrej jakościowo wody do picia, przyzwolenia na częstsze spożywanie posiłków, podaż zdrowych produktów w punktach i automatach gastronomicznych znajdujących się na terenie firmy), a następnie w czasie wolnym kontynuować ten proces. Jeśli warunki pracy nie są dogodne dla zdrowia i nic nie jest robione dla zmiany tego stanu rzeczy, a zakład oczekuje jedynie by pracownicy lepiej się odżywiali i dbali o swoją sprawność w czasie poza pracą, może to wywoływać niezadowolenie, a nawet brak zaufania co do intencji pracodawcy.

Dobrze jest też zwracać uwagę, organizując i/lub sponsorując produkty czy usługi związane ze zdrowym odżywianiem i aktywnością fizyczną, z których pracownicy mogą skorzystać w czasie poza pracą, by odpowiadały one w miarę możliwości potrzebom różnych ich grup, a nie głównie tych, które i tak najbardziej aktywnie dbają o swoje zdrowie, czyli zazwyczaj młodszych i lepiej wykształconych. Idzie tu przede wszystkim o pracowników starszych wiekiem, mieszkających w mniejszych miejscowościach, czy wymagających raczej rehabilitacji narządu ruchu niż zajęć sportowo-rekreacyjnych.

3.2. Konstruowanie celów programu

Kolejny ważny etap prac nad programem, to określenie na podstawie ustaleń przeprowadzonej diagnozy jego celów (głównych i szczegółowych), zamiast wyznaczania od razu tylko działań do wykonania. Czasami jednak wolimy np. hasła, albo milcząco zakładamy, że działania prozdrowotne służą osiągnięciu celów strategicznych zakładu, realizacji jego misji. Nie ma wtedy szansy by dokładnie zdefiniować cele zdrowotne i ich wersje obejmujące wpływ prozdrowotnej aktywności zakładu pracy np. na wydajność, absencję, ograniczenie fluktuacji, nabór wartościowych pracowników czy klimat społeczny. Nie są wówczas poprzez tego rodzaju cele dostatecznie dyskutowane inne niż zdrowotne funkcje takich programów. Częstym problemem jest też opór przed formułowaniem celów o charakterze operacyjnym. Wynika on m.in. z nie zawsze uświadamianej obawy przed oceną skuteczności podejmowanych przedsięwzięć, a więc wiąże się z lękiem przed ewentualną porażką. Przeszkadza też np. brak doświadczeń w określaniu celów. Tymczasem precyzyjnie

określony cel bardzo racjonalizuje działania, ułatwia porozumienie pomiędzy zaangażowanymi w proces jego osiągnięcia, może też oddziaływać na nich motywująco. Jest więc czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo sukcesu. Praca nad określeniem celów powinna mieć charakter grupowy (w ramach zespołu ds. programu). Ale też dobrze, gdy jest czas i miejsce na konsultacje z przedstawicielami kadry i załogą, aż wypracuje się uzgodnioną ostateczną diagnozę sytuacji (problemów, wyzwań, potrzeb) oraz – poprzez kolejne przybliżenia – określi jaki jest stan pożądany, gdy idzie o ich rozwiązanie czy zaspokojenie. Cele powinny być spisywane i przekazywane do wiadomości zatrudnionych. Warto rozważyć też na ile powinny być promowane w otoczeniu firmy, jako element PR, CSR, employer branding, itp. (Korzeniowska, 1998).

Modelowo warto zastanowić się nad tym co chcemy osiągnąć, czyli celami, w następujących obszarach:

- a) w zakresie świadomości zdrowotnej personelu (tzn. określającymi zmiany w wyniku programu np. wiedzy personelu na temat tego jak zdrowo się odżywiać, pracować w sposób korzystny dla narządu ruchu i ćwiczyć po pracy, poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, poziom motywacji do zmiany zachowań na bardziej sprzyjające zdrowiu),
- b) w zakresie realizowanych wzorów zachowania dotyczących odżywiania się i aktywności fizycznej (np. wskazać pożądany poziom podstawowych umiejętności istotnych dla kontrolowania/osiągania prawidłowej masy ciała, ułatwiających zmianę biernego wypoczynku na bardziej aktywny fizycznie i dostosowany do sytuacji zdrowotnej oraz charakteru pracy, określić oczekiwany poziom realizacji przez zatrudnionych wybranych zachowań tego typu (np. spożywania śniadań, zmian w pozycji ciała w czasie pracy siedzącej, aktywności w czasie wolnym odciążających/usprawniających układ ruchu),
- c) w obszarze prozdrowotnych modyfikacji materialnego środowiska pracy (np. wyznaczyć satysfakcjonujący poziom wyposażenia personelu w wodę do picia w czasie pracy, w gadzety do ćwiczeń na stanowiskach gdzie pracuje się w wymuszonej pozycji, zapewnienia stojaków na rowery, dostępu do natrysków i szatni korzystającym z nich w drodze do pracy) oraz organizacji pracy (np. w zakresie wprowadzenia swobody wyboru czasu na posiłek, mikroprzerw na ćwiczenia fizyczne),
- d) w sferze ułatwień istotnych dla realizacji zdrowego odżywiania i aktywności ruchowej personelu w czasie poza pracą (np. zdefiniować zakres w jakim firma wesprze pracowników w korzystaniu z usług medycznych, konsultacji z profesjonalistami ds. zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej, obiektów sportowo-rekreacyjnych),
- e) w obszarach związanych z wizerunkiem zewnętrznym firmy, identyfikacją personelu z firmą, budowania dobrych relacji interpersonalnych wśród zatrudnionych,
- f) w płaszczyźnie zarządzania zakładowym programem promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej. Idzie tu np. o cele dotyczące komunikacji

wewnętrznej w tym obszarze, monitoringu prowadzonych działań, ewaluacji efektów.

Z formalnego punktu widzenia poprawne określenie celu zawierać powinno:

- określenie kierunku zmian w stanie zjawiska, którego cel dotyczy (np. zwiększenie, zmniejszenie, udoskonalenie). Wyjątek od tej reguły stanowią cele, których istotą jest kontynuacja korzystnego stanu rzeczy. Dobrze jest unikać określeń typu: poprawa, walka, szczególnie, gdy idzie o cele dotyczące sposobu myślenia i zachowań pracowników w sferze zdrowia. Istnieje ryzyko, że wzbudzą złe skojarzenia, ludzie nie lubią bowiem by ich „poprawiano” czy z nami „walczoneo”, nawet jeśli idzie o słuszną sprawę,
- wskazanie zakresu tej zmiany, np. o ile procent, w ilu przypadkach ma nastąpić oraz kiedy,
- precyzyjne zdefiniowanie zjawiska (czyli obszaru modyfikowanej rzeczywistości zdrowia), na które nakierowany jest cel. Idzie tu o unikanie nieporozumień związanych chociażby z wieloznacznością słów i uzyskanie pewności, że tworzący program mają na myśli to samo. Ponadto zapewnienie, że cel jest zrozumiały dla wszystkich zatrudnionych, nawet tych o niskim poziomie wykształcenia, poprzez rezygnację z wyrazów trudnych czy terminów specjalistycznych.

Tak określony cel jest wymierny. Warto jeszcze zadbać by był realistyczny, czyli do osiągnięcia, ale jednocześnie nie nazbyt łatwy. Wtedy trudno o rzeczywiste zaangażowanie w jego realizację. Kolejny krok, to wybór i przyporządkowanie celom działań, które najlepiej służą ich realizacji. Ustalenie ich harmonogramu i kosztorysu.

Ad. 4. Sprawny obieg informacji na temat programu i poszczególnych jego fragmentów.

Pracownicy w Polsce często skarżą się, że nie są dostatecznie informowani o tym, co się dzieje w firmie, nie mają wpływu na decyzje, które ich dotyczą. Przy czym jest to ich zdaniem ważna determinanta zadowolenia z pracy i samopoczucia.

Zatem jeśli zależy nam na otwartości, zainteresowaniu, korzystaniu z oferty firmy, a nawet współdziałaniu w realizacji programu promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej powinniśmy pracowników nie tylko dobrze o nim informować, ale także zadbać o przepływ informacji zwrotnych (stąd mowa o obiegu informacji, a nie powiadamianiu). Taka dwustronna komunikacja, to także warunek dobrego zaplanowania, sprawnego przebiegu (w tym szybkiego reagowania na ewentualne błędy czy niedociągnięcia) i oceny efektów poszczególnych przedsięwzięć w ramach programu, jak i jego, jako całości.

Aby ten obieg informacji był skuteczny trzeba zwrócić uwagę czy istniejące kanały informacyjne obejmują wszystkich pracowników, czy nie zdarzyło się jakieś niedopatrzenie i są osoby/grupy pozbawione do nich dostępu. Szczególnie często może to dotyczyć kanałów przekazujących informacje z dołu do góry (od szeregowych pracowników/zespołów do koordynatorów programu). Powoduje to bowiem

poczucie wykluczenia, nierównego traktowania, budzi złe emocje. Dobrze też kierować się zasadą by każda informacja była przekazywana co najmniej na dwa sposoby (np. przez intranet, ale i ustnie przez bezpośredniego przełożonego). Minimalizuje to ryzyko, że ktoś zostanie pominięty, albo nie zauważy danej wiadomości. Kolejne spore wyzwanie to dbałość o aktualizowanie informacji. Jeśli zaniedba się tę kwestię (nawet tylko okresowo) dany kanał przekazu (np. intranet, tablica ogłoszeń) traci swoje znaczenie, a przynajmniej bardzo osłabia się jego funkcja informacyjna. Wykorzystując go ponownie ryzykujemy, że wiadomość nie dotrze do adresatów, bo po prostu nie będą oni tam jej poszukiwać. Niedoceniany jest także problem nadmiaru informacji (information overload). Żyjemy aktualnie w świecie presji informacyjnej (Gawrysiuk, 2008). Trudno odnaleźć w całej ich masie te najbardziej przydatne, a do tego wiarygodne. Wiele osób odczuwa dyskomfort z tego powodu, ale nie bardzo potrafi sobie z nim radzić. Chroni się więc po prostu przed zalewem danych, dlatego bardzo ważna jest ich selekcja. A to z kolei oznacza, że ktoś musi tą kwestią zarządzać. Tymczasem technologia cyfrowa bardzo ułatwia publikowanie wiadomości, a tym samym zachęca do produkowania przekazów. Stąd w wielu firmach w intranecie (i nie tylko) jest wiele miejsc, w których pojawiają się różnorodne informacje, od różnych nadawców o sprawach zdrowia, a jest ich tak dużo, że trudno się w tym zorientować. Wówczas zamiast dobrego ich obiegu powstaje informacyjny szum. Dobrze jest nad tym zapanować, tzn. ograniczyć liczbę informacji do naprawdę istotnych, a przede wszystkim stworzyć prostą i czytelną ich strukturę, pozwalającą łatwo znaleźć te dotyczące bieżących wydarzeń, takie, które doskonałą wiedzę merytoryczną z zakresu profilaktyki nadwagi i otyłości, czy wreszcie dane z ewaluacji przebiegu i efektów programu (w tym opinii i uwagi dotyczące wdrażanych działań, pochodzące od przedstawicieli personelu).

Obszary, które warto uwzględnić w obiegu informacji dotyczącym promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej adresowanej do personelu firmy to m.in.:

- a) przyczyny, dla których zdecydowano się na program i określone jego sprofilowanie. Idzie tu o wyjaśnienie, dlaczego firma angażuje się na tym polu, co chce osiągnąć, ile przeznacza na to środków, z jakich źródeł. Pomaga to neutralizować podejrzenia, ewentualną niechęć, brak zaufania co do intencji pracodawcy. Są to zjawiska, które mogą mieć miejsce w niektórych zakładach pracy np. nie mających tradycji aktywności w tym zakresie albo w sytuacji gdy zostały wcześniej popełnione jakies błędy w oddziaływaniach związanych ze zdrowiem,
- b) przebieg prac organizacyjnych na rzecz programu czyli kwestie doboru i składu zespołu koordynującego, sposobów kontaktowania się z jego członkami, informacje o sposobach prowadzenia i wynikach prac diagnozujących problemy oraz wyzwania i potrzeby personelu w zakresie stylu odżywiania się i aktywności fizycznej, przebieg prac nad zaplanowaniem programu i jego schemat, omówienie sposobów monitoringu przebiegu programu, metodyka ewaluacji jego efektów i jej rezultaty,

- c) dobra reklama poszczególnych przedsięwzięć programu. Idzie tu przede wszystkim o każdorazowe wyjaśnienie na czym polega dane rozwiązanie, usprawnienie czy usługa (np. konsultacja z dietetykiem), bowiem ci, którzy najbardziej ich potrzebują nie są na ogół dostatecznie zorientowani. Ponadto wskazanie dlaczego jest to korzystna propozycja (z punktu widzenia jej jakości, marki dostawcy/realizatora, profitów dla pracowników spowodowanych pośrednictwem firmy w jej zorganizowaniu czy sfinansowaniu itp.). Wreszcie dostarczenie danych ilustrujących efekty przedsięwzięcia (co pracownik może dzięki niemu uzyskać). Zatem celem nie jest reklama w znaczeniu komercyjnym (wtedy wystarczyłoby przekazać pracownikom np. materiały reklamowe dostawców produktów czy usług na które się zdecydowano w firmie), a bardziej reklama społeczna, stymulująca ich do działania na rzecz zdrowia oparta na racjonalnych argumentach, autorytetach – i gdy jest potrzeba – odwołująca się do różnorodnych, nie zawsze tylko pozytywnych emocji u adresatów (Pratkanis i Aronson, 2004). Kolejna kwestia, to bieżąca informacja o zaplanowanych na najbliższy czas przedsięwzięciach. To najbardziej oczywisty element, a zarazem najczęściej zdarzają się niedopatrzania w tym zakresie. Warto, z jednej strony, upublicznić harmonogram działań obejmujący dłuższą perspektywę (np. rok, sześć miesięcy, kwartał, adekwatnie do trybu w jakim zaplanowano realizację programu) i kryteria dostępności do każdego z nich. To pozwala pracownikom na zorientowanie się w możliwościach korzystania z oferty programu i dokonanie wyboru pomiędzy jej elementami (gdy dostęp dla jednego pracownika jest jakoś limitowany przez firmę lub nie jest on w stanie korzystać z wszystkiego, z racji na obowiązki służbowe czy rodzinne). Z drugiej przypominać, o bieżących terminach – dniach, godzinach oraz miejscach przebiegu przedsięwzięć programu. Szczególnie skuteczne jest wówczas obok informacji adresowanej do wszystkich zainteresowanych docieranie do konkretnej osoby,
- d) dane o skali uczestnictwa personelu w oddziaływaniach programu oraz ich odbiorze. Są to ustalenia określające jakie jest/było zainteresowanie danym przedsięwzięciem, jaka część personelu skorzystała z niego, czy pozostały rezerwy w tym zakresie. Przede wszystkim jednak idzie o upowszechnianie opinii personelu (konkretnych, osób, grup) na temat programu/jego elementów, czy są z niego zadowoleni czy nie i z jakich powodów.

Ad. 5. Funkcjonowanie mechanizmów stymulujących personel firmy do korzystania z prozdrowotnej oferty pracodawcy, a w efekcie lepszej dbałości o zdrowie, w tym poprzez zmiany zachowań w sferze odżywiania się i aktywności fizycznej.

Jednym z głównych celów realizacji projektów promocji zdrowia, w tym miejscu pracy, jest rozwijanie motywacji jednostek i grup, niezbędnej do podejmowania działań sprzyjających zdrowiu, w tym zachowań w zakresie odżywiania się i aktywności fizycznej, jako metod ograniczania ryzyka nadwagi i otyłości. Tymczasem,

w ramach aktywności prozdrowotnej firm w Polsce często zakłada się milcząco, że problem ten można rozwiązać poprzez sponsoring usług, ułatwiających realizację ćwiczeń fizycznych w czasie poza pracą, jakież wybrane formy podaży zdrowych produktów spożywczych na terenie zakładu oraz edukację zdrowotną (skoncentrowaną na ogół na pokazywaniu zagrożeń, związanych z niezdrowymi wzorami jedzenia i niedostatkami ćwiczeń fizycznych). Nie deprecjonując znaczenia tego rodzaju oddziaływań, równocześnie biorąc pod uwagę skalę korzystania przez personel z tego rodzaju stymulacji, można sądzić iż jest ona niewystarczająca.

Tworzenie motywacji do podejmowania prozdrowotnych zachowań to ogromne wyzwanie. W przypadku poważnych problemów w tym zakresie w zbiorowości zatrudnionych, korzystne może być skonsultowanie się z ekspertami od wywierania wpływu społecznego. Niezależnie czy decydujemy się na takie wsparcie czy nie, to dążąc do tego celu warto pamiętać by z jednej strony nie powodować u pracowników wrażenia, że ich wolność wyboru w tej sferze jest ograniczana przez naciski z zewnątrz. Należy raczej dbać o ich poczucie niezależności, bo wtedy nie aktywizują swoich mechanizmów obronnych, by przeciwstawiać się perswazji, a nawet reagować działaniem w przeciwnym kierunku (Aronson, 2006). Z drugiej strony oferując działania nakierowane na przekształcenie ich zachowań na sprzyjające zdrowiu dobierać je w taki sposób, by wymagały pewnego istotnego wysiłku z ich strony, gdyż wzmacnia to prawdopodobieństwo zaistnienia pożądanej zmiany i jej trwałości w czasie (Axsom i Cooper, 2001). Zatem motywując zatrudnionych do lepszego dbania o zdrowie nie należy ich zmuszać, ale niewskazane jest też nadmierne ułatwianie im procesu zmiany.

Ważne narzędzie kreowania zainteresowania sprawami zdrowia i motywacji do dbania o nie stanowi edukacja zdrowotna (Minelli i Brecon, 2009; Woynarowska, 2008). Jest ona szczególnie potrzebna niżej wykształconym pracownikom, którzy nie mają kompetencji, by informacji tego rodzaju poszukiwać na własną rękę. Współczesny Polak zewsząd otrzymuje przekazy o tym, że należy zdrowo żyć (w tym, zdrowo się odżywiać i być aktywnym fizycznie), ale czuje się zagubiony natłokiem takich danych, a także sprzecznościami, które się w nich pojawiają. Bogactwo reklam komercyjnych powoduje też, że informacjom na takie tematy nie ufa (Korzeniowska, 2008; Korzeniowska i Puchalski, 2017). Nie do końca też wie, co konkretnie jest wskazane w jego sytuacji i jak poradzić sobie z własną biernością, w podejmowaniu działań sprzyjających zdrowiu lub z niezdrowymi nawykami (Puchalski i Korzeniowska, 2004; Puchalski, 2004). Warto zatem tak profilować oddziaływania edukacyjne organizowane przez firmę, by odnosiły się do tego rodzaju problemów i oczekiwań, skoro edukacja prowadzona populacyjnie (np. poprzez mass media) ma ograniczone możliwości w tym zakresie.

Zatem mając na względzie cele motywacyjne dobrze byłoby w jej ramach udostępnić personelowi ustalenia, dzięki którym będzie mógł lepiej zrozumieć, w jaki sposób i jak silnie postępowanie człowieka (w tym w sferze odżywiania się i aktywności ruchowej) ma wpływ na stan jego zdrowia, dobre samopoczucie, sprawność i witalność. Dla zwiększenia skuteczności przekonywania w tej kwestii wskazana

jest zarówno solidna argumentacja oparta na faktach, liczbach jak i posługująca się sygnałami nie wymagającymi głębszego namysłu np. spektakularnymi przykładami, opiniami znanych i cenionych osób itp. (Aronson, 2006). Bardzo istotne jest też by uczyła, jak zmieniać zachowania, na sprzyjające zdrowiu. Idzie tu zatem o dostarczenie pracownikom prostych metod i technik, za pomocą których mogą rozpoznawać m.in.: czy i na ile gotowi są do modyfikacji sposobów postępowania względem zdrowia (np. pomagających ustalić w jakim stadium zmiany zachowania się znajdują), identyfikować swoje mocne i słabe strony w tym zakresie (np. poprzez analizę intencji do działania, planowanie przedsięwzięć, identyfikację oczekiwań dotyczących wyników działania), wzmacniać własne potencjały (np. odnosząc się do wcześniejszych doświadczeń) oraz radzić sobie z ograniczeniami (takimi jak np. wyuczona bezradność, brak silnej woli), (Łuszczynska, 2004). Idzie więc o taką edukację, która ma szansę przekonać jednostkę, że jej zachowania to istotna determinanta stanu zdrowia, a równocześnie pomóc jej w ich zmianie, w pożądanym kierunku. Oznacza to również, że trzeba bardzo ostrożnie posługiwać się w ramach edukacji zdrowotnej treściami wywołującymi strach, lęk. Jeśli decydujemy się na takie przekazy, to tylko wtedy jeśli towarzyszy im dokładna instrukcja jak poradzić sobie z zagrożeniem. Przy czym zalecane działania powinny być możliwe do wykonania przez przeciętnego odbiorcę takiego przekazu. W przeciwnym wypadku, tego rodzaju treści edukacyjne mogą spowodować u osób z niską samooceną ich bierność, wycofanie się z danej sfery oddziaływania na własne zdrowie (Dobbs i Leventhal, 2005). Prowadząc edukację zdrowotną nie należy też zapominać o co najmniej kilkakrotnym potarzeniu już przekazanych treści (Minelli i Brecon, 2009)

Ponadto motywującą funkcję mogą mieć inne rozwiązania i mechanizmy, które warto zastosować w ramach programu m.in. takie jak:

- a) zorganizowanie pracownikom pomocy ze strony jakiegoś specjalisty (np. lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty), w wyborze określonych oddziaływań programu, w oparciu o sytuację zdrowotną danej osoby (to jest np. stan zdrowia, profil ryzyka zdrowotnego, warunki i charakter pracy). Mogą to być np. porady face to face, telefoniczne, e-mailowe czy on-line,
- b) oferowanie nie pojedynczych działań, ale całych ich pakietów (mini programów), w ramach których pracownik uzyskuje kompleksowe wsparcie. Powinny one obejmować działania, dzięki którym przekonuje się czy ma problem w sferze odżywiania czy aktywności fizycznej (np. otrzymując proste testy czy aplikacje do oceny wybranych parametrów ciała, w tym jego sprawności, stanu zachowań żywieniowych, ryzyka dla zdrowia, które powodują), może nabyć umiejętności realizacji konkretnych zachowań zdrowotnych, istotnych dla radzenia sobie ze zdiagnozowanym problemem (np. pod okiem trenera wykonać określone ćwiczenia fizyczne, nauczyć się przyrządzania zdrowych posiłków) oraz uzyskać pomoc niezbędną do utrwalania właściwych form postępowania (np. trener/doradca będzie się z nim cyklicznie kontaktował, by zachęcać do wytrwałości w realizacji danych

- ćwiczeń, diety, otrzyma aplikację do samokontroli swojego zaangażowania i czynionych postępów, będzie miał możliwość regularnego ćwiczenia razem z innymi osobami (Malik, Blake i Suggs, 2014),
- c) tworzenie stowarzyszeń, grup, zespołów w ramach populacji pracowników, na bazie jakiś pozytywnych cech czy zachowań związanych z dbaniem o zdrowie. Pojawiające się wtedy poczucie konformizmu, przynależności, a nawet dumy z bycia członkiem takiej grupy poprawia poczucie wartości jednostki i prawdopodobieństwo, że będzie ona postępować zgodnie z prozdrowotnymi obyczajami w niej panującymi (Pratkanis i Aronson, 2004),
- d) organizowanie regularnych spotkań w czasie pracy i np. wspólne wykonywanie ćwiczeń fizycznych przez ok. pół godziny, przygotowywanie i spożywanie zdrowych posiłków,
- e) posługiwanie się tzw. społecznym dowodem słuszności czyli np. popularyzowanie informacji o skali korzystania z programu przez personel firmy, poziomie realizacji prozdrowotnych zachowań wśród jego członków oraz ilustrowanie tych danych poprzez prezentację osób i grup zaangażowanych w dbanie o zdrowie w ramach programu i poza nim (Cialdini, 1996),
- f) stosowanie rozmaitych form nagradzania za systematyczne poprawianie nawyków żywieniowych czy ćwiczenia fizyczne (materialnych, ale i w postaci pierwszeństwa w korzystaniu z oferty programu czy pochwał i wyróżnień),
- g) wykorzystywanie tzw. liderów opinii, czyli osób darzonych sympatią, posiadających autorytet, do informowania o programie, jego przedsięwzięciach, zachęcania do aktywnego w nich uczestniczenia, formułowania opinii i ocen na jego temat,
- h) posługiwanie się modelowaniem, czyli upowszechnianie informacji o realizacji lub podejmowaniu prozdrowotnych prób zwiększenia sprawności fizycznej, ograniczenia wagi ciała, jedzenia zdrowszych produktów oraz doświadczeń z tym związanych przez konkretnych, szczególnie lubianych lub cenionych, pracowników (oczywiście za ich zgodą), dla stymulowania procesów ich naśladowania,
- i) prowokowanie, choćby niewielkiego zaangażowania ze strony biernych, niezainteresowanych prozdrowotną ofertą pracowników np. poprzez osobistą prośbę członka zespołu koordynatorów o to by wsparli organizację jakiegoś przedsięwzięcia w ramach programu (np. powiadomili kolegów o czasie rozpoczęcia prelekcji), lub wzięli w nim udział. Stwarza to warunki by uaktywniła się w takich osobach potrzeba zachowania konsekwencji we własnym postępowaniu (tzw. reguła zaangażowanie – konsekwencja) (Cialdini, 1996), co zwiększa prawdopodobieństwo korzystania przez takich zatrudnionych z innych rozwiązań programu
- a) stosowanie reguły niedostępności do wybranych elementów oferty programu. Rzeczy mniej dostępne odczuwamy jako bardziej atrakcyjne. Psychologowie społeczni dowiedli, że na nasze decyzje silniej wpływa myśl, że moglibyśmy coś utracić, niż że moglibyśmy coś uzyskać o tej samej

wartości. Dlatego reklamując jakieś prozdrowotne przedsięwzięcie firmy dobrze jest stosować konwencję informowania o tym co się traci nie korzystając z niego, obok/zamiast danych o tym co się zyskuje. Można też przypominać iż będzie ono dostępne tylko w określonym momencie czasu, albo, że nie jest pewne jego powtórzenie, w przypadku większej niż przewidziana liczby zainteresowanych (Cialdini, 1996; Joule i Beauvois, 2006).

Ad. 6. Doskonalenie jakości prozdrowotnej aktywności firmy poprzez bieżący monitoring prowadzonych działań oraz ocenę ich efektów.

Jest to kolejny często niewykorzystany (bo przez ponad 60% średnich i dużych firm w Polsce), a liczący się potencjał zapewniania jakości zakładowych programów promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej (Puchalski i Korzeniowska, 2017). Już sama decyzja o kontroli przebiegu oraz skutków programu sprzyja jego lepszemu zaplanowaniu. Następnie bieżąca ocena przebiegu poszczególnych działań umożliwia szybkie reagowanie i wprowadzanie zmian (korekt lub udoskonalień), dzięki którym mogą być lepiej zorganizowane jak i zyskać większą akceptację ze strony adresatów. W końcu dobra ewaluacja uwidacznia, to co zrobiono, pozwala na precyzyjny opis efektów oraz dyskutowanie sukcesów programu, zarówno wewnątrz firmy jak i w środowisku jej funkcjonowania. W tym sensie ewaluacja jest też techniką promocji aktywności firmy na rzecz zdrowia personelu i budowania motywacji pracodawcy do działania na tym polu. Ponadto jej ustalenia stanowią wartościową bazę dla lepszego planowania i realizacji kolejnych etapów takiej aktywności.

By ewaluacja przebiegała sprawnie zaleca się by w toku prac nad przygotowaniem programu zorganizować podzespół do takich spraw (jako część zespołu koordynującego zakładowy program). Powinien on opracować jej schemat czyli ustalić:

- a) jakie obszary mają być oceniane (czy tylko przebieg programu, czy jego efekty, czy oba z nich),
- b) które szczegółowe aspekty prac wdrożeniowych i efektów będą monitorowane. Gdy idzie o przebieg w grę wchodzi np. jakość działań dotyczących obiegu informacji o przedsięwzięciach, zgodność ich wdrażania z harmonogramem i kosztorysem, monitoring zainteresowania i poziomu uczestnictwa personelu w oferowanych usługach itp. oraz poziomu zadowolenia z nich. Co do efektów, to decyduje jakie zmiany będą oceniane (czy np. w zakresie stanu zdrowia, świadomości zdrowotnej, zachowań zdrowotnych personelu, identyfikacji zatrudnionych z firmą, jakości środowiska pracy – materialnego, organizacyjnego, społecznego, kwestii ekonomicznych, wizerunkowych),
- c) jakimi metodami będą uzyskiwane odpowiedzi dotyczące przebiegu, a jakimi mierzone zmiany, czyli efekty,
- d) kiedy będą zbierane potrzebne dane. Idzie tu zarówno o decyzje dotyczące częstotliwości monitoringu przebiegu programu/konkretnego oddziaływania, jak i określenie, które efekty programu będą mierzone tuż po jego zakończeniu (wybranie takich, które ujawniają się od razu, np. większa wiedza

o sposobach odciążenia kręgosłupa), a które w dłuższej perspektywie czasowej (należą do nich np. takie wskaźniki jak np. zmiany w wadze ciała, sprawności, regularność realizowania danego zachowania zwiększającego aktywność fizyczną). Na ogół można je właściwie ocenić dopiero po kilku czy kilkunastu miesiącach po zakończeniu programu,

- e) kto będzie źródłem danych. Idzie tu o decyzje dotyczące udziału ekspertów (przygotowanych przez nich danych, wskaźników) i zakresu ich prac, ale także roli personelu. Kwestie wymagające ustalenia w przypadku pracowników, to prawidłowy ich dobór jako źródeł informacji (by uniknąć zniekształceń), nieabsorbujące i zapewniające poufność sposoby zbierania od nich potrzebnych opinii,
- f) do kogo będą kierowane ustalenia ewaluacji. To bardzo istotny element zarządzania programem, decydujący w gruncie rzeczy o przydatności prac tego rodzaju. Sprawny obieg danych z ewaluacji przebiegu działań od koordynatorów do decydentów, to warunek m.in. szybkiej ich korekty, gdy stwierdzono błędy. Z kolei do pracowników daje np. szansę wykorzystania powstających rezerw czy wybór innych możliwości działania. Wyniki dotyczące efektów stanowią natomiast dla pracodawcy ważną podstawę do decyzji o kontynuowaniu/intensyfikowaniu działań prozdrowotnych i ich sprofilowaniu (lub zaprzestaniu). Dobry feedback wyników do całego personelu tworzy atmosferę zaufania, poczucie dumy z osiągniętych efektów lub motywację do dalszej pracy i współpracy na rzecz zdrowia społeczności firmy (Dudgill i Springett, 2009).

Następnie podzespół ten powinien czuwać nad gromadzeniem danych objętych planem ewaluacji, stymulować personel do uczestnictwa w tym procesie. Jego rolą jest też opracowanie wniosków z prowadzonych prac ewaluacyjnych. W przypadku tych dotyczących przebiegu programu idzie m.in. o identyfikowanie rozwiązań użytecznych, wskazywanie co natychmiast powinno być zmienione, określanie kosztów niepodjęcia prac naprawczych i korzyści wynikających z wprowadzenia korekt. Gdy idzie o ocenę efektów podzespół powinien gruntownie przeanalizować i porównać co osiągnięto, w kontekście tego co założono. Ponadto jego zadaniem jest też wypracowanie propozycji związanych z kontynuacją programu, ewentualnymi długofalowymi zmianami w jego realizacji (Dudgill i Springett, 2009).

Takie podejście do ewaluacji programu promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej (tzw. *action research approaches to evaluation*) opiera się na możliwe szerokim angażowaniu uczestników programu w procesy jego oceny i jest nakierowane przede wszystkim na doskonalenie programu i poszczególnych jego elementów, by zwiększyć prawdopodobieństwo realizacji zaplanowanych celów. Inne metodologie ewaluacji, pozwalające na uzyskanie danych wartościowych także z punktu widzenia naukowego (wymagające np. losowo dobieranych grup kontrolnych) są trudne do zastosowania w praktyce, chociażby właśnie z tego powodu, że eliminują pewne grupy zatrudnionych z dostępu do udogodnień programu (Dudgill i Springett, 2009).

Ad.7. Kreowanie atmosfery współpracy, tolerancji i zycziwego wsparcia w sferze tego jak odżywia się czy dba o swoją sprawność fizyczną personel firmy.

Idzie tu przede wszystkim o to, żeby firma aktywna prozdrowotnie doskonaliła wiedzę pracowników na temat tego jak traktować swoje zdrowie, umiejętnie zachęcała do podejmowania tego rodzaju działań i ułatwiała ich realizację, ale nie tworzyła presji, atmosfery przymusu, pretekstów do osądzania, a co gorsze wykluczania tych, którzy mają inne zdanie, nie chcą czy nie mają warunków by angażować się na polu zdrowego żywienia czy aktywności fizycznej. W takiej sytuacji mogą się znaleźć przede wszystkim osoby starsze, o niskim poziomie wykształcenia, dochodach, mieszkające na wsi, ale także cierpiące na pewne choroby przewlekłe, które wymagają specyficznego diety czy rehabilitacji ruchowej. Na stygmatyzację w przypadkach tego rodzaju programów szczególnie narażeni są ludzie z nadwagą i otyłością. Nieumiejętnie prowadzone programy mogą aktywizować stereotypy na ich temat (np. że są mniej zdolne do samokontroli, mniej ambitne), które nie mają uzasadnienia świetle badań naukowych (Pietrzykowska i Wierusz-Wysocka, 2008). Moda na bycie „fit” może też stanowić problem dla młodych, dobrze wykształconych, ale niewysportowanych osób, będzie ich bowiem wyróżniać w gronie sprawniejszych kolegów. Nie oznacza to, że trzeba rezygnować ze specyficznego wsparcia dla tego rodzaju pracowników, czyli np. z nadwagą, otyłych czy mało sprawnych ruchowo. Trzeba je tylko wdrażać w szczególnie przemyślany sposób, czyli informować o nich personel, organizować nabór chętnych, informować o efektach. By uniknąć problemów, o których mowa dobrze jest po prostu popularyzować działania dotyczące zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej posługując się bardziej ogólnymi terminami np. promocji zdrowia czy zdrowego stylu życia, a także czynić ich adresatami ogół personelu. Równocześnie na tyle różnicować paletę oddziaływań, by znalazły się w niej takie, które są dostępne także dla grup osób z wyżej wspomnianymi ograniczeniami czy problemami.

Bibliografia

- Aronson, E. (2006). Człowiek istota społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Axson, D. i Cooper, J. (2001). Redukcja wagi za pomocą dysonansu: Rola uzasadniania wysiłku w doprowadzeniu do spadku wagi. W: Aronson, E. *Człowiek istota społeczna. Wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Burton, J. (2010). WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. Geneva: WHO.
- Cabała, P. (2007). Wprowadzenie do prakseologii – Przegląd zasad skutecznego działania. Kraków: Wydawnictwo AE w Krakowie.
- Cialdini, R. (1996). Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. Gdańsk: GWP.
- Cianciara, D. (2010). Zarys współczesnej promocji zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Dabral-Bhatt, S. i Klein, E.G. (2014). A review of the Effectiveness of Worksite Dietary and Physical Activity Interventions for Obesity Prevention. *Journal of Science Policy & Governance*, Sept 1–14. Pobrane z www.sciencepolicyjournal.org
- Dobbs, J.M. i Leventhal, H. (2005). Wpływ zróżnicowanych zaleceń podawanych w przekazach wzbudzających strach na skuteczność przekonywania. W: Aronson, E. *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dudgill, L. i Springett, J. (2001). Evaluating health promotion program in the workplace. W: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Povin, L., Springett, J. i Ziglio, E. (Eds.). *Evaluation in health promotion. Principles and perspective*, Denmark: WHO.
- Gawrysiuk, P. (2008). Cyfrowa rewolucja. Rozwój cywilizacji informacyjnej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gniazdowski, A. (1997). Promocja zdrowia w miejscu pracy, teoria i zagadnienia praktyczne. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. J. Nofera.
- Gniazdowski, A. (2002). Promocja zdrowia. W: Indulski, J., Jethon, Z. i Dawydzik, L.T., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera.
- Grossmann, R. i Scala, K. (1997). Promocja zdrowia a rozwój organizacyjny. Tworzenie siedlisk dla zdrowia, Warszawa: Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Regionalne dla Europy.
- Joule, R.U. i Beauvois, J.L. (2006). Gra w manipulację. Wywieranie wpływu dla uczciwych. Gdańsk: GWP.
- Karawajczyk, W. (2009) Kształcenie dorosłych w ujęciu andragogicznym. *Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych*, (1), 95–108.
- Konecki, K. (2017). Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana. Warszawa: PWN.
- Korzeniowska, E. (1998). Organizowanie i realizacja programów promocji zdrowia w miejscu pracy. W: Gniazdowski, A. (red). *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Wybrane programy*. Łódź: IMP.
- Korzeniowska, E. (2008). Świadomość zdrowotna aktywnych zawodowo o niskim poziomie wykształcenia jako wyzwanie dla edukacji zdrowotnej. W: Chrzanowska, I., Jachimczak, B. *Miejsce innego we współczesnych naukach o wychowaniu*. Łódź: Wyzwania praktyki, Satori.
- Korzeniowska, E. (2010). Polscy pracownicy o wykorzystaniu nowych mediów w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w miejscu pracy. *Studia Edukacyjne*, (23), 168–181.
- Korzeniowska, E. (2010). Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie-przykład polski, W: Korzeniowska, E. i Puchalski, K. (red). *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie-wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Riga: Riga Stradins University.
- Korzeniowska, E., Wojtaszczyk, P., Puchalski, K., Pyżalski, J., Goszczyńska, E. i Haratau, T. (2013). Project management in workplace health promotion. W: Lazar, T. *Workplace health promotion. Definitions, methods and techniques*. Lubliana: University Medical Centre.
- Korzeniowska, E. i Puchalski, K. (2017). Jak polscy pracownicy reagują na informacje dotyczące prozdrowotnego stylu życia. *Medycyna Pracy*, 68(4).

- Lutyński, J. (2000). *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe.
- Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union (1997). Luxembourg: European Network for Workplace Health Promotion.
- Łuszczynska, A. (2004). Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Malik, H., Blake, L. i Suggs, L.S. (2014). A. Systematic review of workplace health promotion interventions for increasing physical activity, *British Journal of Health Psychology*, 19, 149–180.
- Minelli, M.J. i Brecon D.J. (2009). *Community Health Education, Settings, Roles, and Skills*. Sudbury, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Pietrzykowska, E. i Wierusz-Wysocka, B. (2008). Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się, *Polski merkuriusz Lekarski*, XXIV, 143, 472–476.
- Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Luxmed, (2015). *Zdrowie w miejscu pracy-diagnoza i oczekiwane zmiany*.
- Pratkanis, A. i Aronson, E. (2004). *Wiek propagandy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Puchalski, K. (2004). Zachowania antyzdrowotne i ich motyw w świadomości pracowników przedsiębiorstw, *Medycyna Pracy*, 55(5), 417–424.
- Puchalski, K. i Korzeniowska E. (2004). Dlaczego nie dbamy o zdrowie? Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności zdrowotnej. W: Piątkowski, W. *Zdrowie, choroba, społeczeństwo*. Studia z socjologii medycyny. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Puchalski, K. i Korzeniowska, E. (2013). Health promotion – the rationale and obstacles in workplaces with different employment and financial soundness. *Studia Socjologiczne*, 64(6), 743–757.
- Puchalski, K. i Korzeniowska E. (2014). Promocja zdrowia w Polsce. Quo vadis? W: Skrzypek, M. (red), *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Puchalski, K. i Korzeniowska, E. (2017). Promocja zdrowia w zakładach pracy w Polsce w 2015 r. – diagnoza na podstawie reprezentatywnego badania firm zatrudniających powyżej 50 pracowników. *Medycyna Pracy*, 68(2), 229–246.
- Wojtaszczyk, P., Pyżalski, J., Puchalski, K., Haratau, T., Korzeniowska, E., i Iwanowicz, E. (2009). *Project Management in Workplace Health Promotion*. W: Wynne, R. Masanotti, G., Vander Broek K, Ylikoski, M., Korzeniowska E., ... Haratau, T., *Workplace Health Promotion Training Manual*. Bucharest: Romtens.
- Woynarowska, B. (2008). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wynne, R. Masanotti, G., Vander Broek K, Ylikoski, M., Korzeniowska, E. i Haratau, T. (2009). *Workplace Health Promotion Definitions, Methods and Techniques*. Workplace Health Promotion Training Manual. Bucharest: Romtens.

Jak dbać o zdrowie psychiczne pracowników, realizując projekty promocji zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej?

Podział na zdrowie fizyczne i psychiczne

Na co dzień stosujemy podział na zdrowie fizyczne i psychiczne. Czasami też uważamy, że dbałość o jedno lub drugie oznacza całkowicie odmienne działania – wszak mówimy przecież o zdrowiu rozumianym w inny sposób. Ma to swoje oczywiste konsekwencje dla planowania programów promocji zdrowia realizowanych w różnych środowiskach, także tych, które realizowane są w miejscu pracy. Często są one nakierowane na problemy jednego z tych dwóch „rodzajów” zdrowia. Realizujemy więc przykładowo programy nastawione na prawidłowe odżywianie lub aktywność fizyczną (zdrowie fizyczne) lub programy nastawione na redukcję stresu (zdrowie psychiczne). Stosunkowo rzadko poddajemy refleksji to, iż działania z zakresu promocji zdrowia, które podejmujemy mogą mieć związek, i najczęściej mają z obydwoma aspektami zdrowia, nawet wtedy, gdy tego nie planujemy.

Tekst tego rozdziału stanowi właśnie okazję do podjęcia refleksji nad wzajemnymi zależnościami jednego i drugiego ujęcia zdrowia w kontekście realizacji programów promocji zdrowia w miejscu pracy, w szczególności tych, które nastawione są na promocję aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania.

Jak już napisano we wstępie, zdrowie fizyczne i psychiczne bywają często na poziomie analitycznym traktowane jako rozdzielne. W rzeczywistości jest jednak tak, że obydwa omawiane tutaj rodzaje zdrowia są ze sobą ściśle powiązane. Kanadyjskie Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia Psychicznego (Canadian Mental Health Association) wskazuje tutaj przynajmniej trzy mechanizmy takiego związku:

1. Problemy ze zdrowiem psychicznym są czynnikiem ryzyka chronicznych chorób o charakterze fizycznym.
2. Osoby z poważnymi zaburzeniami w obszarze zdrowia psychicznego doświadczają bardzo często poważnych zaburzeń w obszarze zdrowia fizycznego.

W kontekście tego artykułu warto przywołać związki zdrowia psychicznego ze zdrowiem fizycznym w kontekście odżywiania. Zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami zaburzenia odżywiania się obejmują dwa wyraźnie wyodrębnione zespoły – jadłowstręt psychiczny (anoreksję psychiczną) i żarłoczność psychiczną (bulimię psychiczną). Obecnie wskazuje się także problem tzw. ortoreksji – czyli patologicznej fiksacji na spożywaniu właściwej i zdrowej żywności (Janas-Kozik i in., 2012). Ten ostatni problem podsycany jest dodatkowo przez silnie zakorzenioną w kulturze medialnej modę na zdrowe odżywianie, podsycaną przez producentów żywności.

Podobne problemy mogą dotyczyć osób cierpiących na depresję – brak podejmowania aktywności, w tym aktywności fizycznej może być wyraźnie powiązany z doświadczaniem tej właśnie choroby, szczególnie w poważnym jej nasileniu.

Wyraźnie widać zatem, że problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała mogą znajdować swoją przyczynę w obszarze zdrowia psychicznego. W tej sytuacji wszelkiego rodzaju działania i interwencje obejmujące jedynie fizyczny aspekt (np. ćwiczenia fizyczne, dieta) mogą okazać się niewystarczające, aby odnieść właściwy skutek. Podstawą może tutaj być próba poradzenia sobie z problemami zdrowia psychicznego i poszukiwanie rozwiązań charakterystycznych dla tego obszaru, np. skorzystania z grup wsparcia, doradztwa, czy w poważniejszych przypadkach terapii prowadzonej przez specjalistę.

3. Poważne i długotrwałe problemy w obszarze zdrowia fizycznego mogą prowadzić do zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego.

Osoba doświadczająca, np. trudności motorycznych może doświadczać problemów w obszarze zdrowia psychicznego związanych np. z frustracją, powiązanych z niemożnością realizacji określonych zadań czy wypełniania obowiązków, także zawodowych.

Równocześnie warto wskazać, że społeczne czynniki wpływające na zdrowie mają charakter uniwersalny, czyli odnoszą się zwykle równocześnie do zdrowia fizycznego i psychicznego. „Kluczowe aspekty profilaktyki obejmują aktywność fizyczną, dostęp do odpowiedniego odżywiania, adekwatne wynagrodzenie oraz budowanie wsparcia społecznego. To właśnie kreuje możliwości uruchamiania czynników chroniących i redukuje ryzyko problemów w obszarze zdrowia psychicznego i fizycznego” (www.ontario.cmha.ca). Powinno być zatem tak, że to co będzie korzystnie wpływać na zdrowie fizyczne, będzie także korzystnie wpływać na zdrowie psychiczne. To jednak zbyt duże uproszczenie. W rzeczywistości bowiem wpływ czynników społecznych na zdrowie jest bardziej skomplikowany i możliwe są także sytuacje, gdy czynnik wpływający korzystnie na zdrowie fizyczne będzie niekorzystnie wpływał

na zdrowie psychiczne lub odwrotnie. Takimi sytuacjami w kontekście promocji zdrowia w miejscu pracy zajmiemy się w dalszej części rozdziału.

W kontekście przywołanej już promocji zdrowia także, podobnie jak w aspektach omówionych już wcześniej, należy traktować obydwie rodzaje zdrowia holistycznie. Canadian Mental Health Organization (1999) podkreśla, że zdrowie psychiczne jest w sposób nierozzerwalny powiązane z tym jakie ludzie mają relacje z innymi, jaki jest ich styl życia (także w obszarze zachowań zdrowotnych oraz w jakim stopniu potrafią oni kontrolować swoje życie. Wspieranie zdrowia fizycznego może zatem przełożyć się na korzyści w sferze zdrowia psychicznego, zgodnie z powszechnie znaną zasadą „W zdrowym ciele zdrowy duch”. Stwierdzono np. że aktywność fizyczna stanowi skuteczny element profilaktyki zaburzeń depresyjnych a także może mieć działanie wspierające leczenie tej choroby przy lekkim i umiarkowanym nasileniu (Markowicz-Narętkiewicz, 2011).

Z kolei niezestresowani, dobrze czujący się pracownicy mogą wykazywać wyższe zaangażowanie w dbałość o zdrowie fizyczne. Wyraźnie widać, że w miejscu pracy uruchamiane są, wymienione tutaj, mechanizmy powiązane z relacjami z innymi ludźmi (o pozytywnym lub negatywnym charakterze), stylem życia (np. w obszarze norm grupowych związanych z dbałością o zdrowie), czy też warunkami wpierającym lub utrudniającymi prozdrowotne wybory. Czynniki te obecne są w pracy nawet wtedy, gdy nie są one w sposób świadomy generowane przez osoby zarządzające.

Same działania nakierowane na zarządzanie zdrowiem w miejscu pracy, w szczególności te o charakterze promocji zdrowia, także mogą być realizowane w sposób, który uwzględnia oddziaływanie tych czynników w kontekście zdrowia rozumianego na dwa, omawiane w tym rozdziale sposoby.

Zdrowie psychiczne i zdrowie fizyczne w miejscu pracy

Z perspektywy miejsca pracy mniej interesują nas mechanizmy związane z poważnymi zaburzeniami psychicznymi (pkt. 1 wymieniony wyżej). Dotyczyć one będą bowiem stanowczej mniejszości pracowników (grupy klinicznej). Nie oznacza to jednak, że świadomość takich powiązań jest niepotrzebna. Przyda się ona choćby w kontekście wsparcia pracownika oraz umożliwienia mu skorzystania z bardziej zaawansowanej profesjonalnej pomocy (np. psychologa lub lekarza psychiatry).

Warto jednak szczególnie uwzględniać mechanizmy związane z pozostałymi nakreślonymi wyżej aspektami, czyli tym jakie są powiązania zdrowia psychicznego (także rozumianego pozytywnie, a nie tylko brak zaburzeń) ze zdrowiem fizycznym i zachowaniami zdrowotnymi, tj. aktywnością fizyczną, czy odżywianiem.

Należy tu zauważyć, że chociaż wymienione tu programy z nazwy sugerują obszar zdrowia fizycznego, to w rzeczywistości podejmowanie lub niepodjęcie przez ludzi aktywności w tych obszarach zależy od wielu czynników leżących raczej w sferze psychologicznej czy społecznej. Przykładowo K. Puchalski (2015), który dokonał przeglądu badań dotyczących stylu odżywiania Polaków konkluduje, że połowie Polaków ciężko jest utrzymać zdrową dietę ze względu na brak silnej woli, trudności w zakresie organizacji czasu, czy sprzeczne eksperckie rekomendacje dotyczące zdrowego odżywiania. Z pewnością kwestie te powinny być adresowane w programach promocji zdrowia – jednak charakter tych oddziaływań z pewnością wykracza poza typowe oddziaływania na rzecz zdrowia fizycznego.

Badania wyraźnie potwierdzają także, że programy nastawione na zdrowie fizyczne – np. w kontekście odżywiania, czy aktywności fizycznej mogą także przekładać się na pozytywne efekty w obszarze zdrowia psychicznego pracowników (np. Blaine, Rodman, Newman, 2007; Tetlie, Eik-Nes, Palmstierna, Callahan, Notestad, 2008). To ważne, gdyż często programy tego typu rozumiane są bardzo wąsko, jako takie, które odnoszą się jedynie do efektów fizycznego obszaru zdrowia – lepszej sprawności, czy redukcji masy ciała.

Podsumowując – istotne w kontekście promocji zdrowia fizycznego jest rozumienie jego powiązań ze zdrowiem fizycznym. Niemniej jednak ważne, a może nawet istotniejsze w filozofii leżącej u podstaw wdrażania promocji zdrowia jest nakierowanie na pozytywny wymiar zdrowia psychicznego. Jest bowiem tak, że nawet kiedy nie występują zaburzenia czy choroby to można podejmować działania, które sprawią, że samopoczucie ludzi, w kontekście sytuacji w miejscu pracy będzie lepsze. W takim ujęciu promocji zdrowia w miejscu pracy możemy mówić o dobrostanie (*wellbeing*) (Danna i Griffin, 1999), który jest czymś innym niż zdrowie i może występować w różnych do klasycznie rozumianego zdrowia relacjach. Pracownik może w sposób obiektywny mieć niższy status zdrowotny (wręcz być chory), a poczucie jego dobrostanu może być wysokie. Może też być odwrotnie – obiektywnie zdrowy (w sensie medycznym) pracownik może odczuwać bardzo niski dobrostan w miejscu pracy. Warto tu zauważyć, że określone działania z obszaru promocji zdrowia mogą być realizowane w sposób, który podwyższa dobrostan, ale także taki, który ten dobrostan obniża. Kluczowa zatem jest jakość wdrażania programów, aby nie było tak, że straty przeważają nad korzyściami. Danna i Griffin (1999, s. 358) piszą o tym w ten sposób: „doświadczenia jednostki w pracy, nieważne czy fizyczne, emocjonalne, mentalne, czy społeczne z natury, w sposób oczywisty wpływają na jednostkę, gdy jest ona w pracy”. Do tego doświadczenia te „rozlewają się” na sytuację poza pracą.

W tym ujęciu w pewnym uproszczeniu program promocji zdrowia nastawiony na zdrowe odżywianie, czy aktywność fizyczną ma swoją „techniczną” zdrowotną część, polegającą np. na zaangażowaniu pracowników w ćwiczenia fizyczne. Oddziałuje jednak także poprzez swoją część społeczną, związaną z tym jak czują się osoby go realizujące lub z niego korzystające, jakie emocje pojawiają się w związku z realizacją programu i jak przekłada się on na relacje pracowników między sobą i z zarządem.

Należy tu zatem jeszcze raz podkreślić ważną kwestię. Aby program nastawiony na zdrowie fizyczne miał szansę oddziaływać pozytywnie na zdrowie psychiczne musi być realizowany zgodnie z określonymi założeniami i zasadami. Bez trudu można bowiem wyobrazić sobie taki program, który ma dobrze zaplanowaną zawartość odnoszącą się do zdrowia fizycznego, a jednocześnie nie przynosił korzyści w obszarze zdrowia psychicznego (np. samopoczucia pracowników). Najmniej pożądana, ale także realna i stosunkowo często pojawiająca się sytuacja, to taka, gdzie metodyka realizacji programu promocji zdrowia fizycznego będzie prowadziła do tego, iż osoby w nim uczestniczące lub inni pracownicy będą czuć się źle w pracy. Program taki, jeśli jest źle prowadzony może np. podnieść poziom stresu pracowników lub wywołać konflikty, które przełożą się negatywnie na samopoczucie i dobrostan zatrudnionych. Problem ten jest realny, choć rzadko bywa podejmowany przez badaczy. Są jednak dowody empiryczne na jego występowanie. Przykładowo Steinbrunn (1988) wskazuje na fakt, że inicjatywy na rzecz zdrowia pracowników fizycznych mogą wiązać się z obawami, że zakład pracy nie podejmie lub wycofa się z własnych działań na rzecz polepszenia warunków pracy, a cała odpowiedzialność zostanie przeniesiona na pracowników. Działania edukacyjne mogą być postrzegane jako narzucone przez zarząd firmy i w niektórych przypadkach, np. takich, w których prowadzi się diagnostykę medyczną (screening), mogą budzić obawy, że zostaną wykorzystane przeciwko pracownikom (np. w kontekście redukcji personelu). Ponadto działania podejmowane wyłącznie na rzecz jednej grupy pracowników, np. tylko pracowników fizycznych mogą być postrzegane jako dyskryminujące w ramach firmy (podczas kiedy przedstawiciele innych działów, czy kadry zarządzającej mogą zachowywać się antyzdrowotnie).

Jeśli zatem program promocji zdrowia przyniesie takie negatywne efekty w obszarze zdrowia psychicznego i samopoczucia pracowników to będzie to stanowić wyraźne zaprzeczenie realizacji zasady „po pierwsze nie szkodzić”, która bezwzględnie powinna być w kontekście programów promocji zdrowia w miejscu pracy uwzględniana. Nawet najlepsze intencje nie pomogą w sytuacji, gdy sposób realizacji nie będzie prawidłowy.

Programy promocji zdrowego odżywiania w miejscu pracy i aktywności fizycznej a zdrowie psychiczne – w stronę praktyki

Przedstawione wyżej rozważania nie pozostawiają wątpliwości – obszary zdrowia fizycznego i psychicznego powinny być traktowane nierozdzielnie. Są one powiązane zarówno jeśli idzie o wzajemne oddziaływanie na siebie, czynniki zewnętrzne i jednostkowe wpływające na obydwa, jak i potencjalne działania, które

możemy podejmować w celu poprawy bądź wspierania tych dwóch wymiarów zdrowia. Szczególnie ten ostatni aspekt jest kluczowy dla realizacji programów promocji zdrowia w miejscu pracy nastawionych na promocję zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej zatrudnionych. Poniżej przedstawiono listę wskazówek metodycznych dotyczących realizacji takich programów, tak, by uwzględniały one jednocześnie specyfikę wspierania zdrowia psychicznego.

1. Uwzględnienie w edukacyjnej części programu problematyki związku pomiędzy zdrowiem fizycznym a psychicznym

Programy promocji aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania łączy często to, że są przedstawiane jako pomagające w redukcji masy ciała. Ta ostatnia jednak, jak wskazano wcześniej może mieć związek z wieloma problemami natury psychicznej. Warto zatem planując część edukacyjną programu (spotkania ze specjalistami, materiały edukacyjne w wersji tradycyjnej lub online) podjąć wątek zaburzeń odżywiania. Ważne jest jednak dopasowanie treści i formy materiałów edukacyjnych do możliwości percepcji i poziomu wiedzy pracowników. Konieczne jest także zamieszczenie informacji dotyczących miejsc i sposobów uzyskania pomocy i wsparcia. Pomoże to w niektórych przypadkach uświadomić sobie problem, ale także dostrzec, że istnieją realne szanse na jego rozwiązanie. W przypadku możliwości, firma może sfinansować, czy zorganizować wsparcie psychologiczne – konieczne jest tutaj jednak zadbanie o anonimowość i takie możliwości skorzystania z porady, by nie wiedzieli o tym inni pracownicy.

Warte podkreślenia są tutaj dwa możliwe obszary błędów. podniesienie poziomu lęku przez podanie informacji o problemach bez oferty pomocy lub informacji o możliwości takiej pomocy jest jednym z nich. Kiedy człowiek zaczyna się bać, a jednocześnie nie widzi drogi wyjścia, często kontynuuje niewłaściwe działanie, np. objadanie się, czy dysfunkcjonalne działania związane z niewłaściwym odżywianiem. Drugim problemem może być tutaj nieuwzględnienie charakteru przekazów do możliwości odbiorców. Szczególnie istotne jest to w przypadku pracowników nisko wykształconych – tutaj przesylenie skomplikowanym medycznym żargonem, czy niezrozumiałymi danymi stwarza bardzo dużą barierę komunikacyjną. Okazuje się, że skuteczna komunikacja w tym zakresie jest bardzo dużym wyzwaniem i wymaga profesjonalnej wiedzy i wyczucia zarówno w komunikacji twarzą w twarz ze specjalistą (tak w formie wykładu, warsztatu, jak i indywidualnej porady), jak i w materiałach typu plakaty, ulotki, newslettery) (por. Pyżalski, 2010). Pracownicy uczestniczący w działaniach edukacyjnych niedostosowanych do ich możliwości odbioru (za trudne treści, niewłaściwa forma, nieodpowiedni czas lub godziny zajęć) będą doświadczać negatywnych emocji (poczucie bycia zmuszonym, marnowania czasu) przekładających się na ich brak rzeczywistego zaangażowania w program i postrzeganie go jako korzystnego dla nich i w jakiś sposób „własnego”.

Z drugiej strony, warto podejmować problematykę korzyści w obszarze zdrowia psychicznego w działaniach edukacyjnych w celu motywowania pracowników do wzięcia w nim udziału. Atrakcyjne zajęcia edukacyjne czy materiały wskazujące jak aktywność fizyczna czy zdrowe odżywianie może zwiększać potencjał zdrowia psychicznego poprzez redukcję stresu, czy poprawę samopoczucia/witalności mogą stanowić bardzo istotny element reklamujący program – w szczególności jeśli będą realizowane przez komunikatywnego specjalistę z tego obszaru, np. psychologa, lekarza, dietetyka lub trenera.

2. Uwzględnienie wpływu programu na szeroko rozumiany obszar zdrowia psychicznego w ewaluacji wyników

Opisując przebieg programu możemy brać pod uwagę jego typowo „techniczne” składowe tj. liczbę godzin treningów czy warsztatów, w których brali udział pracownicy, redukcję masy, czy wzrost wydolności. Będzie to jednak tylko jeden aspekt. Istotne korzyści programu mogą bowiem wiązać się z lepszym samopoczuciem, subiektywnie odczuwaną witalnością, redukcją stresu czy większym zaangażowaniem w zadania zawodowe lub silniejszą identyfikacją z firmą. Tego typu wskaźniki, mieszczące się w obszarze zdrowia psychicznego, także powinny być uwzględniane przy badaniu efektywności realizowanych działań z zakresu promocji zdrowia w modelu pretest-posttest (przed realizacją programu i po) lub jedynie w ocenie subiektywnej po programie (pracownicy odpowiadają, czy program przyniósł określone rezultaty w ich przypadku). Tego typu wyniki także powinny być poddawane analizie.

Trzeba tu także wskazać, że program, kiedy jest nieprawidłowo realizowany wbrew intencjom wdrażających może także przynieść negatywne rezultaty w tym obszarze – irytację, frustrację, wzrost poziomu stresu, poczucie wstydu czy rozluźnienie relacji z zakładem pracy. Te zmienne także powinny być mierzone, ale jeszcze lepiej cały czas monitorowane i dyskutowane podczas wdrażania programu, tak, by mógł on być w sposób właściwy modyfikowany.

3. Projektowanie i wdrażanie programów promocji aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania z uwzględnieniem ich wpływu na zdrowie psychiczne

Warto pamiętać o tym, że kwestie aktywności i sprawności fizycznej, masy ciała oraz odżywiania to dla wielu ludzi, szczególnie tych, którzy doświadczają problemów w tych obszarach, to tematy drażliwe. Nieuwzględnienie tego w planowaniu i metodyce wdrażania programów promocji zdrowia może stanowić przyczynę porażki. Istotne szczegółowe kwestie, które należy poddać namysłowi, aby zmniejszyć ryzyko porażki to:

- Zaprojektowanie zróżnicowanej oferty zajęć w obszarze aktywności fizycznej, tak by osoby o różnych preferencjach w tym zakresie i różnym poziomie sprawności fizycznej mogły coś odpowiedniego dla siebie wybrać. Uwzględnienie np. tylko jednego typu zajęć lub jedynie zajęć o wysokim stopniu zaawansowania może prowadzić do wytworzenia się podziałów w zespole pracowniczym lub poczucia wykluczenia jakiejś grupy pracowników (np. tych mniej sprawnych, którzy mogliby najbardziej skorzystać z programu). Warto tutaj przed przystąpieniem do planowania i realizacji programu rozpoznać potrzeby i preferencje pracowników w tym obszarze.
- Zaproponowanie szerokiej oferty oddziaływań związanych ze zdrowym odżywianiem. Tu także, podobnie jak przy aktywności fizycznej, preferencje mogą być zróżnicowane. Dla jednych wystarczającym działaniem może być oferta zdrowych produktów w zakładowej stołówce, podczas, gdy inni będą usatysfakcjonowani przy bardziej aktywnych formach, np. kursach zdrowego przyrządzania potraw, w których będą mogli brać udział z innymi pracownikami. Zależenie od warunków i możliwości firmy bogactwo i zakres oferty mogą być różne. Jednak im jest ona bogatsza, tym bardziej daje możliwość spełnienia oczekiwań pracowników i ich wyższą satysfakcję i identyfikację z realizowanymi w firmie działaniami.
- Nastawienie na działanie i zaangażowanie pracowników w program, a nie na szybkie efekty. Od początku wdrażania programu należy dbać o to, by promował on aktywność każdego, nawet osób doświadczających problemów, w taki sposób, by nie czuły się one zawstydzone, czy wyłączone z proponowanych aktywności. Warto to podkreślać przy reklamowaniu programu i motywowaniu pracowników do udziału w nim, a także podczas jego realizacji. Należy tu dbać o to, by osoby bardziej sprawne, nie uczyniły z całego programu działań „wyczynowych”, eliminujących osoby mające inne podejście.
- Monitorowanie programu pod kątem „miękkich” problemów związanych z relacjami wśród pracowników, kontaktami z osobami prowadzącymi, otrzymywanego wsparcia, etc. Identyfikacja problemów w zarodku pozwala zwykle na ich sprawne eliminowanie. Na dalszym etapie szkody wywołane źle zaprojektowanym i wdrożonym programem mogą być trudne do naprawienia. W szerszym znaczeniu punkt ten oznacza, że aby program był korzystny dla zdrowia psychicznego pracowników musi być organizowany partycypacyjnie, tzn. wspólnie z pracownikami.

Omówione w rozdziale efekty nie wyczerpują tematu ani w aspekcie treści teoretycznych ani wdrożeniowych. Wyraźnie jednak wskazują, że koncentrując się podczas realizacji programu promocji zdrowia w miejscu pracy jedynie na zdrowiu fizycznym popełnimy błąd, czyniąc taki program mniej efektywnym, a czasami nawet doświadczymy efektów wartościowanych ujemnie.

Bibliografia

- Blaine, B.E., Rodman, J. i Newman, J.M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: a review and meta-analysis. *J Health Psychol*, 12(1), 66–82.
- Danna, K. i Griffin, R.W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *J Manag*, (25), 357–84.
- Canadian Mental Health Association (1999). Glossary of Terms. Mental Health Promotion Toolkit: a practical resource for community initiatives., Pobrane z www.cmha.ca/mh_toolkit/intro/glossary.htm
- Canadian Mental Health Organization (2013) Workplace Mental Health Promotion – a how to guide. Pobrane z <http://www.ontariocampsassociation.ca/wp-content/uploads/2013/10/WorkplaceMentalHealthPromotionGuide-2.pdf>
- Janas-Kozik, M., Zejda, J., Stochel, M., Brożek, G., Janas, A. i Jelonek, I. (2012). Ortoreksja – nowe rozpoznanie. *Psychiatria Polska*, (3), 441–450.
- Jarman, L., Martin, A., Venn, A., Otahal, P., Blizzard, L., Teale, B. i in. (2016). Workplace Health Promotion and Mental Health: Three-Year Findings from Partnering Healthy@Work. *PLoS ONE*, 11(8), e0156791. Pobrane z <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156791>
- Markowicz-Narętkiewicz, A.E. (2011). Związek między wydzielaniem neuroprzekaźników a powstawaniem chorób psychicznych – na szczegółowo omówionym przykładzie depresji. *Neurokogniwytyka w patologii i zdrowiu*. 55–59.
- Puchalski, K. (2015). Świadomość potoczna jako wyzwanie dla promocji zdrowego odżywiania w internecie, W: M. Kaczmarek-Śliwińska (red.) *Organizacje i idee. Komunikowanie się w obszarze tradycyjnych i nowych mediów*, Koszalin: Wydawnictwo Politechniki Koszalińskiej.
- Pyżalski, J. (2010). Metodyka edukacji zdrowotnej osób o niskim poziomie wykształcenia – przegląd propozycji, W: Korzeniowska, E., Puchalski, K. (red), *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej* (s. 44-50). Ryga: Stradnis University.
- Steinbrunn, R.L. (1988). Blue collar workers: what factors influence participation in health education programmes. *Benefit Q*, (4), 71–79.
- Tetlie, T., Eik-Nes, N., Palmstierna, T., Callahan, P. i Nottestad, J.A. (2008). The effect of exercise on psychosocial and physical health outcomes: preliminary results from a Norwegian forensic hospital. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(7), 38–43.

Wykorzystywanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w działaniach promujących zdrowe odżywianie się i aktywność fizyczną

Zakład pracy powinien być ważnym środowiskiem realizacji działań prozdrowotnych i szerokim „kanałem” docierania do osób dorosłych, w obszarach związanych ze zdrowiem. Wynika to m.in. ze względu na powszechność pracy, jak i możliwość wykorzystywania nabytej wiedzy, również w sytuacjach pozazawodowych np. w życiu prywatnym, czy rodzinnym. Innymi słowy, prowadzenie działań sprzyjających zdrowiu w pracy, m.in. poprzez implementację programów zdrowego odżywiania się, promujących aktywność fizyczną lub profilaktycznych (np. dotyczących używania substancji psychoaktywnych) może mieć wpływ zarówno na samego pracownika, jego środowisko pracy jak i szersze otoczenie społeczne (Graham, Cobb, Raymond, Sill i Young, 2007). Zdaniem Elżbiety Korzeniewskiej (2012), stosunek pracowników do zdrowia przekłada się nie tylko na jego stan, ale pośrednio także na sprawność oraz wydajność w wykonywaniu obowiązków zawodowych – zatem nie jest obojętny dla firmy. Jedną z charakterystycznych właściwości edukacji zdrowotnej czy szerzej – działań promujących zdrowie, kierowanych do pracowników, stanowi fakt, że ich odbiorcami są dorośli a miejscem realizacji jest miejsce pracy. Przynosi to pewne konsekwencje dla osób wdrażających programy edukacyjne i promujące zdrowie – w przeciwieństwie do młodych ludzi (uczniów), dorośli nie są formalnie zobowiązani do uczestnictwa w takich aktywnościach, a te nie są zwykle priorytetowym obszarem działania firm. Stąd wynikają przynajmniej dwa kolejne wyzwania – wzbudzanie motywacji decydentów w miejscu pracy (kadry kierowniczej, menedżerów) do wspierania takich działań oraz potencjalnych uczestników do udziału w nich.

Siedzący tryb pracy, któremu towarzyszy niski wydatek energetyczny, stanowi współcześnie poważny problem zdrowotny. Badania wskazują, że jego

konsekwencjami są m.in. otyłość, zaburzenia przemiany materii, cukrzyca typu drugiego, niektóre nowotwory i choroby układu sercowo-naczyniowego. Problemy te występują, zdaniem Kristofa de Cocker i współpracowników (2015), nawet niezależnie od takich czynników jak umiarkowana aktywność fizyczna poza miejscem pracy. Oznacza to, że interwencje ukierunkowane na ograniczanie siedzącego trybu pracy są pożądanym elementem działań sprzyjających wzmocnieniu zdrowia i przeciwdziałania jego zaburzeniom.

Niewłaściwe odżywianie stanowi dodatkowy czynnik ryzyka. Ekspertki zwracają uwagę, że pośród wielu przyczyn nadwagi i otyłości należy również uwzględnić sferę aktywności zawodowej. „Współczesny człowiek coraz dłużej pracuje (więc może nie mieć czasu na racjonalny styl żywienia), często w nadmiernym stresie (z którym na ogół radzi sobie podjadając), w pozycji siedzącej i wydając coraz mniej energii. Stąd pomoc personelowi w zdrowym stylu odżywiania i zachowaniu optymalnej masy ciała staje się wyzwaniem dla firm, w kontekście coraz trudniejszego dla nich rynku pracy. Jak dotąd niewiele, bo tylko 4% firm w Polsce angażuje się w działania wspierające personel w zakresie zdrowego odżywiania i zachowywania prawidłowej masy ciała (Jak firma..., 2017, s. 4). W niektórych zawodach, ryzyko nieprawidłowych nawyków żywieniowych jest podwyższone (np. w pracy zmianowej). Powagę sytuacji potwierdzają wyniki w tzw. krajach rozwiniętych. Na przykład w Australii, 68% przedwczesnych zgonów spowodowanych jest otyłością, co czyni ją główną ich przyczyną oraz dotyczy szczególnie mężczyzn, którzy stanowią trudną grupę pod względem zaangażowania w programy ograniczania wagi (Morgan i in., 2010).

Wyzwaniem, przed jakim stoją osoby realizujące działania promujące zdrowie, jest docieranie do możliwie szerokich grup odbiorców, w tym szczególnie narażonych. W dużym stopniu, zależy to od używanych narzędzi prowadzenia działalności prozdrowotnej – zarówno tych tradycyjnych (np. ulotek, broszur – drukowanych informacji o zdrowiu), jak również wykorzystujących nowe media (internetu dostępnego przez komputery, laptopy, telefony komórkowe itp.). Przynajmniej kilka faktów każe spojrzeć na nowoczesne technologie jako potencjalne narzędzia, których użycie przez osoby realizujące działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, powinno mieć miejsce w szerszym niż obecnie zakresie oraz uzupełniać tradycyjnie realizowane aktywności prozdrowotne. Po pierwsze, dla coraz większej liczby pracowników korzystanie z nowych mediów jest czymś bardzo naturalnym, zarówno w sensie uczenia się jak i preferowanego środka komunikowania się¹. Tak więc potrzeby pracowników, powszechność używania nowych mediów² i duże oczekiwania związane z nowymi mediami w kontekście zdrowotnym³ mają tu zasadnicze

¹ Chodzi tu o takie właściwości jak m.in. interaktywność, szybka informacja, preferencja grafiki nad tekstem.

² Tylko 1 na 10 badanych pracowników nie korzysta z internetu ani w pracy ani w domu („Nowe media w promocji zdrowia”. Badanie zrealizowane w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, IMP 7.1/2012).

³ np. 67% pracowników oczekuje, że specjaliści w miejscu pracy powinni selekcjonować wiarygodne strony internetowe dotyczące zdrowia („Nowe media w promocji zdrowia”, IMP 7.1/2012).

znaczenie. Po drugie, wykorzystywanie nowych mediów w opisywanym kontekście, może sprzyjać większemu upodmiotowieniu odbiorców działań (*e-empowerment*), uczestników programów prozdrowotnych (np. poprzez zwiększenie poczucia kontroli, większą aktywność użytkownika, możliwości wyboru itp.). Po trzecie, znaczenie ma duża różnorodność oferty i znaczna atrakcyjność dla części odbiorców (np. aplikacje „zdrowotne” instalowane w telefonach komórkowych). Po czwarte, szeroko rozumiane korzyści dla firmy, jak np. objęcie działaniami profilaktycznymi tych pracowników, do których trudno inaczej dotrzeć czy korzystny stosunek nakładów do korzyści⁴ (Champion, Newton, Barrett i Teesson, 2013), przewyższenie problemów czasowych i przestrzennych, np. w ustaleniu godzin odbywania się szkoleń, ich miejsca w przypadku firm o dużym rozproszeniu pracowników (gdy wiele osób pracuje poza siedzibą firmy). Po piąte, korzyści dla samego pracownika np. poczucie anonimowości, pojawiające się w sytuacji korzystania z pomocy *online* czy mechanizm rozhamowania ułatwiający mówienie o problemach, wstydlivych, wrażliwych kwestiach oraz możliwość uniknięcia stygmatyzacji (Aouil, 2008), co może mieć znaczenie np. w przypadku osób otyłych.

Krzysztof Puchalski (2012) zauważa, że niekwestionowaną zaletą edukacji zdrowotnej poprzez internet są takie kwestie techniczne jak: względnie łatwy i szybki dostęp do poszukiwanych informacji, różnorodność form przekazu oraz swoisty demokratyzm względu na ich społeczno-ekonomiczny status. Ale jak zauważa: „realna dostępność do internetu i możliwy zakres jego wykorzystania jest uwarunkowany owym statusem. Czyni to edukację poprzez Sieć obiektywnie trudno dostępną dla grup niskiego statusu” (Puchalski, 2012, s. 136). Powszechność używania internetu przez dorosłych, w tym do celów związanych ze zdrowiem (poszukiwanie informacji o zdrowiu), nie może przesłonić faktu, że w obszarze zdrowia publicznego działania realizowane z wykorzystywaniem nowych mediów powinny być częścią szerszej strategii interwencji w środowisku pracy, uwzględniających również formy tradycyjne (twarzą w twarz) np. kontakt z wiarygodnymi ekspertami czy wsparcie w korzystaniu z form opartych na internecie. Szczególnie to ostatnie, dotyczy osób z niższym wykształceniem, co potwierdzają również pośrednio de Cocker i współpracownicy (2015), którzy konkludują, że mimo optymistycznych danych dotyczących realizacji działań promujących zdrowie za pomocą nowych mediów (duże zainteresowanie uczestników, dość wysoka ocena otrzymywanych informacji i znaczny odsetek osób wprowadzających prozdrowotne zmiany), pracownicy z niskim poziomem wykształcenia wciąż stanowią

⁴ Inną jeszcze kwestią jest to, czy działania prozdrowotne, w dużym stopniu oparte na internecie, są tańsze niż tradycyjne i oszczędne z punktu widzenia ponoszonych przez firmę nakładów finansowych. Istnieją analizy (np. Robroek, Lindeboom i Burdorf, 2012) kosztów-efektywności wykazujące, że programy takie nie wiążą się z korzyściami ekonomicznymi. Działania takie są jednak inwestycją w zdrowie, a nie jedynie przedsięwzięciem ukierunkowanym na bezpośredni zysk. Korzyści, zarówno dla samych pracowników jak i dla firmy wykraczają poza ekonomiczny charakter (np. przyczyniają się do bardziej pozytywnego wizerunku zakładu pracy i silniejszej z nim identyfikacji pracowników).

wyzwanie dla takich działań (np. w braku gotowości do zaangażowania się).

W korzystaniu z internetu ukierunkowanym na sprawy związane ze zdrowiem (szczególnie wtedy gdy jest on jedynym narzędziem), specjaliści zauważają również ryzyko polegające na unikaniu kontaktu ze specjalistami (Paszowska, 2008).

W świetle polskich badań⁵, wykorzystanie nowych mediów do działań edukacyjnych i promujących zdrowie w zakładach pracy ocenić należy jako marginalne (Korzeniowska, 2012) – dotyczy jedynie ok. 4–6% firm. Równocześnie, mamy do czynienia z dużym zapotrzebowaniem, wyrażanym przez pracowników od zatrudniających ich podmiotów, na wykorzystanie internetu w znacznie większym zakresie niż ma to miejsce obecnie (np. co szósty pracownik chciałby od swojej firmy wskazówek (linków), z jakich warto korzystać stron, materiałów w internecie, otrzymywać drogą e-mailową bieżące informacje, czy gazetki o zdrowiu, albo mieć dostęp do komputerów wyposażonych w programy zachęcające do wykonywania korzystnych dla samopoczucia ćwiczeń w czasie pracy). Zdaniem Elżbiety Korzeniowskiej (2012) istnieją niezbędne podstawy, żeby traktować internet jako jedno z narzędzi oddziaływania w kampaniach edukacji zdrowotnej i projektach promocji zdrowia adresowanych do pracowników. Analiza literatury naukowej wskazuje na potrzebę realizowania różnych działań opartych na internecie jako ważnych czynników motywujących do efektywnego korzystania z programów promocji zdrowia w miejscu pracy (np. Guertler, 2015). Dość często wymienianym takim działaniem jest wysyłanie przypomnień np. e-mailowych, sms-owych.

Komunikowanie się w sposób zapośredniczony internetem (np. w formie e-mailowej jak i poprzez sms-y) ma elastyczny (np. dostosowany do możliwości czasowych), wygodny (np. nie wymagający fizycznej obecności) i zapewniający dyskrecję charakter (szczególnie w kwestiach osobistych, wrażliwych).

Generalnie obserwowany umiarkowany poziom zainteresowania pracodawców oraz znaczny odsetek osób porzucających uczestnictwo w szeroko rozumianych działaniach prozdrowotnych, może być zdaniem niektórych badaczy, ograniczany poprzez wykorzystywanie bardziej atrakcyjnych i zgodnych z duchem czasu form przekazu (chodzi tu m.in. o microlearning⁶, m-learning⁷, mHealth⁸,

⁵ Próba liczyła 1012 osób zatrudnionych w firmach lub instytucjach zatrudniających co najmniej 50 pracowników, udział proporcjonalny, zgodnie z bazą GUS („Nowe media w promocji zdrowia”, IMP 7.1/2012).

⁶ „Mikronauka” – rodzaj e-learningu opierającego się na tworzeniu i korzystaniu z małych „porcji” wiedzy, zawartej w sms-ach, tweetach, postach, podcastach etc. Microlearning, m.in. ze względu na krótki czas korzystania (czasem liczony w sekundach) z konkretnej porcji wiedzy, zwężoność przekazu, udział użytkowników w tworzeniu zawartości, opiera się na potencjale mediów społecznościowych i urządzeniach mobilnych.

⁷ Mobile learning – uczenie się na odległość wykorzystujące urządzenia przenośne (tablety, smartfony, laptopy) łączące się z Internetem.

⁸ Zdrowie mobilne, medycyna mobilna. Zgodnie z podejściem organizacji mHealth Alliance „mHealth to wszystkie rozwiązania dostarczające usługi medyczne oparte bezpośrednio na technologiach mobilnych oraz wszystkie inne w sposób znaczący wspierane przez te technologie. Pojęcie mHealth zawiera się w szerszej definicji eHealth, które oznacza wykorzystanie

obesity⁹). W działaniach promujących zdrowie zauważa się również potrzebę szerszego wykorzystywania internetu społecznościowego, zapewniania interaktywności oraz takiej budowy stron, serwisów internetowych, która zapewnia swego rodzaju automatyzm np. w podliczaniu swoich wyników, postępów w działaniach na rzecz zdrowia czy ich graficznej prezentacji (Tague i in., 2014). Niestety, analizy baz danych w poszukiwaniu publikacji na temat działań ukierunkowanych na zdrowie i aktywność fizyczną oraz wykorzystującymi nowe media wykazują, że mają one ilościowo ograniczony charakter. Sytuacja wygląda jeszcze gorzej jeśli poszukuje się przykładów takich interwencji realizowanych w środowisku pracy. Badacze (np. Cook, Billings, Hersch, Back i Hendrickson, 2007) zauważają jednak rosnącą popularność programów promocji zdrowia opartych o narzędzia internetowe i wskazują na podobną lub wyższą skuteczność w porównaniu z tradycyjnymi oddziaływaniami (*offline*). Warto zauważyć, że nawet jeśli mówi się o podobnej skuteczności, to jednym z argumentów przemawiających na korzyść uzupełniania nowymi mediami działań tradycyjnych, jest docieranie do osób, grup, które dotychczas nie korzystały z oferty działań edukacyjnych o prozdrowotnym charakterze, realizowanych w tradycyjny sposób. Co ciekawe, w niektórych nowych publikacjach (Geaney i in., 2016) analizujących interwencje w nawyki żywieniowe w miejscu pracy, internet jako środek realizacji takich działań, nie jest w ogóle wymieniany.

Metody wykorzystywania nowych mediów w działaniach na rzecz zdrowia

Poniżej przedstawione są 3 główne metody i wynikające z nich działania wykorzystujące nowe media w programach prozdrowotnych i profilaktycznych, które może firma zorganizować bądź pomóc w ich zorganizowaniu (Plichta, Pyżalski, 2014):

- 1. Metody oparte na bezpośrednim kontakcie ze specjalistą za pomocą internetu.** Możemy tu mówić o umożliwieniu (zorganizowaniu/finansowaniu) indywidualnych konsultacji/porad ze specjalistami realizowanych za pomocą internetu (lekarzem, psychologiem, dietetykiem np. poprzez korespondencję

technologii informacyjnych i komunikacyjnych (komputerów z odpowiednim oprogramowaniem, sieci komputerowych, łączności satelitarnej i komórkowej itp.) w celu dostarczania usług medycznych (Chluski, 2014).

⁹ Termin odnoszący się do używania nowych mediów do prowadzenia działań zdrowotnych w obszarze otyłości (*e-health for obesity*) jak np. konsultacje telefoniczne, korzystanie z programów komputerowych, prowadzenie komunikacji za pomocą wiadomości tekstowych (Castellnuovo i Simpson, 2011).

e-mail, czat, „dyżur” specjalisty w internecie) czy o organizowaniu za pośrednictwem Sieci szkoleń dotyczących odżywiania się i aktywności fizycznej.

2. **Metody oparte na kontakcie z innymi ludźmi z podobnymi zainteresowaniami, problemami.** Jako przykłady działań w tym obszarze można wymienić zorganizowanie forum dyskusyjnego (najlepiej moderowanego przez specjalistę), na którym pracownicy mogą wymieniać opinie w sprawach zdrowia, dzielić się swoim doświadczeniem, doradzać osobom próbującym podjąć określone działania.
3. **Metody oparte na braku kontaktu bezpośredniego (oparte na automatyzacji, interaktywności nowych mediów).** Służą one m.in. autodiagnozie w zakresie odżywiania się, kaloryczności, ilości ruchu, zachowań ryzykownych czy kontrolowaniu procesu wprowadzanych zmian prozdrowotnych poprzez korzystanie z aplikacji zainstalowanych w telefonach komórkowych tzw. smartfonach (Mobile Health, 2012). Jako przykładowe działania w firmie można wymienić promowanie używania oraz upowszechnianie sprawdzonej jakości aplikacji (w przypadku bardziej zasobnych finansowo firm, może to być opracowanie czy zamówienie takiej aplikacji „prozdrowotnej”). Inne działania to np. zainstalowanie na komputerach programów regularnie zachęcających pracowników do zrobienia czegoś dla zdrowia w czasie pracy, np. wstawania od komputera, ćwiczeń fizycznych, zrelaksowania się, umieszczanie na swojej stronie testów, formularzy, które pozwalają wpisać swoje dane i dokonać samodzielnej oceny niektórych wskaźników oceny swojego stanu zdrowia, zagrożeń, chorób, wydolności itp.

Wymienione metody nie wykluczają się i w zależności od potrzeb i potencjału organizacyjnego firmy, mogą nawzajem się uzupełniać oraz, co należy uznać za szczególnie wartościowe, współwystępować z tradycyjnymi działaniami (nie opartymi na wykorzystaniu nowych mediów). Z uwagi na znaczne zróżnicowanie ludzi w zakresie preferencji używania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych i kompetencji w posługiwaniu się nimi (np. problem cyfrowych nierówności) – nie może być to jedyny środek prowadzenia działań prozdrowotnych.

Media, szczególnie nowe, charakteryzują się niezwykle dużym zróżnicowaniem m.in. pod względem ich bogactwa. „Poziom bogactwa mediów wyznaczany jest przez zdolność medium do redukcji niejednoznaczności komunikatu” (McQail, 2007). Im więcej informacji jest w stanie przekazać w określonym czasie, tym jest bogatsze. Nowe media rozpatrywane całościowo są bogate, pozwalając na błyskawiczne przesyłanie tekstu, obrazów czy dźwięków, jednak poziom bogactwa osiąga różne wartości dla poszczególnych mediów w ramach tej grupy. Na przykład wideokonferencja pozwalająca na przesyłanie ruchomego obrazu i dźwięku jest bogatszym medium niż poczta elektroniczna lub komunikator tekstowy (Wieczerzycki, 2014, s. 15). Zgodnie z teorią bogactwa mediów (*media richness theory*) (Daft i Lengel, 1986) i teorii obecności społecznej (*social presence theory*) (oryginalnie sformułowanej w 1976 roku przez Short, Williams, i Christie) wraz

ze spadkiem obecności społecznej w medium, komunikacja staje się mniej osobista, i na odwrót – więcej informacji o rozmówcy (np. o fizycznym wyglądzie) umożliwia bardziej osobisty charakter rozmowy. Bardziej prawdopodobne jest zatem, że zachowanie zmieni się gdy używa się „bogatszych” mediów i że wybór niewłaściwego kanału komunikacyjnego/medium przyczynia się do spadku efektywności działań promujących zdrowie (Blake, Suggs, Coman, Aguirre i Batt, 2017) np. ograniczanie się jedynie do działań *online*. Warto jednak podkreślić, że teorie te bywają krytykowane ze względu na swoją niepełną adekwatność do rzeczywistości, zarówno medialnej jak i zawodowej.

Używanie nowych mediów w działaniach promujących zdrowie pozwala na realizację następujących funkcji dotyczących:

- kontaktu z ludźmi (innymi uczestnikami działań promujących zdrowie, specjalistami),
- diagnozy (zarówno dokonywanej przez realizatorów programu, np. do badania potrzeb pracowników jak również do autodiagnozy),
- dostępu do informacji (np. szeroko rozumianych zasobów, materiałów edukacyjnych),
- motywowania (ze względu na interaktywność, atrakcyjność, współczesny charakter),
- raportowania (np. dostarczania przez uczestników materiałów, jak i otrzymywania przez nich, od osób koordynujących działania, informacji zwrotnej).

Autonomia uczestników działań opartych na internecie to kolejna wartość, która jest podkreślana przez zwolenników wykorzystywania go w działaniach prozdrowotnych. Mówi się też w tym kontekście o pozytywnej roli nowoczesnych technologii we wspomaganiu umiejętności samoregulacyjnych uczestników (realistycznego planowania działań sprzyjających osiągnięciu celów zdrowotnych, np. dotyczących redukcji masy). Nowe media mogą być wykorzystywane również jako narzędzia do samokontroli (np. poprzez informowanie o osiągnięciu dobowego celu czy limitu), wspomagające pamięć, zaangażowanie i motywację, przypominające o podejmowaniu właściwych zachowań (np. o potrzebie wzbogacenia diety o warzywa i owoce) i do realizowania interaktywnych działań.

Współcześnie, w obszarze promocji zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej, znaczącą rolę mogą odgrywać aplikacje na urządzenia mobilne posiadające jedną bądź więcej z poniższych funkcjonalności:

- liczniki kalorii,
- przepisy kulinarne,
- zdrowe zakupy (aplikacja informuje m.in. o zawartości konserwantów w danym produkcie),
- przypominające o piciu wody,
- dzienniki spożywanej żywności,
- krokomierze, rejestratory przebytej trasy,

- pulsometry,
- zestawy ćwiczeń,
- gry interaktywne,
- kalkulatory BMI,
- aplikacje ułatwiające kontrolowanie spalania tłuszczu.

Istnieją również oprogramowania na urządzenia mobilne o pośrednim charakterze (nie odnoszące się wprost do zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej), np. dotyczące kontroli odczuwanego stresu. Jednak należy podkreślić, że w wielu przypadkach można korzystać z takich funkcjonalności również poprzez oprogramowanie na komputerach stacjonarnych. Niektóre dostępne są także w postaci niezależnych urządzeń, jak np. krokomierze, często wykorzystywane w programach promujących aktywność fizyczną w miejscu pracy.

Internet może być głównym kanałem realizacji działań prozdrowotnych w miejscu pracy bądź stanowić środek komplementarny. Może być jednym z kilku wykorzystywanych mediów, zarówno w rozumieniu pojęcia mediów tradycyjnych (telewizja przemysłowa lub radiowęzeł) jak i mediów rozumianych jako środki dydaktyczne (drukowane materiały, banery, plakaty, ulotki itp.).

Uznaje się, że interwencje z wykorzystaniem nowych mediów są bardziej skuteczne, gdy opierają się na solidnych podstawach takich jak m.in. teorie zmiany zachowań, są kierowane do grup (np. pracowników danej firmy) i dostosowywane indywidualnie (np. do potrzeb i sytuacji konkretnego pracownika) (Blake, Suggs, Coman, Aguirre i Batt, 2017).

Przykłady realizacji działań *online* w obszarze zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej

W piśmiennictwie naukowym istnieje jedynie niewielka liczba analiz istniejących praktyk w obszarze działań prozdrowotnych, realizowanych za pomocą nowych mediów (w zakresie aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania się), kierowanych do zatrudnionych. Można wyróżnić ich trzy rodzaje:

1. Odnoszące się tylko do aktywności fizycznej.
2. Odnoszące się tylko do odżywiania się.
3. Odnoszące się zarówno do aktywności fizycznej jak i odżywiania się.

Przykładem pierwszego typu jest interaktywna interwencja realizowana przez internet, oparta na założeniach teorii planowanego zachowania (De Cocker, De Bourdeaudhuij, Cardon i Vandelanotte, 2015), której celem było ograniczenie

czasu pracy w pozycji siedzącej. Została zrealizowana wśród 179 pracowników sektora publicznego w Holandii. W tym podejściu przechodzenie do kolejnych etapów działań projektowych wymagało zakończenia wcześniejszych (np. udzielenia kompletnych odpowiedzi przez uczestników, w danej fazie działań).

W pierwszym etapie uczestnicy wypełniali kwestionariusz wstępny służący do samooceny ilości czasu pracy siedzącej, liczby przerw, aktywności fizycznej, niektórych danych socjodemograficznych itp. W tej części uczestnicy otrzymywali również m.in. poradę – dlaczego kwestia zwiększania aktywności fizycznej jest ważna (i zalecenie o potrzebie przerywania pozycji siedzącej przynajmniej raz na 30 minut) oraz informację zwrotną wynikającą z wstępnego kwestionariusza.

Etap drugi polegał na badaniu i budzeniu motywacji do zmian zachowań, diagnozy postaw, określenia posiadanego wsparcia we wprowadzaniu zmian, postrzeganych barier, gotowości do wprowadzenia zmian oraz na przekazywaniu informacji zwrotnej dla użytkowników.

Działania te dotyczyły kolejno następujących pożądanych zachowań:

- przerywania pracy siedzącej wstawaniem,
- zastępowania pracy siedzącej pracą w pozycji stojącej,
- podróżowania do i z pracy w pozycji stojącej, tam gdzie to możliwe spacerowanie,
- spożywania posiłków w pracy na stojąco, spędzania przerw spacerując, ograniczając siedzenie.

Planowaniu i wzbudzaniu motywacji służyły również zindywidualizowane porady, w zakresie powyższych zachowań.

Etap trzeci polegał na wprowadzaniu zmian w życie przez osoby do tego zmotywowane. Przejście od etapu motywacji do działania poprzez cele, oparte było na modelu SMART, zgodnie z którym powinny być: Skonkretyzowane (*Specific*), Mierzalne (*Measurable*), Osiągalne (*Achievable*), Istotne (*Relevant*) i Określone w czasie (*Time-bound*). Na tym etapie uczestnicy wypełniali również kwestionariusz oceny gotowości do wprowadzania zmian, w którym określali co zrobią, jak długo planują, że będzie to trwało, jak często, kiedy i w jaki sposób. Zadaniem uczestników było również stworzenie przynajmniej 12 zdań typu „jeśli – to” (*if – then*) odnoszących się do drobnych nawet zachowań, zmierzających do przerywania siedzenia np. „jeśli będę mieć coś do wyrzucenia podczas pracy siedzącej, wstanę i zrobię to”.

Innym przykładem interwencji ukierunkowanej na wzrost aktywności fizycznej pracowników są działania opisywane przez Holly Blake i współpracowników (2017), w których uczestniczyło 296 osób (pracowników szpitala). Brali udział w kursie e-learningowym dotyczącym potrzeby rozwijania aktywności fizycznej i przez 12 tygodni otrzymywali za pomocą internetu „przypomincze” – połowa w formie wiadomości tekstowych (sms), a pozostali poprzez wiadomości e-mail (te ostatnie okazały się bardziej skuteczne). Dzięki takim działaniom, po zakończeniu programu, zaobserwowano wzrost aktywności fizycznej

o umiarkowanym natężeniu w miejscu pracy i również poprawę pod względem aktywności rekreacyjnych.

W działaniach z zakresu promocji zdrowego odżywiania się, analizowanych przez zespół Makiko Nakade i współpracowników (2006), większość oparta była na stronie internetowej, część wykorzystywała komunikację opartą na korespondencji e-mailowej (asynchronicznej) a najmniej dotyczyło używania komunikacji zapośredniczonej synchronicznej (np. na czacie, portalu społecznościowym, za pomocą komunikatorów). Na 11 analizowanych programów tylko jeden był realizowany w miejscu pracy. Był to „FOOD Programme” – charakteryzujący się kompleksowością w zakresie używania zarówno internetu jak i stosowania tradycyjnych oddziaływań. Wykorzystywano w nim stronę internetową, ulotki, broszury, *e-learning*, aplikację na telefon komórkowy, serwis społecznościowy, materiały wideo, grę *online* („*Food game*”) sprawdzającą talent kulinarny i sprzyjającą praktycznemu odkrywaniu zasad zbilansowanej diety i wykorzystującą pomysły uznanych szefów kuchni.

Serwisy internetowe w programach prozdrowotnych dotyczących odżywiania się, wykorzystują działania pozwalające na ocenę własnych nawyków żywieniowych i otrzymywanie spersonalizowanej informacji zwrotnej. Umożliwiają dostęp do materiałów edukacyjnych zawierających podstawową wiedzę o zasadach zdrowego odżywiania się i o pozytywnym wpływie zdrowej diety i aktywności fizycznej na odczuwany dobrostan. Wykorzystują również strategie wspierające zdrowe odżywianie się np. rozwijanie umiejętności przygotowywania zdrowych posiłków, zachęty do pozostawania zdrowym w pracy. Głównie bazują na motywacji do zdrowego trybu życia ale zdarza się, że uczestnicy otrzymują wynagrodzenie za uczestnictwo (Cousineau, Houle, Bromberg, Fernandez i Kling, 2008).

Przykładem podejścia trzeciego typu był program dotyczący aktywności fizycznej i odżywiania (Robroek, Lindeboom, Burdorf, 2012) wdrożony w sześciu holenderskich firmach (po dwie jednostki służby zdrowia, firmy z branży usług oraz agencje rządowe). Wykorzystywano w nim stronę internetową, na której w pierwszym kroku wypełniało się kwestionariusz dotyczący m.in. oceny stanu zdrowia, nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej. Następową po tym diagnoza stanu zdrowia z poradami (*offline*) – dokonywana „twarzą w twarz” przez specjalistę. Komunikacja odbywała się przez spersonalizowane konto, służące do wypełniania narzędzi i otrzymywania informacji zwrotnej. Do uczestników wysyłane były wiadomości e-mail (raz w miesiącu) wspierające zmiany w zachowaniach prozdrowotnych, zachęcające do wejścia na stronę oraz informujące o dostępnych narzędziach np. do samokontroli postępów, szacowania kalorii, przyjmowanego tłuszczu. Działanie takie okazuje się skuteczne ponieważ ci, którzy otrzymywali e-maile przypominające, cztery razy częściej odwiedzali stronę projektową niż ci, którzy ich nie dostawali (Robroek, Lindeboom, Burdorf, 2012). Ważnym wnioskiem jest również to, że pracownicy, którzy w początkowej fazie działań nie planowali zmienić swoich zachowań na bardziej prozdrowotne, kiedy zdecydowali się na pełne uczestnictwo, ich zaangażowanie było nawet większe niż tych pierwotnie zmotywowanych. Nie powinno dziwić, że początkowo silniej działaniami prozdrowotnymi będą zainteresowane te osoby, które już

na początku wprowadzania programów charakteryzują się bardziej prozdrowotnym stylem życia (Robroek, Lindeboom, Burdorf, 2012). Dlatego tak ważne jest budowanie i podtrzymywanie motywacji, szczególnie tych mniej zainteresowanych sprawami swojego zdrowia. Osoby z nadwagą i otyłe bardziej preferowały (choć różnica nie była istotna) interwencje internetowe. Podejrzewać można, że działa się tak z powodu nie-
stygmatyzującego, zapewniającego anonimowość, charakteru takich działań.

Wnioski

1. Oprócz tradycyjnych metod w zakresie realizacji działań prozdrowotnych (np. wyposażania firmy w stanowiska umożliwiające zmianę pozycji przy pracy, eksponowaniu na terenie zakładu grafik przypominających o realizowanych działaniach, zdrowych nawykach, konsultacjach telefonicznych dla zainteresowanych, dystrybuowaniu drukowanych materiałów edukacyjnych), należy uwzględniać możliwości nowych mediów i komunikowania się opartego na ich możliwościach.
2. Na określenie skuteczności działań *online* wydaje się być jeszcze za wcześnie, gdyż mamy do czynienia dopiero z początkiem drogi w zakresie ich wykorzystywania w działaniach promujących zdrowie w firmach. Choć na wstępnym etapie wyniki wydają się być obiecujące. Ponieważ dysponujemy wiedzą rozproszoną, często nie dającą jednoznacznych odpowiedzi na pytanie o skuteczność i opłacalność działań opartych na internecie, należy upowszechniać doświadczenia firm w ich realizowaniu, umożliwić dzielenie się nimi oraz zwiększyć aktywność badawczą w opisywanym obszarze.
3. Warto pamiętać o znacznym zróżnicowaniu pracowników jeśli chodzi o zakres i preferowanie korzystania z nowych mediów – nowe medianie mogą zastąpić działań tradycyjnych, tylko być ich uzupełnieniem. Szczególnym wyzwaniem jest znaczący odsetek osób porzucających uczestnictwo w działaniach prowadzonych przez internet oraz trudności w docieraniu do mężczyzn i osób z niższym wykształceniem.
4. Nowe media są na tyle bogate, że mogą być używane zarówno wąsko (jako element wzbogacający tradycyjne działania lub szeroko, kompleksowo (jako środowisko realizacji działań promujących zdrowie). Relatywna nowość i brak licznych działań prozdrowotnych w obszarze nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej, realizowanych przez internet, mogą stanowić czynnik przyciągający potencjalnych uczestników.
5. Budowaniu zainteresowania serwisami internetowymi projektów prozdrowotnych służy dzielenie programu na etapy, wprowadzanie charakterystycznych punktów („kamieni milowych”) jak np. wypełnianie narzędzi

do samooceny, oceny postępów, przechodzenie do kolejnych stopni „wtajemniczenia”.

6. Szanse na sukces zwiększają się jeśli program *online* jest częścią szerszych działań, np. pakietu zdrowotnego i jest specyficznie związany z konkretnym środowiskiem pracy, zawiera zachęty, nagrody, jest widocznie reklamowany. Kluczowe jest również wyjście od potrzeb personelu – co działa w przypadku jednej populacji, nie musi być skuteczne dla innej (Cousineau, Houle, Bromberg, 2008).

Bibliografia

- Aouil, B. (2008), Pomoc psychologiczna on-line – teoretyczne podstawy i praktyczne wskazówki, Bydgoszcz: MW.
- Blake, H., Suggs, L.S., Coman, E., Aguirre, L. i Batt, M.E. (2017). Active8! Technology-Based Intervention to Promote Physical Activity in Hospital Employees. *American Journal Of Health Promotion*, 31(2), 109–118. doi:10.4278/ajhp.140415-QUAN-143.
- Castelnuovo, G. i Simpson, S. (2011). Ebesity – E-Health for Obesity – New Technologies for the Treatment of Obesity In Clinical Psychology and Medicine Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, (7), 5–8.
- Champion, K.E., Newton, N.C., Barrett, E.L. i Teesson, M.M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug And Alcohol Review*, 32(2), 115–123. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00517.x
- Chluski, A. (2014). Technologie mobilne w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*, (35), 25–40.
- Cook, R., Billings D., Hersch R., Back A. i Hendrickson, A. (2007). A field test of a web-based workplace health promotion program to improve dietary practices, reduce stress, and increase physical activity: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 9(2).
- Cousineau, T., Houle, B., Bromberg, J., Fernandez, K.C. i Kling, W.C. (2008). A Pilot Study of an Online Workplace Nutrition Program: The Value of Participant Input in Program Development. *Journal Of Nutrition Education & Behavior*, 40(3), 160–167.
- Daft, R. i Lengel, R. (1986). Organizational Information Requirements, Media Richness and Structural Design. *Management Science*, 32(5), 554–571.
- De Cocker, K., De Bourdeaudhuij, I., Cardon, G. i Vandelanotte, C. (2015). Theory-driven, web-based, computer-tailored advice to reduce and interrupt sitting at work: development, feasibility and acceptability testing among employees. *BMC Public Health*, 15(1), 1–17. doi:10.1186/s12889-015-2288-y.
- Geaney, F., Kelly, C., Di Marrazzo, J., Harrington, J., Fitzgerald, A., Greiner, B. i Perry, I. (2016). The effect of complex workplace dietary interventions on employees’ dietary intakes, nutrition knowledge and health status: a cluster controlled trial. *Preventive Medicine*, 8976-83. doi:10.1016/j.ypmed.2016.05.005.

- Graham, A., Cobb, N., Raymond, L., Sill, S. i Young, J. (2007). Effectiveness of an Internet-based worksite smoking cessation intervention at 12 months. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 49(8), 821–828.
- Guertler, D., Vandelanotte, C., Kirwan, M. i Duncan, M.J. (2015). Engagement and Nonusage Attrition With a Free Physical Activity Promotion Program: The Case of 10,000 Steps Australia. *Journal Of Medical Internet Research*, 17(7). doi:10.2196/jmir.4339.
<http://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2013/12/Jak-w-miejscu-pracy-wykorzystywa%20nowe-media-w-programach-profilaktyki-za%20cywania-substancji-psychoaktywnych.pdf>.
- Jak firma może pomóc pracownikom w zdrowym odżywianiu i utrzymaniu prawidłowej masy ciała? Rekomendacje ekspertów* (2017). Łódź: IMP.
- Korzeniowska, E. (2012). Polscy pracownicy o wykorzystaniu nowych mediów w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w miejscu pracy. *Studia Edukacyjne*, (23), 163–181.
- McQuail, D. (2007). Teoria komunikowania masowego. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mobile Health (2012). Pew Internet Center.
- Morgan i in. (2010). The SHED-IT community trial study protocol: a randomised controlled trial of weight loss programs for overweight and obese men. *BMC Public Health* 10.
- Nakade, M., Muto, T., Hashimoto, M. i Haruyama, Y. (2006). Internet-based education program of nutrition as a workplace health promotion tool – A review of the literature. *International Congress Series*, Vol. 1294, 135–138. doi:10.1016/j.ics.2006.02.014.
- Paszowska, M. (2008). Rola Internetu w promocji zdrowia. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 3.
- Plichta, P. i Pyzalski, J. (2014). Jak w miejscu pracy wykorzystywać nowe media w programach profilaktyki zażywania substancji psychoaktywnych? (prezentacja).
- Puchalski, K. (2012). Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej. *Studia Edukacyjne*, (23), 119–139.
- Robroek, S.J., Polinder, S., Breidt, F.J. i Burdorf, A. Cost-effectiveness of a long-term Internet-delivered worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: a cluster randomized controlled trial. *Health Educ Res.* 2012 Jun;27(3):399–410. doi: 10.1093/her/cys015.
- Robroek, S.W., Brouwer, W., Lindeboom, D., Oenema, A. i Burdorf, A. (2010). Demographic, Behavioral, and Psychosocial Correlates of Using the Website Component of a Physical Activity and Healthy Nutrition Promotion Program: A Longitudinal Study. *Journal Of Medical Internet Research*, 12(3), 19.
- Robroek, S.W., Lindeboom, D.M. i Burdorf, A. (2012). Initial and sustained participation in an internet-delivered long-term worksite health promotion program on physical activity and nutrition. *Journal Of Medical Internet Research*, 14(2), e43. doi:10.2196/jmir.1788.
- Short, J., Williams, E. i Christie, B. (1976). The social psychology of telecommunications. London: John Wiley & Sons.
- Tague, R. i in. (2014). Assessing user engagement in a health promotion website using social networking. *Studies In Health Technology And Informatics*, 206, 84–92.
- Wieczerzycki, M. (2014). Wymiary nowych mediów a reinterpretacja pojęcia konsumenta w teoriach marketingowych. *Marketing i Rynek* 10.

Zdrowie na Bank, czyli działania na rzecz odżywiania i aktywności fizycznej w Banku Zachodnim WBK

Bank Zachodni WBK to jedna z największych i najbardziej innowacyjnych instytucji finansowych w Polsce, która świadczy usługi bankowe dla osób indywidualnych, małych i średnich przedsiębiorstw oraz dużych korporacji.

Zgodnie ze strategią *Bank Jaki Chcesz*, Bank Zachodni WBK koncentruje się na rozpoznaniu potrzeb klientów oraz oferowaniu im produktów finansowych, które mogą sami dopasowywać do swoich wymagań. Bank działa z założeniem zapewniania doskonałych doświadczeń użytkowników w każdym kanale kontaktu i w każdym momencie styku z marką. W tym celu konsekwentnie pozostaje w grupie liderów rynku, jeśli chodzi o wykorzystanie nowoczesnych technologii i innowacji w usługach bankowych. Jako bank omnikanałowy, Bank Zachodni WBK jest dostępny za pośrednictwem jednej z największych w Polsce sieci oddziałów i placówek partnerskich oraz elektronicznych kanałów dostępu, w tym bankowości mobilnej. Głównym akcjonariuszem Banku Zachodniego WBK jest Banco Santander, pierwszy bank w strefie euro i 11. na świecie pod względem kapitalizacji.

Bank Zachodni WBK liczy ok. 12 tysięcy pracowników pracujących w Bankowości Oddziałowej i Centrach Wsparcia Biznesu. Jesteśmy firmą „rozproszoną”, której pracownicy są rozsiani po całej Polsce i różnych lokalizacjach.

W maju 2016 roku w Banku Zachodnim WBK rozpoczęliśmy wdrażanie programu corporate wellness, pod nazwą *Zdrowie na Bank*, który jest częścią globalnego programu *BeHealthy* Grupy Santander. Program opiera się na holistycznym modelu zdrowia i jego celem jest promocja zdrowego trybu życia i idei work-life balance. Chcemy **wyeksponować znaczenie zdrowia i dobrego samopoczucia jako elementu wyróżniającego markę Santander** i stworzyć w ten sposób znak rozpoznawczy wartości, jakie oferujemy naszym pracownikom.

Program *Zdrowie na Bank* działa w ramach czterech filarów tematycznych – *Jedz zdrowo, Bądź aktywny, Dbaj o siebie i Bądź ergo*. Prowadzimy działania edukacyjne i motywacyjne, m.in. w obszarze racjonalnego żywienia, profilaktyki

zdrowia fizycznego i psychicznego, promocji ruchu, wypoczynku i ergonomii pracy. Wspieramy inicjatywy oddolne i organizujemy – we współpracy z partnerami – akcje prozdrowotne. Czynimy również odpowiednie kroki na rzecz facylitacji dostępu do usług zdrowotnych i fitness.

Punktem kulminacyjnym naszego programu jest *Tydzień Zdrowia na Bank* tworzony na wzór *BeHealthy Week* grupy Santander. Wówczas pracownicy przez cały tydzień mogą wziąć udział w prozdrowotnych inicjatywach. Działania są zaadaptowane do wewnętrznych potrzeb – pracowników, Banku i rodzimego rynku corporate wellness.

Nasze działania prozdrowotne są zarządzane przez grupę roboczą programu *Zdrowie na Bank*. Każdy z czterech filarów ma swojego lidera, który czuwa nad pracami w obrębie swojej grupy. Program tworzą pracownicy, w tym osoby z kadry menadżerskiej. W tym gronie znajdują się osoby odpowiedzialne na co dzień m.in. za temat świadczeń dodatkowych oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. W związku z pełnionymi przez siebie obowiązkami są to specjaliści będący najbliższej potrzeb przeciętnego pracownika i wiedzą, czego im brakuje w codziennej pracy lub co ich zdaniem wymaga poprawy. Są oni też w kontakcie z dostawcami niektórych usług wpisujących się w tematykę corporate wellness. Natomiast znacząca część inicjatyw programu *Zdrowie na Bank* jest po prostu wynikiem śledzenia rynku i trendów.

W ramach pracy poszczególnych filarów działają osoby z różnych lokalizacji Banku, z różnych departamentów i obszarów, które chcą dzielić się wiedzą i wspierać program. Sama działalność na rzecz programu nie jest wpisana w zakres niczych obowiązków służbowych. Liczy się gotowość do podjęcia dodatkowego wysiłku. Mimo to osobom współtworzącym program nie brakuje motywacji. Świadomość istoty prowadzonych działań, pozytywny „feedback” od pracowników i widoczny wzrost ich zaangażowania są źródłem motywacji do dalszej pracy i organizowania kolejnych wydarzeń.

Bieżące działania oraz planowane inicjatywy są co dwa tygodnie (lub w razie potrzeby częściej) omawiane w trakcie telekonferencji grupy projektowej ze sponsorami. Ważnym aspektem zarządzania programem jest uwzględnienie różnych możliwości pracowników Bankowości Oddziałowej i Centrum Wsparcia Biznesu. Osoby pracujące w oddziałach ze względu na pracę z klientem mają utrudniony dostęp do niektórych akcji, dlatego przygotowujemy inicjatywy oddolne, takie jak konkursy i webinaria, w których mogą wziąć udział wszyscy bez względu na specyfikę wykonywanej pracy.

Program *Zdrowie na Bank* jest w swoim założeniu programem niskobudżetowym i na jego realizację jest przeznaczona określona pula środków. W związku z tym tak planujemy nasze działania, aby były one dostosowane do naszych możliwości finansowych. Dlatego kładziemy przede wszystkim nacisk na edukowanie i motywowanie poprzez publikację angażującej zdrowotnie treści. Zasięg i częstotliwość prowadzonych przez nas akcji jest w dużym stopniu uzależniona od nakładów pieniężnych.

Głównym narzędziem komunikacji działań prozdrowotnych w naszej firmie jest intranet, gdzie program *Zdrowie na Bank* ma swoją dedykowaną stronę. Znajduje się tam m.in. sekcja: Aktualności, O programie, a także podstrony poświęcone różnym naszym projektom (np. drużynom sportowym, Bankowej Książce Kucharskiej, Bankowi Tras Rowerowych). Co tydzień w Aktualnościach pojawiają się trzy nowe artykuły przygotowane przez poszczególne podgrupy robocze – *Bądź aktywny*, *Jedz zdrowo*, *Dbaj o siebie*, *Bądź ergo*. Nad redakcją tekstu i opracowaniem angażującego przekazu czuwa również komunikacja HR. Z jej pomocą tworzony jest również plan komunikacyjny na najbliższe miesiące.

„Premierowe” artykuły *Zdrowia na Bank* ukazują się również w newsletterze, który co tydzień dociera do wszystkich pracowników Banku. Znajduje się w nim specjalna sekcja. Poza tym działa również skrzynka funkcyjna programu, która również służy nam za jedno z narzędzi komunikacji, szczególnie jeśli odbiorcą ma być węższe grono pracowników. Każdy pracownik może również przesyłać pod ten adres swoje propozycje i pomysły w ramach działań *Zdrowia na Bank*. Swoje oddzielne skrzynki funkcyjne ma również drużyna biegowa i kolarska (więcej informacji o tych inicjatywach dalej).

Miejszem w intranecie, gdzie pracownicy mogą się dzielić swoimi prozdrowotnymi postawami, jest również Intragram. Można tam wrzucać zdjęcia, komentować i lajkować. Jednym z hashtagów jest m.in. #zdrowienabank. Pracownicy wrzucają tam swoje zdjęcia z imprez sportowych czy przepisy kulinarne.

W przypadku dużych akcji zwracamy się o wsparcie do HR Biznes Partnerów, tak, aby informacja o organizowanym wydarzeniu dotarła do jak największej liczby odbiorców i zaangażowała jak najszersze grono pracowników. Poprzez specjalny newsletter dla menadżerów z kluczowymi informacjami docieramy także do kadry menadżerskiej, prosząc, by zachęcali swoich podwładnych do udziału w prozdrowotnych inicjatywach.



Zdj. 1. *Bankowa Książka Kucharska*, Marzena Krupa dla BZ WBK

Stymulowanie i wspieranie pracowników w zakresie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej wpisuje się w działalność filarów *Jedz zdrowo* i *Bądź aktywny*. Ich głównymi działaniami są te o charakterze edukacyjnym i motywacyjnym. Do nich zalicza się m.in. cotygodniowa publikacja artykułów w intranecie, których celem jest zwiększanie świadomości pracowników w kwestii żywienia i aktywności fizycznej, jak również inspirowanie ich do zmiany dotychczasowych nawyków.

Artykuły związane ze zdrowym odżywianiem powstają m.in. na podstawie materiałów dostawcy usług medycznych. Jednak w zdecydowanej większości są one opracowywane przez samych pracowników, którzy bezinteresownie wspierają redakcyjnie i merytorycznie poszczególne filary. Celem publikowanych treści jest podniesienie wiedzy pracowników i zachęcanie ich do bardziej świadomego odżywiania. Do tej pory prezentowaliśmy m.in.:

- cykl *Nieźle ziółko* o podstawowych ziołach, które warto mieć w domu,
- *Bankową Książkę Kucharską*, a wraz z nią przegląd sezonowych produktów, ich wartości odżywczych i sposoby zastosowania,
- *Jestem tym, co jem* – poradnik konsumenta, czyli informacje na temat wybranych produktów spożywczych.

Wydarzeniami, które pomogły w dużym stopniu wesprzeć założenia grupy *Jedz zdrowo*, były *webinaria z dyplomowanym dietetykiem*. Powstały one we współpracy z dostawcą usług medycznych. W trakcie ich trwania pracownicy mogli się m.in. dowiedzieć: jak czytać etykiety, jakie produkty włączyć do swojej diety, czego unikać. Pracownicy mieli również możliwość zadawania pytań. Nagrania z webinarów są cały czas dostępne na stronie *Zdrowia na Bank*.

Rozwiązaniem wspierającym działania w ramach zdrowego odżywiania jest udostępnienie pracownikom platformy dietetycznej MultiSportDiet dla użytkowników karty MultiSport. Inną z naszych akcji było współtworzenie przez pracowników wspomnianej już *Bankowej Książki Kucharskiej* – przez prawie rok bohaterem miesiąca był jeden sezonowy produkt, który stawał się inspiracją dla przesyłanych przez pracowników przepisów. Zostały one następnie zebrane i opublikowane w wersji pdf. Obecnie trwają prace nad kontynuacją tej akcji.

Wydarzeniem, w trakcie którego pracownicy byli widocznie zaangażowani w kwestię zdrowego żywienia, był *Dzień Zdrowych Posiłków* w trakcie odbywającego się w całym Banku *Tygodnia Zdrowia na Bank*. Pracownicy przynosili wcześniej przygotowane pełnowartościowe posiłki lub całymi zespołami przygotowywali je w pracy. Była to okazja nie tylko do promocji zdrowego żywienia, ale również celebrowania zwyczaju wspólnego jedzenia śniadań czy lunchów w miejscu pracy. Akcja została uwieczniona na licznych zdjęciach wrzucanych na Intragram.

Podczas strategicznych dla programu *Zdrowia na Bank* wydarzeń, takich jak na przykład *Tydzień Zdrowia* czy *Dzień Zdrowia*, przeprowadzana jest akcja dostarczania do wszystkich lokalizacji Banku owoców i/lub warzyw. Przy okazji jednej z akcji przeprowadzona została sonda, która pozwoliła wyłonić owoc/warzywo, które otrzymało najwięcej głosów i tym samym zostało dostarczone

do wszystkich lokalizacji Banku. Gdy podczas jednej z akcji dostarczane były jabłka, to wcześniej na stronie programu pojawił się artykuł opisujący walory odżywcze tego produktu.



Zdj. 2. Tydzień Zdrowia na Bank, Grzegorz Słowik dla BZ WBK

Jeżeli chodzi o pracę filaru *Bądź aktywny*, to punktem wyjścia była ankieta badająca aktywność fizyczną wśród pracowników. Analiza udzielonych odpowiedzi pozwoliła stwierdzić, że dwiema najpopularniejszymi dyscyplinami sportu jest bieganie i jazda na rowerze.

W oparciu o jej wyniki została powołana:

- **drużyna biegowa BZ WBK Runners Team** zrzeszającą blisko 500 pracowników, którzy są widoczni w koszulkach z brandem „Zdrowia na Bank” na imprezach biegowych w całej Polsce oraz na trasach zagranicznych,
- **drużyna kolarska BZ WBK Bike Team**. Informacja o naborze do drużyny została umieszczona na stronie programu. Podczas wyłaniania członków wzięto pod uwagę m.in. dystanse zarejestrowane na specjalnych aplikacjach, udział w zawodach i osobiste osiągnięcia. Każdy z członków BZ WBK Bike Team został obdarowany profesjonalnym strojem kolarskim z widocznym brandem *Zdrowia na Bank*. W ten sposób drużyna to „najlepsi z najlepszych”, którzy reprezentują Bank na zawodach sportowych. Dla drużyny zostało również zorganizowane zgrupowanie kolarskie, które pozwoliło im nie tylko się zintegrować, ale przede wszystkim podzielić zdobytym doświadczeniem i fachową wiedzą. Celem wyjazdu było również ułożenie programu działań na najbliższe miesiące – w myśl zasady, że program powstaje z pracownikami i dla pracowników. W ten sposób udało się ustalić harmonogram artykułów do publikacji w Intranecie oraz zdefiniować zachowania, które powinien reprezentować każdy kolarz BZ WBK Bike Team. Obecnie trwają prace nad poszerzeniem składu drużyny, gdyż osób, które uprawiają kolarstwo (amatorsko lub wyczynowo) jest znacznie więcej.



Zdj. 3. Zgrupowanie drużyny kolarskiej, Artur Świder dla BZ WBK

Członkowie *BZ WBK Runners Team* i *BZ WBK Bike Team* biorą udział w różnych imprezach sportowych, są widoczni podczas maratonów i wyścigów. Jedną z takich imprez był na przykład *Bieg Firmowy* w Warszawie, gdzie członkiem drużyny był również sam Prezes. O nagranie krótkiego wideo z tej imprezy została poproszona profesjonalna agencja filmowa. Film wraz z relacją pojawił się na stronie *Zdrowia na Bank*. Nie bez znaczenia jest dla nas fakt angażowania kadry zarządzającej do inicjatyw prozdrowotnych, co jest wyraźną promocją zdrowego trybu życia.



Zdj. 4. Bieg Firmowy w Warszawie, Rebelia Media Group dla BZ WBK

Ruch i aktywność fizyczna są promowane przez różne inicjatywy oddolne, takie jak konkursy z nagrodami. Jeden z nich odbywał się pod hasłem *Bank Tras Rowerowych* i polegał na opracowaniu trasy rowerowej dla swojej okolicy. Uczestnicy

konkursu otrzymali upominki w postaci kamizelek rowerowych z brandem *Zdrowia na Bank*. Przesłane trasy zostały zebrane i opublikowane następnie na stronie programu, na specjalnej podstronie.

Celem kolejnego konkursu, *Pokaż, jak ćwiczysz z dzieckiem*, było pokazanie na zdjęciach, w jaki sposób pracownik aktywnie spędza czas z dzieckiem. Pracownicy publikowali wykonane przez siebie zdjęcia na Intragramie. Zwycięzcami zostali autorzy, którzy otrzymali największą liczbę „polubień”. Dzieci wszystkich pracowników, które wzięły udział w konkursie zostały obdarowane małym upominkiem w postaci worka sportowego z brandem *Zdrowia na Bank*.

Akcją, która bezpośrednio miała zachęcić pracowników do aktywności fizycznej, był również **bezpłatny** (przez okres dwóch tygodni) **wstęp do siłowni i klubów fitness**. W tym przypadku skorzystaliśmy z oferty zaproponowanej przez jedną z sieci, co docelowo było korzyścią dla obu stron. Inicjatywa została zorganizowana z okazji 1. urodzin programu *Zdrowie na Bank*. Mógł z niej skorzystać nie tylko pracownik, ale również przybyła z nim osoba towarzysząca, co było dodatkowym czynnikiem motywacyjnym do skorzystania z tej oferty przez pracownika.

Inną z inicjatyw był **mobilny serwis rowerowy**, który pojawił się w trzech miastach w Polsce. Dzięki temu, że w grupie projektowej programu *Zdrowie na Bank* są m.in. osoby odpowiedzialne za świadczenia dodatkowe, biorą one również udział w imprezach związanych z tematyką benefitów, co pozwala nawiązać kontakty z przedstawicielami różnych firm. Tak było właśnie w powyższym przypadku, dlatego przy okazji *Dnia Zdrowia* w ramach grupy Santander została nawiązana współpraca z mobilnym serwisem rowerowym. Pracownicy po wcześniejszych zapisach w Intranecie mogli przyprowadzić swój rower i dokonać profesjonalnego przeglądu technicznego jednośladu. Taka akcja pozwala usunąć potencjalne przeszkody stojące na drodze do uprawiania aktywności fizycznej, jak chociażby codzienny dojazd rowerem do pracy.

Głównym jednak działaniem edukacyjnym i motywacyjnym w zakresie aktywności fizycznej są artykuły publikowane na głównej stronie programu. Wśród nich nie brakuje takich, które zawierają praktyczne wskazówki na temat uprawiania sportów: plany treningowe dla biegaczy; rady, jak dobrać prawidłowo obuwie; ergonomia jazdy na rowerze; charakterystyka różnych typów rowerów. Są one przygotowane przez pracowników, którzy na co dzień uprawiają konkretne dyscypliny sportu i dzielą się swoją wiedzą i zdobytym doświadczeniem. Równie cenionymi artykułami są te, w których pracownicy bezpośrednio mówią o swojej sportowej pasji – wówczas prezentujemy je w formie wywiadu, gdzie pracownik opowiada o uprawianej dyscyplinie sportu, mówi o sukcesach, treningach i motywuje do zmiany innych. Takie publikacje są wzbogacane o minigalerię z załączonych przez pracownika prywatnych zdjęć.

Co więcej, liderka grupy *Bądź aktywny* prowadzi blog *Ze zdrowiem mi po drodze*, gdzie zamieszczane są jej autorskie artykuły na temat żywienia, dbania o siebie oraz instruktażowe ćwiczenia pozwalające zadbać o sylwetkę.



Zdj. 5. Blog *Ze zdrowiem mi po drodze*, Julita Kazimierczak dla BZ WBK

Aktywny wypoczynek promujemy wśród naszych pracowników również poprzez *Rajd Bankowca* – to największa, wewnętrzna impreza rekreacyjna, którą organizujemy już od 23 lat. Jest ona połączeniem integracji firmowej z aktywnym wypoczynkiem. Oferta rajdowa obejmuje trasy rowerowe, żeglarskie, wędrownie, konne, narciarskie, snowboardowe, rodzinne i poznawcze. Obecni i byli pracownicy (emeryci i renciści) wraz z rodzinami mogą raz w roku uczestniczyć w rajdzie na preferencyjnych warunkach – wyjazd jest objęty dofinansowaniem z funduszu świadczeń dodatkowych. W bieżącym roku udział w Rajdzie wzięło blisko 2000 osób. Od niedawna działania marketingowe wokół Rajdu opierają się również na współpracy z profesjonalnymi agencjami filmowymi, które przygotowują krótkie wideorelacje i galerie z wyjazdu. Są one następnie publikowane w Intranecie i okazują się znaczącym elementem promocyjnym.



Zdj. 6. Rajd Bankowca, Basic Home Productions dla BZ WBK

Innymi działaniami wspierającymi aktywność fizyczną jest wyposażanie salek spotkań w piłki fitnessowe, które umożliwiają wykonywanie ćwiczeń, np. odciążających kręgosłup. Poza tym pracownicy mogą wykorzystywać punkty w systemie MyBenefit w sklepach sportowych, udostępniamy także dodatkowe rabaty na zakupy w sklepach sportowych.

Inicjatywą łączącą temat zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej był również *Łańcuszek Zdrowia* podczas tegorocznego *Tygodnia Zdrowia na Bank*, czyli inicjatywa rzucania sobie wzajemnych prozdrowotnych wyzwań na Intragramie. Osoba nominowana musiała wykonać zadanie (np. wypić sok z cytryny lub zrobić pompki itp.), udokumentować je na zdjęciu, a następnie wyzwąć kolejną. Do promocji tego wydarzenia został również włączony Zarząd Banku z Prezesem na czele – z jego udziałem powstało wideo promujące tę akcję.

Program *Zdrowie na Bank* działa dopiero od 1,5 roku. Sam program, jak i zespół cały czas się zmienia i rozwija. Uczymy się na błędach, wyciągamy wnioski i czerpiemy z dotychczasowych doświadczeń, tak aby nasze kolejne pomysły były jeszcze lepiej dopracowane. Jednym z głównych wyzwań jest dla nas przede wszystkim docieranie z akcjami *Zdrowia na Bank* do pracowników kilkuset sieci oddziałów w całej Polsce, którzy ze względu na specyfikę swojej pracy nie mogą się do nich przyłączyć w takim stopniu jak pracownicy CWB. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, podczas zapisów na mobilny serwis rowerowy, który odbył się w trzech miastach, połowa dostępnych miejsc została zarezerwowana dla pracowników „oddziałowych”, a druga dla pracowników CWB. W ten sposób udało się uniknąć sytuacji, gdzie limit miejsc podczas zapisów zostaje wykorzystany tylko przez tę ostatnią grupę zatrudnionych w jednostkach CWB, która ma względnie większe możliwości w „reagowaniu” na informacje, które są publikowane na naszej stronie w Intranecie.

Warto dodać, że jeżeli przygotowujemy webinarium, to termin jest konsultowany z osobą, która współpracuje z siecią oddziałów. W ten sposób udaje się ustalić porę sprzyjającą jak najwyższej frekwencji. Poza tym, tak jak już wcześniej wspomniano, nagrania z webinarium i czatów są udostępniane w specjalnej zakładce na naszej stronie.

Wyzwaniem pozostaje również dystrybucja owoców i warzyw we wszystkich lokalizacjach Banku. Do tematu zespół *Zdrowia na Bank* podchodził już trzy razy, na różne sposoby i dopiero za ostatnim podejściem udało się wypracować optymalne rozwiązanie.

Wcześniej chcieliśmy dostarczać tylko owoce i to samodzielnie do wszystkich pracowników, ale logistyka dostarczenia ich do ponad 600 lokalizacji potroiła koszty akcji i przysporzyła wielu problemów – nie każdy przeczytał w Intranecie, że ma być dostawa, więc owoce czasem okazywały się zaskoczeniem i powodowały lawinę telefonów. Innym razem z kolei kurier był przed otwarciem biura i nie wiedział, co zrobić z przesyłką. Poza tym pojawiał się nawet problem z prawidłowym oszacowaniem wielkości zamówienia do konkretnych oddziałów – czasem było ono za małe, czasem za duże.

Z tego względu do kolejnej akcji *Owoce w biurach* zmieniliśmy podejście i dostarczyliśmy owoce tylko do kilkudziesięciu obiektów CWB. Z kolei jeżeli chodzi o bankowość oddziałową, to do wybranego oddziału każdego regionu została dostarczona taka liczba skrzynek z owocami, ile dany region tych oddziałów liczy. Następnie te wybrane oddziały miały za zadanie samodzielnie rozdystrybuować pozostawione skrzynki. Takie rozwiązanie, choć znacząco zmniejszyło koszty dystrybucji, to jednak było uciążliwe ze względu na znaczące rozproszenie oddziałów i nierzadko rezygnowały one z owoców, co nie wpływało na pozytywny odbiór akcji.

W tej sytuacji wsłuchaliśmy się w głos płynący z bankowości oddziałowej i wspólnie wypracowaliśmy najbardziej optymalne rozwiązanie, który traktujemy już jako model docelowy: do kilkudziesięciu obiektów CWB i wielkich Oddziałów (tam, gdzie agregacja pracowników jest duża) owoce oraz warzywa dostarcza zwycięska w przetargu firma specjalizująca się w takich usługach. Natomiast sieć oddziałów otrzymuje wsparcie programu: rekomendacje, jakie owoce/warzywa kupić, określony budżet i wskazówki, jak rozliczyć koszty czy przekazanie oferty rynkowej itp.

Dzięki tak opracowanemu rozwiązaniu do dużych skupisk pracowników mamy dostawę przeprowadzoną przez profesjonalną firmę dostarczającą owoce i warzywa, według naszych preferencji, po najniższej cenie. Natomiast sieć oddziałów ceni sobie swobodę zakupu, samodzielny wybór produktów i możliwość współpracy z lokalnym biznesem świadczącym usługi w tym zakresie.

Podsumowując, za pośrednictwem programu *Zdrowie na Bank* chcemy zwiększać zaangażowanie i poczucie bezpieczeństwa wśród pracowników, a przede wszystkim budować ich świadomość na temat istoty zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w pracy i poza nią. W przyszłości chcielibyśmy położyć m.in. większy nacisk na problem otyłości i nadwagi, który do tej pory nie był bezpośrednio obecny w naszych działaniach.

Promocja zdrowia, zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej jako element Strategii Zdrowotnej Volkswagen Poznań Sp. z o.o.

Opis firmy

Volkswagen Poznań (VWP), wspólnie z fabrykami w Hanowerze i argentyńskim Pacheco, tworzy sieć produkcyjną marki Volkswagen Samochody Użytkowe. Marka ta, z główną siedzibą w Hanowerze w Dolnej Saksonii, jest jedną z dwunastu marek koncernu Volkswagen AG, z centralą w Wolfsburgu. Koncern Volkswagen zatrudnia łącznie ponad 626 tysięcy pracowników. Jest jednym z wiodących światowych producentów przemysłu motoryzacyjnego i największym producentem samochodów w Europie. Samochody koncernu produkowane są w 120 fabrykach na świecie i sprzedawane do 153 krajów.

Volkswagen Poznań jest największym prywatnym pracodawcą w regionie (zatrudnia ponad 10 tys. pracowników) oraz największą w Polsce fabryką samochodów użytkowych. Zajmuje się produkcją samochodów (modele: Caddy, T6, Crafter) oraz komponentów, np. obudowy skrzyń biegów i przekładni kierowniczych, głowice cylindrowe. Stale rozwijająca się firma – dzięki doświadczonej załodze, know-how międzynarodowego koncernu oraz trafnej strategii i planom inwestycyjnym – aktualnie zlokalizowana w 4 miejscach w Wielkopolsce: Zakład nr 1 w Poznaniu, Zakład nr 2 we Wrześni, Zakład nr 3 w Poznaniu (Odlewnia) oraz Zakład nr 4 w Swarzędzu. W zakładach tych wyprodukowano do tej pory ponad 2,5 mln aut oraz ponad 60 mln odlewów. Średnia roczna produkcja utrzymuje się na poziomie 170–180 tys. aut i ok. 4 mln komponentów aluminiowych.

Geneza promocji zdrowia w firmie

Dbanie o zdrowie pracowników w Volkswagen Poznań ma swoją długoletnią tradycję. Od powstania spółki, w maju 1993 roku, w strukturze firmy znajduje się jednostka zajmująca się badaniami medycyny pracy oraz ochroną zdrowia pracujących. To tworzy bardzo mocne podwaliny do konsekwentnie realizowanej i wdrażanej polityki prozdrowotnej przedsiębiorstwa. Firma ma świadomość, że inwestycja w zdrowie załogi jest najlepszą i najbardziej opłacalną. Na przestrzeni blisko 25 lat funkcjonowania przedsiębiorstwa na rynku, obopólne korzyści z takiego rozwiązania dla pracodawcy i pracownika są zauważalne oraz odczuwalne przez obie strony.

Volkswagen Poznań realizuje Strategię Koncernu „Together 2025”. Działając zgodnie z jej wizją: *Jesteśmy światowym wiodącym dostawcą zrównoważonej mobilności* przejmuje odpowiedzialność za środowisko, bezpieczeństwo i społeczeństwo. Strategia całego koncernu przekłada się na strategię marki, której częścią jest Volkswagen Poznań. W poznańskiej firmie strategia jest realizowana w ramach pięciu głównych obszarów pod wspólnym hasłem: *Z pasją tworzymy mobilną przyszłość*. Zdrowie jest stałym elementem jednego z tych obszarów (pole *Znakomity pracodawca*).

Volkswagen Poznań bierze pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo warunków pracy oraz zdrowie wszystkich pracowników. Strategia firmy determinuje szereg projektów i inicjatyw, mających na celu nie tylko przeciwdziałanie chorobom zawodowym, ale promowanie szeroko pojętej profilaktyki, w tym upowszechnienie zdrowego trybu życia i podnoszenie świadomości zdrowotnej załogi.

W 2013 r. w oparciu o te wytyczne opracowano ramy polityki zdrowotnej przedsiębiorstwa, pod nazwą Strategia Zdrowotna Volkswagen Poznań. Strategię koordynuje i systematycznie realizuje dział Ochrony Zdrowia. Dokument opisujący tę politykę został przygotowany na podstawie diagnozy potrzeb zdrowotnych firmy i analizy dotychczas realizowanych działań związanych ze zdrowiem personelu, w koordynacji i przy wsparciu Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy przy Instytucie Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera w Łodzi. Misja tego programu zarządzania zdrowiem brzmi: ***Pracownicy dbający o zdrowie w firmie wspierającej zdrowie pracowników***. Jego głównym celem jest *Osiągnięcie i utrzymanie wysokich wskaźników kluczowych parametrów stanu zdrowia pracowników poprzez upowszechnienie i wsparcie zachowań prozdrowotnych oraz zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej*. Tym samym działania Volkswagen Poznań nie koncentrują się tylko na obowiązkach pracodawcy wynikających z obowiązującego prawa, ale obejmują inicjatywy ponadobligatoryjne, zgodne z nowoczesną formułą medycyny pracy oraz zarządzania zdrowiem w organizacjach. Dzięki takiej polityce przedsiębiorstwo inwestuje w aktywności, które zmierzają nie tylko ku ochronie, ale również ku poprawie zdrowia pracowników, co z kolei wpływa na wyniki w pracy i osiągnięcia, które przyczyniają się do sukcesów przedsiębiorstwa.

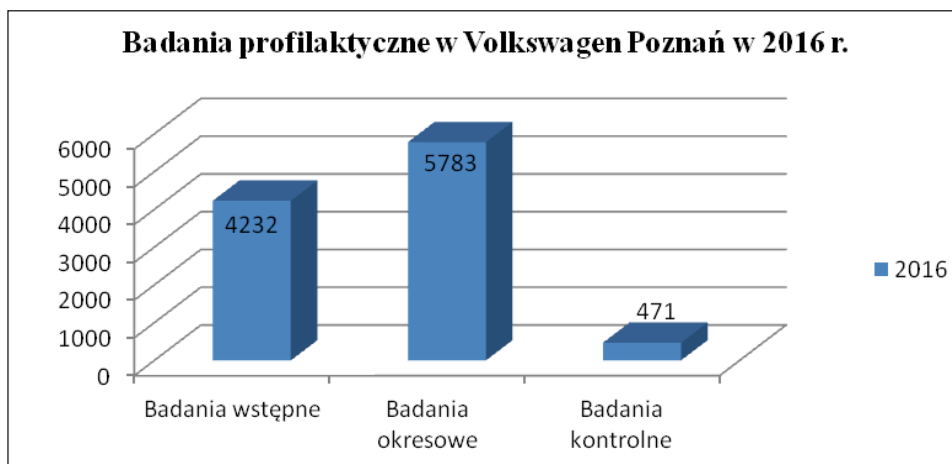
Inicjatywy dla zdrowia w Volkswagen Poznań

Wszystkie działania na rzecz poprawy i wspierania zdrowia pracowników wynikają ze strategicznych celów i założeń jakie stawia sobie Volkswagen w codziennej pracy. Cele długofalowe wyznaczają roczne plany i zadania poszczególnych jednostek w ramach Koncernu, ale i w ramach struktury wewnątrzzakładowej. Każdy z działów organizacji Volkswagen Poznań realizuje nadrzędne cele z innej perspektywy. Koordynacja działań podporządkowanych spójnej polityce, sprzyja synergii efektów. Temat zdrowia znajduje się zatem w różnych obszarach i realizowanych procesach, skoordynowanych w ramach spójnej koncepcji Strategii Zdrowotnej.

Działania na rzecz zdrowia adresowane do załogi Volkswagen Poznań Sp. z o.o. (realizowane na terenie firmy, organizowane lub/i finansowane przez firmę) obejmują kilka obszarów: a) opieka medyczna, b) bezpieczeństwo i higiena pracy, c) ergonomia miejsca pracy, d) świadomość i edukacja zdrowotna, e) redukcja absencji, f) motywacja, g) CSR.

Opieka medyczna

W każdym zakładzie Volkswagen Poznań znajduje się przychodnia, gdzie oferowana jest całodobowo opieka medyczna. Dział Ochrony Zdrowia, znajdujący się w strukturze HR, realizuje zadania związane z medycyną pracy, opieką ambulatoryjną oraz szeroko pojętą promocją zdrowia. W przychodniach pracują lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci oraz specjaliści z zakresu profilaktyki i ergonomii. We wszystkich ambulatoriach są organizowane i prowadzone kodeksowe badania pracowników (wstępne, okresowe, kontrolne). Badania laboratoryjne, pomocnicze i lekarskie organizowane są w czasie i miejscu pracy danego pracownika. Dodatkowo każdy z obszarów fachowych ma dedykowanego opiekuna medycznego – pielęgniarkę medycyny pracy, która planuje i prowadzi badania profilaktyczne dla swojego obszaru. Dzięki temu Ochrona Zdrowia zna zarówno warunki pracy pracowników, jak i stan zdrowia załogi. Takie rozwiązanie pozwala lepiej dopasować stanowisko pracy do możliwości pracownika, a nie odwrotnie. Szczególnie przydatne jest to w sytuacji czasowej lub pełnej utraty zdolności do pracy pracownika na danym stanowisku. W ramach procedury przenoszenia pracowników, zespół złożony z przedstawicieli Ochrony Zdrowia, Działu Personalnego i Działu Fachowego wspólnie analizuje jednostkowe przypadki. Wszystko odbywa się zgodnie z poszanowaniem danych osobowych, koncentrując się na rozwiązaniu problemu.



Rys. 1. Badania profilaktyczne w 2016 w Volkswagen Poznań

Źródło: opracowanie własne

Oprócz zadań związanych z medycyną pracy w ambulatoriach udzielana jest kwalifikowana pierwsza pomoc. Pomoc doraźna udzielana jest przez pielęgniarki i ratowników medycznych. Od 2018 roku wszyscy chętni pracownicy będą mogli przeszkolić się z udzielania pierwszej pomocy z użyciem AED. Założeniem Ochrony Zdrowia jest wyposażenie w tę praktyczną wiedzę 8% załogi. Obecnie działy produkcyjne zostały wyposażone z defibrylatory, umieszczone w najważniejszych punktach na halach. Wszystkie zakłady wyposażone są w pojazdy wewnątrzratunkowe, które umożliwiają transport poszkodowanego z miejsca pracy do ambulatorium. W ramach pomocy doraźnej, pracownicy mają możliwość skorzystania z porad lekarzy specjalistów: internisty, neurologa, laryngologa, okulisty, pulmonologa, dermatologa oraz ortopedy. W każdym z zakładów udzielane są również konsultacje fizjoterapeutyczne. Przychodnie współpracują także z ośrodkiem rehabilitacyjnym na zewnątrz, który realizuje wszelkie zabiegi rehabilitacyjne, wspomagające szybszy powrót do pracy po zabiegach i operacjach narządu ruchu.

W ramach zadań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką, Ochrona Zdrowia realizuje priorytety Strategii Zdrowotnej określone w czterech obszarach: baza danych, oferta usług medycznych, komunikacja o zdrowiu oraz warunki dla prozdrowotnych wyborów.

Coroczne planowanie aktywności wiąże się analizą stanu zdrowia, opartego na wynikach badań profilaktycznych (zaczepniętych z kart badania) oraz dodatkowych badań, zleconych w poradni Volkswagen Poznań. Oprócz obiektywnej analizy stanu zdrowia, dział Ochrony Zdrowia gromadzi i zbiera opinie na temat bieżącej satysfakcji z usług przychodni w postaci interaktywnej ankiety na tabletach (do wypełnienia w przychodniach), krótkich ankiet ewaluacyjnych po dodatkowych akcjach oraz w ramach corocznego badania opinii pracowników tzw. Barometru Nastrojów. Dodatkową informacją są również statystyki udziału

pracowników w poszczególnych aktywnościach. Taka wszechstronna analiza pozwala reagować na obiektywne i subiektywne potrzeby klientów poprzez modyfikację programu/planu działań. Efektem są działania trafiające w potrzeby załogi i cieszące się większą popularnością i udziałem. Szerszy opis tych działań znajduje się w rozdziale 4.

Co roku oprócz standardowych badań profilaktycznych przeprowadzane są dodatkowe badania przesiewowe oraz realizowane programy profilaktyczne. Celem takich działań jest zarówno popularyzowanie szeroko pojętego zdrowego stylu życia, jak i zapobieganie chorobom oraz wykrywanie ich we wczesnych stadiach. W stałym planie aktywności profilaktycznych znajdują się m.in.: Program Checkup, Kalendarz aktywności profilaktycznych, aktywności Centrum Rehabilitacyjno-Sportowego oraz Tygodnie Zdrowia.

Od 2016 roku zostało wprowadzone dla pracowników Volkswagen Poznań dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne w postaci Pakietu Medycznego. Oferuje ono pracownikom i ich rodzinom możliwość skorzystania z opieki medycznej poza zakładem, w licznych placówkach zlokalizowanych zarówno w większych jak i mniejszych miejscowościach na terenie całej Polski. Do dyspozycji osób korzystających z Pakietu Medycznego w Volkswagen Poznań są: lekarze ponad 30 specjalności, zabiegi i pomoc ambulatoryjna, badania laboratoryjne, diagnostyka radiologiczna, endoskopowa, USG, TK, wizyty domowe oraz refundacja wizyt prywatnych. Czas umówienia wizyty jest krótki i w zależności od specjalizacji lekarza powinien wynosić 2–5 dni roboczych. Uczestnictwo w Pakiecie Medycznym jest dobrowolne i w podstawowej wersji finansowane przez pracodawcę. Obecnie przystąpiło do pakietu 52% załogi.

Bezpieczeństwo i higiena pracy

Troska o bezpieczeństwo i zdrowie pracowników jest prawnym obowiązkiem każdego pracodawcy. Dział BHP, chcąc skutecznie chronić pracowników, musi uprzednio poznać rozmiar ewentualnych zagrożeń występujących w środowisku pracy. Także pracownik musi być świadomy zagrożeń, które wiążą się z wykonywaną przez niego pracą. Dlatego jedną z podstawowych powinności osób kierujących pracownikami, jak i działu BHP w tym zakresie jest ocena ryzyka zawodowego w zakładzie pracy. Do tworzenia takiej oceny powoływany jest zespół, w którego skład wchodzi: Społeczny Inspektor Pracy, pracownik działu BHP oraz kierownik obszaru. Bezpośredni przełożony jest odpowiedzialny za zapoznanie pracownika z oceną ryzyka zawodowego. Dowodem tego jest zaświadczenie, które podpisuje pracownik i jego bezpośredni przełożony oraz dokonanie wpisu do Kartoteki Kontrolnej BHP i PPOŻ. Dzięki posiadanej wiedzy o występujących zagrożeniach pracownik może skutecznie chronić swoje zdrowie a pracodawca zneutralizować zagrożenia. Integralną częścią oceny ryzyka zawodowego są pomiary czynników szkodliwych w środowisku pracy.

Dział BHP Volkswagen Poznań realizuje również szereg działań prewencyjnych i kampanii uświadamiających. Przykładem jest redukcja hałasu w obrębie spawalni. Działania redukujące hałas podjęte zostały na obszarach gdzie pracę świadczy łącznie 378 osób w systemie trzyzmianowym oraz incydentalnie 60 pracowników działu Utrzymania Ruchu. Celem działań było zmniejszenie poziomu hałasu odniesionego do 8-godzinnego cyklu pracy na stanowiskach z przekroczeniami do wartości poniżej najwyższego dopuszczalnego stężenia oraz zmniejszenie poziomu hałasu na stanowiskach, w których hałas przekraczał 80 dB. W celu wypracowania możliwych rozwiązań zostały zorganizowane warsztaty PCU (Proces Ciągłego Ulepszania), na których każde stanowisko analizowane było oddzielnie. Grupa robocza składała się z przedstawiciela służby BHP oraz przedstawicieli Działu Produkcyjnego i Utrzymania Ruchu. Zorganizowane były 3 warsztaty robocze, w których wzięło udział łącznie 40 osób. Na potrzeby kontroli wdrożonych rozwiązań służba BHP przeprowadziła łącznie 676 pomiarów hałasu słyszalnego oraz przeprowadzono badanie hałasu urządzeń spawalniczych (przetestowano spawarki 4 różnych producentów). W trakcie testów stwierdzono, iż hałas różni się w zależności od metody spawania oraz amperażu urządzeń, natomiast nie ma wpływu mieszanka stosowanych do spawania gazów. Wprowadzone rozwiązania przyczyniły się do obniżenia hałasu w odniesieniu do 8-godzinnego cyklu pracy oraz obniżenia hałasu chwilowego. W ramach tego projektu dokonano zmian w procesie wykonywania pracy na poszczególnych stanowiskach, np. zrezygnowano z dobijania blach młotkiem, przeniesiono miejsca odmuchiwania lub zmieniono standard oraz kolejność odmuchiwanych elementów. Łącznie liczba osób objęta poprawą warunków pracy to 256.

Ważnym elementem całej kampanii redukcji hałasu była jej część dotycząca zwiększania świadomości wśród pracowników oraz najwyższego kierownictwa. W tym celu zorganizowany został cykl szkoleń uświadamiających dla wszystkich pracowników produkcyjnych. Szkolenie prowadzone było przez Specjalistów ds. BHP, którzy przekazywali szczegółowe informacje mistrzom oraz kierownikom. Na szkoleniach wykorzystane zostały materiały dydaktyczne, w tym model budowy ucha. Pozwoliło to uczestnikom zrozumieć jego budowę, funkcjonowanie oraz skutki pracy w przekroczeniach hałasu. Kolejnym etapem szkoleń było przekazanie wiedzy przez mistrzów do pracowników bezpośredniej produkcji.

Ważnym i skutecznym działaniem realizowanym przez dział BHP jest także kampania incydentów/zdarzeń potencjalnie wypadkowych. Jej celem jest podnoszenie świadomości i budowanie kultury bezpieczeństwa, a przez to unikanie wypadków przy pracy. Skierowana jest do pracowników na wszystkich szczeblach hierarchii. Kampania polega na obowiązku rejestrowania incydentów/zdarzeń potencjalnie wypadkowych, wynikającym z wdrożonego w Volkswagen Poznań Koncernowego Systemu Zarządzania BHP (KAMS). Przed wprowadzeniem kampanii, została przeprowadzona ankieta wśród kadry kierowniczej i pracowników bezpośrednio produkcyjnych, służąca ocenie wiedzy na temat zdarzeń potencjalnie wypadkowych. Wyniki ankiet były jednoznaczne – zbyt mała świadomość wśród

pracowników, co świadczy o potrzebie przeprowadzenia kampanii informacyjnej. Dużo wysiłku wymagało skłonienie pracowników do zgłaszania incydentów, którzy niesłusznie często obawiali się negatywnych konsekwencji. Kampania informacyjna wykorzystuje wszystkie narzędzia komunikacji wewnętrznej Volkswagen Poznań: plakaty, bilbordy, Intranet oraz gadżety dla pracowników. W celu lepszego zrozumienia tematu w komunikatach wykorzystano metafory owoców i warzyw. W roku 2015 zostało zgłoszonych zaledwie 21 incydentów, natomiast w roku 2016 było to już 48. Efektem projektu jest także to, że na obszarach, w których zgłaszane są incydenty, wypadki występują rzadziej. Hasłem przewodnim projektu jest: LEP-SZA PREWENCJA NIŻ REKONWALESCENCJA.



Zdj. 1. Przykładowe plakaty Kampanii „Lepsza prewencja niż rekonwalescencja”

Ergonomia miejsca pracy

Ergonomia w zakładzie Volkswagen Poznań opiera się na ergonomii koncepcyjnej, związanej z wprowadzeniem zasad ergonomicznych podczas opracowywania koncepcji i projektowania, oraz na ergonomii korekcyjnej, która ma na celu korektę warunków pracy na drodze modernizacji już funkcjonujących stanowisk. Można ją też podzielić na ergonomię organizacyjną oraz ergonomię zachowań. Głównym celem strategii ergonomii w Volkswagen Poznań jest przeciwdziałanie chorobom zawodowym oraz dbanie o dobrą kondycję pracowników. W strategii tej wyróżnia się cztery podstawowe obszary działalności: ciągła poprawa ergonomii, ergonomiczne obchody, ergocoaching oraz współpraca.

Pierwszym obszarem strategii ergonomii w dziale Ochrony Zdrowia jest ciągła jej poprawa, która obejmuje odbiory maszyn i urządzeń, opiniowanie

projektów, pomiary oświetlenia, hałasu, mikroklimatu oraz sił, jakie wykorzystuje pracownik do wykonania powierzonych zadań. Aby zapewnić jak najwyższy poziom ergonomii na każdym stanowisku pracy, ergonomiści uczestniczą wraz z działami fachowymi w odbiorach stanowisk pracy. Wspólnie wypracowane rozwiązania pozwalają na usprawnienie pracy zanim jeszcze urządzenie pojawi się na linii produkcyjnej. W tym obszarze ergonomiści wraz z lekarzami zakładowymi, fizjoterapeutami oraz ortopedami udzielają porad i wskazówek mających na celu usprawnianie stanowisk pracy.

Drugim obszarem są ergonomiczne obchody na linii produkcyjnej oraz w biurze. W ramach tego odbywają się również konsultacje i doradztwo na miejscu pracy. Przeprowadzanie systematycznych obchodów ma również na celu zwiększenie komfortu i wydajności pracy. W czasie obchodów na linii produkcyjnej następuje ocena pozycji ciała podczas pracy, pomiary sił oraz wag osprzętów wykorzystywanych przez pracowników w codziennych czynnościach zawodowych. Po zakończonym obchodzie ma miejsce spotkanie podsumowujące z kierownikiem odpowiedzialnym za dany obszar produkcyjny w celu przedstawienia oraz skonsultowania analizy ergonomicznej stanowisk pracy. Podczas obchodów w biurze odbywa się ocena stanowisk z uwzględnieniem wymagań ergonomicznych. W czasie obchodów zostaje przeprowadzone szkolenie dla pracowników z zasad prawidłowego ustawienia stanowiska komputerowego, a następnie ergocoaching (szerzej termin ten został opisany dalej). Aktywność ta odbywa się również w ramach Tygodnia Ergonomii w Biurze, na którą pracownicy indywidualnie lub w ramach całego działu mają możliwość zapisu na podstawie informacji wcześniej wysłanych drogą mailową.

Trzecim obszarem jest ergocoaching. To dziedzina, w której ergonomiści ściśle współpracują z fizjoterapeutami. Celem ergocoachingu jest budowanie świadomości wśród załogi Volkswagen Poznań, nauka metod i technik pracy (zarówno biurowej jak i produkcyjnej), a także ćwiczeń. Efektem ma być zwiększenie komfortu i wydajności pracy oraz zmniejszenie zmęczenia pracą. Spotkania z pracownikami odbywają się grupowo oraz indywidualnie. Dodatkowo działania te wspomagane są broszurami edukacyjnymi, comiesięcznymi artykułami w gazecie pracowniczej Volkswagen Poznań oraz krótkimi filmikami edukacyjnymi. Prawidłowe techniki schyłania się, podnoszenia i przenoszenia ciężarów, a także odpowiednia pozycja siedząca eliminują ryzyko powstania kontuzji oraz przeciążeń aparatu ruchu. Uzupełnieniem prawidłowych wzorców ruchu i pozycji ciała są ćwiczenia. Mają one znaczenie zarówno podczas rozgrzewki przed pracą (zwłaszcza u pracowników produkcyjnych), jak i po pracy – w celu rozluźnienia zmęczonych i napiętych mięśni. Ergocoaching propaguje również aktywne wykorzystanie czasu w mikroprzerwach. Są to krótkie, często kilkunasto- lub kilkudziesięciosekundowe przerwy pomiędzy czynnościami roboczymi, w trakcie których pracownicy mogą zadbać o swoje ciało. Bardzo dobrym rozwiązaniem jest wdrożenie kilku ćwiczeń na stanowisku. Do wykonywania ćwiczeń można zastosować specjalistyczne przyrządy, takie jak drążek sportowy, krzesło typu stretching bench umożliwiające rozciągnięcie ciała lub automasażer. Automasażer to innowacyjne urządzenie, skonstruowane przez ergonomistów

i fizjoterapeutów oraz Dział Techniczny firmy, które służą do rozmasowania napiętych mięśni i redukcji bólu pleców poprzez pracę z powięzią i punktami spustowymi. Nieodłącznym elementem rozmów z pracownikami w ramach ergocoaching jest podnoszenie świadomości pracowników poprzez podkreślanie znaczenia rotacji podczas pracy. Zmiana charakteru wykonywanych czynności ogranicza jednorodność i monotonię oraz przeciwdziała przeciążeniom mięśniowym. W latach 2016/2017 przeszkolonych zostało łącznie 2 793 pracowników (stan: 19.10.2017).

Czwartym obszarem strategii ergonomii jest współpraca realizowana w ramach Warsztatów PCU (Proces Ciągłego Ulepszania) oraz konsultacji z działami fachowymi m.in. z Systemem Produkcyjnym, Działem BHP, Działem Planowania, Działem Logistyki, Działem Zapewnienia Jakości itd. W ramach współpracy międzydziałowej od 2016 roku odbywa się Ergonomie Tag (Dni Ergonomii). Jest to coroczne kilkudniowe przedsięwzięcie, podczas którego prezentowane są rozwiązania z zakresu ergonomii z różnych obszarów produkcyjnych. Odbiorcami eventu jest zarówno kadra kierownicza jak i pracownicy. Głównym celem jest zwiększenie świadomości i wiedzy pracowników w temacie ergonomii. W evenie może wziąć czynny udział bezpośrednio około 800 osób. Pozostali pracownicy zapoznawani są z prezentowanymi treściami przez bezpośrednich przełożonych i media wewnętrzne.

Wpływ na kształtowanie stanowisk pracy oraz edukację ergonomiczną ma również dział Systemy Produkcyjne, w skład którego wchodzi: Industrial Engineering (Inżynieria Przemysłowa), Akademia Volkswagen Poznań, Biuro PCU. Głównymi zadaniami Industrial Engineering jest: ocena oraz poprawa produktywności, wyliczenia zapotrzebowania na personel bezpośrednio produkcyjny, tworzenie standardu pracy na liniach produkcyjnych. Dział ten ocenia również ergonomię biomechaniczną metodą EAWS (Ergonomic Assessment Worksheet).

Akademia Volkswagen Poznań już od pierwszych dni zatrudnienia edukuje pracowników o znaczeniu ergonomii w procesie produkcyjnym oraz uczy odpowiednich technik i metod przy pracy. Dzięki takim szkoleniom jak podstawy Systemu Produkcyjnego i Metod Lean oraz szkoleń procesowych Grundfertigkeiten dla każdego obszaru (spawalnia, lakiernia, montaż, zapewnienie jakości, logistyka) pracownik może w praktyce zapoznać się z zasadami ergonomii, aby w przyszłości móc odwzorować je na swoim stanowisku pracy.

Biuro PCU zajmuje się optymalizacjami procesów zarówno na produkcji, jak i w obszarach biurowych. Ciągłe doskonalenie to działanie małymi krokami, oparte na identyfikacji i eliminacji marnotrawstwa. Jedną z metod stosowaną na wszystkich obszarach jest metoda organizacji i zarządzania miejscem pracy – 5S, której głównym celem jest nauka dostrzegania i eliminacji marnotrawstwa oraz najbardziej optymalne dostosowanie miejsca pracy do pracowników. Warsztaty PCU pomagają pracownikom zauważyć i eliminować marnotrawstwa oraz zagrożenia takie jak: niewłaściwe oświetlenie na stanowisku, hałas, zbędny transport, zbędne procesy, kolizje pracowników itp. Podczas warsztatów wprowadzane są projekty Low Cost czyli niskobudżetowe rozwiązania np.: transporty grawitacyjne, wózki transportowe

(pomocnicze, samojezdne), narzędzia i urządzenia pomocnicze, regały zjazdowe, przepływowe i specjalne, regały jeżdżące, windy, stojaki. Wszystkie te rozwiązania mają na celu ułatwienie pracy z uwzględnieniem ochrony narządu ruchu.

Świadomość i edukacja zdrowotna

RAZEM, ODWAŻNIE, BLISKO KLIENTA, EFEKTYWNIE, UCZCIWIE i ŚWIADOMIE to wartości marki Volkswagen. Praca nad nimi oraz codzienne wybory każdego z pracowników wpływają na rozwój i tworzenie kultury organizacyjnej Volkswagen Poznań. Wszystkie działania prozdrowotne mają na celu również realizowanie tych wartości. Szczególnie istotne z punktu widzenia zdrowia załogi jest wartość ŚWIADOMIE i UCZCIWIE. ŚWIADOMIE kształtowane są programy zdrowotne dla pracowników, z uwzględnieniem ich potrzeb zdrowotnych, zbierane opinie i uwzględniane ich zdanie modyfikujące ofertę. Jednocześnie pracodawca chce być godnym zaufania partnerem zdrowotnym, by UCZCIWIE przedstawiać oczekiwania wobec pracowników, zgodnie z mottem Strategii Zdrowotnej: *Pracownicy dbający o zdrowie w firmie wspierającej zdrowie pracowników*.

Istotne jest, że nad wartościami i kulturą organizacji pracuje zarówno kadra kierownicza jak i pracownicy. W 2017 roku utworzono 40 osobową grupę projektową, złożoną z chętnych osób pracującą nad tematem „Cooltura na co dzień”. Celem projektu jest zaangażowanie i wykorzystanie potencjału pracowników w proces tworzenia kultury przedsiębiorstwa. Grupa projektowa stworzona z pracowników w różnym wieku, różnej płci, z różnym doświadczeniem zawodowym i miejscem pracy będzie opracowywać pomysły i rozwiązania dotyczące kultury Volkswagen Poznań oraz wartości w Volkswagen Poznań. Grupa ta z pewnością uwzględni tematykę zdrowia w swoich zadaniach i wypracuje nowe ujęcie realizowanych działań na rzecz zdrowia, co pozwoli jeszcze lepiej trafić w potrzeby klientów i wykorzystać te elementy w edukacji zdrowotnej pracowników.

Praca nad świadomością ma jeszcze jeden wymiar w Volkswagen Poznań. Również od tego roku pracuje się nad wdrożeniem strategii zarządzania różnorodnością (Diversity & Inclusion). Zależy nam, aby nasi pracownicy, niezależnie od różnorodności kompetencji i osobowości akceptowali swoją odmienność, byli szanowani i szanowali się nawzajem. W Volkswagen Poznań stworzymy atmosferę sprzyjającą wymianie doświadczeń, przełamywaniu stereotypów i dzieleniu się poglądami każdego pracownika, bez względu na wiek, płeć, religię, narodowość, osobiste umiejętności, status materialny, ograniczenia zdrowotne, orientację seksualną oraz poziom wykształcenia. Dlatego w ramach projektu Diversity, jednym z obszarów, na który jest kładziony duży punkt ciężkości to zdrowie – zarówno fizyczne, jak i psychiczne, uszczerbki na zdrowiu oraz ograniczenia pracowników, które mają przełożenie na życie zawodowe i prywatne. W Volkswagen Poznań chcemy, by każdy pracownik czuł się doceniony i szanowany, niezależnie od swojego stanu zdrowia. Dlatego też zadaniem tego projektu jest wypracowanie nowych

pomysłów i poznaniu potrzeb pracowników w tym zakresie oraz uwzględnienie jej w działaniach na rzecz zdrowia pracowników.

Edukacja zdrowotna podzielona jest również na działania pośrednie, jak i bezpośrednie. Przykładem pośrednich działań są wszystkie kampanie informacyjne i uświadamiające działu Ochrona Zdrowia. Potwierdzeniem realizowanych działań jest przeprowadzona na przełomie lat 2016/2017 Kampania przeciw infekcjom. Złożona była zarówno z możliwości zaszczepienia się bezpłatnie przeciw grypie w zakładowych ambulatoriach jak i informacji w formie plakatów i artykułów w zakresie budowania odporności organizmu, profilaktyki infekcji wirusowych oraz podkreślenia higieny mycia rąk. Kampania dotycząca popularyzacji szczepień przeciwko grypie realizowana była we wsparciu materiałów Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy „Grypoodporni”. Informacje te dotyczyły zachowań profilaktycznych w okresie zwiększonych infekcji i przeziębień ale także faktów i mitów szczepień.

Przykładem edukacji bezpośredniej jest realizowana od początku 2016 roku w ramach gabinetu internistycznego *Recepta na zdrowie*. Pracownicy, którzy korzystają z porad lekarza internisty w każdym zakładzie mogą otrzymać indywidualną receptę – zalecenia zdrowotne opierające się na aktualnym stanie zdrowia badanego. *Recepta na zdrowie* to formularz, którego wygląd przypomina receptę lekarską. Zalecenia zdrowotne są „przepisywane”, niczym leki do wykupienia, w zakresie trzech grup: zmian w stylu życia, badań medycznych i konsultacji lekarskich oraz udziału w aktywnościach realizowanych przez dział Ochrony Zdrowia. Celem wprowadzenia *Recepty na zdrowie* było wdrożenie narzędzia bezpośredniej komunikacji między lekarzem a pacjentem z uwzględnieniem nowoczesnej i zindywidualizowanej formy przekazu. Ideą wprowadzenia takiego rozwiązania było również dotarcie do partnerów i partnerek pracowników, w celu wzmocnienia informacji o możliwościach wspierania zdrowia w Volkswagen Poznań.

Edukacja bezpośrednia podnosząca świadomość zdrowotną ma również miejsce w czasie spotkań lub warsztatów z pracownikami. Ich głównym celem jest zwrócenie jeszcze większej uwagi na własne zdrowie. Przykładem są spotkania w Odlewni, które swoją historię mają od 2011 roku. Zorganizowano wówczas spotkania dla wszystkich pracowników produkcyjnych, które odbyły się jednocześnie na obu halach produkcyjnych i na każdej zmianie. Informacje przekazywane były przez kierowników produkcyjnych, pielęgniarki zakładowe oraz dział BHP. W kolejnych latach zdecydowano o kontynuacji spotkań, ale w nieco innej formie, tj. mistrzowie po odpowiednim przygotowaniu przez Dział Personalny, przedstawiali materiały swoim pracownikom. Materiały te miały na celu m.in. pokazanie tzw. utraconych korzyści zwolnień lekarskich (niższe składki emerytalne, wydłużenie okresów nieskładkowych, brak premii zdrowotnościowej itp.). Odbyło się też spotkanie skierowane do pracowników biurowych, podczas którego Kierownik Działu Ochrony Zdrowia VWP omawiała typowe problemy zdrowotne załogi oraz przedstawiała związane z tym zagrożenia.

Ważnym elementem edukacji prozdrowotnej w firmie są szkolenia ponad fachowych poruszające zagadnienia radzenia sobie ze stresem oraz zdrowego stylu życia. Zśród szerokiej oferty szkoleń ponad fachowych z jakich mogą regularnie korzystać

pracownicy Volkswagen Poznań są dwa szkolenia poświęconej tej tematyce: „Opanuj stres” oraz „Z energią wobec wyzwań”. Pierwsze z wymienionych warsztatów skupia się na uzmysłowieniu jak reagujemy na sytuacje stresowe oraz uczy odpowiedniego radzenia sobie ze stresem. Tematyka drugiego szkolenia zwraca uwagę na znaczenie zdrowego stylu życia. Uczestnicy, poprzez indywidualne i grupowe ćwiczenia, dostosowane do ich potrzeb, mają możliwość doświadczenia jak całościowa kondycja psychofizyczna wpływa na efektywność w życiu zawodowym i osobistym. Szkolenia te skierowane są dla kierowników, mistrzów oraz pracowników pośrednio produkcyjnych.

Redukcja absencji

W ramach realizacji strategii Volkswagen Poznań Dział Personalny prowadzi różnego rodzaju działania HR w zakresie poprawy stanu zdrowia i zachorowalności załogi. Aktywności HR w zakresie redukcji absencji koncentrują się na analizie poziomu absencji, szukaniu przyczyn i możliwych rozwiązań, którą mogą wpływać na stan zdrowia załogi.

Przykładem takich działań są regularnie spotkania kierownictwa fabryki z bezpośrednimi przełożonymi, przedstawicielem działu Personalnego, BHP oraz Ochrony Zdrowia, podczas których analizowana jest aktualna sytuacja zdrowotna, problemy zdrowotne pracowników oraz ergonomia miejsc pracy. W zależności od potrzeby, spotkanie organizowane jest bezpośrednio na linii produkcyjnej, gdzie od razu można zobaczyć miejsca pracy, możliwe problemy z nimi związane, bądź jako spotkanie w sali konferencyjnej, gdzie przełożeni mają możliwość omawiania dobrych praktyk stosowanych u siebie w działach i przekazywanie tej wiedzy innym kolegom. Ponadto, spotkania te są okazją do zgłaszania przez uczestników nowych pomysłów i to bezpośrednio do wyższego kierownictwa, co znacznie skraca ich wdrożenie. Podobne spotkania w zakładzie Odlewania, umożliwiły wdrożenie m.in. matrycy obciążeń, która ułatwia mistrzom rotację pracowników pomiędzy działami.

Standardowym działaniem są również rozmowy z pracownikami, którzy wrócili ze zwolnienia chorobowego. Rozmowa ma na celu uświadomienie pracownika jak jego nieobecność wpływa na organizację pracy w dziale, jakie niesie za sobą konsekwencje. Podczas tych rozmów pracownicy są również zapoznawani z ofertą zakładowej Ochrony Zdrowia. Oferta ta jest przygotowana w postaci papierowej broszury, która przedstawia możliwości otrzymania pomocy medycznej i stanowi także informację jak z niej korzystać.

Motywacja

Volkswagen Poznań oferuje benefity dla pracowników, które są nagrodą oraz wsparciem zdrowego stylu życia z ułatwieniem łączenia życia zawodowego z prywatnym w ramach work life balance.

Jednym ze składników wynagrodzenia oprócz podstawowej płacy jest indywidualna premia zdrowotna. Każdy z pracowników, który nie przebywał na zwolnieniu lekarskim w danym miesiącu otrzymuje premię w wysokości 125 zł brutto. Raz na kwartał wszyscy pracownicy, pracujący w zespołach, które osiągnęły stu-procentowy stan zdrowotności otrzymują bonusy do wykorzystania w różnych instytucjach sportowo-rekreacyjnych. Pracownicy motywują siebie nawzajem, a przy drobnych infekcjach i niedomaganiach zachęcają się wzajemnie do korzystania z innych form nieobecności, tak aby utrzymać 100% obecności i zamknąć z sukcesem kwartał.

Kilka lat temu wprowadzono także karnety rekreacyjno-sportowe dla pracowników. Celem ich było stworzenie możliwości uprawiania aktywności fizycznej różnych dziedzin sportu na terenie Wielkopolski w pobliżu miejsc ich zamieszkania. Informacja o sprzedaży karnetów była szeroko komunikowana wśród załogi, m.in. poprzez ulotki i tablice informacyjne, mailing, intranet, stronę internetową, media społecznościowe. Aktualnie z karnetów korzysta grupa ponad 700 pracowników, którzy sami decydują, czy będą korzystać z karnetów i w jakim wymiarze. Ponad połowa (57%) użytkowników karnetów zdecydowała się na wybór karnetu z możliwością codziennych wejść na obiekty sportowe, pozostali korzystają z nich 2 razy w tygodniu. W ramach pakietu oprócz pełnego zakresu obiektów sportowych użytkownik może otrzymać dostęp do miejsc oferujących usługi rekreacyjno-rozrywkowe. Dodatkowo co miesiąc światowi eksperci z *Men&Health*, *Women&Health* oraz magazynu *Runners World* przygotowują dla użytkowników OK System nowe dawki motywujących rozwiązań dla ulepszenia treningów. W wydaniach specjalnych znajdują się między innymi porady żywieniowe, pomysły na ćwiczenia i treningi oraz wiele inspiracji do zdrowego trybu życia.

Od 2008 r. w Volkswagen Poznań realizowany jest program *Przyszła Mama* skierowany do wszystkich kobiet, które spodziewają się dziecka i chcą pozostać aktywne zawodowo. Ideą tego programu jest ułatwienie kobiecie w ciąży pozostania aktywną zawodowo. Ważne jest to, aby przyszła mama czuła się w pracy komfortowo i aby miała szansę dostosować czas pracy do zmieniającego się samopoczucia. Każda kobieta w ramach programu może skorzystać z następujących elementów:

- bezpłatnych świadczeń ambulatoryjnych (bezpłatne badania laboratoryjne dla kobiet w ciąży realizowane w zakładowej przychodni),
- skróconego czasu pracy w systemie 6-godzinnym – przy zachowaniu dotychczasowego wynagrodzenia,
- parkowania na specjalnie oznaczonym dogodnym miejscu – znajdującym się w pobliżu bramy wejściowej do zakładu pracy,
- wygodnego krzesła, które można wypożyczyć na czas ciąży.

Przyszła mama zgłaszając się do programu sama podejmuje decyzję, z których elementów programu chciałaby skorzystać. Ponadto dla pań, które powracają

po urlopie macierzyńskim, przygotowane są pomieszczenia dla matek karmiących, stąd młode mamy mogą łączyć swoje obowiązki macierzyńskie z pracą.

CSR

Volkswagen Poznań to firma promująca wśród pracowników oraz w najbliższym sąsiedztwie aktywne formy spędzania wolnego czasu. W związku z tym w 2009 r. został uruchomiony program nauki gry w piłkę ręczną (*Volkswagen Poznań Mini Handball*) skierowany do szkół podstawowych zlokalizowanych w sąsiedztwie zakładów VWP. Dzięki grze w piłkę ręczną uczniowie poznawali zasady współpracy, pracy w grupie, współzawodnictwa i fair-play, a także uczyli się zdrowego trybu życia.

Program podzielony był na trzy etapy:

1. Puchar Volkswagen Poznań Mini Handball – skierowany był do uczniów klas trzecich.
2. Akademia Szczypiorniaka, czyli treningi przeprowadzane przez Sekcję Piłki Ręcznej Kobiet AZS AWF Poznań, przeznaczony dla absolwentów Pucharu – klas 4 i 5 a w przyszłości także 6.
3. Dla zawodników – uczniów gimnazjum kluby sportowe przygotowały ofertę kontynuacji pasji, natomiast dla zawodniczek została utworzona, pod egidą starszych koleżanek, Sekcja Piłki Ręcznej Dziewcząt AZS AWF Poznań.

Organizatorami projektu był Volkswagen Poznań, przy merytorycznym wsparciu Wielkopolskiego Związku Piłki Ręcznej. Od II Edycji Pucharu w roku 2010 Ambasadorem Programu został piłkarz ręczny Artur Siódmałk. Program w całości finansowany był ze środków własnych Volkswagen Poznań i został objęty patronatem lokalnych gazet, rozgłośni radiowych oraz telewizji. Po każdym turnieju do rodziców oraz szkół wysyłany był Newsletter Programu *Mini Handball*, ze zdjęciami z zawodów oraz najważniejszymi informacjami po turnieju. Volkswagen Poznań, doceniając zaangażowanie zawodniczek AZS AWF w program, został sponsorem zespołu piłki ręcznej kobiet – AZS AWF Volkswagen Poznań.

Od początku trwania programu, w ciągu 7 lat, uczestniczyło w nim 1500 młodych zawodników i zawodniczek. Dzięki *Mini Handball* udało się nawiązać bliską współpracę z 11 szkołami, poznać ich potrzeby oraz udzielać wsparcia za pośrednictwem Funduszu Sportowego, poprzez który szkoły mogły uzyskać środki finansowe na działania związane z promocją sportu w swoich placówkach. Każdego roku pula środków w ramach Funduszu Sportowego wynosiła ponad 30 000 złotych. Od roku 2012 wśród uczestników, rodziców i dyrekcji szkół przeprowadzana była ankieta ewaluacyjna programu oraz ocena postępów rozwoju fizycznego. Dodatkowo organizowane były rundy spotkań z psychologami sportu, które pokazywały prawidłowe postawy opiekunów w czasie sukcesów i porażek młodych sportowców.

Wsparcie dla zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej w Volkswagen Poznań

Jedną z głównych determinant zdrowia pracowników Volkswagen Poznań, na które ukierunkowana została *Strategia Zdrowotna* to kreowanie zachowań prozdrowotnych pracowników, czyli stylów życia, głównie w obszarze aktywności fizycznej i odżywiania się. Dalsza część opracowania koncentruje się na przedstawieniu przykładów mechanizmów, struktur i konkretnych rozwiązań organizacyjnych, które pozwalają osiągać te cele.

Program Checkup

Podkreślając wartość zdrowia pracowników, Volkswagen Poznań od początku 2012 roku wprowadził koncernowe badanie *Checkup* dla wszystkich swoich pracowników. *Program Checkup* to dobrowolny, kompleksowy przegląd zdrowotny pozwalający monitorować stan własnego zdrowia i zapobiegać chorobom. Badanie *Checkup* składa się z trzech części: badań laboratoryjnych, badań diagnostycznych oraz konsultacji lekarskiej. Program ten realizowany jest w ramach badania okresowego, gdyż część z badań jest powielona. Zakres badania *Checkup* znacznie przewyższa zakres badań potrzebnych do wydania orzeczenia o braku przeciwwskazań do wykonywanej pracy, stąd wymagana jest zgoda pracownika na dodatkowym formularzu. Częstotliwość badań była planowana raz na cztery lata, od października 2017 została skrócona do trzech lat. *Badania Checkup* są bezpłatne dla pracownika, a wszystkie z nich wykonywane w miejscu i czasie pracy pracownika tj. w zakładowych przychodniach. Uczestnictwo w programie, na początku jego wprowadzenia, sięgało blisko 90% załogi (przy 8 tysiącach pracowników), obecnie kształtuje się na poziomie 72% (przy ponad 10 tysiącach pracowników). Najczęstszą przyczyną odmów pracowników jest strach przed utratą orzeczenia o zdolności do pracy oraz obawa przed dostępem do informacji medycznych osób trzecich np. przełożonego lub przedstawiciela Działu Personalnego (źródło: na podstawie wywiadu z pielęgniarkami Volkswagen Poznań). Strach przed utratą zdolności mają najczęściej pracownicy starsi wiekowo lub tacy, którzy mają problemy zdrowotne. Obie te grupy wiążą wyniki badania *Checkup* z określeniem zdolności do pracy. Często pracownicy nie rozróżniają tego, jakie badania wchodzą w zakres *Checkup*, a jakie w ramy badań okresowych, stąd negatywne skojarzenia z tymi drugimi przenoszone są na *Checkup*. Ponadto, jeśli wyniki ekstremalnie przekraczają normy i wpływają na zagrożenie życia i zdrowia pracownika, wówczas otrzymuje on decyzję o zdolności do pracy na krócej, by zmotywować go do zatroszczenia się o zdrowie przez zmiany stylu życia lub dalszą diagnostykę. Drugi argument związany z obawą o dostęp do informacji medycznych przez inne osoby jest efektem

powielanego mitu przez tzw. „ambasadorów” negatywnej opinii. Zarówno Dział Personalny jak i przełożeni nie mają wglądu do informacji medycznych konkretnych osób, a dane medyczne są przechowywane i przetwarzane zgodnie z wszelkimi przepisami odnośnie danych osobowych.

W skład pierwszej części badań Checkup, czyli badań laboratoryjnych, wchodzi m.in. morfologia, badanie ogólne moczu, profil lipidowy, elektrolity, glukoza oraz hormon tarczycy i hormon gruczołu krokowego PSA (dla mężczyzn po 40 roku życia). Od października 2017 roku, badania laboratoryjne rozszerzone zostały o parametry w zakresie profilaktyki wirusowego zapalenia wątroby typu B i C (WZW B i WZW C) oraz cztery markery nowotworowe dla osób po 50. roku życia (CA 125, CA 15-3, CEA oraz AFP).

Na badania diagnostyczne składają się: parametry sercowo-naczyniowe (ciśnienie krwi i tętno, EKG spoczynkowe oraz indeks ryzyka sercowo-naczyniowego), analiza składu ciała, ocena gibkości oraz badania ostrości wzroku, badanie słuchu (audiometria) oraz pojemności płuc (spirometria).

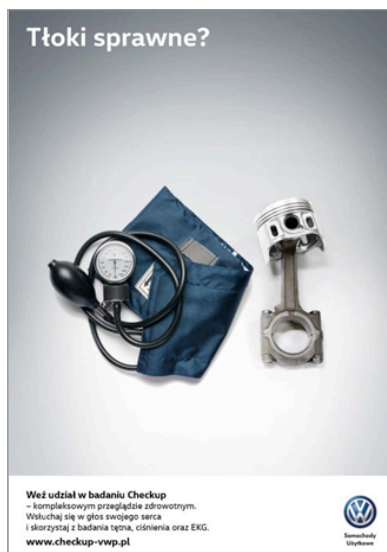
Badanie lekarskie obejmuje badanie fizykalne oraz wywiad. Wszystkie badania są podsumowane przez lekarza medycyny pracy. Pracownik po badaniu otrzymuje swoje wyniki wraz z konkretnymi zaleceniami odnośnie stylu życia. Karta wyników jest wydawana pracownikowi razem z broszurą obszernie omawiającą każde z badań oraz interpretację wyników. Najczęściej występujące zalecenia to redukcja masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, dieta niskotłuszczowa i niskowęglowodanowa oraz kontrola profilu lipidowego. Od października 2017 roku wprowadzona została nowa karta wyników oraz zalecenia zdrowotne. Zalecenia zdrowotne pogrupowane są zgodnie z klasyfikacją z *Recepty na Zdrowie*, a więc w zalecenia dotyczące: zmian w stylu życia, badań medycznych i konsultacji lekarskich oraz udziału w aktywnościach realizowanych przez dział Ochrony Zdrowia.

Komunikacja zmian w programie *Checkup* obejmuje zarówno materiały drukowane (plakaty, ulotki oraz broszurę) i wirtualne (Intranet), zewnętrzna strona internetowa dedykowana programowi oraz animacja, która ma na celu przedstawić korzyści z badań profilaktycznych i przełamać barierę w korzystaniu z nich. W planach komunikacji Checkup jest także wirtualny chat z kierownikiem Ochrony Zdrowia, umożliwiający zadawanie bezpośrednich pytań odnośnie programu. Komunikacja zmian w Checkup odbywa się również na spotkaniach na różnych gremiach i szczeblach organizacji. Bardzo ważnym elementem jest bezpośrednia rozmowa z pracownikami w obszarach, gdzie ilość przystąpień do programu z roku na rok spada, a liczba odmów jest wyższa niż ilość zgód. Wzmocnieniem tych działań jest również rozmowa pielęgniarki z pracownikiem, który odmawia udziału w badaniu i przekonywanie pracownika do sensowności takiej profilaktyki.

Ważną kwestią w przygotowaniu kampanii informacyjnej było jej dostosowanie do odbiorcy. Postawiono sobie za cel, by oswoić dużą część załogi (ponad 90% załogi Volkswagen Poznań stanowią mężczyźni) z badaniami profilaktycznymi, podkreślić poufność informacji i połączyć ten komunikat z obszarem ich zainteresowań. Wszystkie materiały informacyjne wykorzystują analogię funkcjonowania

organizmu do elementów sprawnie działającego samochodu. W ten sposób podnosi się także identyfikację pracowników z firmą i produktem, jednocześnie przełamując slogan, że choroby są tematem tabu.

Program *Checkup* to jedna z inicjatyw pozwalających poznać stan własnego zdrowia i świadomie wpływać na jego poprawę, zgodnie z hasłem *moje zdrowie w moich rękach*. Program ten został nagrodzony i wyróżniony zarówno przez instytucje państwowe jak Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPISS) jak i prywatne Stowarzyszenie Forum Medicum, Instytut Nagrody Zaufania Złoty Otis czy Pracodawcy RP.



Zdj. 2. Przykładowe plakaty Kampanii Checkup

Odżywianie pracowników

W kwestii odżywiania pracowników, Volkswagen Poznań ściśle współpracuje z firmą Agamat, która jest operatorem kantyn zakładowych. Kooperacja ta to przede wszystkim stołówki rozmieszczone w czterech zakładach oraz kilka stacjonarnych i mobilnych punktów wydawczych umieszczonych w bliskim sąsiedztwie bezpośredniej produkcji tak, by każdy miał do nich dostęp. Przykładami takich punktów jest między innymi tak zwany KaroBar umieszczony na Spawalni w zakładzie w Poznaniu – Antoninku czy SB-Shop na Lakierni w zakładzie we Wrześni. W każdej z tych lokacji pracownicy mają możliwość zjeść pełnowartościowy posiłek wybrany z bogatego, starannie przemyślanego menu.

Dużą wagę przykładą się do tego, by serwowane dania, były przygotowywane ze świeżych, lokalnych produktów. Warzywa, owoce i jaja pochodzą od rolników, którzy prowadzą gospodarstwa w okolicach Poznania i Wrześni. Dostępne

w kantynach pieczywo również wypiekane jest w lokalnej piekarni i pozbawione jest sztucznych dodatków czy polepszaczy smaku.

Celem takiej współpracy z operatorem kantyn jest propagowanie zdrowych wyborów i zachęcanie pracowników, by przykładali wagę do tego co jedzą i jak jedzą. Jest to szczególnie ważne w kontekście profilaktyki nadwagi. Dlatego też, każdego dnia w kantynach dostępne są potrawy z tak zwanej „Zielonej linii”. Są to dania mniej kaloryczne, mniej tłuste, a przez to zdrowsze. Dodatkowo, każde danie w menu ma odpowiednie oznakowanie kaloryczności, zawsze istnieje więc możliwość wybrania posiłku niskokalorycznego. Firma Agamat pozostaje w stałej współpracy z dietetykiem, dzięki czemu menu spełnia wszelkie wymogi jakościowe i jest odpowiednio zróżnicowane.

Oferta kantyny i punktów wydawczych stale się powiększa, również o produkty zdrowe. Pracownicy mają możliwość między innymi samodzielnie przyrządzić sobie wyciskane koktajle owocowo – warzywne, skomponować własne, lekkie śniadania w bufecie sałatkowym lub kupić cieszące się dużym powodzeniem jednodniowe, naturalne soki butelkowane lub naturalne jogurty z ziarnami.

Kalendarz aktywności profilaktycznych

Ochrona Zdrowia w Volkswagen Poznań w oparciu o stan zdrowia załogi oraz uwzględniając cele Strategii Zdrowotnej, przygotowuje co roku dla pracowników starannie zaplanowany kalendarz profilaktyczny, czyli aktywności prozdrowotne i akcje dedykowane danej grupie docelowej bądź poświęcone konkretnej tematyce. Działania te mają na celu edukację pracowników, ich motywację oraz zachęcenie do aktywnego udziału. Przedsiębiorstwo przywiązuje dużą wagę do tego, aby oferta aktywności prozdrowotnych była szeroka i skierowana do różnych grup docelowych. Dzięki temu umożliwia się pracownikom dokonywanie prozdrowotnych wyborów i tym samym przyczynia się do zmiany ich stylu życia i polepszenia stanu zdrowia. Poniżej opisane zostały przykładowe aktywności profilaktyczne mające szczególne znaczenie w profilaktyce nadwagi.

Cztery razy w roku organizowany jest dla pracowników *Tydzień Zdrowa*. Każdy z nich poświęcony jest innej tematyce, jak np. zdrowie psychiczne, czy profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Za każdym razem przygotowywane aktywności dla pracowników ujęte są w cztery bloki tematyczne: badania profilaktyczne, zdrowe odżywianie, aktywność ruchowa oraz psychika (tzw. work-life-balance). Z okazji *Tygodni Zdrowia* ukazuje się zawsze nowe wydanie Newslettera Zdrowotnego, w którym w przyjazny sposób przybliżana jest pracownikom dana tematyka. Celem jest zachęcenie do badań profilaktycznych, edukacja z zakresu prawidłowej diety, motywacja do regularnej aktywności ruchowej i wsparcie w temacie świadomego radzenia sobie ze stresem i godzenia życia zawodowego z życiem prywatnym. Treści fachowe do Newslettera Zdrowotnego przygotowywane są przez pracowników działu Ochrony Zdrowia oraz działy współpracujące, takie

jak między innymi Centrum Rozwoju Kompetencji i Organizacji w Volkswagen Poznań, w którym pracują wykwalifikowani psychologowie i trenerzy personalni prowadzący szereg szkoleń ponad fachowych w przedsiębiorstwie.

Podczas Tygodni Zdrowia w ramach cyklicznej współpracy z firmą obsługującą kantyny w każdym Zakładzie Volkswagen Poznań przygotowywana jest oferta specjalna z okazji tego wydarzenia, jak na przykład tydzień sałatkowy, „buraczane menu”, menu specjalne dla serca, czy menu sałatkowe. Menu takie zawiera zdrowe potrawy przygotowywane na bazie sezonowych warzyw i owoców. Dodatkowo pracownicy mają możliwość skorzystania z rozszerzonego baru sałatkowego, koktajli owocowo-warzywnych czy darmowej degustacji zdrowych przekąsek jak na przykład desery z kaszy jaglanej, ciasto dyniowe, czy w sezonie letnim arbuz. Oprócz tego w każdym *Tygodniu Zdrowia*, w przykładowych ambulatoriach, stoją kosze z sezonowymi owocami, dzięki czemu każdy pracownik może poczęstować się darmową dawką witamin.

W ramach Tygodnia Zdrowia organizowane są także różnego rodzaju akcje profilaktyczne. Jednym z przykładów akcji wspierających profilaktykę nadwagi jest *Analiza składu ciała* przeprowadzona przy współpracy z jednym z poznańskich klubów sportowych. Trenerzy personalni prowadzą na terenie wszystkich przychodni Volkswagen Poznań pomiary składu ciała przy użyciu specjalistycznej wagi. Każdy uczestnik akcji otrzymuje podstawowe zalecenia żywieniowe oraz z zakresu aktywności ruchowej. W akcji mogą wziąć udział chętni pracownicy z każdego zakładu.

Akcje profilaktyczne przeprowadzane są we wszystkich czterech przychodniach Volkswagen Poznań. Ich terminy i godziny ustalane są w taki sposób, aby umożliwić uczestnictwo w akcji pracownikom zarówno bezpośrednio produkcyjnym pracującym w systemie trzy zmianowym, jak i pracownikom administracyjno-biurowym. Ze względów organizacyjnych liczba miejsc uczestników akcji jest ograniczona i oscyluje w przedziale około 40–60 uczestników w ciągu dnia w poszczególnych zakładach.

Zainteresowanie organizowanymi akcjami wśród pracowników jest bardzo różne i zależy od czynników, takich jak na przykład tematyka akcji czy koszty uczestnictwa w niej. Udział w niektórych akcjach jest dla pracowników bezpłatny, w innych kosztuje około 50 zł (na przykład badania z zakresu profilaktyki nowotworów takie jak: USG tarczycy, czy jamy brzusznej). Cena pokrywa godziny pracy lekarza i jest atrakcyjna dla pracowników w porównaniu z ceną rynkową takich badań.

Nowym pomysłem propagowania aktywności ruchowej wśród pracowników VWP jest akcja pod tytułem *RUSZMY ENDOrfiny*. Są to wyzwania sportowe oparte na bezpłatnej aplikacji Endomondo dostępnej na smartfony z dostępem do GPS. Pracownicy mają możliwość dołączenia do dyscypliny sportowej takiej jak: bieganie, chodzenie, pływanie, czy jazda na rowerze i zmierzenia się w sportowej rywalizacji z kolegami i koleżankami z zakładu pracy. Akcja ta ma charakter nieformalny, a jej organizatorem jest dział Ochrony Zdrowia. Nie ma przewidzianych nagród dla najlepszych uczestników. Celem jest propagowanie

ruchu i zdrowej rywalizacji. Akcja wystartowała 16 października 2017 roku i już na samym jej początku cieszyła się sporym zainteresowaniem. Najwięcej pracowników przyłączyło się do dyscypliny *VWP biega*, która liczy aktualnie nieco ponad 100 uczestników. Niewiele mniej, bo 80 pracowników brało udział w wyzwanii *VWP jeździ na rowerze*. Zamysłem organizatorów akcji jest zachęcenie większej ilości pracowników do udziału w wyzwaniach sportowych poprzez odpowiedni marketing akcji za pośrednictwem mediów komunikacyjnych VWP.

Volkswagen Poznań stara się także ze szczególną troską wspierać pracowników zmagających się z problemem otyłości, u których wyniki badania BMI wynoszą powyżej 40. Specjalnie dla tej grupy docelowej powstaje program przy współpracy z Kliniką Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. W ramach tego programu wybrani chętni pracownicy zmagający się z otyłością olbrzymią otrzymają profesjonalne wsparcie w zakresie badań diagnostycznych oraz porad dietetycznych, których celem jest znaczna redukcja masy ciała i tym samym poprawienie ogólnego stanu zdrowia.

Centrum Rehabilitacyjno-Sportowe VWP

Jest to obiekt, który powstał z myślą o wsparciu pracowników w realizowaniu aktywności fizycznej. Celem jego powstania było umożliwienie pracownikom bezpłatnie i blisko miejsca pracy dbania o kondycję fizyczną, polepszenia stanu zdrowia i zapobiegania rozwojowi i skutkom chorób cywilizacyjnych (np. otyłość, nadciśnienie tętnicze). Centrum Rehabilitacyjno-Sportowe VWP powstało przy dziale Ochrony Zdrowia w Zakładzie 1 w 2008 roku jako pomieszczenie z jedną salą. Obecnie ma powierzchnię 250 m² i dwie sale do ćwiczeń. Pierwsza z sal (fitness) wyposażona jest w sprzęt i maszyny siłowe, druga (siłownia) w sprzęty aerobowe (bieżnie, orbitrek, rower stacjonarny i spinningowy, ergometr i stepper) oraz przestrzeń do zajęć grupowych. Centrum otwarte jest w dni robocze od 6.00 do 23.00 oraz w produkcyjne weekendy.

W 2017 roku Centrum Rehabilitacyjno-Sportowe VWP otrzymało nowy wygląd. Celem tej zmiany wizualnej było zainteresowanie nowych pracowników tą ofertą oraz oddzielenie tej strefy sportowo-rekreacyjnej od części medycznej przychodni. Kolory, zdjęcia wielkoformatowe oraz hasła motywacyjne dodatkowo dodały energii i wzbudziły zainteresowanie dużej części załogi. Zmiany wizualne pociągnęły również zmiany w zakresie oferty treningów grupowych oraz konsultacji indywidualnych z trenerami personalnymi. Konsultacje te zostały wprowadzone by zachęcić męską część załogi do korzystania ze sprzętów bez narażenia się na uraz. Także oferta treningów została poszerzona i urozmaicona, obecnie obejmuje 8 grup treningowych po 10 osób każda (wcześniej 3 grupy treningowe). Intensywność zajęć jest różnorodna, tak by każdy mógł wybrać coś odpowiedniego do swoich możliwości. W ofercie znalazły się zajęcia: Body & Mind, Functional

& Core, Reha+ oraz Fit & Jump. Celem takich zajęć jest wzmocnienie całego układu mięśniowo-szkieletowego oraz poprawienie koordynacji ruchowej, a także integracja pracowników i poprawienie nastroju. Ilość odwiedzin w Centrum na trening indywidualny w roku 2017 wynosi 6192 (stan na 20.10.2017).

Od kilku lat, udostępnia się również pracownikom korzystanie z usług sportowych przy Odlewni. Na jej terenie znajduje się klub sportowy, gdzie pracownicy mogą skorzystać z bezpłatnego treningu indywidualnego. Od października 2017 uruchomione zostały zajęcia grupowe Fitball z wykorzystaniem dużych piłek do fitnessu.



Zdj. 3. Centrum Rehabilitacyjno-Sportowe VWP

Porady fizjoterapeutyczne i ortopedyczne

W ramach wsparcia narządu ruchu w Volkswagen Poznań w każdej przychodni jest możliwość uzyskania bezpłatnej konsultacji u fizjoterapeuty. Konsultacje te udostępnione są dla każdej zmiany produkcyjnej, kilka razy w tygodniu. By skorzystać z porady u rehabilitanta należy umówić się do lekarza internisty w celu otrzymania skierowania. Fizjoterapeuta na pierwszej wizycie ocenia na podstawie wywiadu i badania jaka pomoc jest adekwatna i rekomendowana dla pracownika (np. manipulacja tkanek miękkich czy udział w ćwiczeniach). Wsparciem w tym zakresie są również porady lekarzy ortopedów. W każdym zakładzie pracownicy mają możliwość zgłoszenia się bezpłatnie po taką pomoc. Do 20.10.2017 udzielonych zostało 1944 porad fizjoterapeutycznych oraz 1160 porad ortopedycznych.

VWP RUN

Jednym z elementów, który na stałe wpisał się w historię Volkswagen Poznań, ale też promocję aktywności fizycznej jest wydarzenie VWP RUN. Na terenie jednego z zakładów od 2009 roku cyklicznie odbywa się bieg dla pracowników, podczas którego uczestnicy zmagają się na dystansach 5 i 10 km. Zainteresowanie eventem z roku na rok rośnie a pakiety startowe rozchodzą się niczym „ciepłe

bułki”. W pierwszej edycji wzięło udział 399 biegaczy, liczba biegaczy w 2017 r. wynosiła już 820. Dzień biegu poświęcony jest zarówno samym pracownikom, jak i ich rodzinom i dzieciom, które poza aktywnym kibicowaniem mogą skorzystać z licznych animacji i atrakcji sportowych.

Ważną kwestią przed samym wydarzeniem jest przygotowanie do niego. Pracownicy mogą przygotowywać się do biegu poprzez cykliczne treningi biegowe i ogólnorozwojowe organizowane przez wolontariuszy-trenerów zgłaszających się spośród pracowników Volkswagen Poznań. Przygotowania te rozpoczynają się 5 tygodni przed imprezą biegową.

W 2016 roku podczas 7. edycji zainicjowany został bieg sztafetowy, którego celem była integracja pracowników wszystkich 4 zakładów Volkswagen Poznań. Na przełomie dwóch lat sztafeta została rozbudowana z 6 do 20 drużyn ze względu na ogromne zainteresowanie taką formą budowania relacji pracowniczych, ale i rywalizacji sportowej. W 2017 roku drużyny sztafety pobiegły w szczytnym celu – pierwsze 3 miejsca przeznaczyły swoje wygrane pieniądze na wsparcie wybranych organizacji charytatywnych. Natomiast nagrodami głównymi biegu było 10 aut Caddy do użyczenia na okres urlopu.



Zdj. 4. VWP RUN 2017

Komunikacja o zdrowiu

Wszystkie realizowane aktywności prozdrowotne dla pracowników są regularnie komunikowane w przedsiębiorstwie za pośrednictwem różnorodnych dostępnych w fabryce mediów. Rozróżniamy dwa rodzaje komunikacji prozdrowotnej do pracowników.

Pierwszym rodzajem jest komunikacja o wszystkich organizowanych akcjach prozdrowotnych. W tym przypadku dociera się do pracowników za pośrednictwem między innymi e-maili, plakatów oraz informacji zamieszczanych

w Intranecie, gablotach informacyjnych, które dostępne są na halach produkcyjnych, a także w obszarach biurowych. Celem takiej komunikacji jest poinformowanie pracowników o danym wydarzeniu i jego przebiegu oraz zmotywowanie i zachęcenie do wzięcia w nim udziału.

Nowym narzędziem komunikacji w firmie jest Group Connect. Jest to koncernowa platforma intranetowa, która umożliwia udostępnianie informacji on-line, umieszczanie bieżących komunikatów, czy artykułów tematycznych. Jest to narzędzie, które nie tylko jest nośnikiem informacji, ale także daje pracownikom możliwość aktywnego korzystania poprzez dodawanie komentarzy, tworzenie grup tematycznych oraz dyskusji. Dostęp do Group Connect jest za pośrednictwem strony internetowej dostępnej z komputerów służbowych, prywatnych, a także z telefonów komórkowych. Narzędzie to funkcjonuje w Volkswagen Poznań od niedawna, aktualnie trwają prace w obszarach fachowych, w tym także w dziale Ochrony Zdrowia, mające na celu uzupełnienie treści na platformie. Na bieżąco także odbywa się akcja informacyjna wśród pracowników pośrednio i bezpośrednio produkcyjnych koordynowana przez dział Komunikacji Wewnętrznej przy wsparciu działu IT w Volkswagen Poznań.

Na szczególną uwagę zasługują ekrany informacyjne (tzw. Health TV), które umieszczone są w każdej przychodni zakładowej oraz dodatkowo w Centrum Rehabilitacyjno-Sportowym Volkswagen Poznań. To nowoczesne narzędzie nie tylko pozwala udostępniać najważniejsze wiadomości z Polski i ze świata, informacje dotyczącej aktualnej pogody czy kalendarium najciekawszych wydarzeń z regionu, ale przede wszystkim służy jako narzędzie informacyjne i edukacyjne o tematyce prozdrowotnej. Za jego pośrednictwem dział Ochrony Zdrowia informuje pacjentów o aktualnościach związanych z medycyną pracy, bieżącymi badaniami oraz z funkcjonowaniem przychodni zakładowych. Ponadto na ekranach wyświetlane są systematycznie aktualne informacje o działaniach Ochrony Zdrowia z zakresu profilaktyki zdrowotnej oraz o planowanych akcjach, w których pracownicy mogą wziąć udział.

Drugim rodzajem komunikacji jest edukacja prozdrowotna z zakresu zarządzania zdrowiem, której celem jest budowanie świadomości pracowników dotyczącej szeroko rozumianej profilaktyki, ze szczególnym uwzględnieniem problemu nadwagi oraz aktywności fizycznej.

Edukację realizuje się poprzez umieszczanie w mediach Volkswagen Poznań różnego rodzaju artykułów fachowych, czy komunikatów poruszających tematykę zarówno świadomości badań profilaktycznych, prawidłowej diety oraz odpowiedzialnej aktywności ruchowej. Informacje edukacyjne udostępniane są zarówno w mediach, takich jak gazeta zakładowa *Głos VWP*, *Newsletter Zdrowotny* czy koncernowy kwartalnik *Autoportret*, a także w różnego rodzaju prezentacjach, w Intranecie oraz za pośrednictwem ekranów Health TV.

Edukacja prozdrowotna jest także nieodłącznym elementem różnego rodzaju szkoleń organizowanych dla poszczególnych grup docelowych w przedsiębiorstwie. Każdy nowo zatrudniany pracownik podczas szkoleń wdrażających (tzw. Pierwszy Dzień Zatrudnienia) bierze udział w bloku tematycznym poświęconym

zarządzaniu zdrowiem oraz aktualnej ofercie Ochrony Zdrowia dostępnej dla każdego pracownika. Kadra zarządzająca (kierownicy, mistrzowie) podczas skierowanych do nich cyklicznych szkoleń rozwojowych edukowani są z zakresu najważniejszych informacji dotyczących medycyny pracy oraz działań prozdrowotnych w firmie. Dotyczy to również pracowników produkcyjnych kandydujących na stanowisko Mistrza i biorących udział w szkoleniach w ramach tak zwanego „Procesu rozwoju na Mistrza”. Także doradcy personalni, na co dzień współpracujący z klientem – pracownikiem bezpośrednio produkcyjnym, szkoleni są z zakresu działań i oferty profilaktycznej Ochrony Zdrowia. Celem tych szkoleń jest budowanie świadomości i umożliwienie im ambasadorowania działań prozdrowotnych poprzez posiadanie odpowiedniej wiedzy w tym zakresie i odpowiednie komunikowanie do pracowników. Przygotowanie treści szkoleń edukacyjnych, a także ich prowadzenie leży po stronie wykwalifikowanych pracowników działu Ochrony Zdrowia. Dla przykładu w roku 2017 dział Ochrony Zdrowia przeszkolił następującą liczbę osób:

- Pracownicy nowozatrudnieni – 1212 osób.
- Kadra zarządzająca – 88 osób.
- Pracownicy kandydujący na stanowisko Mistrza – 56 osób.
- Doradcy personalni – 22 osoby.

Celem komunikacji zdrowotnej jaką realizuje Volkswagen Poznań jest także celowe kształtowanie postaw w prozdrowotnym kierunku. Dlatego przy tworzeniu treści oraz komunikatów odnosi się do problemów doświadczanych bezpośrednio przez pracowników – adresatów przekazu. Podkreśla się możliwość kontaktu i zwrotnej odpowiedzi bezpośrednio do twórców tych treści, jak i osoby je bezpośrednio realizujące. Kilka lat wstecz uruchomiono adres e-mail, na który pracownicy mogą kierować pytania lub pomysły dotyczące aktywności prozdrowotnych zarówno z domu jak i z pracy. W ramach kampanii badania Checkup zorganizowany zostanie chat online z pracownikami, który po raz pierwszy będzie okazją zadania pytania lekarzowi – kierownikowi Ochrony Zdrowia w Volkswagen Poznań.

Od 2017 roku utworzona została grupa kilkunastu osób, nazwanych Ambasadorami Zdrowia. Rolą tych osób jest przekazywanie informacji odnośnie pomysłów w zakresie poprawy zdrowia załogi bezpośrednio od pracowników do działu Ochrony Zdrowia. Ma to na celu wzmocnienie systemu komunikacji o zdrowiu o inicjatywę oddolną, ale też obniżenie obaw pracowników (łatwiej o pewnych spostrzeżeniach jest powiedzieć koledze z pracy niż bezpośrednio zgłosić do działu zajmującego się zdrowiem). Mamy świadomość, że pracownicy pełniący na ochotnika funkcję *ambasadorów zdrowia* są lokalnym, dostępnym na miejscu źródłem inspiracji, edukacji i mentoringu, dlatego istotne jest by grupa ta miała nieformalny charakter a udział w niej był dobrowolny i bazujący na inicjatywie własnej i motywacji wewnętrznej. W przyszłości firma planuje rozszerzać pracę z tą grupą, by wzmacniać i budować inicjatywę dwustronnej komunikacji.

Wyzwania / bariery / ograniczenia

Wyzwaniem do planowania i organizacji programów profilaktycznych jest postępująca informatyzacja i digitalizacja. Odpowiednio stworzona na potrzeby placówki medycznej baza danych oraz program medyczny ułatwiający przetwarzanie danych jest w kolejnych latach priorytetem. Baza ta ułatwiłaby argumentację do kierownictwa odnośnie inwestycji w zdrowie pracowników jak i samym pracownikom, komunikację odnośnie podjętego kierunku działań prozdrowotnych. Program taki powinien też zbierać informacje na temat subiektywnych potrzeb pracowników, tak by planowane działania były odpowiedzią na obiektywny i subiektywny stan zdrowia załogi. Ponadto baza taka byłaby zdecydowanym ułatwieniem w ewaluacji działań zdrowotnych.

W komunikacji do załogi również wyzwaniem jest celowanie komunikatów do różnych grup pokoleń. Średnia wiekowa pracownika Volkswagen Poznań wynosi obecnie 38 lat. Zatrudnieni pracownicy pochodzą zarówno z pokolenia Baby boomers, Generacji X, Y oraz nowego pokolenia Z. Dotarcie do tak zróżnicowanej grupy odbiorców jest zdecydowanym wyzwaniem dla osób kształtujących politykę prozdrowotną. Zarówno w tworzeniu treści komunikatów, jak i sposobu jej odbioru należy uwzględnić specyfikę każdej z grup z jednoczesnym uwzględnieniem nowych trendów i rozwiązań technologicznych.

Innym wyzwaniem do planowania i organizacji profilaktyki dla pracowników są także działania dedykowane redukcji absencji. Działania na rzecz zdrowia pracowników mogą być negatywnie odbierane gdy komunikacja działań firmy w zakresie redukcji absencji będzie przedstawiana jako interes przedsiębiorstwa bez uwzględniania potrzeb pracowników. Działania te mogą przelożyć się na brak zaufania do jednostki zajmującej się ofertą zdrowotną jak i niechęcią korzystania z oferty usług medycznych lub dodatkowych programów, jak np. *Checkup*.

Zauważalnym powoli wyzwaniem jest także postępujące starzenie się społeczeństwa i tym samym utrata lub ograniczenie pełnej zdolności pracownika do wykonywania określonych zadań. W Volkswagen Poznań opracowana i realizowana jest procedura przenoszenia pracownika czy też szukania miejsca pracy dla pracownika, który z przyczyn zdrowotnych traci możliwość pracy na dotychczasowym stanowisku. Obecnie problem ten nie jest palący, ale w przyszłości może dotyczyć dużej liczby osób. By zapewnić pracę wszystkim w zdrowiu do emerytury, trzeba będzie w przyszłości stworzyć bazę stanowisk, która pozwoli rotować pracownikom lub stworzyć inne możliwości w celu utrzymania pracowników aktywnych zawodowo z jednoczesnym uwzględnieniem ich możliwości zdrowotnych.

Noty o autorach

Ewa Chojnowska – dietetyk ze stopniem naukowym doktora, specjalizacja: żywienie człowieka, trener, ekspert merytoryczny Human Power. Od lat prowadzi pacjentów, współpracując z warszawskimi centrami medycznymi, a także kształci nowe kadry dietetyków. Jest autorką programów szkoleniowych z zakresu optymalizacji poziomu energii poprzez odżywianie oraz profilaktyki antynowotworowej, łączących wiedzę z obszaru dietetyki, psychologii, neurobiologii i medycyny. Z powodzeniem realizowała projekty dla menedżerów i specjalistów wielu branż. Autorka wielu artykułów na temat zdrowego odżywiania oraz wpływu diety na poziom energii, przygotowywanych dla czasopism branżowych i lifestyle'owych.

Małgorzata Czernecka – psycholog, trener, manager. Prezes zarządu Human Power. Od ponad 10 lat specjalizuje się w obszarze nowoczesnych systemów rozwoju pracowników oraz podnoszenia ich efektywności i skuteczności działania. Specjalistka w obszarze zarządzania energią, budowania nowych nawyków sprzyjających podnoszeniu skuteczności i efektywności działania pracowników dużych organizacji, work-life blend oraz psychologii. Autorka programów szkoleniowych z zakresu podnoszenia skuteczności i efektywności działania, łączących wiedzę z obszaru psychologii, neurobiologii, medycyny sportowej i dietetyki. Jest pomysłodawcą badania „Praca, moc, energia w polskich firmach”.

Eliza Goszczyńska – absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, specjalista zdrowia publicznego. Asystent 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.

Marta Janiszewska-Desperak – absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego, socjolog, badacz (przez pół dekady pracownik firmy badawczej). Autorka prac i artykułów dotyczących problemu ubóstwa (głównie dotyczących łódzkich enklaw biedy). Współautorka publikacji dotyczących systemu edukacji, sytuacji kobiet na rynku pracy, migracji zarobkowej

i problemów społecznych związanych z jej skutkami (w skali makro – dla rynku pracy, gospodarki etc., w skali mikro – dla rodzin, placówek edukacyjnych etc.). Obecnie pracownik Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Interesuje się barierami we wdrażaniu promocji zdrowia w zakładach pracy.

Julita Kazimierczak – specjalista BHP w Banku Zachodnim WBK S.A., gdzie zajmuje się zagadnieniami związanymi z bezpieczeństwem i higieną pracy, a także szkoleniami z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Jest jednym z liderów programu „Zdrowie na Bank”, w którym odpowiada za działania prozdrowotne w filarze „Bądź aktywny”. Prywatnie interesuje się szeroko rozumianą tematyką zdrowego stylu życia, w tym dietami oczyszczającymi organizm. Uwielbia ćwiczyć i przekonywać do aktywności fizycznej innych. Wolny czas przeznacza na aktywny wypoczynek z rodziną, bieganie, narty, rower i jazdę konną.

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 w 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.

Katarzyna Lew-Kucharska – menedżer Zespołu Świadczeń Dodatkowych w Banku Zachodnim WBK S.A. Zajmuje się budowaniem atrakcyjnej oferty świadczeń pozapłacowych, tak aby jak najbardziej odpowiadała na oczekiwania pracowników i wspierała zdrowy tryb życia. Jest jednym z liderów programu „Zdrowie na Bank”, odpowiedzialnym za działania prozdrowotne w filarze „Jedź zdrowo” i „Dbaj o siebie”. Prywatnie pasjonatka jazdy na rowerze, wędrówek górskich, a przede wszystkim aktywnego spędzania czasu wolnego z rodziną na świeżym powietrzu. Ceni zachowanie równowagi między życiem prywatnym i zawodowym, a jej sposobem na relaks jest ręczne tworzenie przeróżnych ozdób domowych.

Magdalena Mielcarek – mgr, specjalista w dziale Ochrona Zdrowia w Volkswagen Poznań (od 2008 roku). Zajmuje się organizacją i realizacją oferty profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia w ramach strategii personalnej Volkswagen Poznań. Z wykształcenia pedagog i promotor zdrowia. Absolwent Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza

w Poznaniu oraz studiów podyplomowych z zarządzania zasobami ludzkimi i pracą na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu. W życiu i w pracy bardzo ceni sobie kontakt z ludźmi, od których może czerpać wiedzę i energię. Prywatnie aktywna mama i miłośnik zdrowego stylu życia.

Dorota Niedbalska – lekarz medycyny pracy i lekarz chorób wewnętrznych (specjalizacja II stopnia), kierownik działu Ochrona Zdrowia w Volkswagen Poznań (od 2003 roku). Od 2002 roku odpowiedzialna za sprawowanie profilaktycznej opieki medycznej nad załogą Volkswagen Poznań, realizację badań kodeksowych, wspieranie i ochronę zdrowia pracowników oraz ofertę promocji zdrowia i ergonomii. Aktywny sportowo menedżer, wielbiciel nordic walking i jazdy na nartach.

Magdalena Olszanecka-Glinianowicz – jest prof. dr hab. n. med., specjalistą zdrowia publicznego i chorób wewnętrznych oraz europejskim specjalistą leczenia otyłości. Pełni funkcję kierownika Katedry Patofizjologii oraz Zakładu Promocji Zdrowia i Leczenia Otyłości Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Kieruje również Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Zaburzeń Metabolicznych „Linia” w Katowicach. Od 2011 roku jest prezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością. Jest członkiem Rady Naukowej Polskiej Federacji Producentów Żywności i Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA. Od 20 lat zajmuje się nie tylko leczeniem chorych na otyłość, ale również badaniami naukowymi w tym zakresie i jest autorem blisko 200 polskich i zagranicznych publikacji naukowych i popularnonaukowych dotyczących otyłości i jej powikłań.

Krzysztof Puchalski – dr nauk humanistycznych, socjolog zdrowia i medycyny, adiunkt w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, w Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. 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.

Jacek Pyżalski – pedagog, adiunkt w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi oraz profesor Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Pomysłodawca, kierownik oraz wykonawca ponad 60 krajowych i międzynarodowych projektów badawczych i wdrożeniowych, w tym wielu projektów związanych z promocją zdrowia. Szczególne zainteresowania naukowe dotyczą problematyki promocji zdrowia psychicznego pracowników profesji pomocowych, głównie nauczycieli oraz wykorzystania w promocji zdrowia nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych.

Piotr Plichta – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, pedagog specjalny. Autor i współautor ponad 80 publikacji naukowych. Członek i kierownik zespołów badawczych zajmujących się problematyką niepełnosprawności, szczególnie intelektualnej, zdrowia publicznego, stresu i wypalenia zawodowego w profesjach pomocowych, korzystania z nowych mediów i agresji elektronicznej. Uczestnik międzynarodowych sieci naukowych zajmujących się problemem cyberprzemocy (COST IS801), wpływu wyglądu na funkcjonowanie społeczne młodzieży (COST IS1210) oraz problematycznego używania internetu (CA 16207).

Grzegorz Słowik – dyrektor Biura BHP w Banku Zachodnim WBK S.A., na co dzień odpowiedzialny za to, aby działania jednostek Banku uwzględniały potrzeby pracowników w zakresie bezpieczeństwa, ergonomii i higieny pracy. Ponadto jeden z liderów programu „Zdrowie na Bank”, w którym odpowiada za działania prozdrowotne w filarze „Bądź ergo”. Po godzinach uwielbia pływać, jeździć na rowerze oraz grać w tenisa stołowego. Urlopy są dla niego okazją do dalekich podróży motocyklowych, a także trekkingu górskiego, gdzie wchodząc na kolejne szczyty dąży do zdobycia Korony Gór Polski i Europy.

Załącznik

Propozycje działań na rzecz sprawności i aktywności fizycznej personelu firmy

W sferze rekreacyjnej aktywności fizycznej, realizowanej po pracy:

- Cykliczne edukowanie na temat wartości zdrowotnej różnych form aktywności fizycznej podejmowanej w czasie wolnym (popularnych i mniej znanych), z uwzględnieniem ich możliwości redukowania niekorzystnych skutków obciążenia fizycznego oraz nadmiernego stresu związanego z pracą.
- Doskonalenie wiedzy o konsekwencjach niedostatku takiej aktywności fizycznej (natychmiastowych i odległych w czasie), w tym o schorzeniach, dla których jest on czynnikiem ryzyka.
- Organizowanie prelekcji/szkoleń, które wyjaśniają dlaczego wielu osobom nie udaje się systematycznie realizować aktywności fizycznej i wskazują jak radzić sobie z tym problemem.
- Upowszechnianie (w tym cyklicznie, w postaci tradycyjnej i on-line) kwestionariuszy/testów do samodzielnej oceny różnych parametrów sprawności fizycznej, wydolności itp.
- Popularyzowanie metod i narzędzi (np. aplikacji) do samokontroli systematyczności oraz monitorowania efektów realizacji aktywności fizycznej (np. przebyty dystans, spalone kalorie).
- Udostępnianie aplikacji, gier, filmów, linków itp. z zestawami ćwiczeń, planami treningowymi.
- Organizacja spotkań (bezpośrednich i on-line) ze sportowcami, amatorami-pasjonatami aktywności ruchowych, w tym z osobami z firmy czy środowiska lokalnego.
- Zawieranie „kontraktów na aktywność fizyczną” z pracownikami, które polegają na tym, że deklarują oni swoje zamierzenia w tym zakresie (np. systematyczność ćwiczeń, osiągnięcie określonego wyniku), a firma zobowiązuje się wspierać ich np. w formie konkretnych ułatwień (refundując zakup/naprawę sprzętu do ćwiczeń czy trening z udziałem specjalisty itp.).

- Zapewnienie stojaków na rowery, pryszniców, szatni dla aktywnie pokonujących drogę do pracy (np. biegiem, na rolkach, na rowerze).
- Organizowanie i wspieranie grup/sekcji, w ramach których pracownicy np. wspólnie ćwiczą, biegają, jeżdżą na rowerach, grają w piłkę, ping-ponga (np. rezerwowanie sal w obiektach sportowych, sponsorowanie sprzętu).
- Przygotowanie na potrzeby czasu wolnego personelu (ewentualnie także rodzin) miejsc i pomieszczeń na terenie firmy do ćwiczeń indywidualnych i grupowych.
- Organizowanie w takich miejscach zajęć ruchowych z trenerem/rehabilitantem (np. joga, aerobic, tai-chi, systemy walki, ćwiczenia wzmacniające kręgosłup).
- Organizowanie/sponsoring zajęć, na których można się nauczyć wybranych form aktywności fizycznej, np. pływania, jazdy na łyżwach, rolkach.
- Udostępnianie zestawów ćwiczeń fizycznych opracowanych na potrzeby firmy przez instruktorów/fizjoterapeutów (np. w formie ulotki, instruktażu przekazanego poprzez e-mail, intranet) do samodzielnego wykonywania w czasie wolnym dla pracowników zatrudnionych na danym typie stanowiska (w tym ćwiczenia korygujące skutki niedociążenia czy przeciążenia układu ruchu, wynikające z wykonywania czynności służbowych).
- Sponsorowanie indywidualnego/grupowego doradztwa dla pracowników, tj. pomocy specjalisty w doborze form aktywności ruchowej, wytyczaniu celów związanych z jej realizacją, radzeniu sobie z barierami, kontrolowaniu postępów (realizowanego face-to-face, telefonicznie lub on-line).
- Prowadzenie konkursów i gier dla jednostek i zespołów pracowniczych (np. na ciekawą trasę rowerową, realizację programu 10000 kroków dziennie).
- Organizowanie zawodów sportowych dla pracowników/ich rodzin.
- Informowanie personelu (np. za pośrednictwem aktualizowanych na bieżąco tablic informacyjnych, klasycznych i on-line, e-maili) o lokalnej ofercie uatrakcyjniającej aktywność fizyczną, np. o imprezach sportowo-rekreacyjnych, klubach fitness i podobnych, ścieżkach rowerowych, wypożyczalniach sprzętu sportowego.
- Dofinansowanie pracownikom zakupu, konserwacji, napraw sprzętu sportowego.
- Sponsorowanie karnetów do obiektów sportowo-rekreacyjnych.

W sferze aktywności realizowanych w czasie pracy:

- Zezwolenie na wykorzystanie określonej ilości czasu pracy (tzw. mikroprzerw) na ćwiczenia usprawniające czy odciążające układ ruchu.
- Opracowanie i upowszechnianie wśród pracowników informacji na temat wpływu ich stanowiska pracy na narząd ruchu wraz ze szczegółową instrukcją/pokazem jak wykonywać ćwiczenia usprawniające lub odciążające w czasie pracy. W tym celu można zastosować np. tabliczki informacyjne przy stanowiskach, kalendarze o takiej treści, podkładki pod mysz, intranet, warsztaty z trenerem, rehabilitantem.
- Doposażenie stanowisk pracy siedzącej (np. w piłki do siedzenia, ruchome blaty umożliwiające pracę na stojąco, kłękosiady, biurka z bieżniami/rowerkami, lustra korekcyjne).

- Wyposażenie pomieszczeń i/lub pracowników w proste przyrządy do ćwiczeń w czasie pracy (np. rozciągliwe taśmy, drążki, rollery, hantle, korektory postawy, ściskacze mięśni dłoni, podesty równoważne, bieżnie, drabinki, stacje do ćwiczeń).
- Regularne przypominanie pracownikom (np. poprzez aplikacje na komputer, telefon, e-maile), by wykonali takie ćwiczenia.
- Organizowanie krótkiej przerwy w pracy na wspólne ćwiczenia.
- Zachęcanie personelu wykonującego pracę w wymuszonej pozycji lub nie wymagającej wysiłku fizycznego do korzystania ze schodów w pomieszczeniach firmy.
- Rozmieszczanie mebli, urządzeń biurowych w sposób stymulujący przemieszczanie się.
- Organizacja zebrań, spotkań dla pracowników biurowych w pozycji stojącej, w formie spacerów.
- Organizowanie profesjonalnych porad (w tym telefonicznych, przez internet) dla pracowników, w sytuacji gdy pojawią się dolegliwości bólowe narządu ruchu, w czasie wykonywania pracy.

Propozycje działań na rzecz zdrowego odżywiania się personelu firmy

Działania edukacyjne (systematycznie realizowane poprzez np. rekomendowanie linków do wartościowych zasobów Internetu, publikacje w intranecie, wewnętrznych newsletterach, w formie ulotek, plakatów, prelekcji, dyskusji, pokazów) dotyczące:

- przyczyn nadwagi i otyłości (w tym związanych z pracą zawodową), przekłamań i stereotypów w tym zakresie,
- skutków nieprawidłowego sposobu odżywiania (schorzenia cywilizacyjne, nadwaga, otyłość, uzależnienia pokarmowe),
- zasad prawidłowego doboru pokarmów, na gruncie różnych koncepcji na ten temat, w tym z punktu widzenia specyfiki wykonywanych obowiązków służbowych,
- sposobów ograniczania nadwagi i leczenia otyłości, zalet i wad/zagrożeń dla zdrowia popularnych diet/produktów odchudzających,
- specyfiki diet dla osób cierpiących na wybrane choroby cywilizacyjne i alergię pokarmowe,
- zasad zdrowej obróbki kulinarnej i przechowywania produktów żywnościowych,
- psychologicznych problemów związanych z wprowadzaniem zmian w sposobie odżywiania się (zagadnienia motywacji, silnej woli, identyfikacji etapu na drodze do zmiany zachowania) oraz metod ich rozwiązywania/radzenia sobie z nimi,
- lokalizacji w środowisku życia pracowników instytucji doradzających w zakresie zdrowego odżywiania się czy zmniejszania masy ciała,

- rozmieszczenia w środowisku życia pracowników restauracji/barów/sklepów oferujących zdrowe jedzenie,
- prawidłowego rozumienia informacji zawartych na opakowaniach produktów żywnościowych,
- stosowanych strategii manipulacji/propagandy zachęcających do zakupu żywności i suplementów diety,
- sposobów identyfikacji nieuczciwych zabiegów reklamowych oraz ochrony przed ich oddziaływaniem.

Udogodnienia sprzyjające zdrowemu sposobowi odżywiania (w tym w czasie pracy):

- Wewnętrzne rozwiązania dotyczące przerw w pracy na posiłek (wydłużenie czasu na ten cel, częstsze przerwy, prawo pracownika do indywidualnego wyboru pory jedzenia).
- Udostępnienie atrakcyjnych pomieszczeń, wyposażonych w sprzęt kuchenny, do przygotowania prostych potraw i ich spożywania w czasie pracy.
- Wymiana dostępnych w firmie automatów z przekąskami na te oferujące zdrowsze produkty.
- Rozszerzenie oferty zakładowej stołówki/bufetu o zdrowsze produkty, specjalne ich oznakowanie/dofinansowanie.
- Sponsorowanie systematycznych, urozmaiconych dostaw owoców i warzyw na „zdrowe przegryzki” w czasie pracy.
- Pomoc (organizacyjna/finansowa) związana z cateringiem zdrowej żywności do firmy (śniadań, lunchów, obiadów), z uwzględnieniem posiłków dla osób pracujących w godzinach wieczornych i nocnych.
- Negocjowanie dla pracowników zniżek na posiłki lub produkty w obiektach gastronomicznych, sklepach, które oferują zdrowe jedzenie, a są zlokalizowane w pobliżu zakładu pracy.
- Zachęcanie personelu do wspólnego spożywania zdrowych przekąsek w czasie pracy (np. w ramach porad i spotkań, zajęć edukacyjnych). Jest to promocja takiej żywności, a jednocześnie tzw. „technika obiadu”, sprzyja dobrym relacjom w firmie.
- Wspieranie grup pracowników zainteresowanych różnymi stylami odżywiania się (entuzjastów kuchni regionalnych, pochodzących z innych kultur, wegetarian itp.) np. poprzez organizowanie/sponsorowanie im literatury fachowej, spotkań, degustacji.
- Udostępnianie poprzez komputery czy aplikacje na smartfon tzw. „przypominaczy”, zachęcających do regularnego jedzenia i częstego picia wody.
- Organizowanie/sponsorowanie pracownikom indywidualnych konsultacji z dietetykiem (w tym online).
- Organizacja/sponsorowanie dodatkowych badań medycznych, które pomogą w ocenie prawidłowości diety (np. lipidogramu, poziomu cukru, nietolerancji pokarmowej).
- Zorganizowanie indywidualnych porad medycznych, w ramach których pracownik uzyska zalecenia dotyczące sposobu odżywiania, istotne z punktu widzenia wyników jego badań i charakteru pracy.



Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi istnieje od 1954 r. Jest placówką naukowo-badawczą, zajmującą się szeroko pojętą medycyną pracy (m.in. diagnostyką, zapobieganiem i leczeniem chorób zawodowych, higieną pracy, epidemiologią, ochroną radiologiczną, toksykologią, fizjologią i psychologią pracy, organizacją służby medycyny pracy, oceną zdrowotnych skutków narażenia środowiskowego, bezpieczeństwem chemicznym, polityką zdrowia pracujących, promocją zdrowia). Stanowi zaplecze naukowe Ministra Zdrowia w tych dziedzinach, a także pełni funkcje usługowe (szkoleniowe, doradcze, badawcze) dla innych jednostek administracji państwowej, związków zawodowych i przedsiębiorstw na terenie całego kraju. Od 1975 r. Instytut pełni funkcję ośrodka współpracującego z WHO w dziedzinie medycyny pracy, a od 2002 r. posiada status WHO Leading Institution of Integrated Workplace Health Management.

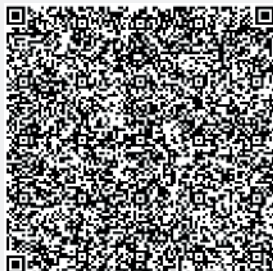
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi tworzyło się pod koniec lat 80 ubiegłego stulecia. Pod obecną nazwą działa od 1996 r., zachowując część ówczesnego składu osobowego. Od 1995 r. Centrum animuje Ogólnopolską Sieć Promocji Zdrowia w 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. Ekspertsi 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).



INSTYTUT MEDYCYNY PRACY IM. PROF. J. NOFERA

Zadanie finansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia
na lata 2016–2020

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra J. Nofera
ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348 Łódź
tel. 42 6314 686



ISBN: 978-83-64462-29-0
Egzemplarz bezpłatny

ISBN 978-83-64462-29-0



9 788364 462290