

Politechnika Opolska

Paweł F. Nowak

**Aktywność fizyczna oraz inne
zachowania zdrowotne w stylu życia
menedżerów**

OPOLE 2010

*Składam serdeczne podziękowania
mojej żonie Marcie Chalimoniuk-Nowak
za nieocenioną pomoc w przygotowaniu
niniejszej pracy*

Spis treści

1. Wprowadzenie	7
2. Charakterystyka, kompetencje zawodowe i osobowościowe współczesnego polskiego menedżera	11
3. Istota stylu życia i jego miejsce w naszej kulturze	17
4. Cel i założenia badawcze	27
5. Analiza wyników badań	29
5.1. Charakterystyka badanych	29
5.2. Praca zawodowa polskich menedżerów średniego wyższego (<i>middle upper class</i>) i wyższego wyższego (<i>upper upper class</i>) szczebla zarządzania	34
5.3. Analiza wybranych zachowań zdrowotnych	39
5.4. Analiza podejmowania aktywności fizycznej jako zachowania prozdrowotnego	46
5.5. Analiza wybranych aspektów jakości życia w samoocenie menedżerów	64
6. Dyskusja, podsumowanie i wnioski	71
Literatura	81
Abstract	87
Streszczenie	89
Aneks	91

1. WPROWADZENIE

Coraz większa wielokierunkowa złożoność w życiu społeczno-gospodarczym doprowadza do coraz szybciej rosnących wymogów opanowania umiejętności życia w szybko zmieniającym i komplikującym się świecie.

Żyjemy w coraz mniej stabilnych czasach. Jedyną pewną rzeczą, która z całą pewnością spotka nas w przyszłości to zmiana. Świat rozwija się tak szybko, jak nigdy w historii. Postęp technologiczny kształtuje pośrednio i bezpośrednio styl naszego życia. Ludzie z natury nie lubią zmian, Polacy wręcz się ich boją; bronią się przed nimi, gdyż każda zmiana wymaga adaptacji, co jest źródłem odczuwalnego stresu. Nawet nie jesteśmy w stanie przewidzieć, w jakim kierunku pójdą zmiany, co wpływa na zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa i życie w bezustannym napięciu. Obecnie człowiek musi być coraz bardziej mobilny i elastyczny. Edukacja we współczesnym globalnym świecie w zasadzie nie ma końca – najczęściej w rozlicznych dyskusjach zwraca się uwagę na problemy dotyczące obniżenia wieku rozpoczęcia obowiązkowej edukacji szkolnej oraz kształcenia ustawicznego (Strategia Rozwoju Kształcenia Ustawicznego (...) 2003).

Polska jest krajem na etapie dość dynamicznego rozwoju społeczno-gospodarczego. Bogactwem są zasoby ludzkie, które stanowią ogromny kapitał kraju. Jednym z najważniejszych strategicznych zadań jest dalsze inwestowanie w kapitał ludzki – zarówno na krajowym rynku pracy, jak i etapie edukacji. Wszystko po to, by jak najszybciej dogonić najbardziej rozwinięte gospodarki świata. Kapitał intelektualny to fundament każdej nowoczesnej gospodarki. Polska ma wielkie aspiracje, by dorównywać krajom Europy Zachodniej, jednak dystans, który jest do odrobienia, wydaje się być bardzo odległy. Wyzwanie, przed którym obecnie стоимy – budowanie gospodarki opartej na wiedzy – jest strategią Unii Europejskiej, która dąży w niedalekiej przyszłości do tego, by być wiodącą gospodarką świata (Raport o kapitale intelektualnym Polski, 2008). Polskie bogactwo, jakim można by nazwać zasoby ludzkie, niewątpliwie kurczy się. Sytuacja demograficzna naszego kraju nie napawa optymizmem. Liczba ludności zmniejsza się i będzie maleć do 2035 roku. W tym okresie prognozowany spadek ma wynieść około 2,12 mln osób. Stopniowo zmniejsza się również udział dzieci i młodzieży w naszym społeczeństwie, natomiast wzrasta procentowy udział osób starszych (powyżej 65 lat), który według prognoz w 2030 roku osiągnie 22,3% z ogólnej liczby ludności (Wojtyniak, Górczyński 2008).

W Polsce, od momentu powstania gospodarki wolnorynkowej, rozwijają się dosyć dynamicznie sektory działalności prywatnej. Polacy uwierzyli w to, że swoje życie, swój los można zaplanować, kontrolować – potocznie mówiąc „wziąć we

własne ręce”. Prowadzenie własnej działalności gospodarczej, poza dochodami daje sporo satysfakcji w zakresie wytyczania strategii rozwoju własnego przedsiębiorstwa czy małej firmy. Samodzielna działalność gospodarcza wymaga inwestycji, umiejętnej oceny ryzyka i umiejętności życia w ciągłym stresie. Przez ostatnie 20 lat można zauważyć głębokie zmiany w sposobie myślenia pracowników niemal wszystkich branż. Reorientacja nastąpiła nie tylko na wysokich szczeblach zarządzania, lecz sięgnęła do najniższego poziomu w strukturze organizacyjnej. Do poszczególnych pracowników, którzy zaczęli odczuwać, iż muszą sprostać nowym wymaganiom wydajności i jakości. Poczucie konkurencyjności rodzi ogromne stresy, ale jest też impulsem do autorozwoju i może dostarczać sporo satysfakcji. Inwestowanie w siebie (w wiedzę, umiejętności, doświadczenie) łagodzi skutki stresu, daje poczucie większej pewności siebie.

Ludzie zarządzający wielkimi korporacjami wytyczają zmiany w sposobie życia. Choć nie do końca wszyscy sobie to uświadamiamy, to jednak podświadomie imponują nam tzw. ludzie sukcesu. Każdy lider jest stale obserwowany i naśladowany, więc czy chce czy nie, musi dbać o swój wizerunek.

Nowy konsumpcjonizm w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej to nie tylko chęć zaspokojenia dóbr doczesnych, nie tylko potrzeba wygodniejszego, łatwiejszego życia, ale i chęć otaczania się dobrami luksusowymi. Moda na luksus nie słabnie, wręcz przeciwnie. Nawet kryzys gospodarczy, który dotknął Europę od jesieni 2008 roku nie doprowadził do drastycznego załamania się rynku produktów luksusowych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w Polsce zróżnicowanie dochodów ludności jest większe niż przeciętne w krajach Unii Europejskiej. Również wyższy jest poziom bezrobocia i zagrożenia ubóstwem (Wojtyniak, Gorczyński 2008).

Szczególnie młodym ludziom imponuje model życia oparty na karierze zawodowej i zaspokajaniu ambicji z nią związanych oraz wzorce konsumpcyjne cechujące najbogatszych. Dążymy do stylu życia ludzi przedsiębiorczych, zamożnych, a niemożność osiągnięcia ich pułapu często doprowadza do frustracji.

Współcześnie ludzie dążą do szczęścia poprzez intensyfikację życia, pracy i możliwości wydawania zarobionych pieniędzy co, jak wiadomo, nie daje trwałego poczucia spełnienia. Chcemy coraz więcej, wraz z zaspokojeniem jednych potrzeb pojawiają się kolejne nowe, jeszcze bardziej wyszukane od poprzednich. Wpadamy w „samonakręcającą się” spiralę. A. Maslow (1990) zaproponował koncepcję piramidy potrzeb, która zakłada, iż by być zdrowym, szczęśliwym należy realizować nie tylko podstawowe potrzeby, leżące u podstawy potrzeby fizjologiczne, potrzeby związane z bezpieczeństwem, ale również potrzeby miłości, uznania i samorealizacji. Wartości pozamaterialistyczne (np. dążenie do wolności) odgrywają bardzo dużą rolę w jakości życia człowieka. Nie wszystko wszak można kupić. Psychologowie i filozofowie podkreślają też, że przyjmując bierną postawę wobec własnego życia nie można być trwale szczęśliwym. Tylko poprzez aktywność, pra-

cę można uzyskać satysfakcję. To w dużej mierze kwestia sposobu myślenia (Csikszentmihalyi 1996, Tatarkiewicz 2009)

Od wszechogarniającego konsumpcjonizmu nie sposób już uciec. Oczywiście pojawiają się czasami subkultury dążące do prostoty (np. poprzez zdrowe, ekologiczne żywienie, szkoły przetrwania), lecz zderzenie ze złożonym cywilizowanym światem doprowadza do tego, że ta prostota staje się po prostu kolejnym towarem w skomercjalizowanym świecie. Świat, w którym niemal wszystko zaczyna podlegać regułom wolnego rynku i jest objęte szeroko zakrojonym marketingiem, nie jest wolny od wad. W wielu aspektach może on stanowić zagrożenie dla psychospołecznego zdrowia człowieka. Wiele osób poddaje się bezwiednie masowej popkulturze, czerpiąc z niej bezkrytycznie wzorce do codziennego życia, upatrując w tym wysoką jakość. Dzisiejszy świat wymaga pośpiechu, szczególnie od młodych ludzi. Motywem tego pośpiechu jest zdobycie różnego rodzaju dóbr, przede wszystkim o charakterze materialnym, które mają przełożyć się pośrednio bądź bezpośrednio na wartości pozamaterialne. Brak czasu na refleksję, brak czasu dla siebie doprowadza często do frustracji. Negatywnych konsekwencji życia w ciągłym pośpiechu jest bardzo wiele.

Starożytna reguła szczęśliwego życia głoszona i praktykowana przez mniichów nakazywała codziennie zatrzymać się i rozmyślać, medytować czy modlić się. Już wówczas dostrzegano niezwykle ważną harmonię pomiędzy pracą a wypoczynkiem. Codzienne życie zawierać miało się w trzech obszarach – *vita activa* (praca, aktywność), *vita contenplativa* (kontemplacja) i *sen* (Kadłubek 2006). Współcześnie jesteśmy owładnięci aktywnością; nie tylko zapominamy się zatrzymać nad refleksją o sobie i sensem swojego życia, wielu ogranicza także wypocznik nocny, sprowadzając *sen* do minimum. Tworzymy kulturę pośpiechu i modę na aktywność w każdym wymiarze.

Determinacja w dążeniu do kariery u młodych osób bywa tak ogromna, że często doprowadza do wyniszczenia organizmu poprzez niezdrowy tryb życia. Praca zawodowa jest jednym z ważniejszych źródeł dobrostanu psychicznego człowieka, lecz może być też źródłem poważnych zaburzeń zdrowotnych. Pracoholizm stał się w Polsce w ostatnich dwóch dekadach niemal modny. W przekonaniu wielu nie jest to wcale zły nałóg, a przecież jego skutki mogą być równie tragiczne jak alkoholizm, m.in. psychofizyczne wyniszczenie organizmu, zerwanie więzi społecznych i rodzinnych (Hornowska, Paluchowski 2007).

Ze stresem zawodowym związane są różnego rodzaju uzależnienia. Nie tylko alkoholizm, narkomania, uzależnienia od leków psychotropowych. Można wpaść w nałóg robienia zakupów, korzystania z Internetu, telefonów komórkowych. Niestety najłatwiej jest nam rozładować stres pogłębiając nałogi, nie korzystając z alternatywy, jaką jest aktywność fizyczna – skuteczny sposób na rozładowanie napięć psychicznych.

Problematyka zachowań zdrowotnych kadry zarządzającej (menedżerów) w polskiej rzeczywistości jest dostrzegalna dopiero od niedawna. W Europie Zachodniej zaś problemy tej grupy zawodowej są od wielu lat przedmiotem licznych badań i analiz. Przykładem może być książka wydana w Londynie już w 1966 roku „Zdrowie biznesmena” K.C. Hutchina, opublikowana w 1966 roku w Wielkiej Brytanii.

2. CHARAKTERYSTYKA, KOMPETENCJE ZAWODOWE I OSOBOWOŚCIOWE WSPÓŁCZESNEGO POLSKIEGO MENEDŻERA

W Polsce dokonała się rewolucja edukacyjna. Liczba studentów z 394 tys. w roku akademickim 1990-1991 zwiększyła się do ponad 2 mln w 2008 roku. Osiągnęliśmy jeden z najwyższych poziomów współczynnika scholaryzacji w Europie – dla grupy wiekowej 19-24 lat wyniósł on 48% (Raport o kapitale intelektualnym Polski, 2008). Obecnie w Polsce poziom wykształcenia w wieku aktywności zawodowej tj. 25-64 lata jest lepszy niż w większości państw Unii Europejskiej (Wojtyński, Górczyński 2008). Młodzi ludzie zaczęli inwestować w swoje wykształcenie, powstało też wiele szkół niepublicznych. Rodzice zaczęli inwestować w swoje dzieci, od najmłodszych lat, zapisując je na kursy języków obcych. Duża liczba studiujących świadczy o wysokich aspiracjach konsumpcyjnych oraz związanych ze statusem i prestiżem społecznym.

W ostatnich latach w naszym kraju powstało wiele uczelni wyższych przygotowujących do pełnienia kierowniczych funkcji w życiu społecznym i zawodowym. Wśród najbardziej obleganych kierunków studiów o niesłabnącym popycie, nawet w warunkach obecnego niżu demograficznego i problemów z nim związanych, znajduje się zarządzanie. Według liczby kandydatów w roku akademickim 2008/2009 był to najchętniej wybierany kierunek studiów.

W niektórych profesjach przyrost nowej wiedzy jest tak szybki, że rozpoczynając studia nie możemy być pewni czy za pięć lat, kiedy podejmiemy pracę w wyuczonym zawodzie, ta wiedza będzie jeszcze wystarczająco aktualna. Najbardziej oblegane kierunki studiów, najbardziej atrakcyjne to te, które dają szerokie perspektywy dobrze płatnej pracy w przyszłości. Bycie prezesem, dyrektorem, menedżerem, członkiem zarządu, po prostu przynależność do kadry kierowniczej, rozbudza zainteresowania i kształtuje cele wielu młodych Polaków. Kadra zarządzająca prowadzi określony styl życia, który niewątpliwie może imponować. Wysokie wynagrodzenie pozwala zaspokoić nie tylko te podstawowe, ale i najbardziej wyszukane potrzeby. Wysoki poziom życia, realizowanie potrzeb, które są atrybutem prestiżu, przyciąga młodych ludzi jak magnes. Są oni w stanie zrobić wiele, by aspirować do klasy wyższej. Przeprowadzają się do dużego miasta, studiują (także na dwóch kierunkach równolegle), równocześnie pracując, żeby się utrzymać i wypracować jak najwcześniej pożądane doświadczenie zawodowe, wzbogacające życiorys.

W komercyjnym świecie sukces można łatwo zdefiniować jako ilość dóbr materialnych, które się posiada. Oczywiście to myślenie złudne – szczególnie w

Polsce, jak i w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie życie społeczno-gospodarcze dopiero w ostatniej dekadzie zaczęło się dynamicznie rozwijać. Od niedawna istnieją warunki do samodzielnych inicjatyw ekonomicznych dzięki, którym bardzo wiele osób może realizować potrzeby, które jeszcze 20 lat temu mogły być tylko iluzorycznym mirażem. Młodzi Polacy inwestują w swoje wykształcenie z myślą o dobrze płatnej pracy w przyszłości, lecz wysokie zarobki to nie jedyna motywacja – coraz większego znaczenia nabiera satysfakcja z wykonywanej pracy. Ambitni menedżerowie szukają jej w firmach, realizując swoje pasje. Dla wielu praca jest stylem życia, czymś więcej niż tylko zarabianiem, a zadania zawodowe traktowanie są jako nowe wyzwania.

Menedżer to nie zawód – to funkcja zawodowa. Termin ten pochodzi z języka angielskiego *manage*, czyli zarządzać, kierować i określa osobę odpowiedzialną za realizację procesu zarządzania w organizacjach wolnorynkowych. Tym mianem określa się kierowników różnych szczebli, przełożonego, zarządcę, dyrektora, szefa i zwierzchnika zespołu ludzkiego. Często jest to najemny pracownik na wysokim stanowisku kierowniczym lub właściciel przedsiębiorstwa, bezpośrednio zaangażowany w zarządzanie nim (Tylka 2008). Menedżerowie są odpowiedzialni za podejmowanie decyzji, planowanie, organizowanie, kierowanie, kontrolowanie pracy swojego zespołu, również za kreowanie potencjału, szkolenie podległego zespołu. Ważnymi zadaniami są też pozyskiwanie ludzi do swoich pomysłów, budowanie motywacji, zaangażowania w pracę. Osoba pełniąca funkcję menedżera musi być mentorem rozwoju talentów swoich podwładnych, przewodnikiem i przywódcą. Powyższa charakterystyka pozwala nakreślić kompetencje współczesnego menedżera.

Menedżerów można podzielić przyjmując popularną w Polsce amerykańską klasyfikację według szczebli:

- średni szczebel zarządzania, middle (*np. menedżer produktowy, kierownik projektu, szef zespołu zadaniowego...*)
- średni wyższy szczebel zarządzania, middle upper (*np. dyrektor działu*)
- wysoki szczebel zarządzania, upper upper (*np. dyrektor pionu, oddziału firmy międzynarodowej, filii w korporacji, członek zarządu firmy krajowej*)
- najwyższy, top (*np. główny dyrektor na Polskę, prezes, wiceprezes itp.*) (Gilbert 1998).

M. Pedler, J. Burgoyne, T. Boydell (1994) uważają, że dyrektorzy generalni powinni posiadać następujące cechy:

- wiedza podstawowa
 - ✓ znajomość podstawowych informacji;
 - ✓ zaawansowana wiedza zawodowa;

- umiejętności
 - ✓ czujność, gotowość do reakcji na bieżące wydarzenia w pracy;
 - ✓ umiejętności analityczne, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji i właściwego osądu sytuacji;
 - ✓ umiejętności społeczne;
- zdolności indywidualne
 - ✓ stabilność emocjonalna;
 - ✓ proaktywność;
 - ✓ kreatywność;
 - ✓ bystrość;
 - ✓ skłonność do podnoszenia swoich umiejętności;
 - ✓ samoświadomość.

Żeby zostać menedżerem, trzeba sprostać wielu wymogom, często przejść przez długotrwałe stresujące, wieloetapowe rekrutacje. Wśród wymagań stawianym współczesnym menedżerom, poza stosownym wykształceniem, można wymienić fachowość, pracowitość, dyspozycyjność, inteligencję, entuzjazm, odwagę w podejmowaniu decyzji, zdolności interpersonalne, umiejętność samokontroli, przedsiębiorczość, zdolności organizatorskie, elokwencję, wysoką kulturę osobistą, powagę, pomysłowość, zdolność do długotrwałej pracy w stresie, lojalność, elastyczność i spostrzegawczość (Piotrkowski, Świątkowski 2000, Rakowska 2007).

Na kompetencje menedżerskie składa się połączenie cech osobistych, wiedzy, umiejętności i doświadczenia. Według C.J. Constable (1988), „kompetencje są zdolnościami do wykorzystywania wiedzy i umiejętności służących efektywnemu pełnieniu roli menedżera. Stąd wszystkie umiejętności menedżerskie mogą być kompetencjami, gdy są efektywnie wykorzystywane”.

Już w 1955 roku R.L. Katz stworzył model umiejętności menedżerskich, niezbędnych do pełnienia ról kierowniczych. Wyróżnił on trzy grupy umiejętności menedżera:

- techniczne (zdolność posługiwania się narzędziami i technologią w określonej specjalności),
- społeczne (zdolność współpracowania z innymi ludźmi, rozumienia ich i motywowania),
- koncepcyjne (umysłowa zdolność koordynacji oraz integrowania wszystkich interesów i działalności organizacji) (Peterson, Van Fleet 2004)

Najbardziej cenionym menedżerem jest osoba, która potrafi znaleźć równowagę pomiędzy zarządzaniem zespołem i dbaniem o podwładnych a wykonywaniem powierzonych zadań (Listwan 1995).

Wbrew kulturowo przypisanym w Polsce określonym płciom rolom zawodowym można spotkać wiele przykładów kobiet – menedżerów, które niestety w swojej pracy ograniczone są do realizowania męskiego stylu zarządzania. Mężczyźni preferują styl autokratyczny, który przegrywa dziś ze stylem zarządzania, opartym na twórczym przywództwie, w którym pracowników traktuje się podmiotowo, dbając o ich rozwój i dając im swobodę we współodejmowaniu decyzji. Okazuje się, że skuteczny menedżer to osoba, która łączy w sobie cechy tradycyjnie, przypisywane mężczyznom, jak i kobietom. Trzeba być bezwzględny, racjonalny, zdecydowany i pewnym siebie, zdyscyplinowanym wewnątrz – jak mężczyzna, a jednocześnie komunikatywnym, serdecznym, towarzyskim, altruistycznym, ufnym, otwartym na innych i uczuciowym jak kobieta.

Stres jest stałym elementem współczesnego stylu życia. Umiejętność radzenia sobie z nim odgrywa coraz większą rolę w sprawnym codziennym funkcjonowaniu w kręgu cywilizacji zachodniej. Wydawałoby się, że rozwój dobrobytu, zaspokojenie podstawowych potrzeb spowoduje eliminację zagrożeń budzących niepokój, okazuje się jednak, że stres nie zmniejsza się. Przeciwnie – można zaobserwować tendencję do nasilania napięcia nerwowego.

Praca menedżera immamentnie związana jest ze stresem, to dlatego też w niemal każdej rekrutacji na stanowiska kierownicze pojawia się wymóg umiejętności odporności radzenia sobie z nim. Pojęcie „stres” wprowadził do nauki H. Selye, definiując je jako niespecyficzną reakcję organizmu, powstającą w odpowiedzi na działanie bodźców szkodliwych (stresorów). To wysiłek adaptacyjny, związany z zakłóceniem równowagi pomiędzy jednostką a środowiskiem (Szostak 2009).

J.E. McGrath zdefiniował stres jako „poważne zakłócenie równowagi pomiędzy wymogami środowiskowymi a zdolnością organizmu do reakcji” (za: Hobfoll 2006, s. 24).

Optymalny poziom stresu może pobudzać do działania (eustres – pozytywny stres), natomiast zbyt silny (dystres – negatywny stres) doprowadza do apatii czy paraliżu działań. Długotrwały, przewlekły stres może doprowadzać do wielu zaburzeń chorób psychicznych i somatycznych. Stres jest czynnikiem ryzyka wielu chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, które są główną przyczyną zgonów w Polsce. Dowiedziono również, że sytuacje stresowe doprowadzają do osłabienia układu immunologicznego, dlatego ważne i bardzo popularne ostatnio stają się różnego rodzaju ćwiczenia relaksacyjne, mające na celu rozładowanie napięcia nerwowego (Sokołowska 1980, Maier 1997, Kulmatycki 2000).

Tryb życia menedżera, bez względu na branżę, w której pracuje, jest wysoce stresogenny, ponieważ wiąże się zazwyczaj z ogromną liczbą obowiązków, pracą nad projektami, zadaniami pod presją czasu, odpowiedzialnością za kluczowe de-

czyje, odpowiedzialnością za budżet, za pracowników, rozwój firmy itp. Stresujące mogą być również ważne spotkania, wystąpienia publiczne, relacje z klientami i kooperantami na rynku krajowym i zagranicznym.

Menedżerów cechują szczególne cechy osobowości. Psychologowie od lat badają związki osobowości ze stresem psychologicznym. Amerykańscy kardiologowie M. Friedman i R. Rosenman w latach 50. uznali za czynnik ryzyka chorób układu krążenia wzór zachowania typu A (Wrześniewski 1993). Elementami tego wzoru zachowania są wysoki stopień zachowań rywalizacyjnych, duża podatność na stres, wysoki poziom ambicji, tendencja do dominacji, wysoka dynamika zachowań, chroniczny brak czasu, niecierpliwość i pośpiech, okazywanie zachowań agresywnych oraz dominacja neurotycznej ekstrawersji (Wrześniewski 1990). Dla wielu pracodawców osoby o wzorze zachowania A są poszukiwanymi i cenionymi pracownikami, ponieważ pracę zawodową stawiają ponad swoje życie rodzinne, chcą się rozwijać, awansować, poszukują uznania. To osoby obowiązkowe i rzetelne, często uporczywie dążące do celu, kosztem własnego zdrowia, ponieważ pomimo zmęczenia nie przerywają pracy, mobilizują się często sięgając po używki.

3. ISTOTA STYLU ŻYCIA I JEGO MIEJSCE W NASZEJ KULTURZE

W ostatnich dwóch dekadach można zaobserwować eskalację konsumpcyjnego stylu życia. Przejmujemy bezkrytycznie nawyki mieszkańców Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych, gdzie już coraz częściej zaczyna się mówić o wartościach pozamaterialnych, aspiracjach samorealizacyjnych, o tym, że materialny poziom życia nie przekłada się na jego jakość. Zwraca się uwagę na to, że prawdziwie szczęśliwe życie musi mieć sens, cel czy powołanie, że szczęście to stan umysłu, a nie wysokość konta bankowego.

W kulturze cywilizacji zachodniej opartej na autonomii i indywidualizmie dominujący prym wiedzie silna presja osiągnięć. Neurotyczna potrzeba sukcesu i uznania społecznego. Ludzie poszukują potwierdzenia własnej wartości w oczach innych. Amerykański filozof W. James (2007) stwierdził, iż rezygnacja z wielkich życiowych aspiracji może przynieść tak samo dużą ulgę, jak ich realizacja. W wielu poczytnych poradnikach (amerykańskich), propagujących pozytywne myślenie, promuje się tezy, że każdy może osiągnąć sukces, że nie jest on miernikiem poziomu naszych zdolności tylko aktualnego poziomu możliwości – a te można rozwijać. Wielu w to wierzy. Na poradnikach N. Hilla (2006, 2008, 2009), które zakorzeniają myślenie w kategoriach: „sukces? trzeba tylko chcieć!” wychowują się rzesze ambitnych ludzi, którzy pracują nad sobą, ciągle się doskonaląc. Nieumiejętność zatrzymania się, życie w pogoni za sukcesem obarczone jest dużymi kosztami – obok dumy może pojawić się rozczarowanie, frustracja i stres związany z samotnością i z faktem, że życie przemknęło pomiędzy palcami. Często dopiero poważne dolegliwości zdrowotne zatrzymują człowieka i każą zastanowić się nad sensem tej pogoni i jej kosztami.

Nie każdy potrafi jednak spojrzeć na swoje życie z dystansem, nie każdy widzi siebie jako cząstkę całościowo rozumianego świata, a m.in. tego rodzaju holistyczna filozofia pozwala uniknąć cywilizacyjnych zagrożeń wywołanych stresem (Benisz 2000). W gospodarce rynkowej wszechobecna jest konkurencja, przez którą stajemy się społeczeństwem opartym na rywalizacji; często to skutkuje spadkiem zaufania społecznego i przekłada na trudności w interpersonalnych relacjach, nie tylko na szczeblu zawodowym. Szczególnie w Polsce, na tle krajów ościennych, występuje bardzo niski poziom zaufania społecznego i spadł on jeszcze po 1989 roku (Czapiński, Panek 2007).

Psychologia pozytywna, z której dowiedzieć się można, jak żyć szczęśliwie, wykładana jest na wielu uniwersytetach w Stanach Zjednoczonych z coraz większym powodzeniem.

Jesteśmy świadkami wielowymiarowej globalizacji, która w życiu społeczno-gospodarczym niesie ze sobą wiele korzyści, szans, ale i zagrożeń. Tego procesu nie da się zatrzymać. Za sprawą dynamicznego rozwoju nowych technologii (głównie w dziedzinie komunikacji) zmiany we współczesnym świecie są bardzo gwałtowne. Człowiek ma coraz większe problemy, by nadążyć za przeobrażeniami, za wysokim tempem życia, które staje się coraz bardziej złożone. Wielu ulega wykluczeniu. Cywilizacja wyprzedza biologiczną adaptację, staje się realnym zagrożeniem. Pojawiają się choroby, których kiedyś ludzkość nie знаła – choroby zachowawczo-zależne, inaczej mówiąc cywilizacyjne. Są one bezpośrednio związane z rozwojem naukowo-technicznym, który zmienił i nadal zmienia codzienne zachowania wielu ludzi. Styl życia jest istotnym czynnikiem, decydującym o jakości istnienia.

W ostatnich kilkunastu latach można zaobserwować duże zainteresowanie stylem życia i jego jakością. Stąd w naszym kraju głównym celem ostatniej wersji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (2007, s. 15) jest „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu” osiągniany przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa;
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu;
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Styl życia jest terminem szerokim, rozmaicie definiowanym. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) styl życia to taki sposób życia, który jest wypadkową indywidualnych preferencji i wzorów zachowań, a warunkami życia zdeterminowanymi czynnikami psychologicznymi, społeczno-ekonomicznymi i kulturowymi (Słońska, Misiuna 1994).

Każdy człowiek posiada pewien system wartości, który przejawia się w codziennych zachowaniach. Opisując działalność ludzką w kategoriach stylu życia, trzeba zwrócić uwagę na zespół określonych zachowań. To właśnie wielość, cały zespół ściśle ze sobą powiązanych czynności i zachowań tworzy wzór, po którym można zidentyfikować, nazwać czy wartościować styl życia. Należy pamiętać o tym, że człowiek jest istotą społeczną i w swych wyborach zachowań odnosi się do społecznych wzorów kulturowych, czasami wręcz zobligowany jest do pewnych zachowań. Kultura tworzy pewne ramy, w obrębie których człowiek może przejawiać swój indywidualny wzorzec zachowań. Przekraczanie tych ram niesie z sobą negatywne konsekwencje dla jednostki – wykluczenie, popełnienie przestępstwa. W tym sensie można stwierdzić, iż kultura ogranicza wolność zachowań jednostki. Ograniczenia, co do wyboru sposobu realizacji przeróżnych potrzeb, mogą mieć też inne źródło np. psychofizyczne czy ekonomiczne. Pomimo różnorodnych ograniczeń, obiektywnych, ale i też zupełnie nieświadomych (jak niski poziom ogólnego wykształcenia) można dojść do wniosku, iż jedną z podstawowych wła-

ściwości, charakteryzujących pojęcie styl życia jest autokreacja. Poprzez codzienne wybory, działania, zachowania, wytwory owych zachowań i działań człowiek może wyrażać siebie i rozwijać swoją osobowość, może zmieniać siebie, tworząc określony wizerunek. Każdy ma szansę kształtować swoje życie według własnego systemu wartości. Większość codziennych wyborów, decyzji, postępowań odnosi się właśnie do cenionych wartości. A. Pawełczyńska (1976, s. 140) zwraca słusznie uwagę, iż „człowiek sam dla siebie jest wartością, jest też wartością dla innego człowieka. Ze swej jednostkowej perspektywy ma do dyspozycji jedno swoje życie, stanowiące dla niego wartość autoteliczną, któremu może w różny sposób nadać sens i styl.”

Z socjologicznego punktu widzenia styl życia można odnosić o klas, warstw, grup i kategorii społecznych, więc można mówić np. o specyficznym stylu życia menedżerów polskich.

Dzięki pewnym zachowaniom ludzie manifestują swoje położenie społeczne, swój status. Wielu przejawia np. zachowania rekreacyjne (gra w golfa, tenisa ziemnego) tylko dlatego, by być identyfikowanym z określoną grupą o określonym statusie. Jednostka dąży świadomie i podświadomie do tego, by po jej zachowaniach móc ją poznać, kim jest i do jakiej grupy, klasy przynależy.

Zagłębiając się w szeroką i złożoną problematykę stylu życia, należy wspomnieć o tym, że wyróżnia się również szersze pojęcie tzw. sposobu życia. Definiuje się go jako sposób zaspokajania potrzeb poprzez działania, które są zarówno w wysokim stopniu zdeterminowane kulturowo i środowiskowo, jak i są przedmiotem wyboru ze strony jednostki. Styl życia mieści się w terminie „sposób życia” i jest wypadkową kategorią pojęć „tryb życia” i „poziom życia”. W przypadku trybu życia nie ma możliwości wyboru, np. czasowe ramy pracy zawodowej narzucają codzienny tryb postępowania. W pracy może również obowiązywać ściśle określony regulaminem strój i sposób zachowywania się. Poziom życia zaś to dostępne możliwości ekonomiczne, które decydują o tym, czy i na które zachowania możemy sobie pozwolić, jakie potrzeby możemy zaspokoić. Natomiast w kategoriach stylu życia należy upatrywać możliwości samodzielnego decydowania, wyboru spośród dostępnych co najmniej kilku alternatyw (Siciński 1978).

Styl życia zawiera się w szeroko rozumianej problematyce kultury. Według A. Kłoskowskiej (1991, s. 23-24) „kultura jest to względnie zintegrowana całość, obejmująca zachowania ludzi przebiegające według wspólnych dla zbiorowości społecznej wzorów wykształconych i przyswajanych w toku interakcji oraz zawierająca wytwory takich zachowań”.

Z powyższej definicji wynika, iż kulturą jest to wszystko, co człowiek do tej pory stworzył – wytwory materialne, jak i pozamaterialne. Styl życia jest zatem przejawem wolności i twórczości jednostki, która rozwija kulturę. Wieloznaczność określenia „kultura” implikuje fakt semantycznych utrudnień w analizie tego pojęcia. Przykładem niech będzie fakt, że Europę od dawna dzielą dwie kultury -

tw. kultura wysoka i kultura masowa. Uczestnictwo w pierwszej z nich, elitarnej (dziś dostępnej dla każdego) wymaga wysiłku przede wszystkim intelektualnego, wykształcenia i wrażliwości. Kultura masowa, często określana mianem popkultury (kultury popularnej), jest szeroko dostępna i gromadzi zdecydowanie większą liczbę uczestników (również aktywnych), gdyż silnie wiąże się z przyjemnością, rozrywką, atrakcyjnością prostotą i łatwością w odbiorze (Czerwiński 2000).

Obecnie każdy z nas jest konsumentem masowej kultury, nadal ją tworzy i ciągle modyfikuje, wraz ze zmieniającymi się i stale rosnącymi potrzebami. Wzrasta i umacnia się w przeświadczeniu, iż zmierza we właściwym kierunku. Jednak odchodząc od natury w kierunku coraz większej technicyzacji życia, stwarzamy sobie sztuczny świat, w którym coraz trudniej nam się odnaleźć i zdrowo żyć (Nowak 2008).

Jedną z wielu dziedzin kultury jest kultura fizyczna. Z. Krawczyk (1978, s. 147) definiuje ją jako „...względnie zintegrowany i utrwalony system zachowań w dziedzinie dbałości o rozwój fizyczny, sprawność ruchową i zdrowie człowieka, przebiegających według przyjętych w danej zbiorowości wzorów, a także rezultaty owych zachowań”.

Kultura fizyczna w przeważającej mierze jest elementem kultury masowej, a to dlatego, że rekreacja fizyczna jest w niej najpopularniejszą formą uczestnictwa. Charakteryzując rekreację, można by wymienić takie jej właściwości jak aktywność, dobrowolność, bezinteresowność czy przyjemność, które określają szeroki zasięg społeczny tego zjawiska. Aktywność rekreacyjna jest dostępna dla wszystkich, bez względu na wiek, płeć, rasę, poziom umiejętności i sprawności psychofizycznych (Winiarski 1989). Nie tylko rekreacja fizyczna, w skład której wchodzi również turystyka, jest szeroko dostępną formą uczestnictwa w kulturze fizycznej. Również wychowanie fizyczne, które obejmuje wszystkie dzieci i młodzież szkolną, a którego głównym zadaniem jest przygotowanie do świadomego aktywnego uczestnictwa w rekreacji fizycznej przez całe życie. Do tych dwóch powszechnych form H. Grabowski (1997) dodaje jeszcze sport i rehabilitację ruchową. Popularyzacja i upowszechnienie aktywności fizycznej doprowadziła do rozwinięcia szerokiej infrastruktury sportowo-rekreacyjnej w ramach wyspecjalizowanej struktury organizacyjno-instytucjonalnej kultury fizycznej.

Rekreacja potocznie kojarzona jest z czasem wolnym, wypoczynkiem, urlopowaniem, lecz jest ona raczej sposobem zagospodarowania wolnych chwil, które mamy do dyspozycji poza wszelkimi obowiązkami. Zresztą problematyka czasu wolnego jest dosyć szeroka i bardzo istotna z punktu widzenia rozwoju cywilizacji. W czasie wolnym możemy odpoczywać, bawić się, pracować nad sobą, aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. To czas bez obowiązków, który pozostaje po pracy. Trudno oczywiście jednoznacznie określić, które z przejawów ludzkiej działalności należą do czasu wolnego, a które do czasu zajętego. Zależy to w dużej mierze od podejścia i sytuacji, w której znajduje się człowiek, np. dla jednych

robienie zakupów może być pracą, przykrym obowiązkiem, a dla innych – wręcz przeciwnie, tzw. shopping może być najprzyjemniejszą rozrywką.

Jeżeli w zajęciach rekreacyjnych dominuje aktywność ruchowa i jest ich istotą mówimy o rekreacji fizycznej. Odnosi się ona do „zespołu czynności związanych z ruchem i wysiłkiem fizycznym. Mają one za zadanie zapewnić biologiczną sprawność organizmu, jednocześnie poprawić psychiczne i społeczne funkcjonowanie jednostki, poszerzając sferę jej zainteresowań i możliwości” (Toczek–Werner 2005, s. 40). Bliskie związki kultury fizycznej z kulturą zdrowotną opisuje Gröβing (1999) twierdząc, że kultura zdrowotna jest zespołem wszelkich ukierunkowanych na zdrowie sposobów myślenia i działania, które tworzą jednolity styl życia, w ramach którego aktywność ruchowa odgrywa główną rolę.

Aktywność ruchowa jest uznanym elementem profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Ruch, który jest immanentną cechą życia ograniczany jest poprzez rozwój naukowo-techniczny, generowany musi być w sposób sztuczny (poprzez aktywne uczestnictwo w rekreacji fizycznej), by zapewnić zdrowie. Caspersen (1985) definiuje aktywność fizyczną jako pracę mięśni, charakteryzującą się ponadspoczynkowym wydatkiem energii. Aktywność fizyczna uznawana jest za jeden z pozytywnych mierników zdrowia człowieka, zazwyczaj im wyższy jej poziom, tym lepsze zdrowie (Drabik 1997). Jest determinantem rozwoju sprawności i wydolności fizycznej, których określony poziom jest nieodzowny do tego, by radzić sobie w codziennym życiu. W ostatnich latach można dostrzec zmianę w sposobie myślenia o celach podejmowanej aktywności fizycznej i reorientację w pojmowaniu sprawności fizycznej. W Stanach Zjednoczonych powstała koncepcja Health-Related Fitness, która zwraca uwagę na komponenty sprawności fizycznej związane ze zdrowiem. Według E.T. Howley i B.D. Franks (1997, s. 26) „celem sprawności fizycznej jest pozytywne zdrowie fizyczne, które warunkuje niskie ryzyko występowania problemów zdrowotnych...”. Według najbardziej aktualnych trendów tak rozumiana sprawność fizyczna ma być źródłem i warunkiem pełnego satysfakcjonującego życia, a nie tylko celem samym w sobie – osiągnięciem w działaniu ruchowym (sportowym) (Frołowicz 2001). Można toczyć dyskusję, co jest współcześnie bardziej istotne – bycie aktywnym czy sprawnym fizycznie. Z pewnością aktywność fizyczna nie tylko jest bodźcem do rozwoju sprawności biologicznej organizmu, lecz również pozytywnie oddziałuje na psychikę. Poza tym bycie sprawnym fizycznie nie jest czymś stałym, podlega procesom inwolucji. W wyniku zaprzestania treningu (systematycznej aktywności fizycznej) obniżają się możliwości wysiłkowe organizmu.

Zorganizowana, systematycznie podejmowana aktywność fizyczna jest istotnym elementem zdrowego stylu życia, który wpływa na zachowania zdrowotne oraz bezpośrednio na zdrowie w aspekcie psychofizycznym i społecznym. Nie pozostaje bez wpływu na zachowania zdrowotne, przejawiające się większą dbałością o własne zdrowie. Naturalną konsekwencją uprawiania ćwiczeń jest występujące

sprężenie zwrotne, pociągające za sobą gruntowne zmiany w stylu życia. Osoby trenujące zazwyczaj zwracają uwagę na odżywianie się, rzucają używki, koncentrują się na dbałości o ciało (Nowak 2007).

Ludzkie potrzeby są motywem działania i aktywności, są zmienne i nieograniczone. Zaspokojenie naszych potrzeb, głównie tych, związanych z przetrwaniem nie wystarcza, by jednostka czy grupa społeczna czuła się szczęśliwa. Okazuje się, że poziom życia, uwarunkowany zaspokojeniem materialnych potrzeb jednostki, niezupełnie przekłada się na jakość jej życia. Indywidualna zasobność środków finansowych nie gwarantuje bycia szczęśliwym, ponieważ nie gwarantuje zaspokojenia wszystkich istotnych dla człowieka potrzeb, a jest ich wiele i coraz więcej. Amerykański psycholog A. Maslow (1990) poza podstawowymi, związanymi z bezpieczeństwem, wymienia jeszcze potrzeby wyższego rzędu m.in. uznania, miłości, samorealizacji i satysfakcji. Tych ostatnich nie można zaspokoić inaczej, jak tylko ukierunkowaną na wartościowy cel aktywnością jednostki. Z tego powodu w ostatnich kilkunastu latach można zaobserwować duże zainteresowanie stylem życia ludzi, jego jakością. Coraz częściej pojawiają się pytania co zrobić, by poprawić jakość życia i aby mieć z niego satysfakcję. To modne pojęcie staje się ważnym elementem polityki społeczno-gospodarczej państwa. Z pewnością to szansa na rozwój rynku usług wolnoczasowych, już dziś przybiera on imponujące rozmiary. To również szansa dla kultury fizycznej, bo poprzez zmaganie się z samym sobą, aktywnie uczestnicząc w rekreacji ruchowej, można doświadczać wiele satysfakcji. O jakości życia decyduje niemało czynników, które wpływają na samopoczucie, świadomość realizacji siebie, swoich planów, odnajdywanie sensu swego życia, spełnienie w sferze zawodowej, społecznej, rodzinnej. Nie wszyscy mają świadomość, że jakość życia zależy od nich samych, od poziomu kontrolowania świadomości.

Jakość życia jest pojęciem bardzo złożonym. To poczucie satysfakcji jednostek lub grup społecznych, wynikające ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb oraz możliwości osiągnięcia pełni rozwoju jednostkowego i społecznego (Słońska, Misiuna 1994). Aktualne badania (Czapiński, Panek 2007) wskazują na znaczącą poprawę wskaźników zadowolenia ze swego życia wśród mieszkańców Polski. Wzrasta ogólny poziom satysfakcji życiowej, a jej źródłem jest przede wszystkim rodzina.

W modelach socjopsychologicznych jakość życia przedstawiana jest jako subiektywna ocena jednostki (Gałęski 1977). Satysfakcja z życia, szczęście, spełnienie w osobistym odczuciu jednostki są silnie związane z definicją Światowej Organizacji Zdrowia WHO, wpisaną w konstytucję tej organizacji. Powojenna definicja z 1948 r. do dnia dzisiejszego nie straciła na aktualności i stanowi punkt wyjścia do wielu współczesnych pozytywnych definicji zdrowia. Brzmi w następujący sposób: zdrowie to „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby czy kalectwa” (za: Słońska, Misiuna 1994, s. 68). Według

powyższej definicji to odczucia subiektywne stają się ważnym wskaźnikiem stanu zdrowia. Twórca pedagogiki zdrowia, wybitny prof. M. Demel w swej ostatniej publikacji, opisując czym jest zdrowie, spośród bardzo wielu definicji tego wieloznacznego i złożonego pojęcia przytacza definicję J. Blicharskiego jako pozytywną i opisującą zdrowie w kategoriach procesu. Według niej zdrowie to „samosterujący układ równowagi między procesami anabolizy i katabolizy w płaszczyźnie somatycznej, integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej, syntonii i dystonii w płaszczyźnie społecznej. Ponadto wszystkie te płaszczyzny spięte są ze sobą nadrzędnym mechanizmem regulacyjnym” (za: Demel 2008, s. 15).

W dokumentach WHO, dotyczących zdrowia, podkreśla się, iż jest ono wartością, zasobem (potencjałem), środkiem do codziennego życia, podnoszącym jego jakość oraz prawem każdego człowieka. Nie biomedyczny, lecz holistyczny społeczno-ekologiczny model zdrowia jest dziś dominujący. Ponadto obecnie zwraca się uwagę nie tylko na dobrostan w trzech wspomnianych obszarach; dochodzi do nich jeszcze jeden – dobrostan duchowy jako doświadczanie wewnętrznego spokoju, poczucie sensu własnego życia (Seaward 1991).

Na potrzeby niniejszej pracy, która dotyczy zachowań zdrowotnych, warto rozwinąć aspekt aksjologiczny, ponieważ samodzielna świadoma praca nad zdrowiem, zmiana owych zachowań, reorientacja stylu życia jest możliwa tylko wtedy, gdy zdrowie uzna się za wartość – i to taką, która zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wartości jednostki.

W naszej kulturze ludzkie zdrowie i życie jest bezcenną wartością, chronioną przez państwo w całym ustawodawstwie. Niemal wszyscy, przy różnych okazjach, automatycznie życzymy sobie zdrowia i szczęścia. Często przedkładamy zdrowie najbliższych nad własne. Jednocześnie nie lubimy sobie odmawiać niezdrowych przyjemności, lubimy ryzykować i zapominamy o zdrowych nawykach. Paradoksalnie nabiera ono szczególnie wartości wtedy, gdy zmniejszają się jego zasoby. Zdrowie jest wartością wysoce cenioną w społeczeństwach demokratycznych, gdyż umożliwia zaspokajanie rozmaitych potrzeb związanych z samorealizacją jednostki. Tylko zdrowe i zadowolone z siebie społeczeństwo może się w pełni rozwijać, tworząc rozmaite dobra materialne, jak i niematerialne. Zachowania zdrowotne, nawyki, świadomość profilaktyki zdrowotnej w dużej mierze decydują o wysokiej jakości życia. Rozpatrując zdrowie w kategoriach wartości należy zaznaczyć, iż jest ono wartością pozytywną, do której człowiek dąży, natomiast choroba jest wartością negatywną, której unika (Heszen, Sęk 2008). Zdrowie może być pojmowane autotelicznie czyli może stanowić wartość samą w sobie, wówczas lokowane jest bardzo wysoko w osobistej hierarchii wartości i żadna motywacja zewnętrzna nie jest potrzebna do tego, by o nie dbać. Jednak wiele osób traktuje je czysto instrumentalnie – jako warunek, środek umożliwiający osiągnięcie zaplanowanych celów np. zawodowych. Wówczas inwestowanie w zdrowie (o ile się zdarza, bo raczej

następuje tylko eksploatawanie zasobów) nakierowane jest jedynie na osiągnięcie wymiernych korzyści.

Potocznie mówi się, że zdrowie jest darem, lecz nawet jeśli traktujemy je jako potencjał (bogactwo), z którym się rodzimy, to i tak musimy pamiętać, iż z czasem nawet największe zasoby wyczerpują się. Jeżeli skłaniamy się do koncepcji procesualnych zdrowia np. koncepcji salutogenetycznej A. Antonovskiego (2005), który umieszcza człowieka na kontinuum pomiędzy dwoma biegunami zdrowia i choroby, to tym bardziej zdrowie wymaga od nas pracy, wysiłku, dbania poprzez działania profilaktyczne i promocyjne. Wszystko po to, by poszukiwać, utrzymywać równowagę i zmierzać w kierunku pozytywnego bieguna.

Jeżeli we wzorcu codziennego postępowania człowieka dominują zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne) mówimy wówczas o zdrowym stylu życia. Jest on cenną i pożądaną wartością tak samo jak zdrowie, do którego ten określony wzorzec postępowania prowadzi. Tylko w pełni zdrowa jednostka ma szansę zaspokoić wszystkie swoje potrzeby, może rozwijać się i realizować w rozlicznych pasjach, osiągać ambitne cele, które dają satysfakcję i poczucie szczęścia.

Wielu badaczy uważa, że styl życia człowieka przyczynia się do radykalnego zmniejszenia zachorowalności, jest więc czynnikiem dominującym w osiągnięciu perspektywicznych celów zdrowotnych (Sadowski 1994, Przewęda 1999, Karski 2003).

Już w latach 70. ubiegłego wieku dowiedziono, iż styl życia jest głównym determinantem zdrowia człowieka, dzięki któremu może je w dużym stopniu kontrolować. Kanadyjski minister LaLonde (1974) opracował koncepcję „pól zdrowia”, wymieniając cztery grupy czynników warunkujących zdrowie, które oszacował procentowo – styl życia około 53%, środowisko fizyczne i społeczne około 21%, predyspozycje genetyczne około 16% i system opieki zdrowotnej około 10%. Wniosek nasuwa się oczywisty. To głównie od naszych codziennych decyzji i zachowań zależy, czy będziemy zdrowi czy nie; potwierdza się hasło „twoje zdrowie w twoich rękach”. Ta koncepcja do dnia dzisiejszego jest aktualna, choć nieco ewoluowała, głównie w kierunku czynników społeczno-ekonomicznych. Nie zmienia się fakt, iż system opieki zdrowotnej (infrastruktura, jakość usług medycznych, wyspecjalizowany personel) nie jest gwarantem zdrowia i wysokiej jakości życia. W wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych nie obserwuje się poprawy zdrowia ludności wraz ze wzrostem nakładów na opiekę medyczną.

Silny związek pomiędzy stylem życia a zdrowiem doprowadził do wartościowania stylów życia. Można mówić o pozytywnym (zdrowym) stylu życia, czyli wzorcu godnym naśladowania, jak i negatywnym (niezdrowym, patologicznym), który zagraża dobrostanowi psychofizycznemu i może obniżyć jakość życia człowieka. Prozdrowotny styl życia to „wzory świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie

dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw” (Cockerham 1995 za: Woynarowska 2008, s. 51).

Zachowań zdrowotnych, składających się na zdrowy styl życia, można by wymienić wiele, również trudno by było określić hierarchię ważności poszczególnych zachowań. B. Woynarowska (2008) wymienia następujące:

- dbałość o ciało i najbliższe otoczenie;
- aktywność fizyczna;
- racjonalne żywienie;
- hartowanie się;
- odpowiednia jakość i czas snu;
- korzystanie i dawanie wsparcia społecznego;
- unikanie stresu i radzenie sobie z nim;
- samokontrola zdrowia i samobadanie;
- poddawanie się badaniom profilaktycznym;
- bezpieczne zachowania w życiu codziennym (m.in. bezpieczeństwo komunikacyjne i pracy);
- bezpieczne zachowania w życiu seksualnym;
- niepalenie tytoniu;
- ograniczone używanie alkoholu;
- nienadużywanie leków nie zleconych przez lekarza;
- nienadużywanie innych substancji psychoaktywnych.

Powyższe zachowania, związane są ze zdrowiem fizycznym i psychospołecznym. Również wymienione zostały zachowania prewencyjne, promocyjne, jak i działania, mające na celu niepodejmowanie zachowań ryzykownych.

Zachowania zdrowotne to takiego rodzaju zachowania, które „w świetle współczesnej wiedzy medycznej zwykle wywołują określone (pozytywne lub negatywne) skutki zdrowotne u osób, które je realizują” (Gniazdowski 1990, s. 2). Mogą to być działania celowe (intencjonalne) świadome, zaplanowane, ale i też zupełnie przypadkowe, okazjonalne, nieświadomione.

Zachowania zdrowotne, ze względu na ich skutki, można podzielić na pozytywne (prozdrowotne), które chronią, utrzymują lub budują potencjał zdrowia oraz negatywne (antyzdrowotne), które ewidentnie szkodzą, niszczą zasoby zdrowia.

Warto też wspomnieć o tym, że nie tylko mniej lub bardziej świadome działania są istotne dla pełnego biopsychospołecznego dobrostanu, ale również zaniechanie określonych działań. K. Puchalski (1997) opisuje tzw. „niedziałanie

zdrowotne” jako brak działania skierowanego na zdrowie w sytuacji, kiedy takowe działanie podjęte być powinno.

W kontekście reorientacji służby zdrowia z koncepcji biomedycznej, leczniczej (medycyny naprawczej) w koncepcję holistyczną zdrowia, przesunięciu ulega odpowiedzialność za własne zdrowie z systemu opieki medycznej na jednostkę. Każdy człowiek powinien przejść edukację w zakresie zachowań prewencyjnych (profilaktycznych), mających na celu zapobieganie chorobom, wczesnemu jej wykryciu lub wyhamowaniu negatywnych skutków choroby. Każdy powinien też posiadać praktyczne umiejętności, by realizować zachowania promocyjne czyli takie, które nastawione są na zwiększanie potencjału zdrowia i potęgują je. Przykładem może być trening rekreacyjno-zdrowotny (Nowak 2007). Warto też podkreślić, że częstość występowania niektórych zachowań decyduje o tym, czy wpłyną one na zdrowie korzystnie czy destrukcyjnie. Tak więc częstotliwość i intensywność zachowań zdrowotnych nie są obojętne dla zdrowia.

Często istotnym problemem jest zmiana zachowań i przebudowa stylu życia w kierunku bardziej zdrowego. Zerwanie z nałogiem, wyeliminowanie z diety nadmiaru soli, cukru, podjęcie regularnej aktywności ruchowej to wyzwania dla wielu nie do udźwignięcia. Naukowcy zajmują się problemami zmiany zachowań, opracowując teoretyczne modele np. modele motywacyjne, postintencjonalne, społeczno-poznawcze czy fazowe (Łuszczżyńska 2004).

Niewątpliwie warto badać styl życia ludzi, zajmujących wysokie stanowiska kierownicze, warto diagnozować zachowania zdrowotne, by móc ograniczyć chociaż częściowo negatywne skutki przeobrażeń społeczno-gospodarczych, które są udziałem krajów Europy Środkowo-Wschodniej.

4. CEL I ZAŁOŻENIA BADAWCZE

Celem niniejszej pracy jest charakterystyka wybranych elementów stylu życia i jego jakości, ze szczególnym uwzględnieniem aktywności ruchowej jako zachowania prozdrowotnego u menedżerów średniego wyższego i wysokiego szczebla zarządzania (*middle upper, upper upper class*).

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy badani menedżerowie mają świadomość roli zdrowego stylu życia w profilaktyce, promocji zdrowia i osiągnięciu wysokiej jakości życia?
2. Jaką postawę prezentują badani wobec aktywności fizycznej?
3. W jakim stopniu pozytywne i negatywne zachowania zdrowotne występują w stylu życia badanych menedżerów?
4. Jak oceniają jakość swojego życia badani menedżerowie?

Material i metoda

Badania przeprowadzono wśród 510 menedżerów *upper middle class* oraz *upper upper class* (średniego i wyższego szczebla zarządzania) – od szefów grup projektowych po członków zarządu i prezesów (tab.1).

Badani (kobiety i mężczyźni) pracowali w siedmiu największych miastach w Polsce, tj. Warszawie, Wrocławiu, Krakowie, Poznaniu, Gdańsku, Katowicach i Łodzi. Zostali podzieleni na dwie grupy wieku: do 35 roku życia i powyżej 35 roku życia. Wszyscy menedżerowie w momencie badania w sektorze prywatnym zarabiali miesięcznie co najmniej dwukrotność średniego wynagrodzenia w Polsce. Reprezentują oni ponad 20 branż – od doradztwa finansowego po bankowość, elektronikę, branżę informatyczną (IT) czy dóbr szybkozbywalnych spożywczo-przemysłowych (FMCG), pracują w korporacjach międzynarodowych oraz mniejszych organizacjach, współtworząc kulturę organizacyjną kilku tysięcy czy kilkudziesięciu pracowników firmy.

Praca zawodowa badanych związana jest z dużym stresem i odpowiedzialnością za zespoły podwładnych, realizację projektów czy budżet. Zastosowano dobór celowy, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej. Anonimowa autorska ankieta, składająca się z 43 pytań (w większości zamkniętych) była rozsyłana do osób spełniających wszystkie powyższe kryte-

ria jednorodnej grupy badawczej. W wypełnianym kwestionariuszu ankietowym respondenci oceniali swoje wybory w skali 1-5 (malejącej lub rosnącej)

Na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzono wywiad z 24 menedżerami. Zastosowano jakościową metodę analizy treści. Grupę dobrano w sposób celowy (menedżerowie średniego wyższego i wyższego szczebla, pracownicy korporacji oraz firm mających ugruntowaną pozycję na rynku polskim z branż, takich jak bankowość IT, high-tech, duże korporacje prasowe – prasa ogólnopolska, szkoleniowe). Wszyscy badani odpowiedzieli pisemnie drogą internetową na następujące pytania – czy żyją zdrowo, czy w swoim mniemaniu prowadzą zdrowy styl życia, jaki jest ich stosunek do aktywności ruchowej i jak oceniają swoje środowisko według powyższych kryteriów.

Tabela 1.

Charakterystyka badanej grupy

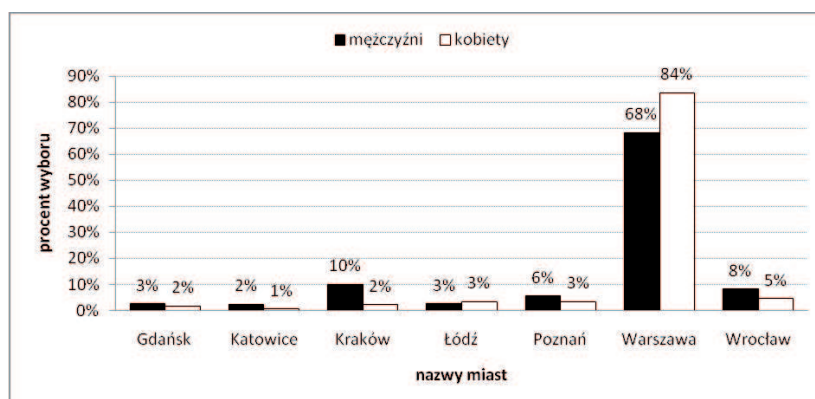
kategorie wieku	kobiety		mężczyźni	
	n	%	n	%
do 35 lat	114	66%	210	62%
pow. 35 lat	58	34%	128	38%
suma	172	100%	338	100%
razem	510			

W opracowaniu wyników badań posłużono się procentowym wskaźnikiem struktury wypowiedzi, statystyczną istotność różnic wyliczono przy pomocy nieparametrycznego testu chi kwadrat (Blalock 1975). Do analizy wywiadu zastosowano jakościową analizę treści wypowiedzi. Do opracowania statystycznego i graficznego wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel 2007.

5. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

5.1. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH

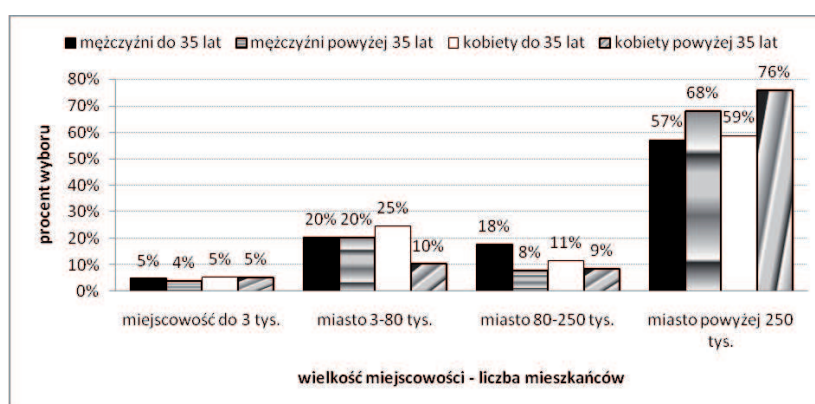
Im większe miasto, silniej rozwinięta infrastruktura (zaplecze administracyjno-usługowe, transportowe, badawcze, informatyczne itp.) oraz kapitał ludzki, tym większe skupisko firm, organizacji, instytucji. Nawet firmy bazujące na bardzo rozległej działalności terenowej swe siedziby, centrale ogólnopolskie i międzynarodowe lokują zazwyczaj w wielkich skupiskach ludzkich lub ich bezpośrednich pobliżu, często w stolicach państw, w których funkcjonują. Wysoce zurbanizowane środowisko to miejsce pracy i życia większości menedżerów, które wymusza określony styl życia. Menedżerowie pracują często w biurach, usytuowanych w centralnych dzielnicach miasta, mieszkają natomiast na jego obrzeżach. Na potrzeby niniejszej pracy przebadano menedżerów pracujących w siedmiu największych miastach Polski. Spośród wszystkich, którzy wzięli udział w badaniach, zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące w Warszawie (84% kobiet i 68% mężczyzn) (rys. 1).



Rys. 1. Miejsce obecnie wykonywanej pracy badanych menedżerów

Do oceny stylu życia i nawyków zdrowotnych ważna jest informacja dotycząca środowiska socjokulturowego, z którego pochodzą menedżerowie. Większość badanych wskazała miasto liczące powyżej 250 tys. mieszkańców jako miejsce swojego zamieszkania do 18. roku życia (rys. 2). Wielkość miejscowości w okresie dzieciństwa i dojrzewania, szczególnie w naszym kraju, wywiera ogromny wpływ na przyszłe losy zawodowe Polaka. Osoby zamieszkujące w małych miejscowo-

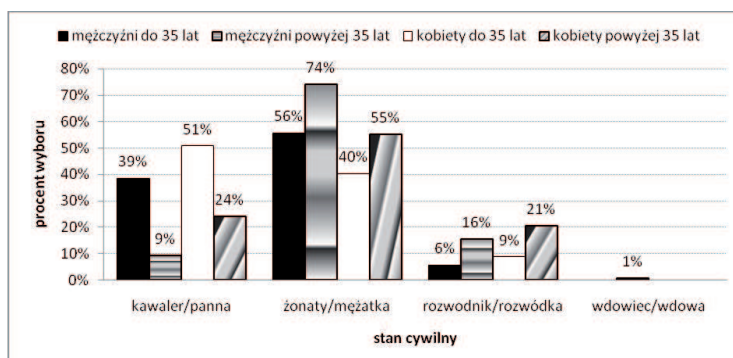
ściach mają nierzadko trudności z dostępem do edukacji, kultury itp. Często w stylu życia dorosłych ludzi widoczne są głęboko zakorzenione nawyki, powstałe na skutek procesów socjalizacyjnych określonych środowisk, w których wzrastają młodzi ludzie. Wciąż niełatwo pokonać rozliczne bariery osobom z małych miejscowości, dlatego tylko najsilniejszym i najbardziej ambitnym jednostkom udaje się z powodzeniem zaistnieć na wysoce konkurencyjnym rynku pracy w dużym mieście. Na podstawie poniższego rys. 2. można zauważyć, iż menedżerowie powyżej 35. roku życia, zarówno kobiety jak i mężczyźni, częściej pochodzą z dużych miast, w których pracują niż osoby młode, tj. do 35. roku życia. To informacja, która każe przypuszczać, iż w pewnym stopniu niwelowane są bariery (np. poprzez powszechny dostęp do informacji i wiedzy przez Internet, docierający nawet do najmniejszych miejscowości).



Rys. 2. Wielkość miejscowości, w których badani mieszkali do 18. roku życia

Kariera zawodowa przesłania często życie rodzinne. W ostatnich latach w krajach Europy Zachodniej, ale też i w Polsce, obserwuje się zjawisko przedkładania zawodowego autorozwoju nad zakładaniem rodziny. Decyzje dotyczące zmiany stanu cywilnego, potomstwa opóźnia się do momentu zawodowej stabilizacji, która występuje ok. 30. roku życia. Analizując stan cywilny badanych (rys. 3.) można zauważyć dosyć wysoki odsetek osób deklarujących stan wolny. Aż 51% kobiet nie przekraczających 35. roku życia to panny; stan kawalerski w tej grupie wieku deklarowało 39% mężczyzn (średnia wieku w analizowanej kategorii wieku to 32 lata). Zaobserwować można również, iż więcej kobiet niż mężczyzn deklaruje doświadczenia związane z rozwodem. W starszej grupie wieku (średnia wieku 40 lat) kobiety zdecydowanie częściej pozostają niezamężne, natomiast mężczyźni częściej deklarowali funkcjonowanie w związku małżeńskim. Silne zróżnicowanie pomiędzy osobami do i po 35. roku życia występuje zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn ($\chi^2 K = 12,697$ $p < 0,02$, $\chi^2 M = 38,871$ $p < 0,02$), najmniejsze – pomiędzy kobietami i mężczyznami z jednej grupy wieku (do 35 roku życia).

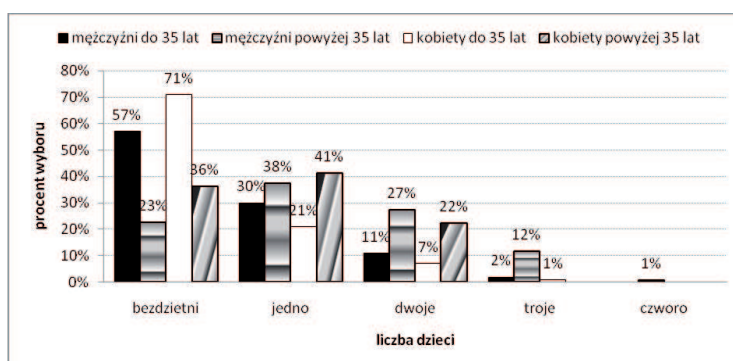
5. Analiza wyników badań



Rys. 3. Stan cywilny badanych menedżerów

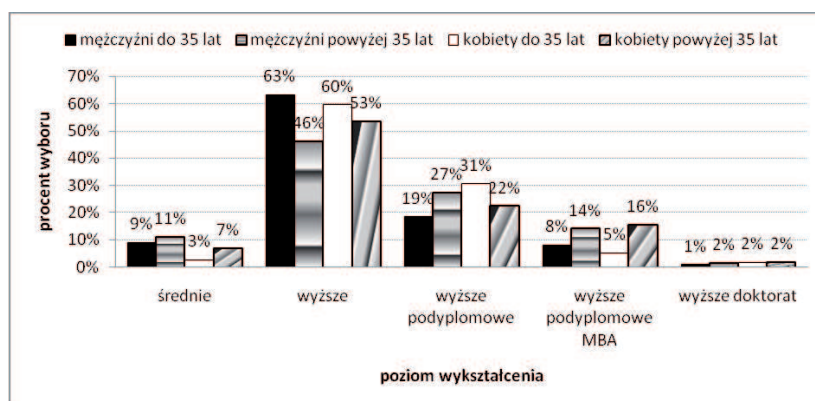
Młodzi menedżerowie (grupa do 35 lat) w większości są bezdzietni (57% mężczyzn i 71% kobiet). Obecnie posiadanie lub nieposiadanie potomstwa w krajach wysoko rozwiniętych i rozwijających się jest świadomą decyzją ludzi, którzy w pełni kontrolują swoje życie. Decyzja dotycząca posiadania dzieci często odkładana jest w czasie. Precyzyjne planowanie rozwoju rodziny jest coraz silniej związane z dbałością o utrzymanie wysokiego poziomu życia. Mężczyźni menedżerowie częściej niż kobiety posiadają dwójkę i większą liczbę dzieci – rys. 4. Wynika to zapewne z faktu, iż kobiety, w przeciwieństwie do mężczyzn, często muszą godzić karierę zawodową z przypisaną od wieków tradycyjną rolą osoby odpowiedzialnej za wychowanie potomstwa i sprawowanie opieki nad domownikami.

W naszym kraju w latach 70. i 80. ubiegłego wieku popularny był model rodziny z dwójką dzieci 2+2, dziś mamy do czynienia z modelem 2+1, czyli rodzice i tylko jedno dziecko. Z tym związane jest obserwowane zjawisko niżu demograficznego. Bezdzietność z wyboru, odwołanie decyzji dotyczącej potomstwa to niewątpliwie zjawisko charakterystyczne dla współczesnych społeczeństw, w których wysoką wartością jest zawodowy sukces.



Rys. 4. Liczba posiadanych dzieci przez badanych menedżerów

Powszechny pogląd, iż menedżerowie to osoby dobrze wykształcone, ze skłonnością do podwyższania swoich zawodowych kwalifikacji, potwierdzają wyniki badań własnych (rys. 5). Zdecydowana większość badanych ma wykształcenie wyższe, a wiele osób kontynuuje swoją edukację, uczestnicząc w studiach podyplomowych. Stopień naukowy doktora to jeszcze rzadkość w polskim środowisku menedżerskim, raczej stawia się na praktyczną wiedzę i umiejętności, które oferują wąsko sprofilowane studia podyplomowe. Menedżerowie lub firmy ich zatrudniające chętnie inwestują w wykształcenie. Studia podyplomowe MBA (Master of Business Administration) kosztują od kilkunastu do ok. 140 tys. zł i trwają zwykle 2 lata. Wśród badanych dyplomem ukończenia studiów MBA rzadziej mogą się pochwalić młodzi menedżerowie, w porównaniu z kategorią powyżej 35 lat (16% kobiet legitymuje się tym dyplomem). Dla przyjętego poziomu istotności $p < 0,05$ zaobserwowane różnice są istotne statystycznie dla grup – wszyscy badani z wykształceniem wyższym oraz wszyscy z dyplomem MBA ($\chi^2 = 10,51$ dla $d = 3$; $0,025 > p > 0,01$).

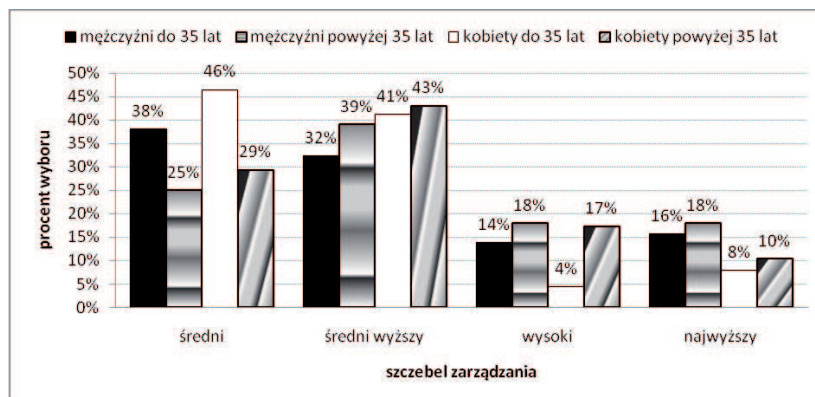


Rys. 5. Wykształcenie badanych menedżerów

Inwestowanie w prestiżowe wykształcenie, często zagraniczne studia, wiąże się z rosnącą presją na sukces i awans zawodowy. Badana populacja menedżerów to w większości osoby średniego wyższego (*middle upper*) i wyższego wyższego (*upper upper*) szczebla zarządzania (rys. 6). Młodzi menedżerowie dominują na poziomie średniego szczebla (46% kobiet i 38% mężczyzn), to m.in. kierownicy zespołów, menedżerowie projektów itp.

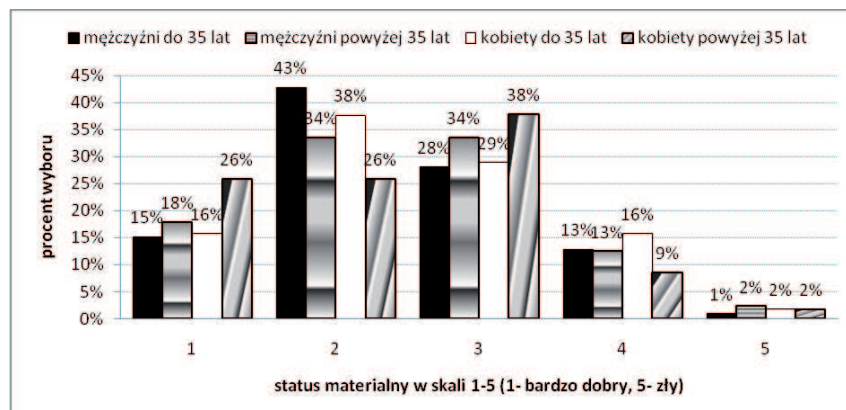
W kategorii wieku powyżej 35. roku życia badani najczęściej zajmują stanowiska określane jako średni wyższy szczebel zarządzania (kobiety 43%, mężczyźni 39%), to np. dyrektorzy działów itp. W niniejszych badaniach wzięli też udział menedżerowie wysokiego szczebla (*upper upper*) np. dyrektorzy oddziałów, członkowie zarządu itp., w tym najwyższego (*top*) szczebla zarządzania, czyli np. prezesi

zarządu, generalni dyrektorzy na cały kraj itp. W każdej kategorii wieku mężczyźni częściej niż kobiety zajmują wysokie i najwyższe stanowiska menedżerskie.



Rys. 6. Status zawodowy – stanowisko zajmowane przez badanych menedżerów

To, co młodych ludzi motywuje do awansowania i aspiracji do kierowniczych stanowisk, to w dużej mierze większe zarobki, dzięki którym można zaspokoić rozmaite potrzeby. Życie we współczesnym skomercjalizowanym świecie wymaga od nas, byśmy zarabiali coraz więcej. A im więcej zarabiamy, tym więcej wydajemy. Dlatego zasadnym wydaje się być pytanie, o samoocenę statusu materialnego. Badani dokonali takiej samooceny na skali 5-punktowej (1 – status bardzo dobry, 5 – zły) (rys. 7). W przypadku młodych menedżerów najwyższe odsetki (43% mężczyzn, 38% kobiet) można dostrzec na poziomie określanym jako 2, czyli dobrym, następnie na poziomie 3, potem na poziomie 1, czyli bardzo dobrym. Starsze pokolenie nieco inaczej (gorzej) ocenia swój status materialny. Najwyższe odsetki (34% mężczyźni, 38% kobiety) obserwuje się na poziomie 3 (średni), następnie kolejność oceny jest analogiczna, jak w grupie młodych menedżerów. Najwyższy odsetek, na poziomie najwyższej oceniających swój materialny status, dotyczy grupy kobiet powyżej 35 lat (26%), natomiast najniższy jest udziałem młodych mężczyzn (15%). Osób o niskiej samoocenie jest bardzo niewiele, co świadczy o ponadprzeciętnym poziomie życia badanej grupy zawodowej.



Rys. 7. Status materialny w samoocenie badanych menedżerów

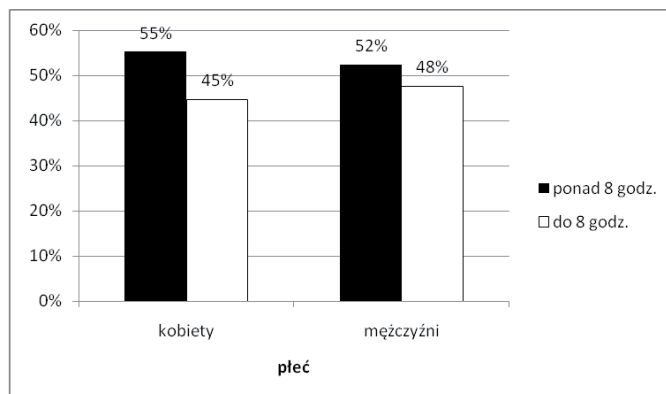
Większe zróżnicowanie w opinii własnego statusu materialnego wykazały kobiety niż mężczyźni (aneks: tab.7); przy ocenie statusu materialnego większa rozbieżność występuje ze względu na czynnik płci niż na czynnik wieku ($\chi^2 K = 6,083$ $p > 0,05$; $\chi^2 M = 3,944$ $p > 0,05$).

5.2. PRACA ZAWODOWA POLSKICH MENEDŻERÓW ŚREDNIEGO WYŻSZEGO (*MIDDLE UPPER CLASS*) I WYŻSZEGO WYŻSZEGO (*UPPER UPPER CLASS*) SZCZEBŁA ZARZĄDZANIA

Menedżerowie poświęcają sporo czasu na pracę zawodową, mają często nienormowany czas pracy i rozliczani są z efektów swojej działalności, nie zaś z czasu przebywania w biurze. Ośmiogodzinny dzień pracy nie jest typowy dla analizowanej grupy zawodowej. Badane kobiety (55%) częściej niż mężczyźni (52%) pozostają w miejscu pracy ponad 8 godz./dobę (rys. 8).

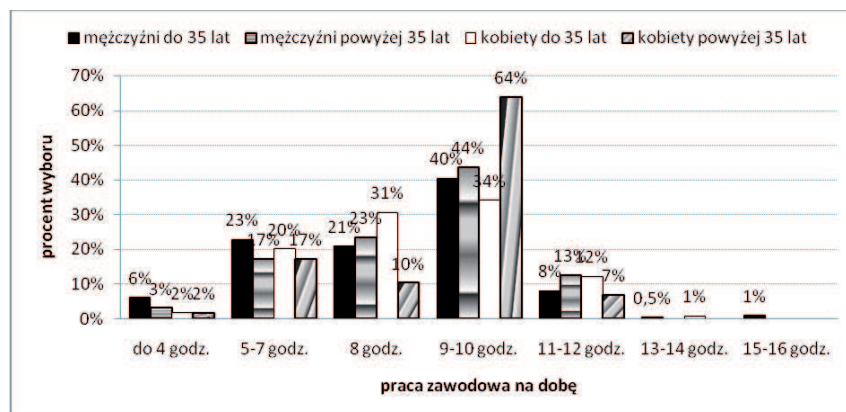
Często funkcjonują w ramach nienormowanego czasu pracy, rozliczani są za wykonanie powierzonych zadań. Z badań wynika, iż kobiety generalnie więcej czasu poświęcają na pracę w porównaniu z mężczyznami. Większość badanych przyznaje, że pracuje codziennie ponad osiem godzin, kobiety 55%, mężczyźni 52% ($\chi^2 mK mM = 9,653$ $p > 0,05$, $\chi^2 sK sM = 8,199$ $p > 0,05$, aneks: tab. 8).

5. Analiza wyników badań



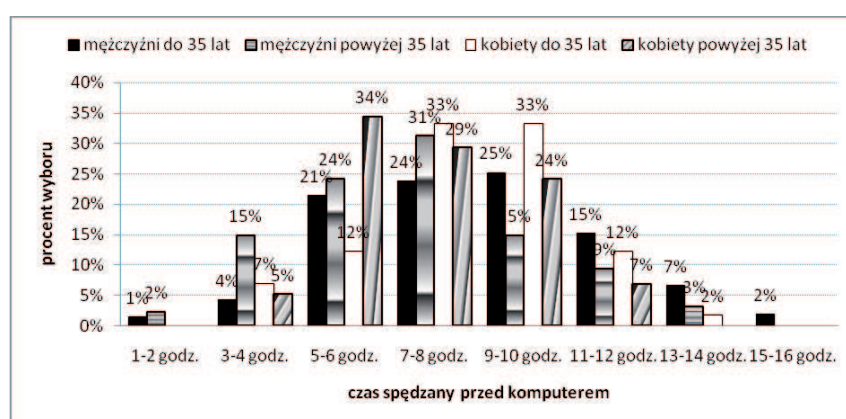
Rys. 8. Deklarowana ilość czasu poświęcanego w ciągu dnia na pracę zawodową przez badanych menedżerów

Menedżerowie najczęściej podawali, że pracują (w miejscu pracy) 9-10 godzin/dobę, aż 64% kobiet powyżej 35. roku życia tyle czasu poświęca na pracę. Ci, którzy pracują najkrócej, tj. do 8 godzin to młodzi mężczyźni (6%), co nie oznacza, że w rzeczywistości poświęcają na pracę najmniej czasu. Należy zwracać sobie sprawę z tego, że częstym przypadkiem jest przenoszenie pracy zawodowej do domu. W każdej grupie wieku znalazły się kobiety i mężczyźni, którzy zadeklarowali, iż pracują po kilkanaście godzin na dobę ($\chi^2 K = 16,043$ $p < 0,05$; $\chi^2 M = 6,558$ $p > 0,05$, aneks: tab. 8). Kilka osób (młodzi mężczyźni) przyznało, iż w miejscu pracy przebywają codziennie około 16 godzin (rys. 9).



Rys. 9. Deklarowana ilość godzin pracy zawodowej wykonywanej w miejscu pracy w ciągu doby przez badanych menedżerów

Typowym narzędziem pracy menedżera jest komputer, który wykorzystywany jest nie tylko w pracy zawodowej, ale służy także rozrywce po pracy. Badani zostali zapytani, ile czasu codziennie poświęcają na korzystanie z komputera (rys. 10). Oczywiście młodzi menedżerowie (do 35 roku życia) częściej niż starsze pokolenie wykorzystują na co dzień technologie komputerowe. Ponad 9 godzin dziennie 49% mężczyzn do 35 lat i 47% młodych kobiet spędza czas, pracując przy komputerze. Należy pamiętać, że kontakt z komputerem wymusza określoną pozycję ciała (najczęściej siedzącą), eliminuje tym samym aktywność fizyczną, co ujemnie wpływa na kondycję biologiczną. Większa rozbieżność w deklaracjach ilości czasu spędzanego przed komputerem jest wywołwana przez czynnik wieku niż przez czynnik płci ($\chi^2 K = 13,143$ $p < 0,05$; $\chi^2 M = 23,450$ $p < 0,02$, aneks: tab. 9).

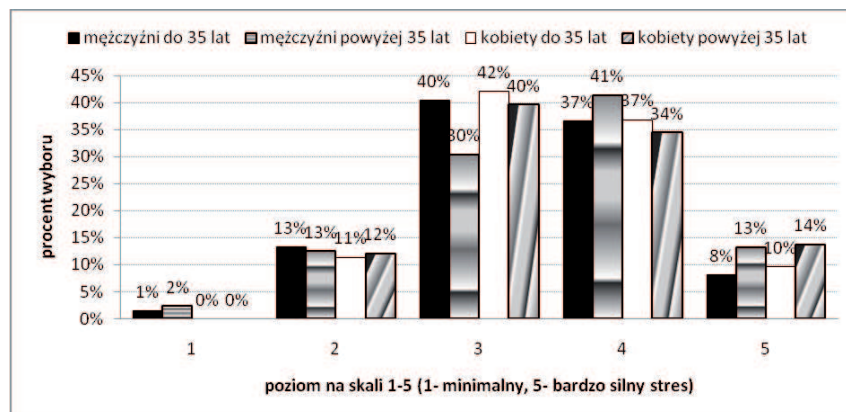


Rys. 10. Deklarowana ilość czasu spędzanego codziennie przed komputerem przez badanych menedżerów

Praca zawodowa menedżerów, pełnione funkcje, realizowane zadania mogą być zarówno źródłem satysfakcji, jak i stresu wynikającego z braku czasu, odpowiedzialności za ludzi, budżet itp. Silny permanentny stres jest czynnikiem ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych. Badani określali poziom stresu zawodowego na skali 1-5 (1 – minimalny, 5 – bardzo silny stres). Młodzi menedżerowie (42% kobiet i 40% mężczyzn) najczęściej określali go na poziomie średnim 3, natomiast starsze pokolenie na poziomie 4. Bardzo silny stres zawodowy (poziom 5) odczuwają częściej menedżerowie starszego niż młodszego pokolenia, częściej kobiety niż mężczyźni. Można przypuszczać, iż młodzi ludzie posiadają większą tolerancję na sytuacje stresogenne, a wraz ze wzrostem wieku i stażu pracy obniża się adaptacja do coraz szybciej zmieniającej się rzeczywistości społeczno-zawodowej, coraz szybsze jest zmęczenie układu nerwowego np. rywalizacją, coraz częściej pojawiają się objawy wypalenia zawodowego. Zróznicowanie między ocenami poziomu stresu ze względu na czynnik wieku i płci (rys. 11) było najsilniejsze w grupie oce-

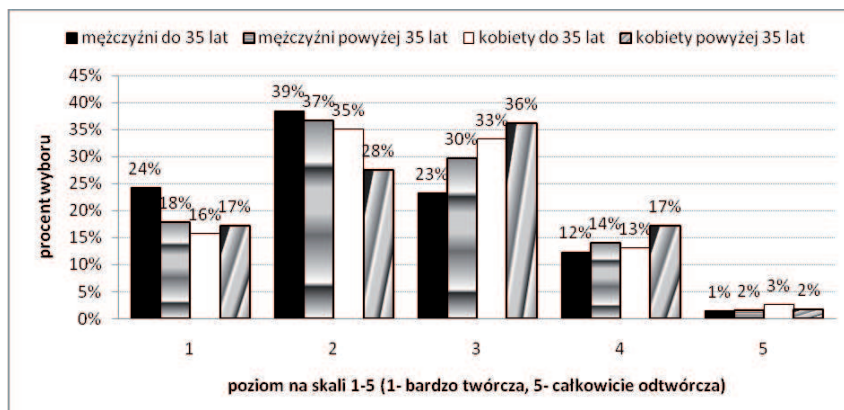
5. Analiza wyników badań

niającej poziom stresu jako umiarkowany; niski poziom zróżnicowania cechował jednak tych, którzy przyznali się do wysokiego poziomu stresu, towarzyszącego ich pracy, jak i tym badanym, którzy jego poziom ocenili jako niski, bez względu na płeć ($\chi^2 K = 13,143$ $p < 0,05$; $\chi^2 M = 23,450$ $p < 0,02$, $\chi^2 KM = 4,141$ $p > 0,05$).



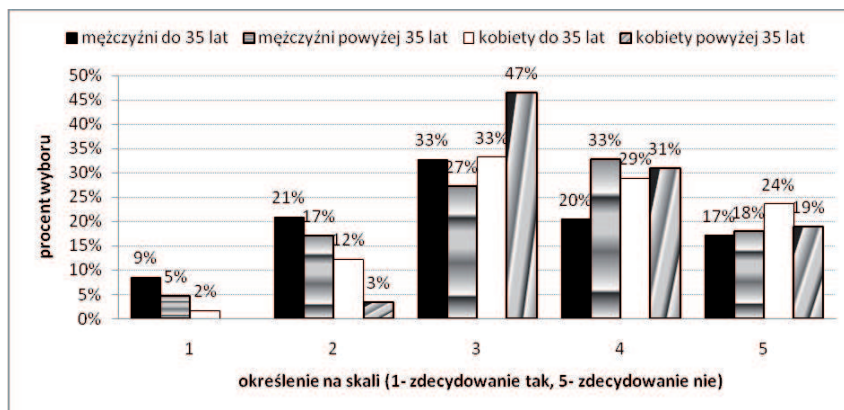
Rys. 11. Deklarowany poziom stresu zawodowego w opinii badanych menedżerów

Nawet stresogenna praca zawodowa w końcowym efekcie może być źródłem satysfakcji. Oczywiście satysfakcja powinna towarzyszyć pracy na każdym jej etapie. Jest to możliwe o tyle, o ile działalność ma charakter twórczy (rys. 12). Nie-wielki odsetek osób rzędu 1-3% deklaruje, że wykonywana praca jest całkowicie odtwórcza, pozostali stwierdzili, iż ma ona charakter twórczy. Więcej mężczyzn niż kobiet uważa, że ich praca jest w dużym i bardzo dużym stopniu twórcza. 55% mężczyzn powyżej 35. roku życia i aż 63% młodych mężczyzn oceniło swoją pracę jako twórczą. Takiego samego zdania było nieco mniej kobiet – 51% młodych i 45% po 35. roku życia, co wiąże się m.in. z niższym odsetkiem kobiet pokolenia 40-50-latków na samodzielnych stanowiskach zarządczych, ze swobodą decyzyjną w polskich realiach gospodarczych ($\chi^2 KM = 6,264$ $p > 0,05$; aneks: tab. 11).



Rys.12. Charakter twórczy pracy zawodowej w opinii menedżerów

Czy praca może być pasją? Z pewnością tak, ale czy pasją może być zarabianie pieniędzy? Okazuje się, że tak. Dla niektórych osób sam proces zarabiania może dawać większą przyjemność niż ich posiadanie (rys. 13). To oczywiście uwidacznia twórczy charakter pracy, satysfakcję z niej i skłonności do pracoholizmu. Mężczyźni, szczególnie młodszego pokolenia, częściej mają takie podejście do pracy niż kobiety. Twierdząco na to pytanie odpowiedziało 30% młodych mężczyzn i 14% kobiet oraz 22% menedżerów – mężczyzn powyżej 35. roku życia. Tylko 3% kobiet w wieku powyżej 35 lat wyraziło opinię, iż zarabianie pieniędzy jest pasją. Istotne zróżnicowanie pomiędzy opiniami kobiet i mężczyzn najsilniej jest widoczne w grupie wiekowej po 35. roku życia, a także w podziale na grupy wiekowe wśród samych pasjonatów zarabiania (χ^2 sKsM = 13,037 $p < 0,05$, χ^2 KM = 19,147 $p < 0,02$, aneks: tab. 12).



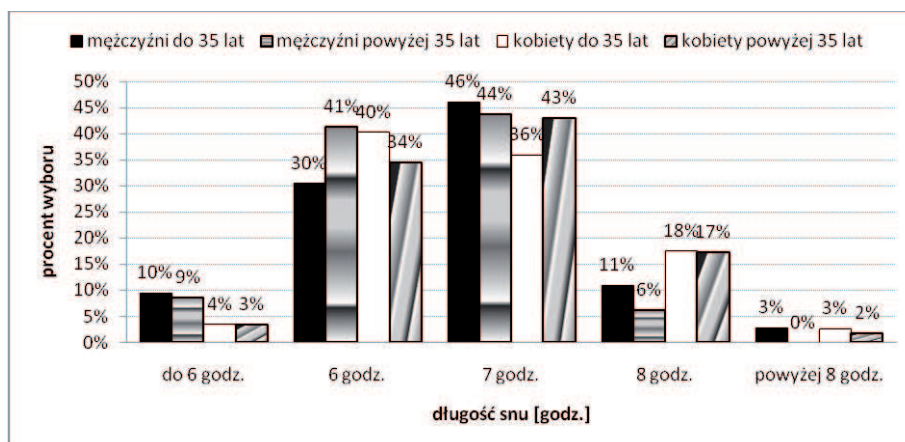
Rys. 13. Pasja zarabiania w opinii menedżerów

5.3. ANALIZA WYBRANYCH ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Badani menedżerowie najczęściej podawali, iż poświęcają na sen 7 godzin w ciągu doby. Prawie połowa młodych mężczyzn (46%) odpowiedziała, że potrzebuje na sen 7 godzin w ciągu doby, 30% deklaruowało 6-godzinny sen, natomiast 11% przespia codziennie 8 godzin.

Młode kobiety (do 35 roku życia) najczęściej śpią 6 godzin w ciągu doby – co deklaruowało 40%, natomiast 36% podało, iż sen zajmuje im ok. 7 godzin dziennie. Analizując starsze pokolenie menedżerów można stwierdzić, że sytuacja przedstawia się niemal analogicznie u mężczyzn, tzn. najczęściej odpowiadali, że śpią 7 godzin, (44%), 6 godzin (41%) i 8 godzin (6%). Natomiast w przypadku kobiet powyżej 35 roku życia sytuacja przedstawia się odwrotnie niż u młodszego pokolenia – najczęściej odpowiadały one, że śpią 7 godzin (43% wszystkich badanych kobiet), 6 godzin (34%) i 8 godzin (17%) w ciągu doby.

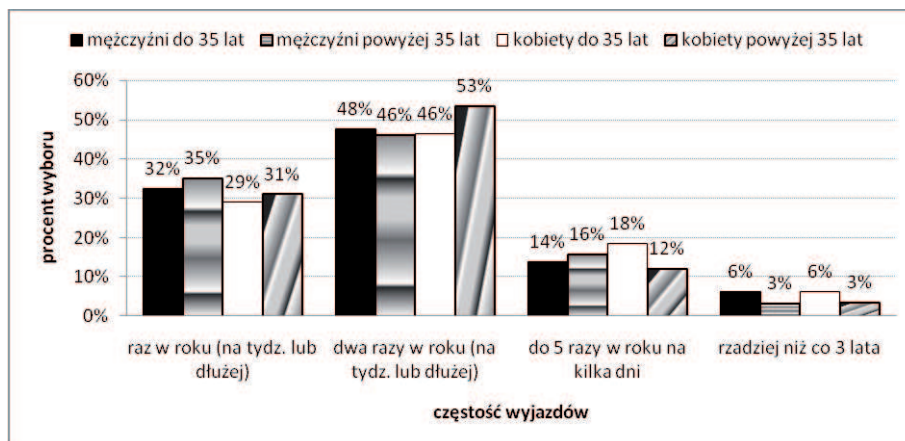
Bardzo długi sen – trwający ponad 1/3 doby, nie jest popularnym zjawiskiem w tej grupie zawodowej, dotyczy on zaledwie 2-3% badanych, wyłączając mężczyzn powyżej 35 roku życia, którzy w ogóle się do niego nie przyznają. Dużo popularniejszym od bardzo długiego jest bardzo krótki sen, trwający mniej niż 6 godzin. Jest on zdecydowanie męskim atrybutem, ponieważ 10% młodych i 9% mężczyzn powyżej 35 roku życia nie chce tracić czasu na sen (rys. 14). Największe zróżnicowanie ze względu na czynnik płci wystąpiło w grupie wieku do 35 lat (χ^2 mK mM = 9,978 $p > 0,05$; χ^2 KM = 13,480 $p < 0,05$; aneks: tab. 13).



Rys. 14. Deklarowana przez badanych menedżerów długość snu w ciągu doby

Dwa razy do roku wyjazd na tydzień lub dłużej – to najczęstsza odpowiedź menedżerów na pytanie o częstość wyjazdów urlopowych. Ponad połowa (53%) kobiet w wieku powyżej 35 lat odpowiadała właśnie w ten sposób. Nieco mniej

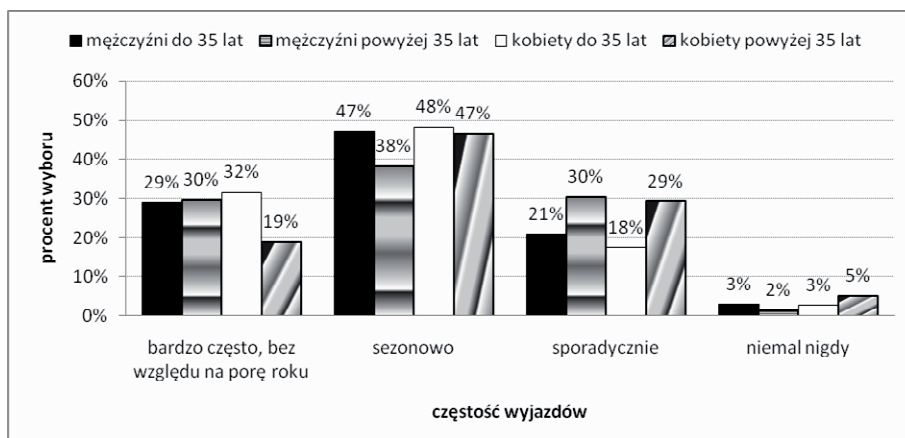
popularne są wakacyjne wyjazdy raz w roku. Można stwierdzić, iż menedżerowie przywiązują dużą wagę do regularnego wypoczynku, tylko niewielki odsetek badanych rzędu 3-6% wyjeżdża rzadziej niż co 3 lata (rys. 15). Może to być związane z brakiem zaufania do współpracowników, poczuciem niestabilności wykonywanej pracy, przeciążeniem obowiązkami zawodowymi lub też poczuciem niezastąpienia w wykonywanych zadaniach. Stosunkowo niskie zróżnicowanie wystąpiło zarówno w podziale według płci, jak i według wieku ($\chi^2 K = 1,923$ $p > 0,05$; $\chi^2 M = 1,889$ $p > 0,05$; aneks: tab. 14).



Rys. 15. Częstość wyjazdów urlopowych deklarowana przez menedżerów

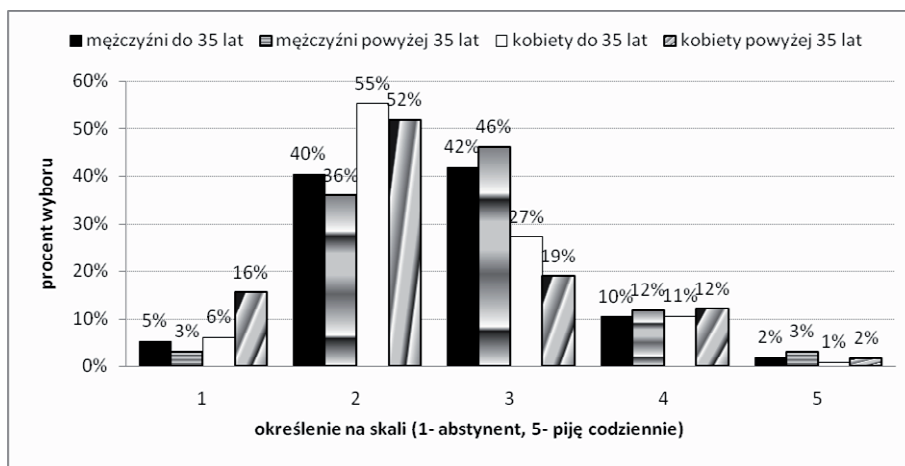
Równie dużą popularnością cieszą się wyjazdy weekendowe – co trzeci badany bardzo często spędza je poza domem, bez względu na porę roku (najwyższy odsetek dotyczy młodych kobiet). Prawie połowa spośród ankietowanych przyznaje, iż wolne dni od pracy spędza poza miejscem zamieszkania w zależności od dogodnych warunków umożliwiających podejmowanie ulubionych zajęć. Starsze pokolenie charakteryzuje się mniejszą aktywnością niż młodsza generacja – 32% mężczyzn powyżej 35 roku życia i 34% kobiet sporadycznie lub niemal nigdy nie opuszcza swojego najbliższego otoczenia w weekendy (rys. 16).

5. Analiza wyników badań



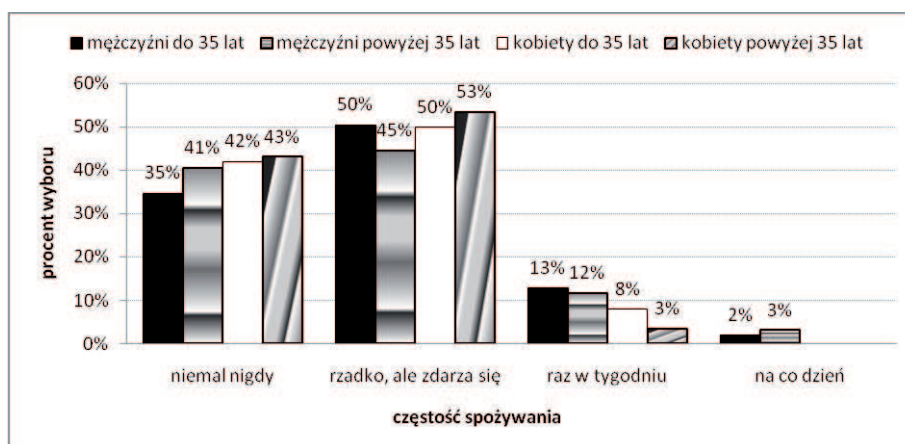
Rys. 16. Częstość spędzanych weekendów poza miejscem zamieszkania w opiniach badanych

Badana populacja nie sięga często po alkohol. Więcej osób przyznaje się do tego, iż nie pije alkoholu w ogóle, niż że pija go na co dzień. Najwięcej deklarujących abstynencję znalazło się w grupie kobiet po 35. roku życia (16%), natomiast najniższy 3% odsetek dotyczy mężczyzn z tej samej kategorii wiekowej (rys. 17). W środku 5-stopniowej skali na poziomie 3 dominują ze znaczną przewagą mężczyźni – starszego pokolenia 46% i młodszego 42%, natomiast na poziomie 2, tj. w kierunku stroniących od alkoholu – kobiety z młodziej i starszej grupy (odpowiednio 55 i 52%). Generalnie kobiety w mniejszym stopniu niż mężczyźni spożywają alkohol.



Rys. 17. Deklarowana częstość spożywania alkoholu przez badanych menedżerów

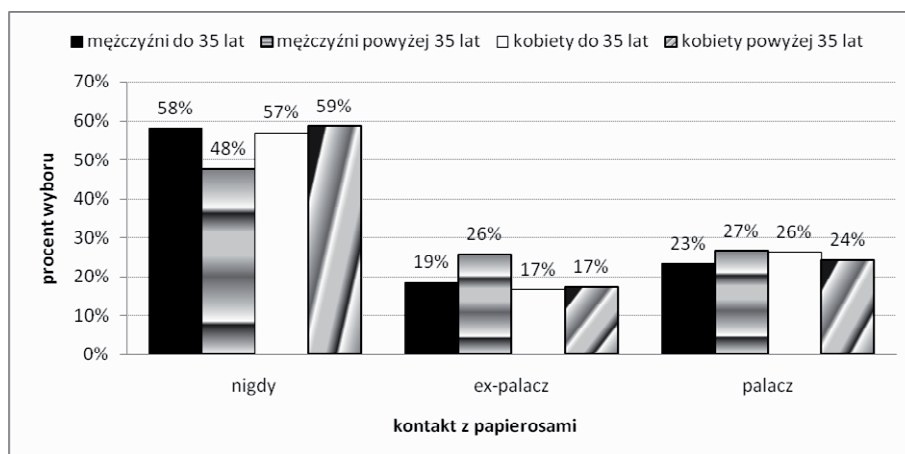
Z założenia alkohol spożywany w pracy jest niewłaściwym i piętnowanym przez pracodawców zachowaniem, jednak często, chociażby symbolicznie, towarzyszy podczas spotkań biznesowych. Ponad połowa menedżerów z każdej analizowanej grupy przyznaje się do tego, iż podczas spotkań służbowych zdarza im się pić alkohol. Mężczyznom (13% z młodszej i 12% ze starszej grupy) częściej niż kobietom zdarza się to przynajmniej raz w tygodniu (rys. 18). Kobietom rzadziej niż mężczyznom w pracy towarzyszy alkohol – codzienne picie wśród kobiet w ogóle nie występuje, natomiast dotyczy 2% mężczyzn do 35 lat i 3% mężczyzn powyżej 35 lat. Szczególnie istotne różnice w deklarowanej ilości spożywanego alkoholu wystąpiły między mężczyznami a kobietami z grupy wieku powyżej 35. roku życia (χ^2 sKsM = 19,305 $p < 0,02$, aneks: tab. 16), zaś największe zróżnicowanie wystąpiło między mężczyznami a kobietami, bez względu na wiek (χ^2 KM = 9,135 $p > 0,05$, aneks: tab. 17).



Rys. 18. Spożywanie alkoholu podczas spotkań służbowych w opiniach badanych menedżerów

Palenie papierosów jako zachowanie antyzdrowotne spotyka się obecnie nie tylko z krytyką, ale i piętnowaniem w miejscu pracy. Coraz częściej korytarzowe palarnie w firmach zostały trwale usunięte, a palący pracownicy bywają nawet karani (finansowo lub w inny sposób) za swój nałóg – tak szkodliwy, jak i czasochłonny, zatem zmniejszający efektywność w miejscu pracy. Jest to zgodne ze światowymi trendami (zachodnioeuropejskimi, amerykańskimi czy japońskimi) dbałości o niepalących pracowników i propagowania prozdrowotnych postaw w miejscu pracy. W ostatnich kilku latach w krajach Unii Europejskiej, w tym również w Polsce, prowadzi się szeroko zakrojoną kampanię w mediach na temat szkodliwości palenia tytoniu, jak i również tzw. biernego palenia, czyli wdychania dymu tytoniowego z wypalanych papierosów przez innych pracowników i w wielu

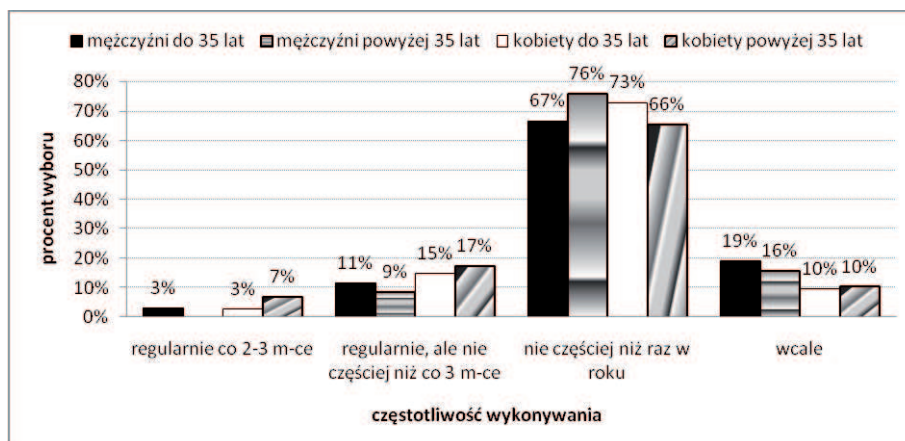
miejscach publicznych itp. Można założyć, że menedżerowie – z racji wykształcenia i aktywnego uczestnictwa w realiach zmiennego świata zewnętrznego – są świadomi negatywnych skutków zdrowotnych palenia tytoniu. Z badań wynika, iż większość z nich nigdy nie paliła papierosów. W tej kategorii nigdy nie palących najniższy odsetek 48% dotyczy mężczyzn powyżej 35. roku życia, a najwyższy kobiet ze starszej grupy wieku (59%) – rys. 19. Najwięcej palących znalazło się w grupie mężczyzn po 35 roku życia (27%), natomiast najniższy odsetek aktualnie palących (23%) również dotyczy mężczyzn tylko z młodszej grupy wieku. Nie jest łatwo porzucić nałóg palenia, przez nasz kraj rocznie przewija się wiele kampanii społecznych, mających na celu pomóc zerwać z tym niezdrowym nałogiem, postrzegany kolejny rok jako niemodny, co nie jest bez wpływu na odbiór wśród młodych Polaków. Spośród analizowanych grup badanych więcej mężczyzn (i to głównie ze starszej grupy – 26%) niż kobiet skutecznie rzuciło palenie. Najmniejsze zróżnicowanie wystąpiło w grupie palaczy – bez względu na wiek i płeć (χ^2 KM = 1,424 $p > 0,05$, aneks: tab. 18).



Rys. 19. Doświadczenia z paleniem papierosów deklarowane przez badanych menedżerów

Świadomość wykonywania określonych badań profilaktycznych zdrowia wzrasta w naszym kraju systematycznie. Wczesne wykrycie choroby zwiększa szansę na jej wyleczenie, o czym przypominają liczne kampanie społeczne w mediach. Zdecydowana większość badanych wykonuje badania profilaktyczne nie częściej niż raz w roku, najwyższy odsetek – 76% dotyczy starszej grupy mężczyzn, a najniższy – 66% kobiet w tej samej grupie wiekowej. Kobiety w większym zakresie niż płeć przeciwna poddają się regularnie badaniom profilaktycznym (rys. 20). Aż 19% mężczyzn do 35 lat i 16% powyżej 35 lat w ogóle nie korzysta z jakichkolwiek badań zapobiegających chorobom, w przypadku kobiet odsetek ten jest znacznie

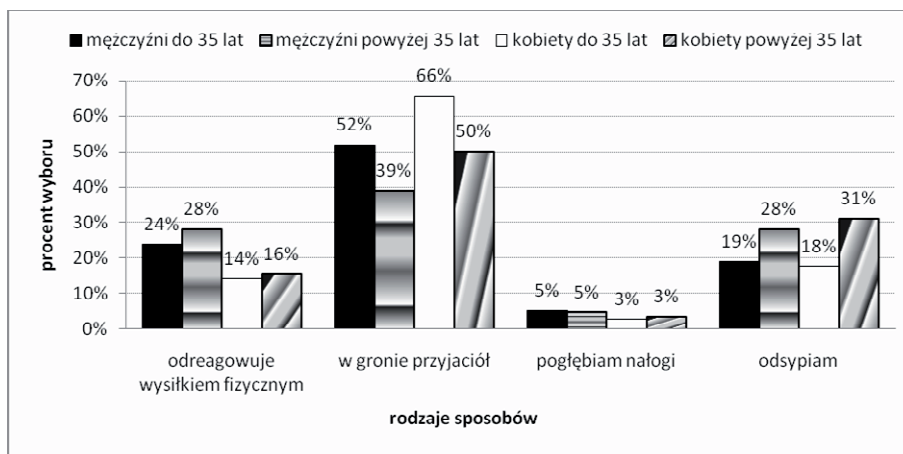
niższy i w obydwu grupach wiekowych wynosi 10%. Kobiety mniej lekceważą dolegliwości, częściej troszczą się o swoje zdrowie, dbają też o zdrowie rodziny, co wynika z tradycyjnie przypisanej roli, jaką w niej spełniają (χ^2 KM = 9,706 $p < 0,05$, aneks: tab. 19). Ale również konieczność dbałości o zdrowie w czasie ciąży, której doświadczyło 70 z 172 badanych kobiet.



Rys. 20. Częstość wykonywania badań profilaktycznych swojego zdrowia w opiniach badanych menedżerów

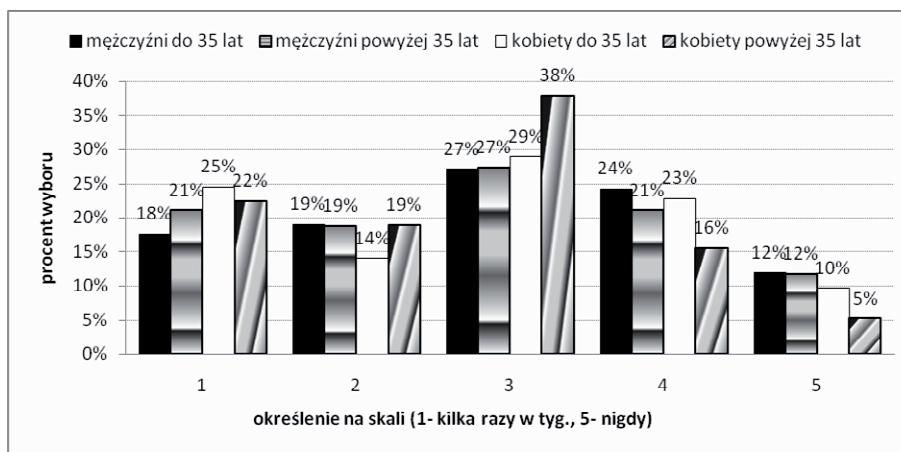
Żyjemy w wysoce stresogennym środowisku, gdzie natłok koniecznych zadań trudno wykonać w wyznaczonych ramach czasowych i sprostać zadaniom na założonym satysfakcjonującym poziomie. Nie można wyeliminować z życia całkowicie stresu, tak zawodowego, jak i prywatnie. Istnieje wiele metod, strategii radzenia sobie ze stresem, sposobów neutralizacji napięcia nerwowego. Jak sobie z nim radzą menedżerowie? Okazuje się, że najczęściej można odreagować w gronie przyjaciół, znajomych, skutecznie – zwykłą rozmową z zaufanymi osobami. Tak odpowiedziało więcej kobiet niż mężczyzn (rys. 21). Częściej w gronie przyjaciół rozładują stres osoby z młodszych grup wiekowych (χ^2 KM = 11,414 $p < 0,05$, aneks: tab.20). Starsze pokolenie około 30% menedżerów uważa, iż dobrym sposobem na likwidację stresu jest sen. Natomiast mężczyźni (24% z młodszej i 28% ze starszej grupy wiekowej) w większym stopniu niż kobiety próbują odreagowywać w zdrowy sposób uprawiając aktywność fizyczną. Nieznaczny odsetek (5% mężczyzn i 3% kobiet) odreagowuje w niezdrowy sposób stresy zawodowe, pogłębiając nałogi.

5. Analiza wyników badań



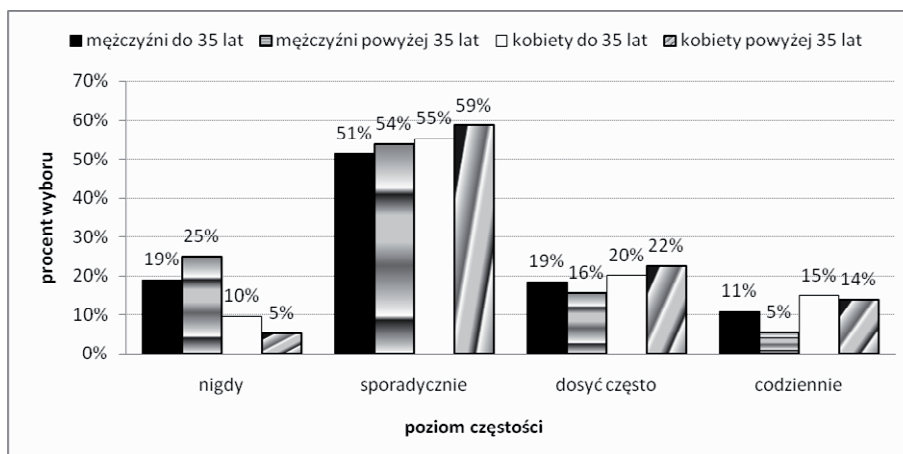
Rys. 21. Radzenie sobie ze stresem w opiniach badanych menedżerów

Kontrolowanie masy ciała jest prostą i istotną czynnością zapobiegającą wielu chorobom współczesnej cywilizacji. Oczywiście sama kontrola nie wystarczy, ważne jest, co zrobi się z otrzymaną informacją, jakie zachowanie się podejmie bądź też jakiego się uniknie. Z badań wynika, iż w grupie menedżerów to kobiety częściej kontrolują masę własnego ciała niż mężczyźni (rys. 22). Około 25% kobiet z młodszej grupy wieku dokonuje systematycznie kilka razy w tygodniu takiej kontroli. Są też osoby, które przyznają, iż nigdy tego nie robią – to 12% mężczyzn z obu grup wieku, 10% kobiet z młodszej i 5% ze starszej grupy wieku ($\chi^2_{KM} = 4,748$ $p > 0,05$, aneks: tab. 21). Nasuwa się pytanie, czy motywem tych działań jest troska o zdrowie czy też bardziej dbałość o zewnętrzny wizerunek i sylwetkę ciała.



Rys. 22. Deklarowane samokontrolowanie masy ciała przez badanych menedżerów

Powszechnie wiadomo, że istnieje konieczność uzupełniania niedoborów witaminowo-mineralnych, które powstają w wyniku nieprawidłowego odżywiania się. Ale też wynikają z niepełnowartościowego pożywienia, dostępnego na rynku, które dostarczamy organizmowi. Produkty żywnościowe są wysoce przetworzone, wytwarzane często na wyjałowionych glebach, a co za tym idzie, ubogie w niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu składniki. Badani w większości (odsetki w analizowanych grupach od 51-59%) sporadycznie suplementują dietę preparatami multiwitaminowymi z minerałami. Mężczyźni są bardziej niż kobiety sceptycznie nastawieni do przyjmowania witamin i soli mineralnych w postaci tabletek. Dostępne powszechnie syntetyczne witaminy – nie tylko w aptekach, ale również w większości sklepów spożywczych, często reklamowane w środkach masowego przekazu – nie wpływają istotnie na wzrost świadomości ich roli w promocji zdrowia. Zaledwie 5% badanych mężczyzn powyżej 35. roku życia przyjmuje je codziennie (rys. 23). Do takiej systematycznej suplementacji przynajmniej 11% młodych mężczyzn, 15% młodych kobiet i 14% kobiet po 35. roku życia. Największe zróżnicowanie w podejściu do suplementacji diety wystąpiło między kobietami i mężczyznami, szczególnie powyżej 35. roku życia (χ^2 sKsM = 12,966 $p < 0,02$; χ^2 KM = 16,180 $p < 0,02$, aneks: tab. 22).



Rys. 23. Witaminy w diecie – uzupełnianie niedoborów w opiniach badanych menedżerów

5.4. ANALIZA PODEJMOWANIA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ JAKO ZACHOWANIA PROZDROWOTNEGO

Aktywność fizyczna wpływa pośrednio oraz bezpośrednio na jakość życia współczesnego człowieka. Hipokinezja ogranicza przyszłe możliwości wysiłkowe, a co za tym idzie, szanse sprawnego funkcjonowania w życiu codziennym,

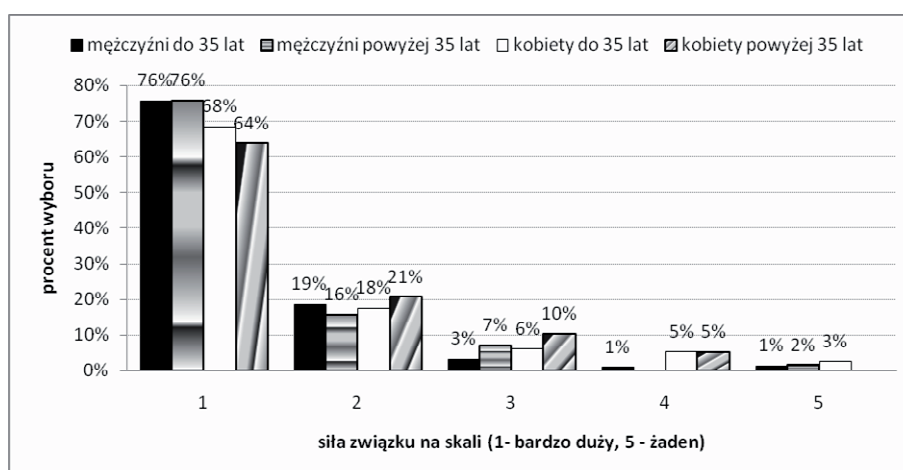
radzenia sobie z nieoczekiwanymi obciążeniami, które wbrew pozorom istnieją w wysoce zurbanizowanym środowisku. Aktywność ruchowa, występująca w ramach pracy zawodowej, ale i przy obowiązkach domowych, w życiu codziennym nie przyczynia się do korzystnej stymulacji rozwoju organizmu, po prostu jest niewystarczająca. Wielu badaczy (Kozłowski 1981, Cendrowski 1987, Drygas i wsp. 2000) rekomenduje aktywność w wolnym czasie w wymiarze czasowym od 20 do 60 min 3-5 razy w tygodniu, przy średniej intensywności.

Systematyczne stosowanie odpowiedniej dawki ruchu staje się niemal biologicznym obowiązkiem, którego zaniedbanie może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Zdecydowanie aktywność fizyczna zmienia się w ontogenezie, generalnie wraz z wiekiem obniża się (Umiastowska 2001, Osiński 2002). W Polsce zaobserwować można przejmowanie zachodnich wzorców zdrowego aktywnego stylu życia, co skutkuje większym udziałem populacji dorosłych w sporcie masowym. Jest też związane z upowszechnianiem się wielu atrakcyjnych form ruchu i kreowaniem mody na nie w każdej grupie wiekowej. W ostatnich kilku latach można zaobserwować dynamiczny rozwój biegów ulicznych, amatorskich imprez kolarskich, coraz większym zainteresowaniem cieszy się także narciarstwo biegowe, jazda na łyżworolkach czy maszerowanie z kijami nordic walking. Prawdopodobnie ten trend, mający na celu upowszechnianie rekreacji ruchowej, będzie się nadal utrzymywał. Zmieni się obraz polskich emerytów, którzy dziś, poza spędzaniem czasu np. na działce nie mają potrzeb związanych z aktywnością ruchową (Maciantowicz, Nowak 2002).

Aktywność fizyczna kojarzona jest z dbałością o ciało, lecz wpływa ona również pozytywnie na psychikę i relacje międzyludzkie. Współcześnie obserwujemy kult ciała szczupłego i sprawnego. Wiele osób podejmuje zorganizowaną aktywność ruchową w postaci treningu zdrowotnego, kierując się nie tyle motywami ogólnozdrowotnymi, co dbałością o estetyczny wygląd swojego ciała. Ćwiczenia fizyczne traktowane są przez nich zupełnie instrumentalnie, często porzucane w momencie osiągnięcia zamierzonego celu, np. zredukowanie tkanki tłuszczowej. Rynek usług rekreacyjnych w Polsce rozszerza się i ulega ciągłej dywersyfikacji. Coraz większa infrastruktura i bogatsza oferta sprzętu sportowego oraz akcesoriów do ćwiczeń zachęca do zainteresowania się kształtowaniem popytu na zdrowotne formy ruchu. Moda na zdrowie, na zdrowy ekologiczny styl życia jest wciąż żywa. Świadczy o tym m.in. utrzymujący się na wysokim poziomie popyt na poradnictwo zdrowotne w Internecie, prasie, telewizji. Niektórzy badacze edukacji zdrowotnej podkreślają, że media mają ogromny potencjał w zakresie kreowania zdrowego stylu życia, jednak często jest on marnotrawiony (Pena-Zadarko, Ozga, Binkowska-Bury 2009). Upowszechnia się coraz większy wachlarz zachowań w dziedzinie dbałości o ciało – fitness, spa, indywidualny trening zdrowotny, sport rekreacyjny dostępny dla każdego.

Postawy wobec własnego ciała, zdrowia, aktywności fizycznej kształtują się nieprzerwanie od wczesnego dzieciństwa. Pozytywną postawę wobec aktywności fizycznej budują trzy nierozdzielnie związane ze sobą jej komponenty – poznawczy (to wiedza dotycząca np. zdrowotnej roli aktywności ruchowej w życiu człowieka), emocjonalny (czyli uczucia wobec tej aktywności, zarówno pozytywne, jak i negatywne, np. strach przed chorobami) i behawioralny (zachowania, działania ukierunkowane na cel – aktywne uczestnictwo w aktywności fizycznej) (Mądrzyc-ki 1970).

Badani menedżerowie widzą związek aktywności fizycznej ze zdrowiem (rys. 24). Zdecydowana większość respondentów stwierdziła, iż jest on bardzo duży. Aż 76% mężczyzn, bez względu na wiek, odpowiedziało właśnie w ten sposób. Kobiety również doceniają dobroczynny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie człowieka, lecz w nieco mniejszym stopniu niż mężczyźni. 68% z młodszej i 64% kobiet ze starszej grupy wieku wskazało na 5-punktowej skali najwyższą siłę związku.

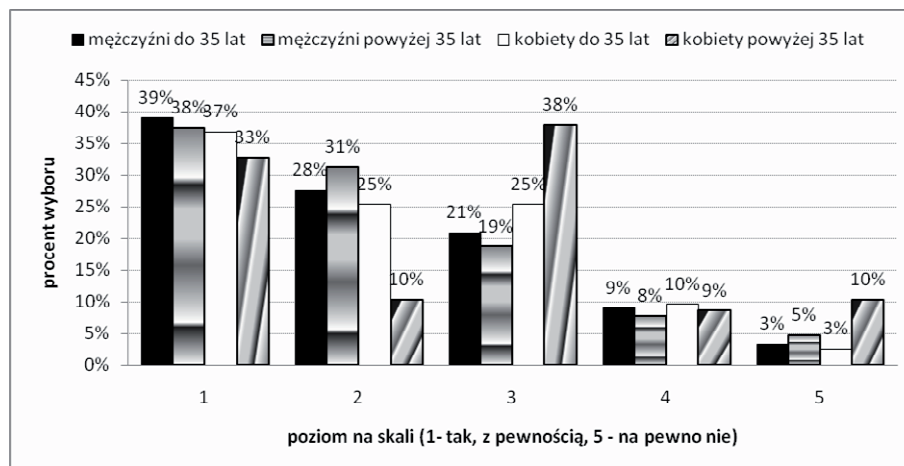


Rys. 24. Opinia menedżerów na temat związku aktywności fizycznej ze zdrowiem

Interesującym jest pytanie o przeznaczenie potencjalnego czasu wolnego na aktywność fizyczną. Menedżerowie generalnie byłiby skłonni podejmować aktywność fizyczną w czasie wolnym, gdyby mieli go więcej. Więcej mężczyzn niż kobiet odpowiedziało, że z pewnością zagospodarowałyby swój czas na zajęcia ruchowe. Najbardziej sceptyczna okazała się grupa kobiet starszego pokolenia, które na skali zaznaczyły poziom 3 (38%); również najwięcej z nich (10%) odpowiedziało, że na pewno nie przeznaczyłyby swojego czasu wolnego na jakąkolwiek aktywność ruchową. Starsi menedżerowie obojga płci są sceptyczniej nastawieni do uprawiania aktywności fizycznej niż badane młodsze osoby (rys. 25).

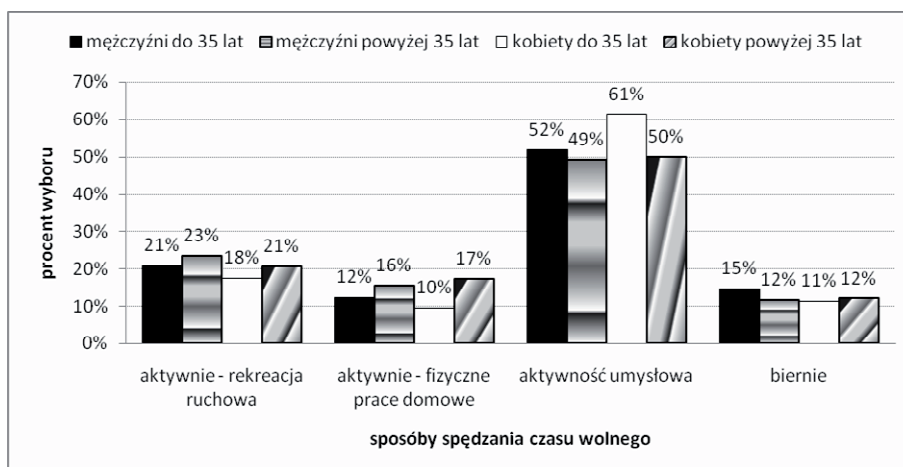
5. Analiza wyników badań

Większe zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy kobietami i mężczyznami niż w podziale według wieku (χ^2 KM = 14,353 $p < 0,05$; χ^2 sKsM = 9,462 $p > 0,05$; aneks: tab. 23).



Rys. 25. Deklarowana aktywność w potencjalnym czasie wolnym menedżerów

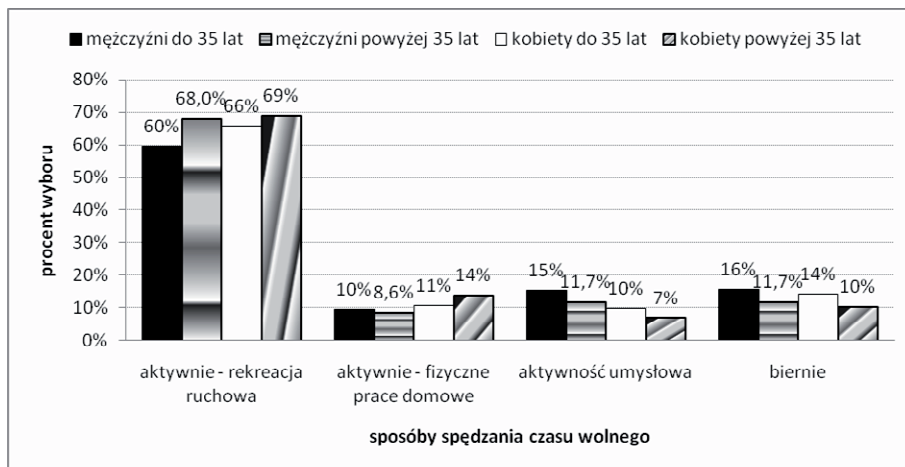
W dosyć zróżnicowany sposób badani spędzają czas wolny od pracy w dni robocze, tj. od poniedziałku do piątku, lecz większość z nich wybiera aktywność umysłową (czytanie prasy, książek, korzystanie z Internetu itp.). Wysiłek intelektualny częściej wybierany jest przez młodsze grupy badanych – najwyższy odsetek (61%) dotyczy młodych kobiet, natomiast najniższy (49%) mężczyzn w wieku powyżej 35 lat. Nieznaczna część badanych (od 18% młodszej grupy żeńskiej do 23% starszej grupy męskiej) w wolnym czasie podejmuje rekreacyjną aktywność ruchową. W wyższym stopniu osoby starszego pokolenia uprawiają aktywność ruchową i w nieco wyższym mężczyźni niż kobiety (rys. 26). Menedżerowie po 35 roku życia również częściej niż młodszy wykonują fizyczne prace domowe i przydomowe np. sprzątanie, majsterkowanie, prace w ogrodzie itp. Najbardziej angażują się w tego typu zajęcia kobiety powyżej 35 lat – 17%, a w najmniejszym stopniu kobiety do 35 lat – 10%. Bierność spędzanie czasu wolnego, czyli powstrzymanie się od jakiegokolwiek wysiłku jest najmniej popularne, jednak dotyczy ono 15% młodych mężczyzn i 11% kobiet. Największe zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy kobietami i mężczyznami po 35. roku życia (χ^2 sKsM = 15,252 $p < 0,02$, aneks: tab. 24).



Rys. 26. Deklarowane sposoby spędzania czasu wolnego po pracy w dni robocze przez menedżerów

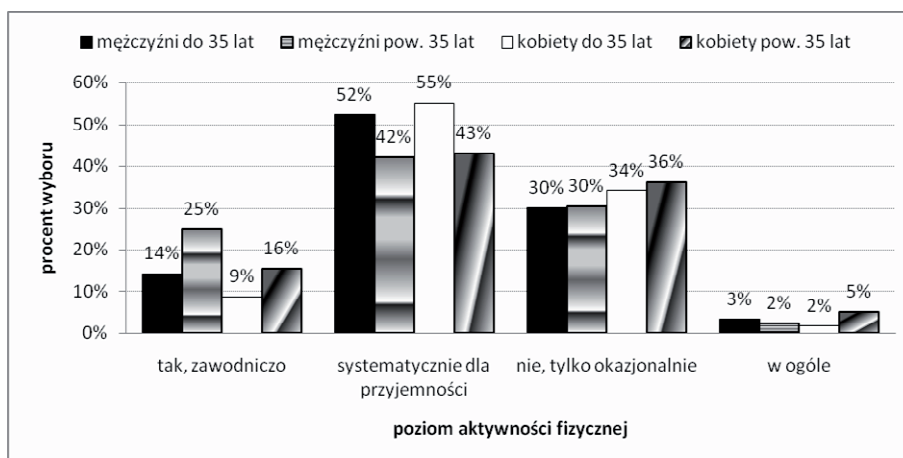
Nie tylko w tygodniu, ale również podczas dni wolnych od pracy, weekendów czy urlopów osoby po 35. roku życia częściej uprawiają aktywność ruchową niż młodsze pokolenie. Nieco więcej kobiet niż mężczyzn angażuje się w rekreacyjną aktywność ruchową. To one też częściej poświęcają się fizycznym pracom domowym – w największym stopniu kobiety ze starszej grupy wieku – 14%. Wysiłek intelektualny, aktywność umysłowa w większym stopniu dotyczy młodszego niż starszego pokolenia. Młode pokolenie (16% mężczyzn i 14% kobiet) częściej też przyznaje, że dni wolne od pracy spędza w sposób zupełnie bierny. Pomimo większej dziś społecznej świadomości zdrowotnej, powszechnie dostępnej informacji w wielu środkach masowego przekazu itp. młodzi ludzie nie mają tak silnych nawyków związanych z podejmowaniem aktywności fizycznej, co osoby starszego pokolenia. Może być to zaskakujące, ponieważ menedżerowie powyżej 35. roku życia wychowywali się w czasach, w których rekreacja ruchowa w Polsce była dużo mniej popularna, a uczestnictwo w niej narażało ludzi na osądy dotyczące ich próżności i dziwactwa, zagrażało to powadze stanowiska, co mogło nawet wiązać się z utratą prestiżu w środowisku.

5. Analiza wyników badań



Rys. 27. Sposoby spędzania czasu wolnego podczas weekendów, urlopów

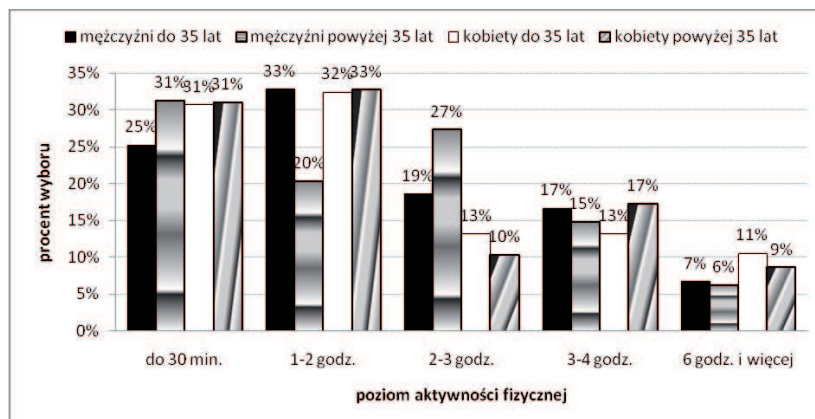
Postawy wobec aktywności fizycznej kształtowane są w dzieciństwie. To najbardziej dogodny okres, by zakorzenić pozytywne nawyki systematycznego dbania o swoją sprawność fizyczną. Większość badanych menedżerów miała aktywny kontakt z kulturą fizyczną. U ponad połowy młodych menedżerów ten kontakt był systematyczny, 55% kobiet i 52% mężczyzn podejmowało aktywność ruchową dla przyjemności. W obu grupach wieku kobiety nieco częściej niż mężczyźni były systematycznie aktywne fizycznie. Więcej kobiet niż mężczyzn w okresie nauki szkolnej tylko okazjonalnie miało do czynienia z aktywnością ruchową – najwyższy odsetek (36%) dotyczy kobiet starszej grupy, natomiast sporadyczny kontakt z ruchem dotyczy 30% mężczyzn. Aktywność sportowa – zawodnicza w obu porównywanych grupach wieku była większa u mężczyzn niż u kobiet (rys. 28). Starsze pokolenie w zdecydowanie większym stopniu niż młodsze uprawiało sport – to aż 25% mężczyzn i 16% kobiet, a w młodszych grupach 14% mężczyzn i 8% kobiet. Pomimo łatwości w dostępie, np. do sprzętu czy infrastruktury sportowo-rekreacyjnej wyczynowe uprawianie sportu nie jest dziś tak atrakcyjne jak dawniej, gdy nie było zbyt wielu alternatyw na spędzanie czasu wolnego. Ponadto zaobserwować można niewielki odsetek osób, które przyznały, że w ogóle nie miały do czynienia z jakąkolwiek formą aktywności fizycznej. Najwyższy, wynoszący 5%, dotyczy kobiet ze starszej grupy wieku.



Rys. 28. Aktywność fizyczna w przeszłości (okresie edukacji) w opiniach menedżerów

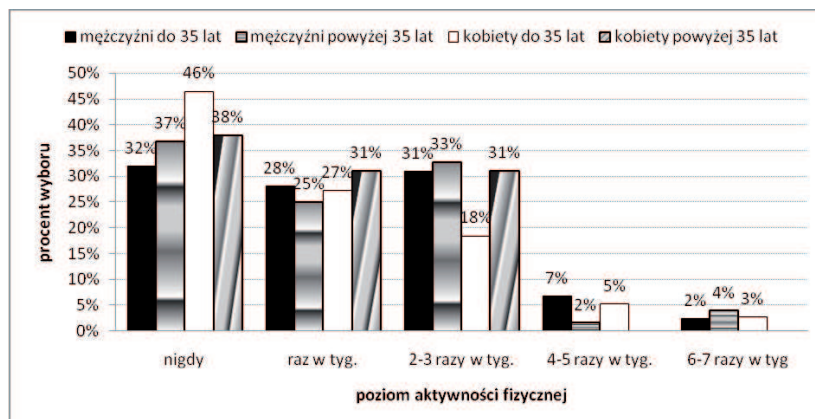
Analizując obecną aktywność fizyczną w tygodniu (rekreacja ruchowa w czasie wolnym) można stwierdzić, iż w większości menedżerowie są aktywni do dwóch godzin tygodniowo. To oczywiście niewielka, niewystarczająca aktywność z punktu widzenia biologicznych potrzeb współczesnego człowieka, żyjącego w świecie, który teoretycznie do przetrwania nie wymaga wysiłku fizycznego. Natomiast hipokineza jest czynnikiem ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych i istotnie wpływa na obniżenie jakości życia. Zadowolający z punktu widzenia zdrowia poziom aktywności ruchowej dotyczy niewielkiego odsetka badanych – od 6% mężczyzn starszej grupy do 11% kobiet z młodszej grupy (rys. 29). Na tym poziomie aktywności zaobserwować można więcej kobiet niż mężczyzn. Na poziomie 3-4 godzin aktywności fizycznej w tygodniu uprawia ją 17% młodych mężczyzn i kobiet po 35. roku życia, 15% mężczyzn starszego pokolenia i 13% młodych kobiet. Największe zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy młodymi i starszymi mężczyznami (χ^2 sKsM = 3,034 $p > 0,05$; aneks: tab. 27).

5. Analiza wyników badań



Rys. 29. Czasowy wymiar aktywności fizycznej w czasie wolnym w tygodniu deklarowany przez badanych menedżerów

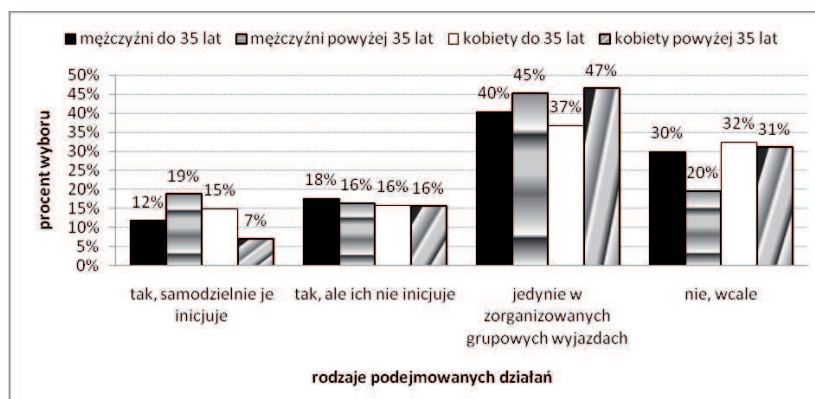
Intensywna aktywność fizyczna, objawiająca się znaczącym wzrostem częstości skurczów serca i liczby oddechów na minutę, jest rzadko podejmowana przez menedżerów. Nie doświadcza jej nigdy 46% młodych kobiet i 38% ze starszej grupy wiekowej. W grupach męskich odsetki są na poziomie 32% u młodszych i 37% u starszych – rys. 30. Spośród ankietowanych kobiet w wieku powyżej 35 lat nie było ani jednej osoby, która by doświadczała intensywnego wysiłku fizycznego częściej niż 3 razy w tygodniu. Częściej niż 3 razy w tygodniu intensywną aktywność fizyczną podejmuje tylko 9% mężczyzn młodszej grupy oraz 8% kobiet z młodszej grupy. Największe zróżnicowanie widać pomiędzy mężczyznami a kobietami, szczególnie po 35. roku życia (χ^2 KM = 8,786 $p > 0,05$, χ^2 sKsM = 8,257 $p > 0,05$, aneks: tab. 28).



Rys. 30. Częstość wykonywania intensywnej aktywności fizycznej (znacznie przyspieszającej oddychanie) przez menedżerów

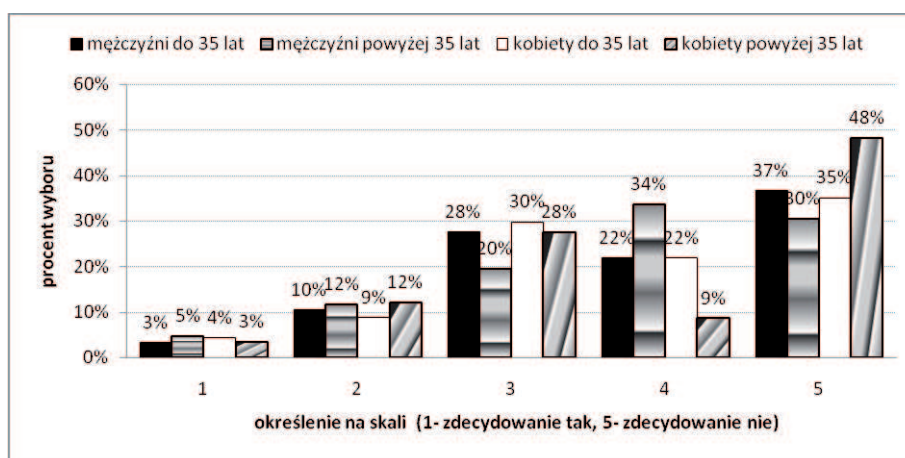
W pewnych środowiskach zawodowych integracyjne wyjazdy służbowe, połączone ze szkoleniami i elementami rekreacji ruchowej, są w naszym kraju coraz bardziej popularne. Aktywność ruchową, często ekstremalne formy wysiłku, drużynowe gry ruchowe, elementy survivalu wykorzystuje się do scalania zespołów pracowniczych, do rozwijania umiejętności komunikowania się w stresie, do budowania zaufania, poczucia odpowiedzialności i współpracy. Większość badanych uczestniczyło w kilkudniowych wyjazdach służbowych z elementami rekreacji ruchowej, ale nie tylko w ramach swojej firmy, również m.in. zacieśniając współpracę w środowisku biznesowym z klientami firmy czy kooperantami, w ramach struktury międzynarodowej. Często również w ramach wyjazdów, związanych z firmowymi integracyjnymi imprezami rekreacyjnymi (eventami) – niejednokrotnie połączonymi ze szkoleniami w zakresie kompetencji zawodowych jako elementem public relations firmy. Specyfika pracy kierowników działów szkoleniowych, handlowych czy marketingowych wymusza większą częstotliwość wyjazdów, które mają różny charakter. Jednak imprezy integracyjne, ogólnofirmowe, dotyczą na ogół wszystkich działów w firmie, ludzi wykonujących rozmaite zadania w całej strukturze firmy.

Najbardziej popularne są zorganizowane grupowe przedsięwzięcia team-buildingowe (imprezy sportowo-rekreacyjne scalające zespół, integrujące pracowników różnych szczebli) starsze pokolenie w większym stopniu brało w nich udział niż młodsze (47% kobiet i 45% mężczyzn). Najczęściej to mężczyźni starszego pokolenia (19%) inicjują tego typu imprezy (rys. 31). Żadnych doświadczeń z firmowymi wyjazdami rekreacyjnymi nie ma 32% kobiet młodsze i 31% starszego pokolenia oraz 30% młodych mężczyzn i 20% ze starszej grupy wieku. Istotne zróżnicowanie można zaobserwować pomiędzy młodszymi i starszymi kobietami oraz pomiędzy mężczyznami i kobietami poniżej 35. roku życia ($\chi^2 K = 8,121$ $p > 0,05$, χ^2 mK mM = 8,892 $p > 0,05$; aneks: tab. 29).



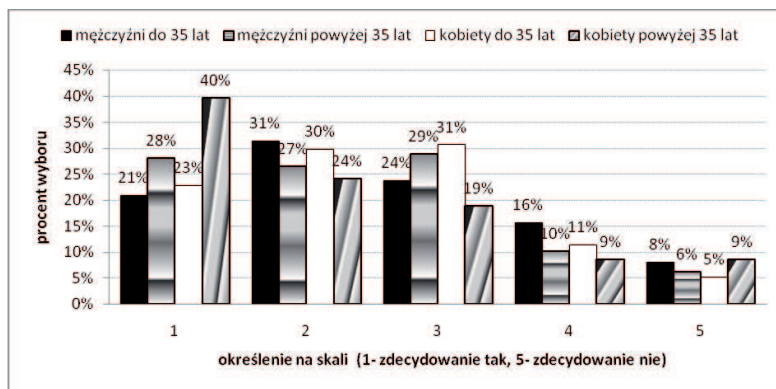
Rys. 31. Wyjazdy służbowe z elementami rekreacji ruchowej w opiniach badanych menedżerów

Usługi rekreacyjne mieszczą się w sektorze gospodarki wolnorynkowej i podlegają takim samym prawom konkurencji, jak inne usługi czy produkty. Są zróżnicowane cenowo i szerokością oferty, w dużej mierze uzależnione od oferowanej jakości oraz wykreowanego wizerunku marki firmy oferenta. Badani nie mają ograniczeń finansowych, zdecydowana większość wybierając aktywność ruchową, nie sugeruje się jej kosztami. Niska cena ma znaczenie dla niewielkiej grupy badanych 3-5%. Spośród wszystkich respondentów największą grupą, która zdecydowanie przy wyborze aktywności ruchowej nie kieruje się niską ceną, są kobiety powyżej 35 lat (48%) (rys. 32). Najsilniejsze zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy kobietami i mężczyznami w tej grupie wiekowej (χ^2 sKsM = 14,481 $p < 0,05$, aneks: tab. 31a).



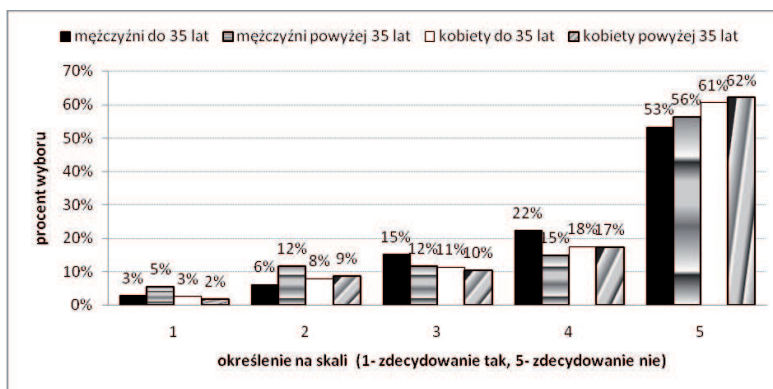
Rys. 32. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym uzależniony od niskiej ceny usługi rekreacyjnej

Rodzajów aktywności fizycznej, jej form jest bardzo wiele, ale nie każda jest silnie spowinowacona ze zdrowiem. Dla badanych menedżerów prozdrowotne walory aktywności ruchowej są bardzo istotne, szczególnie wtedy, gdy wybierają oni aktywność dla siebie. Prozdrowotność aktywności ruchowej ma większe znaczenie dla kobiet niż dla mężczyzn (rys. 33). Również kryterium zdrowotne przy wyborze aktywności ruchowej cieszy się większym uznaniem w starszych grupach wieku aniżeli w młodszych – aż 40% badanych kobiet po 35. roku życia stwierdziło, iż w wysokim stopniu przy wyborze aktywności zwraca uwagę na jej walory prozdrowotne.



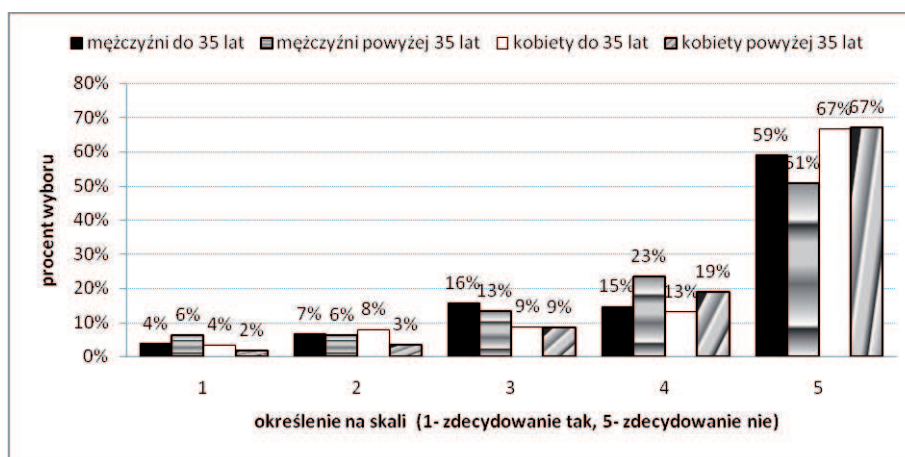
Rys. 33. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym uzależniony jej walorami prozdrowotnymi

Uprawianie niektórych form aktywności ruchowych może być źródłem prestiżu. W ostatnich latach bardzo modne stały się bardzo nowoczesne lub bardzo tradycyjne formy ruchu. Również związane z koniecznością podróżowania, nawet na inny kontynent. Tego rodzaju aktywność ruchowa jest dosyć drogim przedsięwzięciem, na które nie każdy może sobie pozwolić, ten fakt tym bardziej buduje prestiż danej aktywności. Badani w większości przyznali, że nie kierują się prestiżem przy wyborze aktywności ruchowej (rys. 34). Ma on bardzo duże znaczenie dla niewielkiej liczby menedżerów – to zaledwie 2-5% w analizowanych grupach badanych. Więcej kobiet niż mężczyzn stwierdziło, iż zdecydowanie nie kieruje się prestiżem aktywności przy jej wyborze. Również badani ze starszych grup wieku częściej właśnie tak odpowiadali. Największe dysproporcje między wyborem aktywności prozdrowotnych wystąpiły w grupie badanych kobiet w podziale według wieku ($\chi^2 K = 7,218$ $p > 0,05$, aneks: tab. 31 b).



Rys. 34. Wybór aktywności ruchowej przez badanych menedżerów w czasie wolnym uzależniony od jej prestiżu

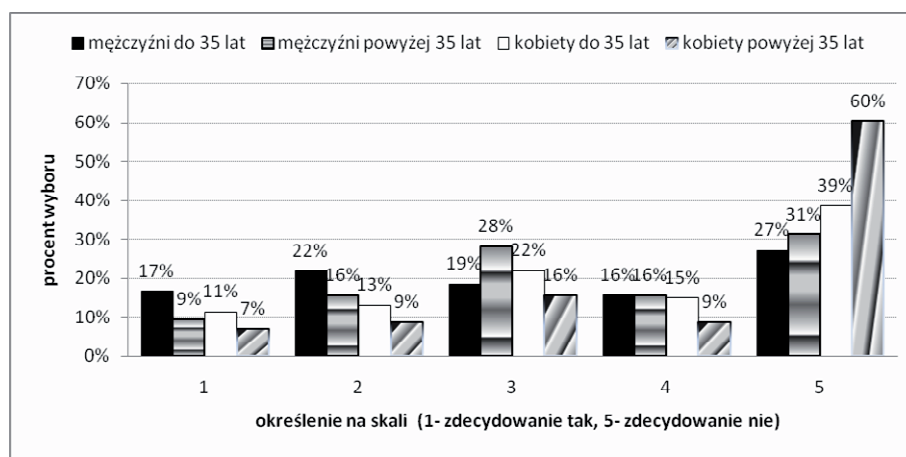
Podobnie przedstawia się sytuacja z aktywnością elitarną. Badani w większości przy wyborze formy rekreacji ruchowej przyznają, iż nie kierują się motywem uczestnictwa w mało znanej egzotycznej aktywności ruchowej, jak odpowiedziało aż 67% kobiet z obu grup wieku (tj. aktywności w ogóle niepopularnej często wymagającej dalekich podróży do unikatowych miejsc, takich jak pustynie, wulkany, wodospady, lodowce oraz specjalistycznego sprzętu). Również mężczyźni, choć w mniejszym odsetku niż kobiety, nie decydują się na uprawianie aktywności ruchowej ze względu na jej zupełnie nowatorski i elitarny charakter, tj. aktywność powszechnie rzadko dostępna, nobilitująca, wymuszająca np. wysokie koszty uczestnictwa (rys. 35). Bardziej proelitarnie nastawienie w większej mierze cechowało starszych mężczyzn niż pozostałe grupy badanych (17% mężczyzn powyżej 35. roku życia), a największe zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy starszymi i młodszymi mężczyznami ($\chi^2 M = 7,491$ $p > 0,05$; $\chi^2 KM = 2,655$ $p > 0,05$, aneks: tab. 31 c).



Rys. 35. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym uzależniony jest od elitarności uczestnictwa w mało znanej formie rekreacji

Niektóre formy aktywności ruchowej dostarczają ekstremalnych doznań, wyzwalają silne emocje np. skoki z dużej wysokości, spływy najbardziej rwącymi rzekami świata. To aktywności, które wiążą się z tzw. kontrolowanym niebezpieczeństwem, co sprawia, że koszty ich uprawiania są dosyć wysokie. Aż 60% kobiet powyżej 35. roku życia stwierdziło, iż zdecydowanie ten aspekt aktywności ich w ogóle nie interesuje; tak odpowiedziało również 31% mężczyzn z tej samej grupy wiekowej. Młodsze pokolenie jest nieco mniej sceptycznie nastawione do tzw. sportów adrenaliny, lecz silne emocje, wywołane ruchem zupełnie nie interesują 39% kobiet i 27% mężczyzn w analizowanym wieku do 35 lat (rys. 36). Spośród tych, którzy jednak wybierając aktywność kierują się jej stopniem ekstremalności, na tle analizowanych grup respondentów najwięcej jest młodych męż-

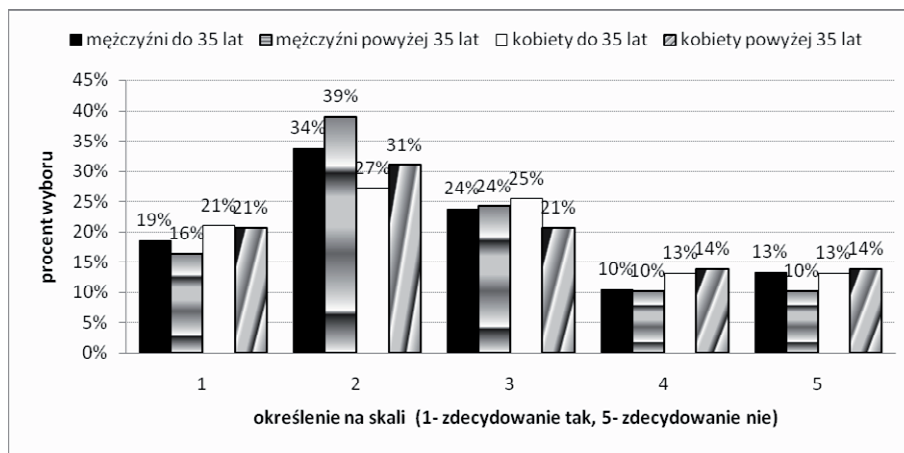
czyn. Najsilniejsze zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy kobietami a mężczyznami, szczególnie po 35. roku życia (χ^2 KM = 16,455 $p < 0,02$; χ^2 sKsM = 14,201 $p < 0,05$, aneks: tab. 31 d).



Rys. 36. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym uzależniony jest – w opiniach menedżerów – od walorów ekstremalnych doznań

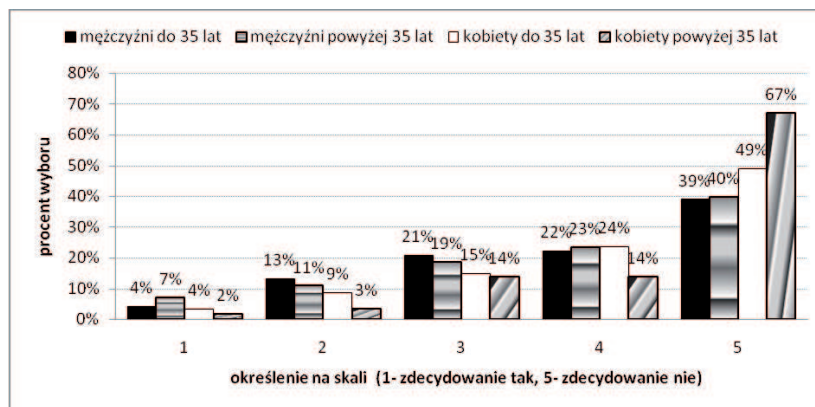
Aktywność fizyczna, aby przynosiła pożądane skutki np. w postaci wzrostu potencjału zdrowia, musi być uprawiana systematycznie. To ważna zasada, którą znają niemal wszyscy, natomiast bardzo rzadko udaje się jej przestrzegać w pełni. Niektóre formy aktywności ruchowej bardzo trudno jest uprawiać systematycznie, ponieważ mogą być uzależnione w dużym stopniu od np. warunków atmosferycznych (wysokogórskie wspinaczki, windsurfing, kitesurfing, narciarstwo). Badani menedżerowie mają tego świadomość, gdyż przy wyborze formy aktywności ruchowej w czasie wolnym w dużej mierze kierują się jej możliwościami uprawiania systematycznie. Na skali 5-punktowej, sumując odpowiedzi 1 i 2 (tak; zdecydowanie tak), można dostrzec następującą prawidłowość: systematyczność ma większe znaczenie dla mężczyzn niż dla kobiet, również starsze osoby w większym stopniu niż młodsze zwracają uwagę na ten walor.

5. Analiza wyników badań



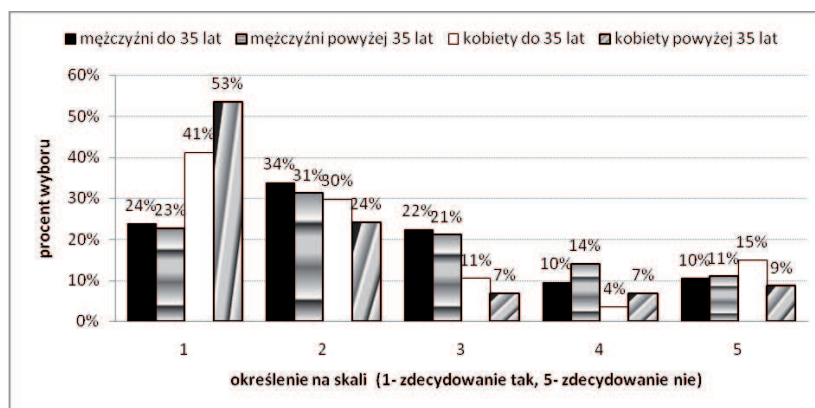
Rys. 37. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym uzależniony jest w opiniach menedżerów od możliwości uprawiania jej systematycznie

Wiele osób przychodzi do klubów fitness, aby nawiązać nowe znajomości, przyjaźnie. Z tego powodu zapisuje się też do klubów golfowych, korzysta z sal squasha, modnych kortów tenisowych, kart klubowych, świadczących o przynależności do grupy, integrującej się wewnętrznie, także w zawodowych relacjach. Pogłębiając tym samym kapitał relacji zawodowych. Z pewnością tak instrumentalne podejście do rekreacji ruchowej rozpowszechnione jest w krajach Europy Zachodniej, w Skandynawii czy w Stanach Zjednoczonych, wszędzie tam, gdzie aktywność ruchowa, trening zdrowotny, sport masowy są bardzo popularne i silnie wpisane w styl życia ludzi. W Polsce, co widać m.in. w niniejszych badaniach, do aktywności fizycznej nie przywiązuje się aż tak dużego znaczenia w stylu życia ludzi, nie jest aż tak poważnie traktowana, by towarzyszyła czy wręcz pomagała w pracy zawodowej. Badani wybierając dla siebie aktywność ruchową, w większości nie kierują się zupełnie tym, że poprzez jej uprawianie mogą pogłębić kontakty zawodowe. Aż 67% badanych kobiet powyżej 35. roku życia, uczestnicząc w zajęciach ruchowych, zupełnie nie ma na celu budowania czy wzmacniania kapitału zawodowych relacji. Identyczne podejście ma 49% kobiet z młodszego grupy badanych oraz około 40% mężczyzn z obu analizowanych grup wiekowych (rys. 38). Więcej mężczyzn niż kobiet, chociaż jest to niewielki kilkunastoprocentowy odsetek, szuka w aktywności ruchowej szansy na rozwój relacji zawodowych. Najsilniejsze zróżnicowanie w podejściu do aktywnego pogłębiania takich relacji wystąpiło pomiędzy kobietami a mężczyznami, szczególnie w grupie wieku osób po 35. roku życia ($\chi^2_{KM} = 13,364$ $p < 0,05$; $\chi^2_{sKsM} = 13,273$ $p < 0,05$; $\chi^2_{mKmM} = 4,670$ $p > 0,05$; aneks: tab. 31 f).



Rys. 38. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym uzależniony jest w opiniach badanych od możliwości pogłębienia kontaktów zawodowych

W Polsce od kilku lat rozwija się dynamicznie infrastruktura sportowo-rekreacyjna. To odpowiednia baza materialna w dużym stopniu przyczynia się do upowszechniania aktywności fizycznej w społeczeństwie, gdyż ułatwia lub wręcz umożliwia ludziom wejście w bezpośredni kontakt z rekreacją ruchową. Aktywność ruchową można uprawiać w pomieszczeniach (sale gimnastyczne, siłownie itp.), jak i w terenie (parki, lasy, plaże itp.) Forma aktywności jest silnie determinowana miejscem jej uprawiania. Badani mają tę świadomość i decydując się na uprawianie wybranej aktywności ruchowej biorą pod uwagę bliskość miejsca zajęć od miejsca zamieszkania. Motyw ten ma mniejsze znaczenie, ale wśród mężczyzn niż wśród kobiet (rys. 39). (χ^2 mKsM = 18,370 $p < 0,02$; χ^2 sKsM = 19,197 $p < 0,02$; aneks: tab. 31 g).



Rys. 39. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym uzależniony w opiniach badanych od bliskości miejsca zamieszkania

Badani poprzez ankietę odpowiadali również na pytanie otwarte, jakiego rodzaju aktywność ruchową lubią uprawiać. Szeroki wachlarz zróżnicowanych odpowiedzi nie pozwala na ich graficzne opracowanie. Zwrócić należy uwagę na fakt, iż istnieją znaczne różnice w preferencjach ze względu na płeć badanych. Mężczyźni najczęściej deklarowali, że lubią uczestniczyć w różnego rodzaju grach zespołowych, następnie dosyć dużą popularnością cieszy się wśród nich pływanie, jazda rowerem, tenis, jazda na nartach i gra w squasha. Kobiety lubią pływać, na drugim miejscu wymieniały jazdę rowerem, następnie aerobik i narciarstwo zjazdowe.

Menedżerowie mieli za zadanie wymienić według nich najzdrowszą aktywność ruchową. W tym przypadku również duże zróżnicowanie odpowiedzi nie pozwoliło na ich graficzne opracowanie. Kobiety i mężczyźni najczęściej wymieniali podobne aktywności ruchowe. Na pierwszym miejscu podawali pływanie jako aktywność najzdrowszą, na drugim bieganie, a na trzecim – jazdę rowerem. Kobiety jazdę rowerem wymieniały tak samo często, jak spacer. Pomimo deklaracji badanych kobiet, iż aerobik i inne zajęcia fitness cieszą się dużą popularnością, nie są one wymieniane na czołowych pozycjach najzdrowszych form ruchu.

Z przeprowadzonego wywiadu z 24 menedżerami (umożliwiającego szerszą wypowiedź) okazało się, że wielu zapytanych o to, czy polscy menedżerowie żyją zdrowo, nie potrafiło odpowiedzieć jednoznacznie – zgodnie podkreślano spore zróżnicowanie w ramach tej niejednorodnej grupy.

Zwracano uwagę, że aktywność fizyczna jest domeną młodych menedżerów, zazwyczaj osób, które w przeszłości miały z nią do czynienia np. uprawiały sport w okresie nauki szkolnej. Starsze pokolenie (po 40. roku życia) stroni od ruchu, a jeżeli go uprawia to rodzinnie, ze swoimi najbliższymi (dziećmi), w celu reperowania nadszarpniętych ciągłą pracą więzi. W ogóle częstym motywem podejmowania aktywności ruchowej jest utrzymywanie więzi międzyludzkich, pogłębienie relacji interpersonalnych – stąd dużym uznaniem w naszym kraju cieszy się rekreacja rodzinna.

W aspekcie odżywiania dominują fast foody, szybkie posiłki przygotowane z wysoko przetworzonych produktów, chociaż badani zwracają uwagę na coraz bardziej modne zdrowe odżywianie i na smakowanie egzotycznych kuchni z różnych stron świata.

Większość badanych podkreśla, że wiele godzin spędza w pracy lub pracę przenosi na życie prywatne w ramach hobby. Brak czasu wolnego jest poważnym ograniczeniem, które nie pozwala na regularną aktywność ruchową.

Wielu podkreśla, iż firmy, w których pracują, oferują swoim pracownikom w pakietach socjalnych np. karnety na basen czy siłownię. Jednak nie cieszą się one dużym powodzeniem, chyba że w pakiecie rodzinnym z dziećmi.

Wielu uskarża się na zmęczenie, wypalenie, co ogranicza aktywność w wolnym czasie i doprowadza do bierności intelektualnej. Rzadko który z badanych podkreśla, iż menedżerowie regularnie ćwiczą.

Wśród aktywności z reguły przypisanych osobom zamożnym dominują tenis, golf oraz squash. Analizując wypowiedzi można stwierdzić, iż menedżerowie traktują aktywność ruchową czysto instrumentalnie. Poprawa bądź utrzymanie sylwetki stanowią silną motywację do tego, by zainteresować się ruchem.

(...) Ci, którzy prowadzą jakąś aktywność, chcą poprawić warunki zdrowotne. Najczęściej oznacza to, że chcą po prostu schudnąć. Metody są dość typowe - siłownia, bieganie, basen. Jak osiągnąć jakieś efekty, przeważnie dają sobie spokój.

<Dyrektor pionu jednego z największych koncernów branży informatycznej – mężczyzna, 35 lat>

Dlaczego uprawiają sporty? Panie, bo chcą pięknie i szczupło wyglądać, albo odreagować wydarzenia dnia codziennego np. na kickboxingu. Panowie – popracować nad pojawiającym się tatusiowatym brzuszkiem, ale również aby integrować się z innymi.

<Menedżer średniego szczebla z branży elektronicznej – kobieta, 33 lata >

Niezmiernie ważnym motywem podejmowania aktywności ruchowej przez kadrę zarządzającą jest chęć uwolnienia się od stresu. Wyładowanie emocji poprzez wysiłek fizyczny. Niektórzy przyznają, iż zdarzało im się późnym wieczorem po pracę odwiedzać salę do squasha.

Powody mogą być różne: chęć utrzymania dobrej formy, zdrowej sylwetki, odstresowanie się itp.

<Menedżer wysokiego szczebla – media prasowe – mężczyzna, 39 lat>

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż niektórzy wymieniają aktywność fizyczną jako sposób na tzw. przełamanie lodów, integrację ze współpracownikami, co przynieść ma wymierne korzyści w pracy.

Badani, dokonując opisu swego środowiska, przyznają, że menedżerowie wykazują się chęcią do wydatków. Często to, co ich przyciąga do aktywności ruchowej to drogie elektroniczne urządzenia, gadżety oraz sprzęt sportowy czy modny ubiór. Często początkujący amatorzy inwestują w profesjonalny sprzęt, który nie zawsze im ułatwia, a często nawet może utrudniać naukę prawidłowej techniki ruchu, zagrażając kontuzją. Z racji dość dobrej kondycji finansowej to środowisko nie czuje ograniczeń w dostępie do kultury fizycznej. Karta członkowska w klubie golfowym czy indywidualny trener nie stanowią na ogół problemu. Ograniczeniem nie jest również świadomość, a raczej jej brak. Menedżerowie to ogólnie dobrze wykształceni ludzie, stale korzystający z masowych źródeł informacji, dobrze wiedzą, czym jest zdrowy styl życia, co wchodzi w jego skład, mają świadomość prozdrowotnych walorów aktywności ruchowej. Problemem jest, jak twierdzą, chroniczny brak czasu i motywacji do wysiłku, który trzeba wykonać po pracy w teoretycznie wolnym czasie, by móc prowadzić zdrowy styl życia.

Badani podkreślają, że sporty ekstremalne uprawiają nieliczni. Choć to modne to jednak niszowe zjawisko. Przyznają też, że wielu wydaje znaczne sumy na tego rodzaju przygody.

Wbrew obiegowym opiniom nie uprawiają aktywności ruchowej na pokaz, jedynie by przypodobać się innym.

(...) co uprawiają ? niemal wszystko, np. jeśli nurkują na Filipinach czy wchodzą na ośmiotysięczniki to nie dla zaimponowania komukolwiek bynajmniej, to są ludzie przeważnie którzy potrzebują ciągle nowych wyzwań, odkrywać, poznać coś nowego - cały czas do przodu - nie stać w miejscu - aktywność - to wynika z osobowości tych ludzi i charakterów osób na takich stanowiskach zarządzających ...innych nie znam

<Menedżer średniego szczebla z branży nieruchomości – mężczyzna, 34 lata >

(...) wydaje mi się że robią to bardziej dla samych siebie niż dla szpanu. Mają już taką pozycję, że nie muszą specjalnie nikomu nic udowadniać, a w środowisku tego typu zabawy postrzegane są raczej jako coś dla ich dzieci. Jeżeli ktoś chwali się takimi dokonaniem to oczywiście wzbudza zainteresowanie ale raczej nie w charakterze podziwu tylko pytania - że też ci się chce.

< Dyrektor pionu jednego z największych koncernów branży informatycznej – mężczyzna, 35 lat >

Są również tacy którzy uprawiają sporty tzw. ekstremalne wspinaczka, lotniarstwo, nurkowanie, quady, spadochroniarstwo. Jak stwierdzam naprawdę duża większość tych ludzi uprawia te sporty nie z powodu mody, tylko z chęci ruchu na świeżym powietrzu, ale również z wyładowywania swych frustracji...

<Właściciel sieci sklepów sportowych w Katowicach i Krakowie – mężczyzna 38 lat>

Ci bardziej zamożni preferują coraz bardziej wyrafinowane rozrywki typu wspinaczka na Everest, nurkowanie z rekinami itd. i pewnie jakaś część z nich będzie się tym zajmowała bo jest to „jazzy” ale większość chyba jednak robi to bo lubi, bo chce coś przeżyć, sprawdzić się.

<Redaktor naczelny w wydawnictwie branżowym – mężczyzna, 39 lat>

Generalnie stosunek do dbania o zdrowie, o ciało jest w badanej grupie pozytywny, jednak deklaracje różnią się z rzeczywistością. Menedżerowie chcieliby wykazać się taką dbałością i niektórzy próbują, bo perspektywa bycia młodym, szczupłym jest obiecująca. Każdy zdaje sobie sprawę z tego, iż musi pracować na swój również fizyczny wizerunek, wizualną atrakcyjność, ponieważ to pomaga w pracy zawodowej

Menedżerowie zdecydowanie więcej mówią o sporcie niż go uprawiają. (...) jest to dobrze widziane w firmach, bowiem wraz reformami strukturalnymi przyjęliśmy amerykański punkt widzenia, że sport buduje waleczność i determinację.

<Menedżer projektu w międzynarodowej korporacji finansowej – mężczyzna, 56 lat>

Rzeczywiście niektóre duże firmy zwracają uwagę na sprawność psychofizyczną swoich pracowników, inwestują np. w amatorskie drużyny piłkarskie, próbują na różne sposoby zainteresować zdrowym stylem życia. W niektórych firmach prowadzone są również obowiązkowe bądź fakultatywne szkolenia np. dotyczące radzenia sobie ze stresem, gospodarowania czasem wolnym, stosowaniem różnych technik relaksacji, intensyfikacją wypoczynku, zasadami zdrowego odżywiania i stosowania aktywności fizycznej. Oczywiście w naszym kraju to jeszcze rzadkość, natomiast w Stanach Zjednoczonych przykładą się dużą wagę do szkolenia menedżerów właśnie w tym kierunku.

(...) o aktywności można mówić w tej grupie bardziej jako o próbowaniu, testowaniu niż systematycy treningowej, konsekwencji, wpisaniu ruchu w harmonogram funkcjonowania na co dzień.

<Członek zarządu jednego z banków – mężczyzna, 39 lat>

Oczywiście są i tacy (ludzie pasji), którzy codziennie ćwiczą, traktując aktywność ruchową jako jeden z obowiązków. Wyuczona samodyscyplina pozwala im osiągać sukcesy również i w tej dziedzinie np. przebiegnięcie maratonu, uzyskanie patentu żeglarskiego czy licencji w sportach lotniczych.

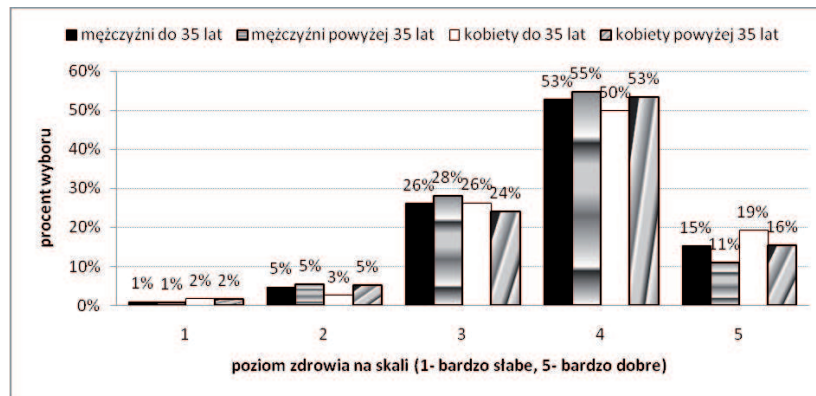
Niby wstajesz o 6 rano na tenisa, ale tak naprawdę masz ochotę wreszcie się wyspać. Masz ochotę wreszcie zwolnić, ale Ci po prostu nie wypada.

<Dyrektor marketingu w branży wydawniczej – kobieta, 33 lata>

5.5. ANALIZA WYBRANYCH ASPEKTÓW JAKOŚCI ŻYCIA W SAMOCENIE MENEDŻERÓW

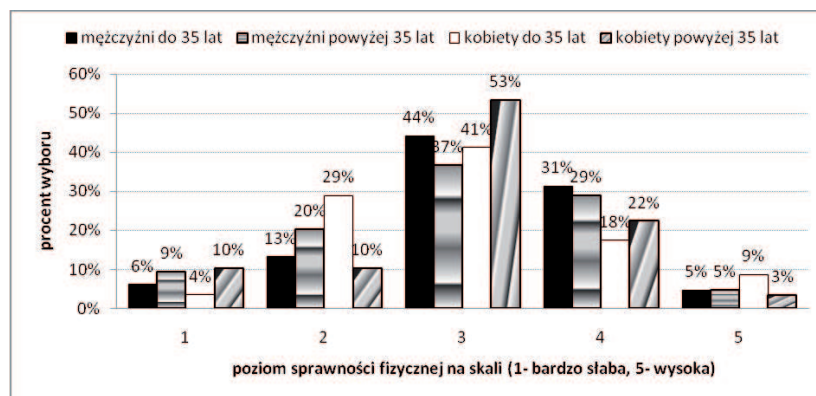
Menedżerowie pozytywnie oceniają swoje zdrowie. W skali 1-5 (1 – bardzo słabe, 5 – bardzo dobre) większość osób wskazywała poziom 4, 3 oraz 5. Ponad połowa ankietowanych każdej z kategorii wieku i płci ocenia swoje zdrowie jako dobre (poziom 4), w większym stopniu mężczyźni niż kobiety ($\chi^2_{KM} = 2,983$ $p > 0,05$; aneks: tab. 32). Jako bardzo dobre więcej kobiet niż mężczyzn oceniło swoje zdrowie (najwyższy odsetek 19% dotyczy młodych kobiet, najniższy mężczyzn w wieku 35 lat i więcej) (rys. 40).

5. Analiza wyników badań



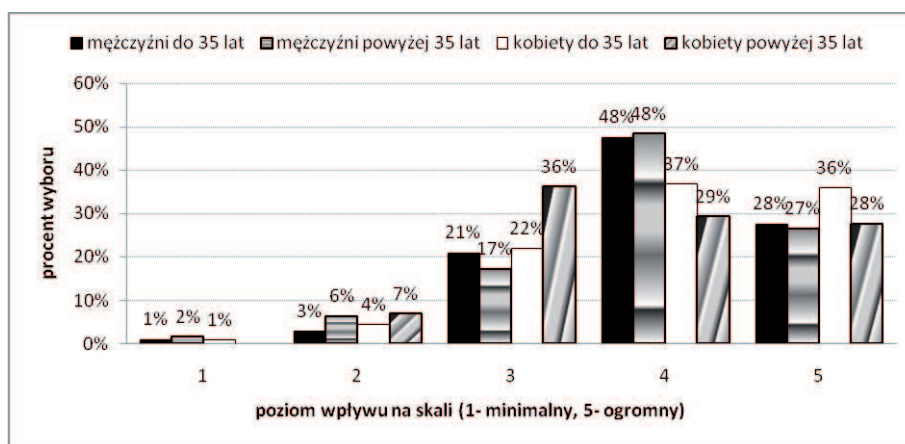
Rys. 40. Samoocena badanych menedżerów dotycząca zdrowia

Sprawność fizyczna jest jednym z mierników zdrowia człowieka. W pięciostopniowej skali poziom sprawności fizycznej badani generalnie określają jako 3, czyli średni – tak ocenia swoją sprawność ponad połowa kobiet w wieku 35 lat i więcej (rys. 41). Na poziomie 5 – wysokiej sprawności – najwyższy odsetek badanych należy do młodych kobiet (9%), a najniższy (3%) do kobiet powyżej 35. roku życia. Na poziomie 4 – dobra sprawność fizyczna – mężczyźni (szczególnie młodszego pokolenia) dominują w samoocenach nad kobietami. Menedżerowie w wieku 35 lat i więcej dużo częściej oceniali swoją sprawność fizyczną jako bardzo słabą niż osoby młodsze. Większe zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy kobietami w obu grupach wieku niż mężczyznami, szczególnie duże między młodymi kobietami i mężczyznami ($\chi^2 K = 12,260$ $p < 0,05$; $\chi^2 M = 4,781$ $p > 0,05$; $\chi^2 mK mM = 18,032$ $p < 0,02$; aneks: tab. 33).



Rys. 41. Poziom sprawności fizycznej w samoocenie badanych

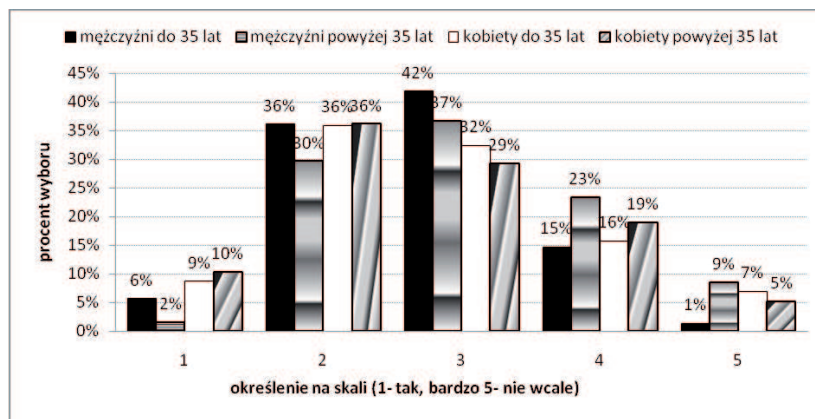
Badani zapytani o to, w jakim stopniu mają wpływ na własne zdrowie, najczęściej zaznaczali na 5-punktowej skali (1 – minimalny, 5 – ogromny) poziom 4 oraz 5, co oznacza, że mają świadomość konsekwencji własnych działań, zachowań, które składają się na styl życia i zdrowie człowieka. Więcej kobiet niż mężczyzn uważa, że ma ogromny wpływ na stan swojego zdrowia, duża różnica dotyczy szczególnie młodego pokolenia (kobiety 36%, mężczyźni 28%) (rys. 42). Z grupy kobiet powyżej 35 lat nie było ani jednej osoby, która udzieliłaby odpowiedzi, że zdrowie w minimalnym stopniu zależy od niej samej. Kobiety i mężczyźni – szczególnie powyżej 35. roku życia – różnią się w podejściu do wpływu na własne zdrowie (χ^2 KM = 9,678 $p > 0,05$; χ^2 sKsM = 10,631 $p > 0,05$; aneks: tab. 34).



Rys. 42. Opinia badanych na temat wpływu na własne zdrowie

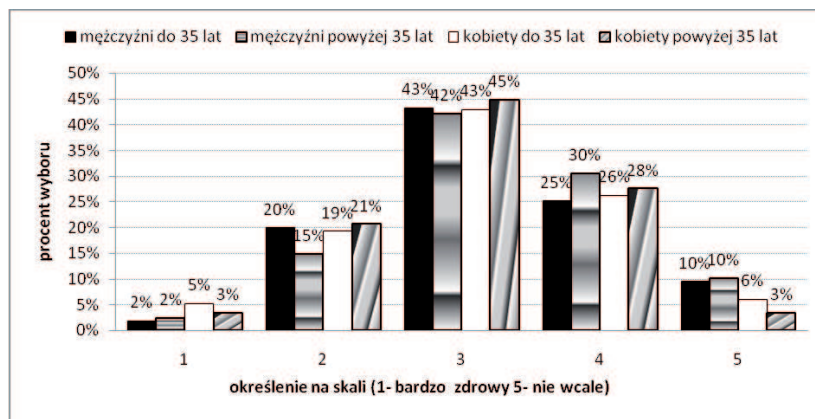
Menedżerowie przykładają wagę do zewnętrznego wizerunku własnej osoby, ponieważ są świadomi, iż może on pomagać w zawodowych kontaktach z ludźmi. Czy są zadowoleni w wyglądzie własnego ciała? Badani dokonali samooceny, z której generalnie wynika, że średnio, z przewagą na tak. Kobiety w większym stopniu niż mężczyźni są zadowolone ze swojego wyglądu. Pozytywna samoocena dotyczy 46% kobiet starszego i 45% młodszego pokolenia. Spośród męskich grup osób, które określiły, że są zadowolone i bardzo zadowolone można zaobserwować 42% z młodszej grupy i 32% z grupy starszej. Można zauważyć więcej bardzo zadowolonych kobiet niż mężczyzn. Niezadowolonych w mniejszym i większym stopniu jest 32% mężczyzn i 24% kobiet starszego pokolenia oraz 23% kobiet i 16% mężczyzn młodszego pokolenia. Największe zróżnicowanie wystąpiło pomiędzy dwoma grupami wieku mężczyzn (χ^2 M = 18,016 $p < 0,02$; χ^2 KM = 8,856 $p > 0,05$; aneks: tab. 35).

5. Analiza wyników badań



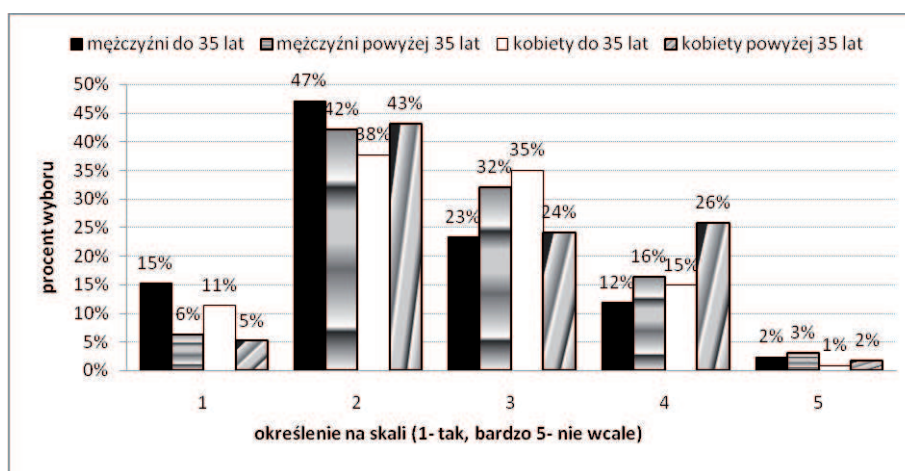
Rys. 43. Samoocena dotycząca wyglądu – stopień zadowolenia badanych menedżerów

Styl życia może być bardziej lub mniej zdrowy (χ^2 KM = 5,625 $p > 0,05$; aneks: tab. 36). Menedżerowie poproszeni o jego samoocenę, pod kątem występowania w nim zachowań zdrowotnych, określili go w zróżnicowany sposób. Jednakże z każdej analizowanej grupy najwięcej osób oceniło swój styl życia na 3 – to środek na 5- stopniowej skali (rys. 44). W niskich samoocenach przeważają mężczyźni, aż 40% ze starszej i 35% z młodszej grupy sądzi, iż żyje niezdrowo, natomiast odsetki kobiet są niższe – 32% z młodszej i 31% ze starszej grupy. Więcej mężczyzn niż kobiet uważa, że prowadzi zupełnie niezdrowy styl życia. W mniejszym i większym stopniu zdrowo żyje 24% kobiet z obu analizowanych grup oraz 22% mężczyzn z młodszej i 17% ze starszej grupy wiekowej. Nieco więcej kobiet niż mężczyzn uważa, że żyje bardzo zdrowo.



Rys. 44. Zdrowy styl życia w samoocenie badanych

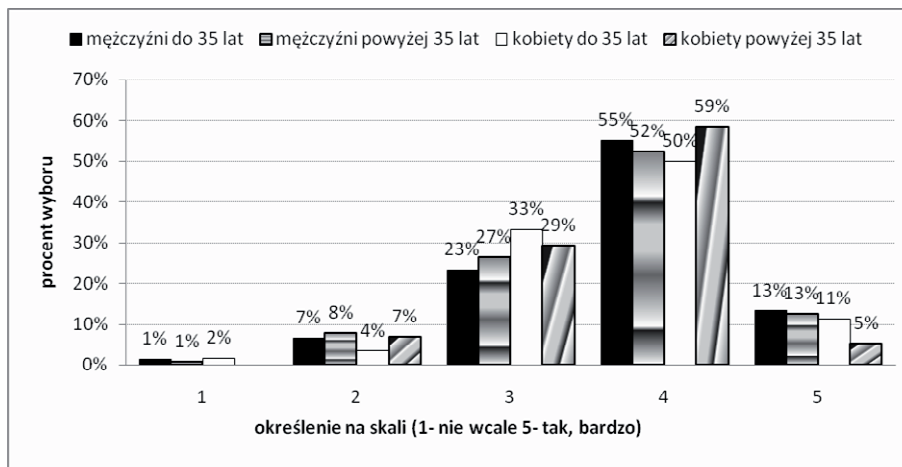
Styl życia determinuje jakość życia jednostki. Badana populacja określała zadowolenie z siebie i ze swojego życia na skali 1-5 (1 – tak, bardzo, 5 – nie wcale). Uzyskano zróżnicowane odpowiedzi, jednak przeważają samooceny pozytywne. Grupę młodych menedżerów cechuje wyższa samoocena niż grupę porównawczą. Aż 62% młodych mężczyzn i 49% kobiet odpowiedziało, że są zadowoleni i bardzo zadowoleni z siebie i własnego życia. Tak samo odpowiedziało 48% starszego pokolenia obu płci. Osób niezadowolonych w stopniu mniejszym i większym jest więcej w grupach starszego aniżeli młodszego pokolenia (rys. 45). Poziom zadowolenia z siebie bardziej zróżnicował mężczyzn w dwóch grupach wieku niż płcie ($\chi^2 K = 6,069$ $p > 0,05$; $\chi^2 M = 9,469$ $p > 0,05$; $\chi^2 KM = 5,496$ $p > 0,05$; aneks: tab. 37).



Rys. 45. Samoocena dotycząca zadowolenia z siebie i ze swojego życia w opiniach badanych

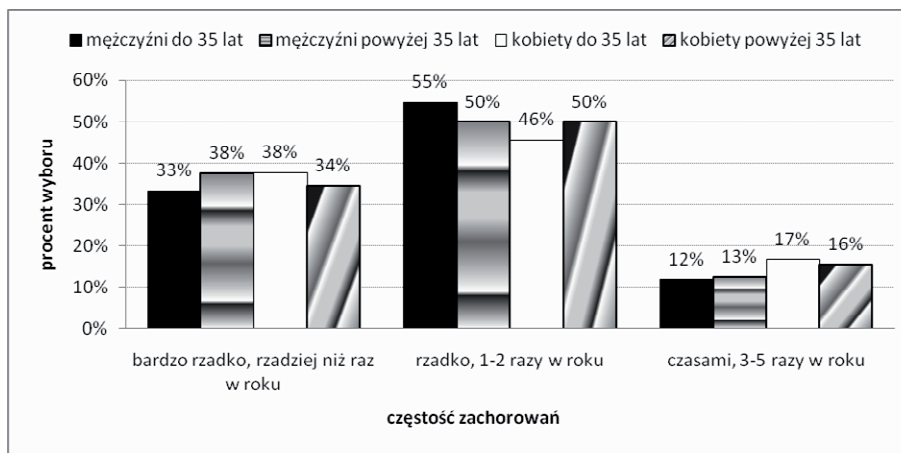
Ogólna ocena zadowolenia z siebie i swojego życia różni się znacząco od oceny satysfakcji z własnego życia. Większości brakuje satysfakcjonujących doświadczeń w życiu, na tyle, by uznać je w całości za bardzo satysfakcjonujące. Ani jedna kobieta powyżej 35. roku życia nie zaznaczyła najwyższego poziomu satysfakcji. Generalnie niewielki, nieprzekraczający 9%, odsetek badanych wykazuje w mniejszym i większym stopniu pozytywną samoocenę (rys. 46). Zdecydowanie więcej osób jest przeciwnego zdania; tych, którzy twierdzą, iż zupełnie nie mają satysfakcji ze swojego życia. Mężczyzn w większej mierze niż kobiety cechuje najniższa samoocena – to 13% badanych w obydwu grupach wieku, w porównaniu z 11% kobietami młodszego i 5% starszego pokolenia. Poziom satysfakcji bardziej zróżnicował kobiety niż mężczyzn ($\chi^2 K = 4,305$ $p > 0,05$; $\chi^2 M = 0,932$ $p > 0,05$; $\chi^2 KM = 4,780$ $p > 0,05$; aneks: tab. 38).

5. Analiza wyników badań



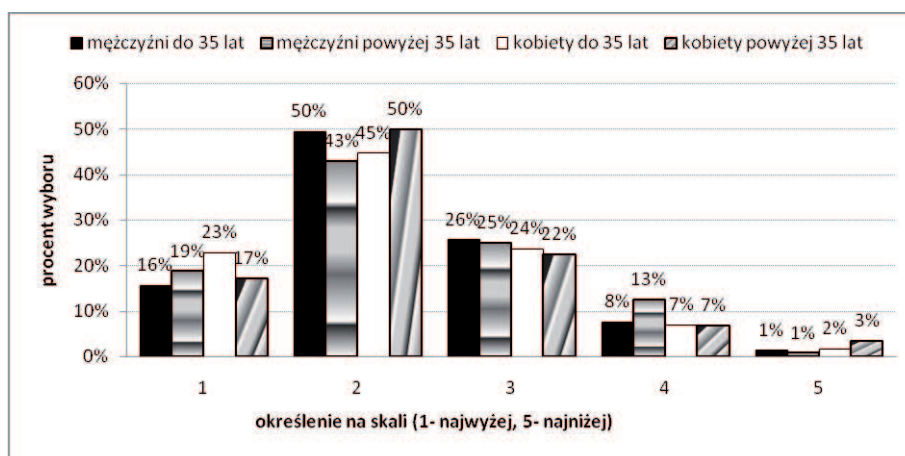
Rys. 46. Samoocena satysfakcji z własnego życia przez badanych menedżerów

Choroby, infekcje górnych dróg oddechowych dotyczą niemal wszystkich ludzi, oczywiście w różnym stopniu. Badani menedżerowie często podkreślają, iż nie mają czasu na chorowanie, leczenie czy profilaktykę. Na pytanie o częstość zachorowań wszystkie analizowane grupy odpowiedziały w podobny sposób. Najwięcej respondentów choruje 1-2 razy w roku, najwyższy odsetek tak odpowiadających (55%) dotyczy młodych mężczyzn, a najniższy – młodszej grupy kobiet (46%); w pozostałych grupach sięga on 50%. Bardzo rzadko, tzn. rzadziej niż raz w roku, problemy ze zdrowiem ma od 33 – 38% menedżerów. Czasami, tj. 3-5 razy w roku choruje więcej kobiet (16-17%) niż mężczyzn (12-13%); w nieco większym stopniu starsze niż młodsze grupy badanych menedżerów.



Rys. 47. Częstość zachorowań wśród menedżerów

Zdrowie rozumiane jako wartość odnosi się do wartości odczuwanej i uznawanej (Puchalski 1997). System wartości jest zdeterminowany kulturą, w której wyrasta człowiek. W cywilizacji zachodniej zdrowie jest powszechnie wysoce cenną wartością. Badani, poproszeni o określenie zdrowia na skali 5-punktowej we własnej hierarchii wartości, w większości umiejscowili je na drugim miejscu – to odsetki w analizowanych grupach bliskie 50%. Dostyc wysoki odsetek respondentów (około 25%) ulokowało zdrowie na trzecim miejscu, natomiast od 16% (w przypadku młodszej grupy mężczyzn) do 23% (w przypadku młodszej grupy kobiet) określiło zdrowie na pierwszym miejscu we własnym systemie wartości. Aspekt zdrowia bardziej zróżnicował mężczyzn w obu grupach wiekowych niż kobiety ($\chi^2 K = 1,3$ $p > 0,05$; $\chi^2 M = 3,460$ $p > 0,05$; $\chi^2 KM = 3,029$ $p > 0,05$; aneks: tab. 40).



Rys. 48. Zdrowie w systemie wartości badanych menedżerów

6. Dyskusja, Podsumowanie i wnioski

Problemy zdrowotne (związane z układem krążenia) ma coraz więcej młodych Polaków (Wojtyniak, Gorczyński 2008). Pracują dużo, a z niniejszych badań wynika, że większość poświęca swej pracy więcej niż 8 godzin dziennie. Brak czasu wolnego odbija się ujemnie na jakości życia. Praca zawodowa jest wartością szczególnie cenioną w naszym kraju. Umożliwia życie w społeczeństwie i realizowanie rozmaitych potrzeb, istotnych dla ogólnego dobrostanu. Menedżerowie to specyficzna grupa osób, dla których często praca zawodowa jest pasją, jedynym z bardziej znaczących minusów, o którym wspominają pytani menedżerowie jest świadomość dużej rotacji pracowników w największych polskich korporacjach. Nawet uznani w branży fachowcy nierzadko nie czują stabilizacji zawodowej i są zmuszeni do dość częstej zmiany pracy i warunków zatrudnienia. Niekończąca się rywalizacja często doprowadza do wypalenia zawodowego i spadku kreatywności, która jest ogromnym atutem na wysoce konkurencyjnym rynku. Coraz trudniej osiągać przewagę w globalnej konkurencji, coraz trudniej nadążyć za gustami klientów lub tworzyć nowe potrzeby, modę na kolejne produkty i usługi (Rakowska 2008). Menedżer musi bezustannie samodzielnie doskonalić się, podwyższać kwalifikacje, by móc zaskoczyć niepowtarzalną inwencją twórczą. Wynagrodzenie za pracę, choć może być duże, nie do końca rekompensuje brak czasu dla rodziny czy przyjaciół. Niektórzy twierdzą, iż nie mają czasu, by cieszyć się zarobionymi pieniędzmi. Dla wielu poza sferą życia zawodowego nie istnieje świat prywatny. Menedżerowie mają świadomość, że współczesna gospodarka potrzebuje ludzi elastycznych, w pełni dyspozycyjnych, którzy są np. gotowi, by w każdej chwili przenieść się do innego miasta czy kraju. To podporządkowanie się pracy zawodowej doprowadza do rezygnacji z zakładania rodziny. W kontekście niżej demograficznego i starzejącego się społeczeństw trudno przyjąć fakt, iż rośnie dobrowolna bezdzietność (Garncarek 2008).

Uregulowania prorodzinne są stosowane powszechnie w Niemczech, kraju, w którym rodzina nie jest tak istotną wartością jak w Polsce. Upowszechnianie i wprowadzanie tych uregulowań ma zaspokajać określone potrzeby menedżerów i innych pracowników niższych szczebli, a przez to motywować ich do pożądanых zachowań np. niwelowania stresu, co przekłada się na wzrost wydajności pracy. Badania niemieckie dowodzą, że życie rodzinne nie musi być przeszkodą na drodze do kariery, 78,2% niemieckich menedżerów, którzy odnieśli sukces zawodowy miało współmałżonka, a tylko 6,7% było stanu wolnego (Schueler 1986). Niestety proces demokratyzacji życia społecznego wzmaga rozwój postaw indywiduali-

stycznych. Polityka prorodzinna w ostatnich latach nie jest w stanie wygrać z aspiracjami edukacyjnymi czy ekonomicznymi.

W globalnej konkurencji bardzo łatwo utracić swoją pozycję. Permanentna sytuacja stresogenna tak obciąża organizm, że zaczyna on reagować objawami somatycznymi. Ciało poprzez stres wysyła sygnały ostrzegawcze, tj. zmęczenie, kłucie w okolicach klatki piersiowej, zawroty głowy itp., lecz zwolnić nie można. Niektórzy posiadają tak dużą motywację i potrzebę osiągnięć, że bardziej interesuje ich sama praca, kreatywność, droga dochodzenia do efektów (pieniędzy) niż same efekty (pieniądze). To właśnie dlatego niektórzy menedżerowie w czasie wolnym uprawiają sporty, bo – podobnie jak w pracy – szukają w nich rywalizacji, rozwiązywania trudnych problemów, podejmowania ryzyka. Ocena ryzyka, rywalizacja, pokonanie przeciwnika, napotykanych przeszkód, wysiłek fizyczny, wyimaginowany świat gry, zabawy pozwala rozładować nagromadzone napięcie emocjonalne. To przykład zdrowego odreagowania zawodowych stresów, wcale nie najpopularniejszego. Wielu nie może poradzić sobie z codzienną presją czasu, z dźwiganiem odpowiedzialności za ludzi, projekty, złożone zadania i popada w nałogi. Brak czasu dla najbliższych, osłabienie więzi międzyludzkich doprowadza do przenoszenia się w wolnych chwilach w świat wirtualny. Coraz częstsze są uzależnienia od internetowych kontaktów. Często samotni menedżerowie z braku czasu jedyne relacje pozazawodowe utrzymują poprzez Internet. To często jedyna przestrzeń komunikacyjna, w świecie wirtualnym, bez względu na porę dnia czy nocy zawsze jest ktoś, z kim można wejść w pośrednią bądź bezpośrednią interakcję. Internet i wirtualny świat może stać się groźnym uzależnieniem, może być zarówno miejscem pracy, niezbędnym do niej środkiem, jak i źródłem relaksu. Obserwując rzeczywistość można by stwierdzić, że dziś wychowuje się ludzi nie do radzenia sobie w społeczeństwie (do relacji), a do radzenia sobie z urządzeniami technicznymi. Elektroniczne gadżety rewolucjonizują styl życia ludzi, zmieniając komunikację i więzi międzyludzkie. Sporo energii kosztuje niektórych wchodzenie w relacje ze współpracownikami. Niektórzy odgrywają rolę, kreują sztuczny wizerunek, po to, by budować autorytet, który jest niezwykle istotny do tego, by sprawnie zarządzać. Usilne kreowanie się w konfrontacji z naturalnymi cechami osobowości doprowadza do ogromnego zmęczenia i wypalenia, które odbija się na życiu osobistym.

Warto zastanowić się nad faktem, iż każdy w pracy musi przejść obowiązkowo szkolenie bhp, ale na ogół nie uczy się, jak poradzić sobie ze stresem, jak bronić się przed destrukcyjnym (dla psychiki) środowiskiem pracy.

Menedżerowie mówią o sobie, że są skazani na sukces, to właśnie napiętnowanie sukcesem często doprowadza do osobistych tragedii. Presja sukcesu niezmiernie trwa. Badani menedżerowie podkreślają, że na sukces w polskiej rzeczywistości pracuje się bardzo ciężko i długo, a wielu, gdy go osiąga, nie potrafi sobie z nim poradzić. W polskiej kulturze ludziom sukcesu wcale nie żyje się łatwiej.

Chwalenie się sukcesami nie jest dobrze widziane. Polacy raczej mają tendencje do narzekania i nawet ukrywania swoich sukcesów, gdyż odczuwają lęk przed zażyciem ze strony innych.

Czym jest sukces? Czy można go zmierzyć, czy jest on policzalny? Licytowanie się na życiowe sukcesy rozumiane jako materialny poziom życia to silna potrzeba wielu ludzi, co można sprawdzić przeglądając popularne portale internetowe (społecznościowe), w których ludzie wystawiają siebie i swój majątek na widok publiczny. Szczęście w Polsce utożsamiane jest z życiem rodzinnym, a sukces z pieniędzmi, lukratywnymi podróżami zagranicznymi czy drogim samochodem. Czyż to nie wąski sposób myślenia? Na pewno prosty i wygodny dla współczesnej popkultury. Skomercjalizowany świat przeraża tylko nieelicznych. Zdecydowana większość wpasowuje się weń bez większego zastanowienia. Czerpiemy ze wzorów krajów wysoko rozwiniętych Europy Zachodniej, które budują od wielu lat współczesną kulturę w oparciu o wartości materialne.

W dojrzałych firmach, nastawionych na realizację długofalowych strategii, które rozwinęły już kulturę organizacyjną, kadra zarządzająca rozumie, że realizacja celów firmy musi być ściśle związana z realizowaniem się każdego pracownika.

Wysoka sprawność psychofizyczna kadry każdego szczebla przekłada się na jej wyższą efektywność intelektualną, bez względu na to, jaką jednostkową rolę odgrywa poszczególne pracownik w skali całej firmy. Jednostronność przeciążeń organizmu w pracy, brak umiejętności wypoczynku i regeneracji powoduje nadmierną eksploatację naszych wewnętrznych zasobów, która odbija się znacznie mniejszą mobilnością i kreatywnością. Częste lekceważenie symptomów zmęczenia, powodowanego pracą w dużym napięciu i pośpiechu w stresogennym środowisku może powodować niebezpieczne i długotrwałe skutki zdrowotne. Taki styl życia pracowników w konsekwencji obniża wydajność działu i w efekcie – także wyniki finansowe przedsiębiorstwa. W naszym kraju dbałość o zdrowie i jakość życia pracowników kojarzy się na ogół z pakietami usług medycznych, co okazuje się wciąż niewystarczającym remedium na rozwiązywanie problemów. Usługi medyczne w Polsce nie kojarzą się z profilaktyką, a raczej z usuwaniem różnych dolegliwości, często skutków własnych zaniedbań.

Elementem współczesnej kultury jest również rekreacja fizyczna. Jej rozwój jest niekwestionowanym faktem, a w szczególności rozkwit dotyczący turystyki. Rekreacja fizyczna, turystyka aktywna jest nieodłącznym elementem życia współczesnego człowieka, atrybutem człowieka nowoczesnego, niekoniecznie majątnego. Wiele pozytywnych zmian w dziedzinie wychowania fizycznego, rekreacji ruchowej i w sporcie można zauważyć również w Polsce. Fenomenem społecznym i swoistą modą wśród menedżerów, ludzi ponadprzeciętnie zarabiających, są sporty ekstremalne. Elitarne aktywności to droga zabawa, wyzwalająca ogromne emocje, często niebezpieczna – to styl życia najbardziej pożądanym, związany niejednokrot-

nie z życiem na pokaz, gdzie często chodzi bardziej o towarzystwo niż o realizowanie własnych potrzeb. W badaniach własnych sporty ekstremalne nie uwidaczniają się jako powszechne w grupie badawczej.

Z. Żukowska (1995, s 109) podkreśla, że „styl życia, w który wpisane jest uczestnictwo w kulturze fizycznej, charakteryzuje się dynamiką zmian i większymi zdolnościami adaptacyjnymi do zmieniających się warunków życia oraz skuteczniejszą możliwością samorealizacji jednostki w warunkach zagrożeń i wyzwania cywilizacyjnych”.

Postawa wobec ciała i stylu życia zmieniała się w różnych okresach historii. Styl życia w dużej mierze podlegał kontroli społecznej i kulturowej. Współcześnie można mówić o fenomenie społecznym, jakim jest afirmatywna postawa wobec ciała. Pojęcia *fitness* czy *wellness* dobrze zaadoptowały się już w świadomości Polaków (Pelc, Książek 2008).

Kosmetyczne upiększanie ciała, modelowanie poprzez operacje plastyczne są już powszechnymi zjawiskami, nie budzącymi zdziwienia. Dochodzi też kwestia ubioru, który ma uwydatniać zalety i korygować wady ciała. Pojawiają się różnego rodzaju schorzenia np. obsesyjne odchudzanie się prowadzące do anoreksji (spadek masy ciała większy niż 15% w stosunku do oczekiwanej do wieku masy ciała, ortoreksja czyli uzależnienie od zdrowego odżywiania się, tanoreksja – uzależnienie od opalania się, bigoresja – obsesja na punkcie umięśnionego ciała). Niemożność osiągnięcia pożądanego wyglądu, sprostania wymogom społecznym kultu piękna i młodości często doprowadza do frustracji, depresji i alienacji. Pomimo faktu, iż obecnie w społeczeństwach demokratycznych kontrola stylu życia jest znacznie niższa, panuje dosyć liberalne podejście do wielu zachowań, jednak kontrola wyglądu ciała istnieje w podświadomości wielu osób, szczególnie kobiet.

Polska to kraj o silnych tradycjach katolickich, które z pewnością odbiły swój ślad w kulturze i sposobie życia wielu ludzi. Mając na względzie fakt, iż ponad 90% naszego społeczeństwa deklaruje przynależność do kościoła katolickiego, warto wspomnieć o jego stanowisku wobec aktywności fizycznej. Na przestrzeni wieków w Kościele rzymsko-katolickim dokonały się istotne przeobrażenia w filozofii postrzegania człowieka i jego codziennego życia. Dawniej według popularnej i uznawanej przez Kościół koncepcji platońsko-augustyńskiej wszystko, co materialne jest źródłem zła. Ciało traktowane było jako więzienie dla duszy, która była szlachetna i tożsama z człowiekiem. Zupełnie odrzucano dbałość o własne ciało, samorozwój, wręcz popularyzowano ascetyczny styl życia, polegający na celowym wyniszczaniu ciała. Dziś ten sposób myślenia należy do odległej przeszłości, co potwierdzał Papież Jan Paweł II głosząc, że postać człowieka zintegrowanego, w którym duch i ciało stanowią harmonijną jedność, jest wysoką wartością. Z poglądów Jana Pawła II wynika, że ciało powinno być stale udoskonalane (Dziubiński 1986).

Myśląc o postawie wobec kultury fizycznej Polaków, z jednej strony widzimy rozwijający się sport zawodowy, zrzeszający kibiców przed telewizorami, z drugiej zaś – niewielkie zainteresowanie treningiem zdrowotnym – systematyczną rekreacją fizyczną. Polacy, w stosunku do innych narodowości, rzadko podejmują systematyczną aktywność ruchową – według badania WOBASZ (pierwsze duże, wielośrodkowe badanie poziomu aktywności fizycznej populacji dorosłych kobiet i mężczyzn) prawie 27% mężczyzn i prawie 23% kobiet deklaruje codzienne wykonywanie ćwiczeń trwających przynajmniej 30 min (Drygas i wsp. 2005). Według badań GUS (2007) zdecydowana większość Polaków spędza czas wolny w sposób bierny. Na czytanie, oglądanie telewizji lub słuchanie radia mężczyźni przeznaczają średnio prawie 160 minut w ciągu dnia, a kobiety 151 minut. Intensywny trening, zorganizowaną systematycznie prowadzoną aktywność ruchową uprawia w Polsce 9,3% mężczyzn i 2,2% kobiet.

W stosowaniu systematycznej aktywności fizycznej przez menedżerów istnieje nie tak wiele barier; podkreślają oni brak czasu, zmęczenie pracą jako główne ograniczenia w zainteresowaniu się ruchem.

Turystyka rodzinna jest wartością dla menedżerów, co potwierdzają badania J. Bergiera (2006), który zbadał biznesmenów z Białej Podlaskiej. Okazuje się, że 79,3% z nich wypoczywa podczas wyjazdów z rodziną, a najczęściej wybieraną aktywnością urlopową jest jazda na rowerze (77,5%), wędrowki po górach (51,8%) czy turystyka piesza nizinna (44,4%).

Pakistańscy naukowcy z Uniwersytetu Gomal (Ayaz i wsp. 2007) przebadali menedżerów – członków lokalnego związku biznesmenów z Pakistanu. Okazało się, że 80% respondentów miało pełną świadomość wpływu aktywności fizycznej i sportu na zdrowie. Pływanie zostało uznane za jedną z najlepszych prozdrowotnych aktywności dla zdrowia, skutecznych także dla kształtowania sylwetki (96% respondentów). Aż 74% ankietowanych menedżerów odpowiedziało, że chętnie bierze udział w rekreacji ruchowej w wolnym czasie i stanowią oni najliczniejszy odsetek spośród innych ankietowanych (grupy zawodowe lekarzy, adwokatów, nauczycieli). Badani mieli świadomość, że zarówno spacer, jak i ćwiczenia poranne, mają duży wpływ na zdrowie; około 57% wierzyło w wysoką skuteczność zorganizowanych zajęć w fitness klubach, prowadzonych przez kompetentnych instruktorów. Jakakolwiek aktywność fizyczna w ich odczuciu działa pozytywnie na system nerwowy (95% badanych), natomiast 89% uznało, że regularne ćwiczenia poprawiają wygląd. Udział w imprezach rekreacyjnych cechuje bardzo pojedyncze jednostki, co wiąże się z brakiem czasu na wzmożoną aktywność związaną z przygotowaniem się do zawodów, z kosztami uczestnictwa i ograniczeniami psychicznymi, czego nie wymagają tak proste aktywności jak spacer czy pływanie. Powyższe opinie wyrażały osoby z wszystkich grup, bez względu na wiek czy poziom wskaźnika BMI (Body Mass Index).

W USA natomiast istnieje już od kilkunastu lat moda na programowaną edukację zdrowotną i aktywność prozdrowotną (fizyczną) w miejscu pracy, ponieważ dowiedziono, iż korzystnie wpływa na pracowników – menedżerów wszystkich szczebli. Amerykanie są żywo zainteresowani tą tematyką, samodzielnie poszukują informacji, coraz częściej wybierają takie aktywności jak aerobik, jogging, taniec czy trening, którego celem jest redukcja tkanki tłuszczowej. Menedżerowie są świadomi wpływu stresu na organizm, dzięki temu, że firmy, w których pracują, organizują im specjalne szkolenia, posiadają na ten cel odrębne budżety, wspierane finansami publicznymi (programy rządowe, resortowe). Amerykańskie firmy często wprowadzają w życie różne programy prozdrowotne, wspierane nowoczesnymi technologiami, z rozbudowanym zapleczem usługowo-informacyjnym (np. specjalne call-centres), dostosowane do kultury organizacyjnej i specyfiki danej firmy. Wdrażane programy ogólnostanowe wellness, fitness i edukacji zdrowotnej, zgodnie z zasadami promocji zdrowia (m.in. działalność systemowa, wielosektorowa) oddziałują na środowisko pozazawodowe, w którym funkcjonują menedżerowie, co wzmacnia ich skuteczność (Klarreich 1987). Ponadto specyfika pozycji kadry zarządzającej, zarówno w strukturze firmy, jak i środowisku pozazawodowym, wpływa na kształtowanie zachowań i stanowienia swoistego wzorca trendów w rodzinie i wśród pracowników niższych szczebli tym bardziej skłania do zwrócenia szczególnej uwagi na kształtowanie prozdrowotnych nawyków w tej grupie zawodowej.

Firmowy pakiet świadczeń profilaktyczno-zdrowotnych czy rekreacyjno-integracyjnych jest w naszym kraju znany, w większych firmach powszechny, jednakże istnieje w szczątkowej formie. Opiera się głównie na własnych, bardzo subiektywnych zamiłowaniach pracodawcy do aktywności ruchowej. Dlatego w ofercie dla pracowników nierzadkie są np. karnety na basen, aerobik czy siłownię, nieco rzadziej – korty tenisowe, sale do gry w siatkówkę czy koszykówkę. Są to niewątpliwie doraźne formy dbania o sprawność fizyczną i zdrowie. Skuteczność podnoszenia poziomu sprawności zdrowotnej organizmu zapewnić można poprzez zorganizowany, kierowany proces treningu zdrowotnego. Celowe, systematyczne stosowanie określonych form bodźców w optymalnej jakości, ilości i częstotliwości obciążenia jest warunkiem uzyskania pozytywnych zmian fizycznych i psychicznych. Oczywiście, by bezpiecznie i skutecznie oddziaływać na zdrowie poprzez gruntowne zmiany w stylu życia, najlepiej wspomóc się fachowcem, posiadającym merytoryczną wiedzę, doświadczenie i umiejętności w obszarze promocji zdrowia. Niektóre firmy korzystają – doraźnie bądź systematycznie – z usług wyspecjalizowanych firm, osób organizujących integracyjne imprezy wyjazdowe z bogatym programem rekreacyjnym, szkoleniowym oraz pakietem usług odnowy biologicznej.

Z analizy badań i własnych obserwacji wydaje się słuszna koncepcja zatrudnienia na stałe w firmie specjalisty odpowiedzialnego za wspomaganie, kierowa-

nie, organizowanie, planowanie różnego rodzaju programów w zakresie zdrowego stylu życia.

Trener zdrowia (animator rekreacji) dla firm to osoba odpowiedzialna za stan psychofizyczny wszystkich pracowników. Koordynator działań sportowo-rekreacyjno-zdrowotnych, który musi się wpisać w optymalne zarządzanie czasem w organizacji i musi być mocno umocowany zadaniowo – by na każdym szczeblu struktury organizacyjnej był postrzegany jako pożądaný specjalista, dbający o poprawę jakości pracy.

Na podstawie doświadczeń własnych zakres zadań i odpowiedzialności osoby zatrudnionej na stanowisku trenera zdrowia może obejmować:

- organizowanie okresowych imprez integracyjnych, nacechowanych rekreacyjno-sportowym charakterem rywalizacji zespołowej;
- organizowanie i prowadzenie szkoleń z zakresu zdrowego stylu życia, tj. radzenie sobie ze stresem, aktywny wypoczynek, zdrowe odżywianie, niwelowanie jednostronnych przeciążeń fizycznych w pracy zawodowej, profilaktyka chorób współczesnej cywilizacji,
- ustalanie programów systematycznych zajęć profilaktycznych, uwzględniając charakter wykonywanej pracy i potrzeby w tym zakresie (na terenie firmy w specjalnie na ten cel wygospodarowanym pomieszczeniu lub w pobliżu firmy, by przemieszczanie się nie było dla nikogo z uczestników uciążliwe ani czasochłonne),
- indywidualne doradztwo w zakresie prozdrowotnych form aktywności ruchowej, samorealizacji itd.,
- diagnozowanie grupowe i indywidualne sytuacji zdrowotnej i potrzeb pracowników w całej strukturze firmy,
- diagnozowanie i monitorowanie sprawności i wydolności fizycznej poprzez stosowne metody np. różnego rodzaju testy sprawności fizycznej, psychicznej i ogólnej jakości życia,
- organizowanie (prowadzenie) zajęć relaksacyjnych,
- organizowanie (prowadzenie) zajęć ruchowych kompensujących negatywne skutki pracy zawodowej (zajęcia korekcyjne),
- organizowanie (prowadzenie) zajęć fizycznych, kształtujących wydolność ogólną organizmu.

Raczej trudno sobie wyobrazić, aby w polskich realiach powyższa propozycja mogła zostać powszechnie wdrażana w życie, pomimo ogólnego zrozumienia

potrzeby i chęci akceptacji. Jednak pozytywne symptomy w polskich realiach są dostrzegalne, np. osobisty trener zdrowia cieszy się coraz większą popularnością nie tylko w środowiskach celebrytów.

Działania nakierowane na promowanie zdrowia, a więc pomnażanie jego zasobów, są w naszym kraju mało popularne, głównie dlatego, że brakuje systemowego i intersektorowego podejścia do edukacji zdrowotnej.

Posiadanie dużego zasobu wiedzy samoistnie nie zapewni zdrowia. Aby skutecznie budować potencjał zdrowotny, by zdrowie „zdobywać”, należy posiadać określone umiejętności i sprawności w tym zakresie, a przede wszystkim pozytywną postawę wobec własnego ciała i jego potrzeb (Krawański 2006).

Według B. Woynarowskiej (2008, s. 103) „edukacja zdrowotna jest całościowym procesem uczenia się ludzi jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, w przypadku wystąpienia choroby lub jej niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki”. Całościowy proces, o którym wspomina autorka niniejszej definicji, bardzo często zapoczątkowany zostaje w najmłodszych latach życia, w środowiskach wychowawczych, m.in. w rodzinie i w szkołach. To właśnie najczęściej ze szkołą, dziećmi i młodzieżą kojarzy się nam edukacja zdrowotna. I to pomimo faktu, iż takiego przedmiotu w Polskich szkołach nie ma (Jagusz, Kuśnierz 2005). Jednak należy pamiętać, że edukacja w tym zakresie dotyczy również populacji osób dorosłych i chyba niesłusznym wydaje się całkowite przrzucanie odpowiedzialności za jej realizację na dorosłe społeczeństwo, licząc na skuteczną autoedukację. Z pewnością istnieje potrzeba systemowych rozwiązań, na gruncie polityki zdrowotnej, oświatowej i społecznej państwa.

Z ostatnich badań wynika, że szkoły – w zakresie rozpowszechniania informacji o zdrowym stylu życia – zdezonizowały media. Maturzyści wskazują, iż środki masowego przekazu zajmują pierwsze miejsce spośród wielu źródeł edukacji zdrowotnej (Nowak, Szepelawy 2009). Media elektroniczne, dzięki nieograniczonym zasobom Internetu, wpływają na świadomość szczególnie młodych osób, które bardzo dużo czasu spędzają w wirtualnym świecie. Na internetowych forach, w grupach dyskusyjnych i portalach tematycznych można zasięgnąć opinii ekspertów i innych użytkowników sieci. Internet jest bogatym źródłem wiedzy o zdrowiu i zdrowym stylu życia, lecz także nośnikiem zupełnie nieprawdziwych treści. Chaos informacyjny, często sprzeczne informacje płynące z różnych źródeł – prasy, telewizji, portali internetowych, rodziny czy znajomych dezorientują ludzi i utrudniają im podjęcie decyzji jak zdrowo żyć. Dziś problemem nie jest już brak informacji, utrudniony dostęp do niej, a raczej ogromna ilość nieuporządkowanej, trudnej do okiełznania wiedzy. Ogromnej roli mediów, jako kanału przepływu informacji, nie można podważyć, jednak powinien istnieć filtr. Swój filtr informacji o zdrowiu powinny być w przypadku młodzieży szkolnej instytucje oświatowe, natomiast dorosłej części społeczeństwa pracodawcy mogli-

by zapewniać kontakt z edukatorami zdrowia podczas systematycznych szkoleń dostosowanych do ich potrzeb i specyfiki stylu życia i pracy. Powyższe propozycje, by wprowadzić do firm edukatorów i trenerów zdrowia muszą najpierw zostać wsparte powszechną świadomością i przekonaniem, że warto inwestować w edukację zdrowotną pracowników, gdyż to przedsięwzięcie wymiernie opłacać.

WNIOSKI

- Menedżerowie mają świadomość roli zdrowego stylu życia w profilaktyce i promocji zdrowia. Widzą też, że aktywność fizyczna może być zachowaniem prozdrowotnym. Ich postawa wobec rekreacji ruchowej jest pozytywna, chociaż jej komponent behawioralny nie jest udziałem większości badanych.
- Polskich menedżerów cechuje znacznie większe zainteresowanie wartościami rodzinnymi i potrzebą spędzania czasu z bliskimi (rekreacja rodzinna) niż potrzebą życia na pokaz.
- Ekstremalne formy aktywności fizycznej nie są popularne wśród badanych menedżerów, preferują oni raczej prozdrowotne aktywności ruchowe. Zdecydowanie największą popularnością u obu płci cieszy się pływanie. Badani w większości nie mają potrzeby próbowania nowoczesnych ekstremalnych form ruchu.
- Poziom jakości życia w opinii badanych jest dosyć dobry, prawdopodobnie dlatego, iż praca zawodowa, którą podejmują w dużym stopniu ma charakter twórczy. Zaobserwowany poziom jakości pokrywa się z wynikami ogólnopolskich badań nad jakością życia Polaków, w których dobrostan psychiczny jest obecnie najwyższy od 1989 roku.
- Pełnienie funkcji kierowniczych związane jest z wieloma zachowaniami antyzdrowotnymi. W stylu życia polskich menedżerów występuje wiele negatywnych zachowań zdrowotnych; z pewnością przejmujemy wzorce zachodnie krajów wysoko rozwiniętych, zarówno pozytywne, jak i negatywne. Edukacja zdrowotna w środkach masowego przekazu i w szkołach może pomóc poprawić postawę wobec własnego zdrowia.
- Zdrowy styl życia wpływa na podniesienie wydajności i efektywności pracy kierowniczej. Dlatego też elementem stylu życia współczesnego menedżera, codziennym nawykiem, powinna być prozdrowotna aktywność ruchowa,

realizowana w ramach ściśle określonego treningu zdrowotnego. Stąd potrzebne są różnego rodzaju szkolenia w tym zakresie.

- Biorąc pod uwagę wysoce stresogenne środowisko pracy kadry kierowniczej można stwierdzić, iż nie przekłada się ono znacząco na eskalację analizowanych zachowań antyzdrowotnych.
- Warto polecać sprzęt kontrolujący wysiłek fizyczny i różnego rodzaju urządzenia pomocne w treningu zdrowotnym, na który menedżerowie z pewnością finansowo mogą sobie pozwolić. Elektronicznymi „gadżetami” można rozbudzić zainteresowanie systematycznym ruchem.
- Menedżerowie to ludzie, którzy muszą umieć poradzić sobie z permanentnym stresem, wykorzystać stresowe sytuacje do zadaniowej mobilizacji. Ta nieumiejętność doprowadza do destrukcyjnego poczucia niemocy i chaosu. Niezwykle istotna jest umiejętność koncentracji na działaniu, planowaniu, realizowaniu, a nie na emocjach, które tym procesom towarzyszą. Ważne jest, by umieć radzić sobie z dużym napięciem, wywołanym zarówno porażką, jak i nagłym sukcesem. Nieodzowna wydaje się być również pomoc specjalistów w tym aspekcie. Propozycja zatrudnienia w firmie trenera zdrowia jest szansą na podniesienie efektywności zasobów ludzkich w całej strukturze.
- Z pewnością zasadne wydają się być kampanie społeczne w mediach, popularyzujące zdrowy styl życia.
- Stała diagnoza zachowań zdrowotnych, jakości życia różnych grup społecznych poprzez ich samoocenę wydaje się być jak najbardziej zasadna, szczególnie w krajach rozwijających się.

LITERATURA

- [1] ANTONOVSKY A.: (2005) Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa.
- [2] AYAZ M., ALI U., REHMAN A., ZUBAIR M.: (2007) Awareness of Physical Exercise among Doctors, Lawyers, Teachers and Businessmen in Dera Ismail Khan District of Pakistan's NWFP. *Journal of Applied Sciences*, nr 7 (14).
- [3] BENISZ H.: (2000) Holistyczna filozofia życia jako profilaktyka antystresowa. *Wychowanie Fizyczne i Sport*. Nr 3, s. 91-99.
- [4] BERGIER J.: (2006) The tourist activity of businessmen from Biała Podlaska PWSZ im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. *Przegląd naukowy kultury fizycznej Uniwersytetu Rzeszowskiego*, zeszyt 3, tom. IX, Rzeszów.
- [5] BLALOCK H.: (1975) *Statystyka dla socjologów*. PWN, Warszawa.
- [6] CASPERSEN C.J.: (1985) Physical activity and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 2, s. 126-131.
- [7] CENDROWSKI Z.: (1987) *Ruch to życie*. Wiedza Powszechna, Warszawa.
- [8] CONSTABLE C.J.: (1988), *Developing the Competent Manager in a UK Context*, Manpower Services Commission, Manpower Services Commission, Sheffield.
- [9] CSIKSZENTMIHALYI M.: (1996) *Przepływ*. Jak poprawić jakość życia. Studio Emka, Warszawa.
- [10] CZAPIŃSKI J., PANEK T.: *Diagnoza społeczna 2007 Warunki i jakość życia Polaków – Raport*. Rada Monitoringu Społecznego Warszawa 2007
- [11] CZERWIŃSKI M.: (2000) *Pytając o cywilizację*. Wydawnictwo Cis, Warszawa.
- [12] DEMEL M.: (2008) *Repetycje*. Wybrane zdania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu. AWF, Warszawa, s. 15.
- [13] DRABIK J.: (1997) *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*. AWF, Gdańsk.
- [14] DRYGAS W., KOSTKA T., JEGIER, KUŃSKI H.: (2000) Longterm effects of different physical activity levels on coronary health disease risk factors in middle-aged men. *Int J Sports Med.*, 21, s. 242-249.
- [15] DZIUBIŃSKI Z.: (1986) Wartości ciała i kultury fizycznej w filozofii i teologii Jana Pawła II. *Wychowanie Fizyczne i Sport*, nr 3, s. 109-133.
- [16] FROŁOWICZ T.: (2001) *Ku edukacji zdrowotnej: Karta sprawności i zdrowia*. [W:] I. Murawow (red.) *Zdrowie: istota, diagnostyka i strategie zdrowotne*. Materiały z I Międzynarodowej Konferencji Naukowej, ITE, Radom.

- [17] GAŁĘSKI B.: (1977) Styl życia i jakość życia – próba systematyzacji pojęć. *Studia Socjologiczne* 1 (64)
- [18] GARNCAREK E.: (2008) Dobrowolna bezdzietność jako nowa jakość życia w świetle wypowiedzi autorów postów internetowych. [w:] A. Gawor, A. Głębocka (red.) *Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy*. Oficyna Wydawnicza „Impuls” Kraków.
- [19] GILBERT D.: (1998) *The American Class Structure*. New York: Wadsworth Publishing.
- [20] GNIAZDOWSKI A.: (1990) Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. [W:] A. Gniazdowski (red.) *Instytut Medycyny Pracy, Łódź*, s. 2.
- [21] GRABOWSKI H.: (1997) *Teoria fizycznej edukacji*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- [22] GRÖBING S.: (1997) Kultura zdrowotna jako cel zintegrowanego wychowania dla ruchu. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 1, s. 18-22.
- [23] GUS: Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004r. Departament Statystyki Społecznej, Warszawa, 2007.
- [24] HESZEN I., SĘK H.: (2008) *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa.
- [25] HILL N.: (2006) *Myśl i bogać się. Jak zrealizować ambicje i osiągnąć sukces*. Wydawnictwo Helion, Gliwice
- [26] HILL N.: (2008) *Filozofia sukcesu. Życie szczęśliwe i dostatnie według Napoleona Hilla*. Wydawnictwo Helion, Gliwice
- [27] HILL N.: (2009) *Napoleon Hill. Początek wielkiej kariery*. Wydawnictwo Helion, Gliwice
- [28] HOBFOLL S.E.: (2006) *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, tłum. M. Kacmajor, Gdańsk, Gdańskie Wyd. Psychologiczne s. 24.
- [29] HORNOWSKA E., PALUCHOWSKI W.J.: (2007) *Praca – skrywana obsesja. Wyniki badań nad zjawiskiem pracoholizmu*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań.
- [30] HOWLEY E.T., FRANKS B.D.: (1997) *Health Fitness Instructors. Handbook*. Champaign, Ill: Human Kinetics.
- [31] HUTCHIN K.C.: (1966) *The health of the businessman*. Business Publications, London.
- [32] JAGUSZ M., KUŚNIERZ M.: (2005) Miejsce wychowania fizycznego w edukacji prozdrowotnej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D Medicina*, vol. LX, No 2, Lublin, s. 207-211.
- [33] JAMES W.: (2006) *Z wybranych problemów filozofii*. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków.
- [34] KADŁUBEK Z.: (2006) *Vita activa i vita contentplativa u św. Piotra Damiana (1007-1072) Anthropos?* 6-7 *Czasopismo Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach*.

- [35] KARSKI J.B.: (2003) Praktyka i teoria promocji zdrowia. Ce De Wu, Warszawa.
- [36] KLARREICH S.H.: (1987) Health and Fitness in the Workplace: Health Education in Business Organizations. Praeger, New York.
- [37] KŁOSKOWSKA A. (red.): (1991) Kultura – powstanie i rozwój pojęcia. Istota kultury. [w:] S. Krzemiń-Ojak (red.) Encyklopedia kultury polskiej XX wieku, Pojęcia i problemy wiedzy o kulturze. WOK, Wrocław, s. 23–24.
- [38] KOZŁOWSKI S.: (1981) Znaczenie aktywności ruchowej w rozwoju fizycznym człowieka. [w:] N. Wolański (red.) Czynniki rozwoju człowieka, PWN, Warszawa.
- [39] KRAWAŃSKI A.: (2006) Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii. AWF, Poznań.
- [40] KRAWCZYK Z.: (1978) Studia z filozofii i socjologii kultury fizycznej. SiT, Warszawa, s. 147.
- [41] KULMATYCKI L.: (2000) Lekcja relaksacji. AWF, Wrocław.
- [42] LALONDE M.: (1974) A new perspective on the health of Canadians, A working document. Government of Canada, Ottawa.
- [43] LISTWAN T.: (1995) Kształcenie kadry menedżerskiej firmy. Wydawnictwo „Kadry” Wrocław.
- [44] ŁUSZCZYŃSKA A.: (2004) Zmiana zachowań zdrowotnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- [45] MACIANTOWICZ J., NOWAK P.: (2002) Bieganie – sposób na zdrowe życie. AWF, Wrocław.
- [46] MAIER S. F., WATKINS L. R., FLESHNER M.: (1997) Psychoneuroimmunologia. O współzależności pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. Nowiny Psychologiczne, 1, s. 5-35.
- [47] MASŁOW A. M.: (1990) Motivation and Personality. New York 1954 (Motywacja i osobowość, przeł. Paula Sawicka), Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- [48] MĄDRZYCKI T.: (1970) Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- [49] Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 (2007) Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r., Warszawa, s. 15.
- [50] NOWAK P.F.: (2007) Trening zdrowotny kobiet w kontekście współczesnego stylu życia. PWSZ, Racibórz.
- [51] NOWAK P.F.: (2008) Rola treningu rekreacyjno-zdrowotnego na tle wzorców zachowań we współczesnej kulturze. [w:] S. Zagórny (red.) Wzory kultury somatycznej a styl życia. Studia i Monografie z. 227. Politechnika Opolska, Opole, s. 59-70.

- [52] NOWAK P. F., SZEPELAWY M.: (2009) The origins of health education – opinion of post-secondary-school pupils. [w:] J. Daniluk (red.) Education vs. wellness. NeuroCentrum, Lublin, s. 309-320.
- [53] OSIŃSKI W.: (2002) Aktywność fizyczna podejmowana przez osoby w starszym wieku. Antropomotoryka, 24, s. 3-24.
- [54] PAWŁECZYŃSKA A.: (1976) Styl życia w epoce przemian – determinanty i układy odniesienia. [w:] A. Siciński (red.) Styl życia koncepcje i propozycje. PWN, Warszawa, s. 140.
- [55] PEDLER M., BURGOYNE J., BOYDELL T.: (1994) A Manager`s Guide to Self Development, McGraw-Hill, Maidenhead.
- [56] PELC Z. L., KSIĄŻEK J.: (2008) Wellness as an answer to the wholesome needs of contemporary human being. [w:] E. Zdarkiewicz (red.) Cultural behaviors conditioning wellness. Wydawnictwo NeuroCentrum, Lublin.
- [57] PENAR-ZADARKO B., OZGA D., BINKOWSKA-BURY M.: (2009) Issue of health in the selected magazines for men. [w:] J. Daniluk (red.) Education vs. wellness. NeuroCentrum, Lublin, s. 333-343.
- [58] PETERSON T.O., VAN FLEET D.D.: (2004) The ongoing legacy of R.L. Katz: An updated typology of management skills, [w:] Management Decision, No. 42, s. 1297-1308
- [59] PIOTROWSKI K., ŚWIĄTKOWSKI M.: (2000) Kierowanie zespołami ludzi. Dom Wydawniczy Bellona, Warszawa.
- [60] PRZEWĘDA R.: (1999) Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne. [W:] J. B. Karski (red.) Promocja zdrowia. Wydawnictwo INGIS, Warszawa, s. 195-206.
- [61] PUCHALSKI K.: (1997) Zdrowie w świadomości społecznej. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- [62] RAKOWSKA A.: (2007) Kompetencje menedżerskie kadry kierowniczej we współczesnych organizacjach. UMCS, Lublin.
- [63] RAKOWSKA A.: (2008) Organizacja i zarządzanie. Kwartalnik Naukowy nr 4. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice, s. 5-20
- [64] Raport o Kapitale Intelktualnym Polski (2008) Dokument ekspercki sporządzony przez Zespół Doradców Strategicznych Premiera, Warszawa 10 lipca 2008.
- [65] SADOWSKI Z.: (1994) Promocja zdrowia szansa i konieczność. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 3–4, s. 15–35.
- [66] SCHUELER H.: (1986) Biografische Fragebogen als Methode der Personal-auswahl. Verlag fuer Angewandte Psychologie, Stuttgart, s. 89.
- [67] SEAWARD B.: (1991) Spiritual wellbeing: A health education model, Journal of Health Education nr 3, s. 160-166.
- [68] SICIŃSKI A.: (1978) (red.) Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce. PWN, Warszawa.

- [69] SŁOŃSKA Z., MISIUNA M.: (1994) Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów. Agencja Promo-Lider, Warszawa.
- [70] SOKOŁOWSKA M.: (1980) Granice medycyny. Wiedza Powszechna, Warszawa.
- [71] Strategia Rozwoju Kształcenia Ustawicznego do roku 2010. (2003) Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa.
- [72] SZOSTAK J.: (2009) Determinanty zachowań menedżerów w chronicznym stresie zawodowym. Difin SA, Warszawa.
- [73] TATARKIEWICZ W.: (2009) Historia filozofii. Tom I-III. PWN, Warszawa.
- [74] TOCZEK-WERNER S.: (2005) (red.) Podstawy rekreacji i turystyki. AWF, Wrocław.
- [75] TYLKA J.: (2008) Zdrowie menedżera. Styl życia a zdrowie i choroba. Difin, Warszawa.
- [76] UMIASTOWSKA D.: (2001) (red.) Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku. Tom 6. Albatros, Szczecin
- [77] WINIARSKI R.: (1989) Wstęp do teorii rekreacji (ze szczególnym uwzględnieniem rekreacji fizycznej). AWF, Kraków.
- [78] WOJTYNIAK B., GORCZYŃSKI P. (red.): (2008) Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- [79] WOYNAROWSKA B.: (2008) Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa.
- [80] WRZEŚNIEWSKI K.: (1990) Badanie wzoru zachowania A przy użyciu polskiego kwestionariusza. Przegląd Lekarski, 47, s. 538.
- [81] WRZEŚNIEWSKI K.: (1993) Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A, Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- [82] ŻUKOWSKA Z.: (1995) Potrzeby i styl życia człowieka wobec zagrożeń cywilizacyjnych jego zdrowia. Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, nr 3, s. 109.

PHYSICAL ACTIVITY AND OTHER HEALTH BEHAVIORS
IN STYLE OF LIFE OF POLISH MANAGERS

Abstract

A growing interest of style of life and its quality is observed in various social groups and many occupational groups during last twenty years.

The problems connected with pro-healthy behaviors of group of managers – in Poland noticeable not long ago, but problems of this occupation group have been a goal of many research and analyzies from more than 40 years.

The characteristic of chosen elements of style of life and its quality – especially included a physical activity as pro-healthy behavior of middle upper, upper upper class managers - is a main object of this research. The research ranged of 510 managers – like heads of project's group in corporations and even board members and heads of departments, directors and chairmen. The examined managers (both women and men) worked in the biggest 7 cities in Poland (Warsaw, Wroclaw, Cracow, Poznan, Danzig, Katowice and Lodz). They were divided into two age groups – after and before 35. All managers - at the moment of research – earned monthly in private sector more than twice as Polish average salary and represent more than 20 trades. The work of researched managers is often very stressful and responsible – for workers, projects and budget. The method of the diagnostic sounding with inquiry technique (anonymous auditorial inquiry of 43 questions) was used to this research based on intentional selection. 24 managers were interviewed also for this research – the quality method of answers' analyzis was used for this part of research. The group was selected by intentional method – managers of middle upper and upper upper level of management in organizations structures, managers from corporations well-known and grounded on Polish market – from trades as banking, IT, high-tech, press-publishers, schooling centres etc. The percentage answers' structure ratio were used to prepare the results; the statistical essentiality of differences was estimated using non-parametric chi-squared test.

Healthly style of life influences raising efficiency and productivity of management job. That is why pro-healthy motor activity realized as strictly defined health training should be an element of style of life of contemporary manager, his daily habit. So various trainings, courses are needed in this subject. Examined managers are aware of role of healthy style of life in prophylaxis and health promotion. They realize that physical activity may be pro-healthy behavior. Their attitude towards physical recreation is positive, in spite of the fact its behavioral component is not typical for majority of researched managers. Extreme forms of physical activity are not popular in examined group; they prefer rather pro-healthy motor activities. Swimmng is definitely a most popular activity for both sex. Examined managers mostly are not willing to have a try modern extreme forms of motion. The Polish managers are notably much more interested in family values and needs of spending their time together with familiy (family recreation) than drive by a compulsory need to show off.

A level of quality of life in opinion of examined people is quite good, probably because of imaginative character of their job. The observed level of quality agrees with results of country-wide research of Polish quality of life - these results show the highest level of psychical well-being from 1989. Being a high-level manager is related to many anti-health behaviors. There are many negative health behaviors in style of life of Polish managers. They - as most of Poles - surely takes up West standards from high-developed countries - both positive and negative. Health education - in mass-media and schools - could help correct a health attitude. Given the high stressful work environment of management it finds out it does not influence escalation analyzed anti-health behavior. Managers should be able to combat stress and use stressfull situations for mobilize, not giving up. Be also able to concentrate on action, planning, gaining the occupational goals, not emotions related to these processes. Combat a high pressure skills are important for them, pressure triggered off failure and success also. Specialists' help in this subject seems to be necessary. So proposal to employ a health coach in a firm is a chance of raising human resources' productivity in the whole structure.

Social campaigns in mass-media popularized healthy style of life are surely arguable. The continual diagnosis of healthy behaviors and quality of life of various social groups by them self-esteem is important and needed, especially in evolved countries.

Key words: managers, healthy behaviors, physical activity, style of life

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA ORAZ INNE ZACHOWANIA ZDROWOTNE W STYLU ŻYCIA MENEDŻERÓW

Streszczenie

W ostatnich kilkunastu latach można zaobserwować duże zainteresowanie stylem życia i jego jakością w różnych grupach społecznych i zawodowych. Problematyka zachowań zdrowotnych kadry zarządzającej (menedżerów), choć w polskiej rzeczywistości jest dopiero od niedawna dostrzegalna, w Europie Zachodniej od ponad 40 lat jest przedmiotem licznych badań i analiz.

Celem niniejszej pracy jest charakterystyka wybranych elementów stylu życia i jego jakości, ze szczególnym uwzględnieniem aktywności ruchowej jako zachowania prozdrowotnego u menedżerów średniego wyższego i wysokiego szczebla zarządzania (middle upper, upper upper class). Badania przeprowadzono wśród 510 menedżerów – od szefów grup projektowych po członków zarządu i prezesów. Badani (kobiety i mężczyźni) pracowali w siedmiu największych miastach w Polsce, tj. Warszawie, Wrocławiu, Krakowie, Poznaniu, Gdańsku, Katowicach i Łodzi. Zostali podzieleni na dwie grupy wieku: do 35. roku życia i powyżej 35. roku życia. Wszyscy menedżerowie w momencie badania w sektorze prywatnym zarabiali miesięcznie co najmniej dwukrotność średniego wynagrodzenia w Polsce; reprezentują ponadto ponad 20 branż. Praca zawodowa badanych związana jest z dużym stresem i odpowiedzialnością za zespoły podwładnych, realizację projektów czy budżet. Zastosowano dobór celowy, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej (anonimową autorską ankietą, składającą się z 43 pytań). Na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzono również wywiad z 24 menedżerami. Zastosowano jakościową metodę analizy treści. Grupę dobrano w sposób celowy (menedżerowie średniego wyższego i wyższego szczebla, pracownicy korporacji oraz firm mających ugruntowaną pozycję na rynku polskim z branż takich jak bankowość, IT, high-tech, korporacje prasowe (prasa ogólnopolska), szkoleniowe). W opracowaniu wyników badań posłużono się procentowym wskaźnikiem struktury wypowiedzi, statystyczną istotność różnic wyliczono przy pomocy nieparametrycznego testu chi kwadrat.

Zdrowy styl życia wpływa na podniesienie wydajności i efektywności pracy kierowniczej. Dlatego też elementem stylu życia współczesnego menedżera, codziennym nawykiem, powinna być prozdrowotna aktywność ruchowa, realizowana w ramach ściśle określonego treningu zdrowotnego. Stąd potrzebne są różnego rodzaju szkolenia w tym zakresie. Menedżerowie mają świadomość roli zdrowego stylu życia w profilaktyce i promocji zdrowia. Widzą też, że aktywność fizyczna może być zachowaniem prozdrowotnym. Ich postawa wobec rekreacji ruchowej jest pozytywna, chociaż jej komponent behawioralny nie jest udziałem większości badanych. Ekstremalne formy aktywności fizycznej nie są popularne w badanej grupie, preferują oni raczej prozdrowotne aktywności ruchowe. Zdecydowanie największą popularnością u obu płci cieszy się pływanie. Badani w większości nie mają potrzeby próbowania nowoczesnych ekstremalnych form ruchu. Polskich menedżerów cechuje znacznie większe zainteresowanie wartościami rodzinnymi i potrzebą spędzania czasu z bliskimi (rekreacja rodzinna) niż potrzeba życia na pokaz. Poziomą jakość życia w

opinii badanych jest dosyć dobry, prawdopodobnie dlatego, iż praca zawodowa, którą podejmują w dużym stopniu ma charakter twórczy. Zaobserwowany poziom jakości pokrywa się z wynikami ogólnopolskich badań nad jakością życia Polaków, w których dobrostan psychiczny jest obecnie najwyższy od 1989 roku. Pełnienie funkcji kierowniczych związane jest z wieloma zachowaniami antyzdrowotnymi. W stylu życia polskich menedżerów występuje wiele negatywnych zachowań zdrowotnych; z pewnością przejmujemy wzorce zachodnie krajów wysoko rozwiniętych, zarówno pozytywne, jak i negatywne. Edukacja zdrowotna w środkach masowego przekazu i w szkołach może pomóc poprawić postawy wobec własnego zdrowia.

Biorąc pod uwagę wysoce stresogenne środowisko pracy kadry kierowniczej można stwierdzić, iż nie przekłada się ono znacząco na eskalację analizowanych zachowań antyzdrowotnych. Menedżerowie to ludzie, którzy muszą umieć okiełznać stres, wykorzystać stresowe sytuacje do mobilizacji, nie poddając się paraliżowi. Umieć koncentrować się na działaniu, planowaniu, realizowaniu, a nie na emocjach, które tym procesom towarzyszą. Ważne, by umieli radzić sobie z dużym napięciem, wywołanym zarówno porażką, jak i sukcesem. Nieodzowna wydaje się być pomoc specjalistów w tym aspekcie. Propozycja zatrudnienia w firmie trenera zdrowia jest szansą na podniesienie efektywności zasobów ludzkich w całej strukturze. Z pewnością zasadne wydają się być kampanie społeczne w mediach, popularyzujące zdrowy styl życia. Stała diagnoza zachowań zdrowotnych, jakości życia różnych grup społecznych poprzez ich samoocenę jest jak najbardziej potrzebna, szczególnie w krajach rozwijających się.

Słowa kluczowe: menedżerowie, zachowania zdrowotne, aktywność fizyczna, styl życia

ANEKS

Załącznik nr 1.

Wzór kwestionariusza ankiety

Zwracam się do Państwa z prośbą o rzetelne wypełnienie poniższej ankiety. Jednocześnie zapewniam, że wszystkie podane przez Państwa informacje będą traktowane jako poufne i zostaną wykorzystane jedynie do celów naukowych.

Przed wypełnieniem proszę upewnić się, czy spełniają Państwo WSZYSTKIE wymogi grupy badawczej (wiek 30-40 lat, stanowisko managerskie minim. średniego szczebla, zarobki netto min. 4300 zł, praca w sytuacji stresu, o raczej wysokim - b.wysokim poziomie odpowiedzialności - za ludzi/ realizację planu/ budżet/ ...)

Rok urodzenia

Płeć -

- kobieta
 mężczyzna

1. Miejsce zamieszkania do 18. roku życia

- miejscowość do 3 tys. mieszkańców
 miasto 3-80 tys. mieszkańców
 miasto 80-250 tys. mieszkańców
 miasto powyżej 250 tys. mieszkańców

2. Miejsce obecnie wykonywanej pracy

- Warszawa
 Kraków
 Wrocław
 Poznań
 Gdańsk
 Katowice
 inne miasto (jakie?)

3. Stan cywilny

- kawaler/ panna
- żonaty/ mężatka
- rozwiedziony/ rozwiedziona
- wdowiec/ wdowa

4. Liczba dzieci (jeśli brak - 0)

5. Wykształcenie (można zaznaczyć kilka odp.)

- średnie
- wyższe
- wyższe podyplomowe (poza MBA)
- MBA
- doktorat

6. Przeciętna długość snu w ciągu doby w dni robocze (podać cyfrą il. godzin)

7. Status zawodowy - zajmowane stanowisko

- średni szczebel zarządzania, middle (np. Senior Brand Manager, Project Manager, Team Leader...)
- średni wyższy szczebel zarządzania, middle upper (np. dyrektor działu, z-ca red.nacz. ...)
- wysoki szczebel zarządzania, upper upper (np. CE Director, członek zarządu...)
- najwyższy, top (np. główny dyrektor na Polskę, prezes, viceprezes...)

8. Poziom stresu zawodowego (skala 1-5; gdzie 1-minimalny, 5- bardzo silny stres)

9. Proszę ocenić status materialny swojej rodziny (skala 1-5; gdzie 1-bardzo dobry, 5-zły)

10. Ilość godzin pracy merytorycznej wykonywanej w miejscu pracy w ciągu dnia (obowiązki zawodowe poza przerwami na lunch itp.) (wpisać liczbę)

11. Ilość godzin spędzonych w ciągu doby przed komputerem (wpisać liczbę)

12. Czy w przeszłości (w okresie edukacji) uprawiał/-a Pan/Pani jakiś sport bądź aktywność ruchową?

- tak, zawodniczo
- tak, systematycznie - ale jedynie dla przyjemności
- nie, tylko okazjonalnie
- w ogóle

13. Ile godzin w tygodniu (poza pracą zawodową) jest Pan/Pani aktywny/na fizycznie? Rekreacja ruchowa w czasie wolnym -

- do 30 min.
- 1-2 godz..
- 2-3 godz.
- 3-4 godz.
- 6 i więcej godzin

14. Jak często uprawia Pan/Pani męczące ćwiczenia fizyczne, które znacznie przyspieszają oddychanie -

- rzadko lub nigdy .

- raz w tyg.
- 2-3 razy w tyg.
- 4-5 razy w tyg.
- 6-7 razy w tyg.

15. Moja ulubiona aktywność ruchowa /dyscyplina sportu/

którą lubię uprawiać to

16. Uważam, że najzdrowszą aktywnością ruchową /dyscypliną sportu/ jest

17. Czy Pana/Pani praca zawodowa jest pracą twórczą?

proszę zaznaczyć wg skali 1-5, gdzie 1-bardzo twórcza, 5-całkiem odtwórcza

18. W jaki sposób najczęściej spędza Pan/Pani wolny czas po pracy w dni robocze?

- aktywnie - zażywanie rekreacji ruchowej (wyjazd na narty, rower...)
- aktywnie – prace fizyczne (w ogrodzie, przy aucie, majsterkowanie...)
- aktywnie umysłowo - wysiłek intelektualny (czytanie prasy, książek, Internet...)
- biernie (minimalne wydatkowanie aktywności fizycznej – drzemka, opalanie się...)

19. W jaki sposób najczęściej spędza Pan/Pani wolny czas podczas urlopu, w długie weekendy, święta?

- aktywnie - zażywanie rekreacji ruchowej
- aktywnie – prace fizyczne
- aktywnie umysłowo - wysiłek intelektualny
- biernie

20. Jak często wyjeżdża Pan/Pani na urlop, by odpocząć?

- raz w roku (na tydzień lub dłużej)
- dwa razy w roku (na tydzień lub dłużej)
- do 5 razy w roku na kilka dni
- rzadziej niż co 3 lata

21. Czy spędza Pan/Pani weekendy, organizując wyjazd poza miejsce zamieszkania?

- tak, maksymalnie często, bez względu na porę roku
- tak, ale raczej tylko sezonowo
- nie, bardzo sporadycznie
- nie, niemal nigdy

22. Swoją sprawność fizyczną oceniam jako (w skali 1-5, gdzie 1-bardzo słabą, 5-wysoką)

23. Jeśli niską - z jakiego powodu? (możliwość wielokrotnego wyboru)

- otyłość
- nałogi
- kontuzje, urazy
- przebyte operacje

inny powód (jaki?)

24. Swoje zdrowie oceniam jako - (w skali 1-5, gdzie 1-bardzo słabe, 5-bardzo dobre)

25. Mam wpływ na swoje zdrowie - (w skali od 1 do 5, 1-minimalny, a 5-ogromny)

26. Czy pali Pan/Pani papierosy?

nie, nigdy nie paliłem/am

ekspalacz, nie palę od - (il. lat)

palę - (ile dziennie?)

27. Jak często spożywa Pan/Pani alkohol?

(w skali 1-5, od 1-abstynent po 5-bardzo dużo piję/codziennie)

28. Jak często zawodowo Panu/ Pani towarzyszy alkohol podczas spotkań służbowych? (nawet 1 lampka)

niemal nigdy

rzadko, ale zdarza się

raz w tygodniu

na co dzień

29. Czy zdarza się Panu/Pani uczestniczyć w wyjazdach służbowych z elementami rekreacji ruchowej?

tak, sam je inicjuję na swoje potrzeby

tak, ale sam ich nie inicjuję

- jedynie w zorganizowanych grupowych wyjazdach team-building'owych
- nie, wcale

30. Jak często poddaje się Pan/Pani badaniom profilaktycznym w placówce zdrowotnej?

- regularnie co 2-3 m-ce
- regularnie, ale nie częściej niż co 3 m-ce
- nie częściej niż raz w roku
- wcale

31. Jak często Pan/Pani choruje? (przeziębienia, grypa itp)

- bardzo rzadko, rzadziej niż raz w roku
- rzadko, 1-2 razy w roku
- czasami, 3-5 razy w roku
- często się przeziębiam, choruję 6-7 razy w roku

32. Czy jest Pan/Pani zadowolona ze swojego wyglądu i sylwetki?

(w skali 1-5, gdzie 1-bardzo, 5-wcale)

33. Czy uważa się Pan/Pani za osobę, która prowadzi zdrowy tryb życia?

(w skali 1-5, gdzie 1-tak, bardzo zdrowy, 5-nie,wcale)

34. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z siebie i ze swojego życia (jakość życia)?

(w skali 1-5, gdzie 1-bardzo, 5-wcale)

35. Jak ocenia Pan/ Pani poziom satysfakcji z własnego życia?

(w skali 1-5, gdzie 1-nuda, 5-wysoce satysfakcjonujące)

36. Uważam, że zarabianie pieniędzy jest moją pasją

(w skali 1-5, gdzie 1-tak, zdecydowanie, 5-zdecydowanie nie)

37. Jak radzi sobie Pan/Pani ze stresem?

- muszę odreagować wysiłkiem fizycz.(np.squash, inny intensywny sport)
- odstresowuję się (w gronie przyjaciół, relaks, taniec, restauracja, spacer)
- pogłębiam nałogi (palenie, alkohol)
- odsypiam, zajmuję się czymś nie angażującym siły ani intelektu

38. Gdybym miał/ miała więcej wolnego czasu, przeznaczyłbym/-abym go na aktywność fizyczną - (w skali 1-5, gdzie 1-tak, z pewnością, 5-na pewno nie)

39. W moim systemie wartości lokuję ZDROWIE...

(w skali 1-5, gdzie 1-najwyżej, 5-najniżej)

40. Jak często kontroluje Pan/Pani swoją masę ciała?

(w skali 1-5, gdzie 1-kilka razy w tyg., 5-nigdy)

41. Czy w swojej diecie stosuje Pan/Pani farmakologiczne uzupełnianie niedoborów witamin i minerałów?

- nigdy
- sporadycznie
- dość często
- codziennie

42. Uważam, że aktywność ruchowa ma związek ze zdrowiem

(w skali 1-5, gdzie 1-bardzo duży, 5-żaden)

43. Wybierając aktywność ruchową w czasie wolnym kieruję się (wstaw od 1-najbliższe Pana/Pani zachowaniom do 5-najdalsze, oceniając w tej skali każde z poniższych):

- a. niską ceną usługi rekreacyjnej (1-5)
- b. walorami prozdrowotnymi (1-5)
- c. prestiżem danej aktywności (1-5)
- d. walorem ekstremalnych doznań (1-5)
- e. możliwością uprawiania systematycznie (1-5)
- f. możliwością pogłębiania kontaktów zawodowych (1-5)
- g. bliskością dojazdu od domu/ pracy (1-5)
- h. elitarnością uczestnictwa w mało znanej rekreacji (1-5)

Dziękuję za poświęcenie czasu na udział w badaniu i wypełnienie powyższej ankiety.

Załącznik nr 2. Tabele z wynikami badań

Oznaczenia

- χ^2_K - badanie zgodności między kobietami do 35. roku życia i starszymi
 χ^2_M - badanie zgodności między mężczyznami do 35. roku życia i starszymi
 χ^2_{KM} - badanie zgodności między wszystkimi badanymi kobietami a wszystkimi mężczyznami
 χ^2_{mKmM} - badanie zgodności między młodymi kobietami a młodymi mężczyznami (grupa do 35. roku życia)
 χ^2_{sKsM} - badanie zgodności między starszymi kobietami a mężczyznami (grupa po 35. roku życia)

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

kategorie wieku	kobiety		mężczyźni	
	n	%	n	%
do 35 lat	114	66%	210	62%
pow. 35 lat	58	34%	128	38%
suma	172	100%	338	100%
razem	510			

Tab. 2. Miejsce zamieszkania badanych do 18. roku życia

Płeć	Wiek [kategoria]	Miejscowości											
		do 3 tys. mieszkańców		3-80 tys. mieszkańców		80-250 tys. mieszkańców		pow. 250 tys. mieszkańców		razem			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
kobiety	do 35 lat	6	5,3	28	24,6	13	11,4	67	58,8	114	100		
	powyżej 35 lat	3	5,2	6	10,3	5	8,6	44	75,9	58	100		
		df = 3, $\chi^2_K = 5,955$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_M = 7,154$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{KM} = 1,433$ p<0,05			
mężczyźni	do 35 lat	10	4,8	43	20,5	37	17,6	120	57,1	210	100		
	powyżej 35 lat	5	3,9	26	20,3	10	7,8	87	68,0	128	100		
		df = 3, $\chi^2_{mKmM} = 2,484$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{sKsM} = 2,839$ p>0,05							

Tab. 3. Stan cywilny badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Stan cywilny									
		panna/kawaler		mężatka/żonaty		rozwidziona/rozwidziony		wdowa/wdowiec		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	58	50,9	46	40,4	10	8,8	-	-	114	100
	powyżej 35 lat	14	24,1	32	55,2	12	20,7	-	-	58	100
df = 2, $\chi^2_K = 12,697$ p<0,02 df = 3, $\chi^2_M = 38,871$ p<0,02 df = 3, $\chi^2_{KM} = 15$ p<0,02											
mężczyźni	do 35 lat	81	38,6	117	55,7	12	5,7	-	-	210	100
	powyżej 35 lat	12	9,4	95	74,2	20	15,6	1	0,8	128	100
df = 2, $\chi^2_{mK mM} = 7,092$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{sK sM} = 9,393$ p<0,05											

Tab. 4. Dzietność badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Ilość posiadanych dzieci											
		bezdziatni		jedno		dwoje		troje		czworo		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	81	71,1	24	21,1	8	7,0	1	0,9	-	-	114	100
	powyżej 35 lat	21	36,2	24	41,4	13	22,4	-	-	-	-	58	100
df = 3, $\chi^2_K = 21,535$ p<0,02 df = 4, $\chi^2_M = 50,536$ p<0,02 df = 4, $\chi^2_{KM} = 15,951$ p<0,02													
mężczyźni	do 35 lat	120	57,1	63	30,0	23	11,0	4	1,9	-	-	210	100
	powyżej 35 lat	29	22,7	48	37,5	35	27,3	15	11,7	1	0,8	128	100
df = 3, $\chi^2_{mK mM} = 6,209$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sK sM} = 10,507$ p<0,05													

Tab. 5. Wykształcenie badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Wykształcenie menedżerów											
		średnie		wyższe								razem	
				wyższe mgr		podyp.		podyp. MBA		doktorat			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	3	2,6	68	59,6	35	30,7	6	5,3	2	1,8	114	100
	powyżej 35 lat	4	6,9	31	53,4	13	22,4	9	15,5	1	1,7	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 7,556$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 10,232$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 7,018$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	19	9,0	133	63,3	39	18,6	17	8,1	2	1,0	210	100
	powyżej 35 lat	14	10,9	59	46,1	35	27,3	18	14,1	2	1,6	128	100
df = 4, $\chi^2_{mK mM} = 10,621$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sK sM} = 1,560$ p>0,05													

Tab. 6. Szczelbel zarządzania – służbowe stanowisko zajmowane przez badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Status zawodowy – szczebel zarządzania											
		średni <i>middle</i>		średni wyższy <i>middle upper</i>		wysoki <i>upper upper</i>		najwyższy <i>top</i>		razem			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
kobiety	do 35 lat	53	46,5	47	41,2	5	4,4	9	7,9	114	100		
	powyżej 35 lat	17	29,3	25	43,1	10	17,2	6	10,3	58	100		
		df = 3, $\chi^2_K = 10,370$ p<0,05				df = 3, $\chi^2_M = 6,271$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{KM} = 12,199$ p<0,05			
mężczyźni	do 35 lat	80	38,1	68	32,4	29	13,8	33	15,7	210	100		
	powyżej 35 lat	32	25,0	50	39,1	23	18,0	23	18,0	128	100		
		df = 3, $\chi^2_{mKmM} = 12,636$ p<0,05				df = 3, $\chi^2_{sKsM} = 1,943$ p<0,05							

Tab. 7. Status materialny w samoocenie menedżerów

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1- b. dobry, 5- zły)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	18	15,8	43	37,7	33	28,9	18	15,8	2	1,8	114	100
	powyżej 35 lat	15	25,9	15	25,9	22	37,9	5	8,6	1	1,7	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 6,083$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 3,944$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 1,733$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	32	15,2	90	42,9	59	28,1	27	12,9	2	1,0	210	100
	powyżej 35 lat	23	18,0	43	33,6	43	33,6	16	12,5	3	2,3	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 1,351$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 2,801$ p>0,05							

Tab. 8. Ilość czasu poświęcanego na pracę zawodową

Płeć	Wiek	Ilość godzin pracy [godz./doba]															
		do 4 godz.		5-7 godz.		8 godz.		9-10 godz.		11-12 godz.		13-14 godz.		15-16 godz.		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
K	do 35 lat	2	1,8	23	20,2	35	30,7	39	34,2	14	12,3	1	0,9	-	-	114	100
	pow 35 lat	1	1,7	10	17,2	6	10,3	37	63,8	4	6,9	-	-	-	-	58	100
		df = 5, $\chi^2_K = 16,043$ p<0,05				df = 6, $\chi^2_M = 6,558$ p>0,05				df = 6, $\chi^2_{KM} = 39,851$ p<0,02							
M	do 35 lat	13	6,2	48	22,9	44	21,0	85	40,5	17	8,1	1	0,5	2	1,0	210	100
	pow 35 lat	4	3,1	22	17,2	30	23,4	56	43,8	16	12,5	-	-	-	-	128	100
		df = 6, $\chi^2_{mKmM} = 9,653$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 8,199$ p>0,05											

Tab. 9. Ilość czasu spędzanego codziennie przed komputerem

Płeć	Wiek	Ilość czasu spędzanego przed komputerem [godz./doba]																	
		1-2 godz.		3-4 godz.		5-6 godz.		7-8 godz.		9-10 godz.		11-12 godz.		13-14 godz.		15-16 godz.		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
K	do 35 lat	-	-	8	7,0	14	12,3	38	33,3	38	33,3	14	12,3	2	1,8	-	-	114	100
	pow 35 lat	-	-	3	5,2	20	34,5	17	29,3	14	24,1	4	6,9	-	-	-	-	58	100
		df = 5, $\chi^2_k = 13,143$ p<0,05				df = 7, $\chi^2_M = 23,450$ p<0,02				df = 7, $\chi^2_{KM} = 16,545$ p<0,05									
M	do 35 lat	3	1,4	9	4,3	45	21,4	50	23,8	53	25,2	32	15,2	14	6,7	4	1,9	210	100
	pow 35 lat	3	2,3	19	14,8	31	24,2	40	31,3	19	14,8	12	9,4	4	3,1	-	-	128	100
		df = 7, $\chi^2_{mKMM} = 16,504$ p<0,05								df = 6, $\chi^2_{sKSM} = 10,139$ p>0,05									

Tab. 10. Poziom stresu zawodowego w opinii badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - minimalny, 5 - b. silny)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	-	-	13	11,4	48	42,1	42	36,8	11	9,6	114	100
	powyżej 35 lat	-	-	7	12,1	23	39,7	20	34,5	8	13,8	58	100
		df = 4, $\chi^2_k = 0,728$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 5,179$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 4,141$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	3	1,4	28	13,3	85	40,5	77	36,7	17	8,1	210	100
	powyżej 35 lat	3	2,3	16	12,5	39	30,5	53	41,4	17	13,3	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKMM} = 2,101$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKSM} = 2,871$ p>0,05					

Tab. 11. Charakter twórczy pracy zawodowej w opinii menedżerów

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - b. twórcza, 5 - całkowicie odtwórcza)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	18	15,8	40	35,1	38	33,3	15	13,2	3	2,6	114	100
	powyżej 35 lat	10	17,2	16	27,6	21	36,2	10	17,2	1	1,7	58	100
		df = 4, $\chi^2_k = 1,384$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 2,951$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 6,264$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	51	24,3	81	38,6	49	23,3	26	12,4	3	1,4	210	100
	powyżej 35 lat	23	18,0	47	36,7	38	29,7	18	14,1	2	1,6	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKMM} = 6,109$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKSM} = 1,804$ p>0,05					

Tab. 12. Zarabianie jako pasja w opinii menedżerów

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1- zdecydowanie tak, 5- zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	2	1,8	14	12,3	38	33,3	33	28,9	27	23,7	114	100
	powyżej 35 lat	-	-	2	3,4	27	46,6	18	31,0	11	19,0	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 6,463$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 7,896$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 19,147$ p<0,02													
mężczyźni	do 35 lat	18	8,6	44	21,0	69	32,9	43	20,5	36	17,1	210	100
	powyżej 35 lat	6	4,7	22	17,2	35	27,3	42	32,8	23	18,0	128	100
df = 4, $\chi^2_{mK mM} = 12,558$ p<0,05 df = 4, $\chi^2_{sK sM} = 13,037$ p<0,05													

Tab. 13. Deklarowana długość snu w ciągu doby

Płeć	Wiek [kategoria]	długość snu [godz.]											
		do 6 godz.		6 godz.		7 godz.		8 godz.		ponad 8 godz.		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	4	3,5	46	40,4	41	36,0	20	17,5	3	2,6	114	100
	powyżej 35 lat	2	3,4	20	34,5	25	43,1	10	17,2	1	1,7	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 0,994$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 8,499$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 13,480$ p<0,05													
mężczyźni	do 35 lat	20	9,5	64	30,5	97	46,2	23	11,0	6	2,9	210	100
	powyżej 35 lat	11	8,6	53	41,4	56	43,8	8	6,3	-	-	128	100
df = 4, $\chi^2_{mK mM} = 9,978$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sK sM} = 9,193$ p>0,05													

Tab. 14. Częstotliwość wyjazdów urlopowych deklarowana przez menedżerów

Płeć	Wiek [kategoria]	Częstotliwość wyjazdów urlopowych									
		raz w roku (na tydz. lub dłużej)		dwa razy w roku (na tydz. lub dłużej)		do 5 razy w roku na kilka dni		rzadziej niż co 3 lata		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	33	28,9	53	46,5	21	18,4	7	6,1	114	100
	powyżej 35 lat	18	31,0	31	53,4	7	12,1	2	3,4	58	100
df = 3, $\chi^2_K = 1,923$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_M = 1,889$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{KM} = 0,833$ p>0,05											
mężczyźni	do 35 lat	68	32,4	100	47,6	29	13,8	13	6,2	210	100
	powyżej 35 lat	45	35,2	59	46,1	20	15,6	4	3,1	128	100
df = 3, $\chi^2_{mK mM} = 1,318$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{sK sM} = 1,007$ p>0,05											

Tab. 15. Ilość weekendów spędzanych poza miejscem zamieszkania

Płeć	Wiek [kategoria]	Weekendy poza miejscem zamieszkania											
		często bez względu na porę roku		tak, tylko sezonowo		nie, bardzo sporadycznie		niemal nigdy		razem			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
kobiety	do 35 lat	36	31,6	55	48,2	20	17,5	3	2,6	114	100		
	powyżej 35 lat	11	19,0	27	46,6	17	29,3	3	5,2	58	100		
		df = 3, $\chi^2_K = 5,447$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_M = 4,933$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{KM} = 1,507$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	61	29,0	99	47,1	44	21,0	6	2,9	210	100		
	powyżej 35 lat	38	29,7	49	38,3	39	30,5	2	1,6	128	100		
		df = 3, $\chi^2_{mKmM} = 0,625$ p>0,05						df = 3, $\chi^2_{sKsM} = 4,363$ p>0,05					

Tab.16. Spożywanie alkoholu przez badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - abstynent, 5 - pije codziennie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	7	6,1	63	55,3	31	27,2	12	10,5	1	0,9	114	100
	powyżej 35 lat	9	15,5	30	51,7	11	19,0	7	12,1	1	1,7	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 5,108$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 2,156$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 22,556$ p<0,02			
mężczyźni	do 35 lat	11	5,2	85	40,5	88	41,9	22	10,5	4	1,9	210	100
	powyżej 35 lat	4	3,1	46	35,9	59	46,1	15	11,7	4	3,1	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 8,505$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 19,305$ p<0,02					

Tab. 17. Spożywanie alkoholu podczas spotkań służbowych

Płeć	Wiek [kategoria]	Alkohol podczas spotkań służbowych											
		niemal nigdy		rzadko, ale zdarza się		raz w tygodniu		na co dzień		razem			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
kobiety	do 35 lat	48	42,1	57	50,0	9	7,9	-	-	114	100		
	powyżej 35 lat	25	43,1	31	53,4	2	3,4	-	-	58	100		
		df = 2, $\chi^2_K = 1,287$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_M = 1,905$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{KM} = 9,135$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	73	34,8	106	50,5	27	12,9	4	1,9	210	100		
	powyżej 35 lat	52	40,6	57	44,5	15	11,7	4	3,1	128	100		
		df = 3, $\chi^2_{mKmM} = 4,879$ p>0,05						df = 3, $\chi^2_{sKsM} = 5,530$ p>0,05					

Tab. 18. Doświadczenia z paleniem papierosów

Płeć	Wiek [kategoria]	Palenie papierosów							
		nigdy		ex-palacz		palacz		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	65	57	19	17	30	26	114	100
	powyżej 35 lat	34	59	10	17	14	24	58	100
df = 2, $\chi^2_K = 0,096$ p>0,05 df = 2, $\chi^2_M = 3,879$ p>0,05 df = 2, $\chi^2_{KM} = 1,424$ p>0,05									
mężczyźni	do 35 lat	122	58	39	19	49	23	210	100
	powyżej 35 lat	61	48	33	26	34	27	128	100
df = 2, $\chi^2_{mK mM} = 0,434$ p>0,05 df = 2, $\chi^2_{sK sM} = 2,29$ p>0,05									

Tab. 19. Częstotliwość wykonywania badań profilaktycznych zdrowia

Płeć	Wiek [kategoria]	Badania profilaktyczne zdrowia									
		regularnie co 2-3 m-ce		regularnie, ale nie częściej niż co 3 m-ce		nie częściej niż raz w roku		wcale		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	3	2,6	17	14,9	83	72,8	11	9,6	114	100
	powyżej 35 lat	4	6,9	10	17,2	38	65,5	6	10,3	58	100
df = 3, $\chi^2_K = 2,160$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_M = 5,741$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{KM} = 9,706$ p<0,05											
mężczyźni	do 35 lat	6	2,9	24	11,4	140	66,7	40	19,0	210	100
	powyżej 35 lat	-	-	11	8,6	97	75,8	20	15,6	128	100
df = 3, $\chi^2_{mK mM} = 5,273$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{sK sM} = 12,847$ p<0,02											

Tab. 20. Radzenie sobie ze stresem

Płeć	Wiek [kategoria]	Sposoby radzenia sobie ze stresem									
		odreagowuję wysiłkiem fizycznym		w gronie przyjaciół		pogłębiam nałogi		odsypiam		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	16	14,0	75	65,8	3	2,6	20	17,5	114	100
	powyżej 35 lat	9	15,5	29	50,0	2	3,4	18	31,0	58	100
df = 3, $\chi^2_K = 4,898$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_M = 6,332$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{KM} = 11,414$ p<0,05											
mężczyźni	do 35 lat	50	23,8	109	51,9	11	5,2	40	19,0	210	100
	powyżej 35 lat	36	28,1	50	39,1	6	4,7	36	28,1	128	100
df = 3, $\chi^2_{mK mM} = 7,226$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{sK sM} = 4,006$ p>0,05											

Tab. 21. Samokontrola masy ciała

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 – kilka razy w tyg., 5 – nigdy)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	28	24,6	16	14,0	33	28,9	26	22,8	11	9,6	114	100
	powyżej 35 lat	13	22,4	11	19,0	22	37,9	9	15,5	3	5,2	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 3,590$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 0,865$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 4,748$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	37	17,6	40	19,0	57	27,1	51	24,3	25	11,9	210	100
	powyżej 35 lat	27	21,1	24	18,8	35	27,3	27	21,1	15	11,7	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 3,342$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 3,902$ p>0,05					

Tab. 22. Uzupełnianie niedoborów witamin i minerałów w diecie

Płeć	Wiek [kategoria]	Farmakologiczne uzupełnianie diety											
		nigdy		spordycznie		dość często		codzienne		razem			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
kobiety	do 35 lat	11	9,6	63	55,3	23	20,2	17	14,9	114	100		
	powyżej 35 lat	3	5,2	34	58,6	13	22,4	8	13,8	58	100		
		df = 3, $\chi^2_K = 1,148$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_M = 4,506$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{KM} = 16,180$ p<0,02			
mężczyźni	do 35 lat	40	19,0	108	51,4	39	18,6	23	11,0	210	100		
	powyżej 35 lat	32	25,0	69	53,9	20	15,6	7	5,5	128	100		
		df = 3, $\chi^2_{mKmM} = 5,390$ p>0,05						df = 3, $\chi^2_{sKsM} = 12,966$ p<0,02					

Tab. 23. Opinia menedżerów dot. związku aktywności fizycznej ze zdrowiem

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - b. silny związek, 5 – brak związku)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	78	68,4	20	17,5	7	6,1	6	5,3	3	2,6	114	100
	powyżej 35 lat	37	63,8	12	20,7	6	10,3	3	5,2	-	-	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 2,754$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 3,922$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 14,353$ p<0,05			
mężczyźni	do 35 lat	159	75,7	39	18,6	7	3,3	2	1,0	3	1,4	210	100
	powyżej 35 lat	97	75,8	20	15,6	9	7,0	-	-	2	1,6	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 8,066$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 9,462$ p>0,05					

Tab. 24. Deklarowana aktywność fizyczna w potencjalnym czasie wolnym menedżerów

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 – z pewnością, 5 – wcale)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	42	36,8	29	25,4	29	25,4	11	9,6	3	2,6	114	100
	powyżej 35 lat	19	32,8	6	10,3	22	37,9	5	8,6	6	10,3	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 10,922$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 1,123$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 8,555$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	82	39,0	58	27,6	44	21,0	19	9,0	7	3,3	210	100
	powyżej 35 lat	48	37,5	40	31,3	24	18,8	10	7,8	6	4,7	128	100
df = 4, $\chi^2_{mK mM} = 1,032$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sK sM} = 15,252$ p<0,02													

Tab. 25. Sposoby spędzania czasu wolnego po pracy w dni robocze przez menedżerów

Płeć	Wiek [kategoria]	Spędzanie czasu wolnego w dni robocze									
		aktywnie – rekreacja ruchowa		aktywnie – domowe prace fizyczne		aktywnie umysłowo		biernie		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	20	17,5	11	9,6	70	61,4	13	11,4	114	100
	powyżej 35 lat	12	20,7	10	17,2	29	50,0	7	12,1	58	100
df = 3, $\chi^2_K = 2,903$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_M = 1,493$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{KM} = 2,064$ p>0,05											
mężczyźni	do 35 lat	44	21,0	26	12,4	109	51,9	31	14,8	210	100
	powyżej 35 lat	30	23,4	20	15,6	63	49,2	15	11,7	128	100
df = 3, $\chi^2_{mK mM} = 2,738$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{sK sM} = 0,207$ p<0,05											

Tab. 26. Sposoby spędzania czasu wolnego podczas weekendów, urlopów i świąt

Płeć	Wiek [kategoria]	Spędzanie czasu wolnego w dni wolne od pracy									
		aktywnie – rekreacja ruchowa		aktywnie – domowe prace fizyczne		aktywnie umysłowo		biernie		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	75	65,8	12	10,5	11	9,6	16	14,0	114	100
	powyżej 35 lat	40	69,0	8	13,8	4	6,9	6	10,3	58	100
df = 3, $\chi^2_K = 1,154$ p<0,05 df = 3, $\chi^2_M = 2,582$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{KM} = 3,678$ p>0,05											
mężczyźni	do 35 lat	125	59,5	20	9,5	32	15,2	33	15,7	210	100
	powyżej 35 lat	87	68,0	11	8,6	15	11,7	15	11,7	128	100
df = 3, $\chi^2_{mK mM} = 2,422$ p>0,05 df = 3, $\chi^2_{sK sM} = 2,037$ p>0,05											

Tab. 27. Aktywność fizyczna w przeszłości

Płeć	Wiek [kategoria]	Aktywność fizyczna w przeszłości											
		tak zawodniczo		tak, systematycznie dla przyjemności		nie, tylko okazjonalnie		w ogóle		razem			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
kobiety	do 35 lat	10	8,8	63	55,3	39	34,2	2	1,8	114	100		
	powyżej 35 lat	9	15,5	25	43,1	21	36,2	3	5,2	58	100		
		df = 3, $\chi^2_K = 4,283$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_M = 6,949$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{KM} = 4,778$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	30	14,3	110	52,4	63	30,0	7	3,3	210	100		
	powyżej 35 lat	32	25,0	54	42,2	39	30,5	3	2,3	128	100		
		df = 3, $\chi^2_{mKmM} = 3,014$ p>0,05						df = 3, $\chi^2_{sKsM} = 3,034$ p>0,05					

Tab. 28. Czasowy wymiar aktywności fizycznej w czasie wolnym w ciągu tygodnia

Płeć	Wiek [kategoria]	Rekreacja ruchowa w czasie wolnym [godz./tydzień]											
		do 30 min.		1-2 godz.		2-3 godz.		3-4 godz.		6 godz. i więcej		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	35	30,7	37	32,5	15	13,2	15	13,2	12	10,5	114	100
	powyżej 35 lat	18	31,0	19	32,8	6	10,3	10	17,2	5	8,6	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 0,834$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 8,479$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 8,786$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	53	25,2	69	32,9	39	18,6	35	16,7	14	6,7	210	100
	powyżej 35 lat	40	31,3	26	20,3	35	27,3	19	14,8	8	6,3	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 4,076$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 8,257$ p>0,05					

Tab. 29. Częstotliwość wykonywania intensywnej aktywności fizycznej

Płeć	Wiek [kategoria]	Częstotliwość uprawiania intensywnych ćwiczeń											
		rzadko lub nigdy		raz w tyg.		2-3 razy w tyg.		4-5 razy w tyg.		6-7 razy w tyg.		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	53	46,5	31	27,2	21	18,4	6	5,3	3	2,6	114	100
	powyżej 35 lat	22	37,9	18	31,0	18	31,9	-	-	-	-	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 8,121$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 5,919$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 7,385$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	67	31,9	59	28,1	65	31,0	14	6,7	5	2,4	210	100
	powyżej 35 lat	47	36,7	32	25,0	42	32,8	2	1,6	5	3,9	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 8,892$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 3,767$ p>0,05					

Tab. 30. Wyjazdy służbowe z elementami rekreacji ruchowej

Płeć	Wiek [kategoria]	Wyjazdy służbowe z elementami rekreacji ruchowej											
		tak, samodzielnie je inicjuję		tak, ale ich nie inicjuję		tylko zorganizowane grupowe wyjazdy		nie, wcale		razem			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
kobiety	do 35 lat	17	14,9	18	15,8	42	36,8	37	32,5	114	100		
	powyżej 35 lat	4	6,9	9	15,5	27	46,6	18	31,0	58	100		
		df = 3, $\chi^2_K = 2,953$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_M = 6,426$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{KM} = 2,148$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	25	11,9	37	17,6	85	40,5	63	30,0	210	100		
	powyżej 35 lat	24	18,8	21	16,4	58	45,3	25	19,5	128	100		
		df = 3, $\chi^2_{mKMM} = 1,055$ p>0,05				df = 3, $\chi^2_{sKSM} = 6,043$ p>0,05							

Tab. 31a. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a niska cena usługi rekreacyjnej

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	5	4,4	10	8,8	34	29,8	25	21,9	40	35,1	114	100
	powyżej 35 lat	2	3,4	7	12,1	16	27,6	5	8,6	28	48,3	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 6,167$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 7,627$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 5,747$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	7	3,3	22	10,5	58	27,6	46	21,9	77	36,7	210	100
	powyżej 35 lat	6	4,7	15	11,7	25	19,5	43	33,6	39	30,5	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKMM} = 0,616$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{sKSM} = 14,481$ p<0,05							

Tab. 31b. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a jej walory prozdrowotne

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	26	22,8	34	29,8	35	30,7	13	11,4	6	5,3	114	100
	powyżej 35 lat	23	39,7	14	24,1	11	19,0	5	8,6	5	8,6	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 7,218$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 5,339$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 2,262$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	44	21,0	66	31,4	50	23,8	33	15,7	17	8,1	210	100
	powyżej 35 lat	36	28,1	34	26,6	37	28,9	13	10,2	8	6,3	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKMM} = 3,319$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{sKSM} = 3,710$ p>0,05							

Tab. 31c. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a jej prestiż

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1- zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	3	2,6	9	7,9	13	11,4	20	17,5	69	60,5	114	100
	powyżej 35 lat	1	1,7	5	8,6	6	10,3	10	17,2	36	62,1	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 0,217$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 7,491$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 2,655$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	6	2,9	13	6,2	32	15,2	47	22,4	112	53,3	210	100
	powyżej 35 lat	7	5,5	15	11,7	15	11,7	19	14,8	72	56,3	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 2,632$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 2,104$ p>0,05					

Tab. 31d. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a walory doznań ekstremalnych

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1- zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	13	11,4	15	13,2	25	21,9	17	14,9	44	38,6	114	100
	powyżej 35 lat	4	6,9	5	8,6	9	15,5	5	8,6	35	60,3	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 7,419$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 8,386$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 16,455$ p<0,02			
mężczyźni	do 35 lat	35	16,7	46	21,9	39	18,6	33	15,7	57	27,1	210	100
	powyżej 35 lat	12	9,4	20	15,6	36	28,1	20	15,6	40	31,3	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 7,946$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 14,201$ p<0,05					

Tab. 31e. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a możliwość systematycznego uprawiania

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	24	21,1	31	27,2	29	25,4	15	13,2	15	13,2	114	100
	powyżej 35 lat	12	20,7	18	31,0	12	20,7	8	13,8	8	13,8	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 0,588$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 1,498$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 3,493$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	39	18,6	71	33,8	50	23,8	22	10,5	28	13,3	210	100
	powyżej 35 lat	21	16,4	50	39,1	31	24,2	13	10,2	13	10,2	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 1,809$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 2,267$ p>0,05					

Tab. 31f. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a możliwość pogłębiania kontaktów zawodowych

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1- zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	4	3,5	10	8,8	17	14,9	27	23,7	56	49,1	114	100
	powyżej 35 lat	1	1,7	2	3,4	8	13,8	8	13,8	39	67,2	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 6,149$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 1,737$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 13,364$ p<0,05													
mężczyźni	do 35 lat	9	4,3	28	13,3	44	21,0	47	22,4	82	39,0	210	100
	powyżej 35 lat	9	7,0	14	10,9	24	18,8	30	23,4	51	39,8	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKMM} = 4,670$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 13,273$ p<0,05													

Tab. 31g. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a bliskość miejsca zamieszkania

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1- zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	47	41,2	34	29,8	12	10,5	4	3,5	17	14,9	114	100
	powyżej 35 lat	31	53,4	14	24,1	4	6,9	4	6,9	5	8,6	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 4,394$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 1,737$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 34,964$ p<0,02													
mężczyźni	do 35 lat	50	23,8	71	33,8	47	22,4	20	9,5	22	10,5	210	100
	powyżej 35 lat	29	22,7	40	31,3	27	21,1	18	14,1	14	10,9	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKMM} = 18,370$ p<0,02 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 19,197$ p<0,02													

Tab. 31h. Wybór aktywności ruchowej w czasie wolnym a elitarność uczestnictwa w mało znanej formie rekreacji

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1- zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	4	3,5	9	7,9	10	8,8	15	13,2	76	66,7	114	100
	powyżej 35 lat	1	1,7	2	3,4	5	8,6	11	19,0	39	67,2	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 2,470$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 5,629$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 7,088$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	8	3,8	14	6,7	33	15,7	31	14,8	124	59,0	210	100
	powyżej 35 lat	8	6,3	8	6,3	17	13,3	30	23,4	65	50,8	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKMM} = 3,687$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 5,302$ p>0,05													

Tab. 32. Samoocena zdrowia

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - b. słabe, 5 - b. dobre)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	2	1,8	3	2,6	30	26,3	57	50,0	22	19,3	114	100
	powyżej 35 lat	1	1,7	3	5,2	14	24,1	31	53,4	9	15,5	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 1,177$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 1,346$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 2,983$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	2	1,0	10	4,8	55	26,2	111	52,9	32	15,2	210	100
	powyżej 35 lat	1	0,8	7	5,5	36	28,1	70	54,7	14	10,9	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 2,068$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 1,261$ p>0,05					

Tab. 33. Poziom sprawności fizycznej w samoocenie badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - b. słaba, 5 - b. wysoka)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	4	3,5	33	28,9	47	41,2	20	17,5	10	8,8	114	100
	powyżej 35 lat	6	10,3	6	10,3	31	53,4	13	22,4	2	3,4	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 12,260$ p<0,05				df = 4, $\chi^2_M = 4,781$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 10,123$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	13	6,2	28	13,3	93	44,3	66	31,4	10	4,8	210	100
	powyżej 35 lat	12	9,4	26	20,3	47	36,7	37	28,9	6	4,7	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 18,032$ p<0,02						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 5,776$ p>0,05					

Tab. 34. Opinia badanych dotycząca wpływu na własne zdrowie

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 - minimalny, 5 - ogromny)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	1	0,9	5	4,4	25	21,9	42	36,8	41	36,0	114	100
	powyżej 35 lat	-	-	4	6,9	21	36,2	17	29,3	16	27,6	58	100
		df = 4, $\chi^2_K = 5,352$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_M = 3,081$ p>0,05				df = 4, $\chi^2_{KM} = 9,678$ p>0,05			
mężczyźni	do 35 lat	2	1,0	6	2,9	44	21,0	100	47,6	58	27,6	210	100
	powyżej 35 lat	2	1,6	8	6,3	22	17,2	62	48,4	34	26,6	128	100
		df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 4,189$ p>0,05						df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 10,631$ p>0,05					

Tab. 35. Samoocena dotycząca wyglądu i sylwetki – stopień zadowolenia

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 – b. zadowolony, 5 – wcale)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	10	8,8	41	36,0	37	32,5	18	15,8	8	7,0	114	100
	powyżej 35 lat	6	10,3	21	36,2	17	29,3	11	19,0	3	5,2	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 0,659$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 18,016$ p<0,02 df = 4, $\chi^2_{KM} = 8,856$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	12	5,7	76	36,2	88	41,9	31	14,8	3	1,4	210	100
	powyżej 35 lat	2	1,6	38	29,7	47	36,7	30	23,4	11	8,6	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 9,578$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 9,312$ p>0,05													

Tab. 36. Zdrowy styl życia w samoocenie badanych

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 – b. zdrowy, 5 – b. niezdrowy)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	6	5,3	22	19,3	49	43,0	30	26,3	7	6,1	114	100
	powyżej 35 lat	2	3,4	12	20,7	26	44,8	16	27,6	2	3,4	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 0,896$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 2,102$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 5,625$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	4	1,9	42	20,0	91	43,3	53	25,2	20	9,5	210	100
	powyżej 35 lat	3	2,3	19	14,8	54	42,2	39	30,5	13	10,2	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 3,769$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 3,403$ p>0,05													

Tab. 37. Samoocena dotycząca zadowolenia z siebie i swojego życia

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 – b. zadowolony, 5 – wcale)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	13	11,4	43	37,7	40	35,1	17	14,9	1	0,9	114	100
	powyżej 35 lat	3	5,2	25	43,1	14	24,1	15	25,9	1	1,7	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 6,069$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 9,469$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 5,496$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	32	15,2	99	47,1	49	23,3	25	11,9	5	2,4	210	100
	powyżej 35 lat	8	6,3	54	42,2	41	32,0	21	16,4	4	3,1	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 7,414$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 3,063$ p>0,05													

Tab. 38. Samoocena satysfakcji ze swojego życia

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 – wcale, 5 – b. zadowolony)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	2	1,8	4	3,5	38	33,3	57	50,0	13	11,4	114	100
	powyżej 35 lat	-	-	4	6,9	17	29,3	34	58,6	3	5,2	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 4,305$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 0,932$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 4,780$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	3	1,4	14	6,7	49	23,3	116	55,2	28	13,3	210	100
	powyżej 35 lat	1	0,8	10	7,8	34	26,6	67	52,3	16	12,5	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 4,726$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 2,995$ p>0,05													

Tab. 39. Częstotliwość zachorowań

Płeć	Wiek [kategoria]	Częstotliwość zachorowań									
		bardzo rzadko, rzadziej niż raz w roku		rzadko, 1-2 razy w roku		czasami, 3-5 razy w roku		często, 6-7 razy w roku		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	43	37,7	52	45,6	19	16,7	-	-	114	100
	powyżej 35 lat	20	34,5	29	50,0	9	15,5	-	-	58	100
df = 2, $\chi^2_K = 0,298$ p>0,05 df = 2, $\chi^2_M = 0,759$ p>0,05 df = 2, $\chi^2_{KM} = 2,314$ p>0,05											
mężczyźni	do 35 lat	70	33,3	115	54,8	25	11,9	-	-	210	100
	powyżej 35 lat	48	37,5	64	50,0	16	12,5	-	-	128	100
df = 2, $\chi^2_{mKmM} = 2,841$ p>0,05 df = 2, $\chi^2_{sKsM} = 0,370$ p>0,05											

Tab. 40. Zdrowie w systemie wartości badanych menedżerów

Płeć	Wiek [kategoria]	Odpowiedź na skali 1-5 (1 – najwyżej, 5 – najniżej)											
		1		2		3		4		5		razem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kobiety	do 35 lat	26	22,8	51	44,7	27	23,7	8	7,0	2	1,8	114	100
	powyżej 35 lat	10	17,2	29	50,0	13	22,4	4	6,9	2	3,4	58	100
df = 4, $\chi^2_K = 1,3$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_M = 3,460$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{KM} = 3,029$ p>0,05													
mężczyźni	do 35 lat	33	15,7	104	49,5	54	25,7	16	7,6	3	1,4	210	100
	powyżej 35 lat	24	18,8	55	43,0	32	25,0	16	12,5	1	0,8	128	100
df = 4, $\chi^2_{mKmM} = 2,604$ p>0,05 df = 4, $\chi^2_{sKsM} = 3,523$ p>0,05													